



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

DANIELLE PEREIRA PAULO

ANÁLISE DO PROJETO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO: uma proposta de interiorização da Estratégia de Saúde da Família

Rio de Janeiro

2020

DANIELLE PEREIRA PAULO

ANÁLISE DO PROJETO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO: uma proposta de interiorização da Estratégia de Saúde da Família

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Msc. Tatiana Clarkson Mattos

Rio de Janeiro

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

DANIELLE PEREIRA PAULO

ANÁLISE DO PROJETO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO: uma proposta de interiorização da Estratégia de Saúde da Família

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 07 de julho de 2020.

Prof^a. Msc. Tatiana Clarkson Mattos (Orientadora)
IESC/UFRJ

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier Mendonça
IESC/UFRJ

Prof. Msc. Tereza Cristina da Fonseca Guimarães
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Igor Oliveira, meu companheiro de vida.
Seu olhar sensível pelas causas sociais
me tornaram uma Sanitarista melhor

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Letícia Paulo. Além de ter me ensinado os valores éticos e morais que carrego até hoje, sua força e determinação foram fundamentais para que eu pudesse estudar e hoje me tornar uma Nutricionista Sanitarista. A publicação de meu primeiro trabalho científico foi graças a sua dedicação e amor incondicionais.

Agradeço, em especial, à minha professora da graduação em Nutrição Fátima Sueli Neto Ribeiro. Suas aulas de Epidemiologia e Saúde Pública foram determinantes para a minha escolha em seguir nesta especialização.

Agradeço à Luana Dalbem e Simone Souza, minhas preceptoras durante minha primeira experiência na gestão pública, ainda na graduação. Foi no município de Mesquita, no Rio de Janeiro, ao lado dessas nutricionistas incríveis que aprendi a amar e a lutar por um sistema de saúde único e universal.

Agradeço aos meus queridos amigos Bárbara Bianca Nascimento Pereira, Carolina de Sousa Falcão e Silva, Karina Passos de Abreu, Milene Tramansoli, Pedro Henrique Gomes Cavalcante e Tássia Pacheco. Suas palavras de incentivo e apoio emocional foram essenciais nesta jornada. Com vocês, meu mundo fica completo.

Agradeço aos meus queridos companheiros de trabalho Adriano Aparecido Oliveira, Danielle Vargas Silva Baltazar, Márcia Fernanda Carvalho, Maria Inês Corrêa Cárcamo, e Silvana Lima. Trabalhar com vocês é uma verdadeira honra. Obrigada por cada ensinamento, carinho e atenção. Um agradecimento especial à Tereza Cristina da Fonseca Guimarães. É com ela que me aperfeiçoar todos os dias. Minha baliza, minha dupla de trabalho, minha julgadora de banca, minha professora. Enfim, minha amiga do peito, irmã camarada.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a esta casa por me titular Sanitarista. Uma homenagem especial à Eglúbia Oliveira. Como uma “*segunda mãe*” puxou minhas orelhas, mas também me confortou nos momentos difíceis. Foi sob seus ensinamentos que hoje me torno Sanitarista. Agradeço imensamente à Tatiana Clarkson Mattos. Sua orientação neste trabalho foi primorosa; seu apoio ao longo desses dois anos de residência foi imprescindível; sua doçura e paciência foram como pilares nesta caminhada. Obrigada por tudo e por tanto.

RESUMO

PAULO, Danielle Pereira. **Análise do projeto de Residência Multiprofissional do Estado do Rio de Janeiro**: uma proposta de interiorização da Estratégia de Saúde da Família. Monografia (Residência em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020.

A Secretaria de Estado de Saúde tem por missão induzir, fiscalizar e apoiar políticas públicas em saúde nos municípios, promovendo a organização e qualificação da Rede Assistencial na garantia da atenção integral à saúde. Para tanto, a atual gestão estadual de saúde do Rio de Janeiro estabeleceu como meta de governo a qualificação e a ampliação da Estratégia de Saúde da Família no interior do estado do Rio de Janeiro. Uma das ações implementadas para alcançar este objetivo foi a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). O objetivo deste trabalho é contextualizar e analisar criticamente a modelagem proposta a este projeto. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura com o intuito de investigar a origem e os marcos legais dos programas de residência além de outras experiências de processos de criação vividos por gestões municipais e estaduais, para fazer o contraponto entre as estratégias e os recursos utilizados entre o projeto da SES-RJ e os demais municípios e estados. Os resultados dessa investigação trouxeram 5 exemplos de programas de residência implantados em três regiões do Brasil, nas áreas da Atenção Básica e Atenção Hospitalar, tanto multiprofissionais quanto uniprofissionais. A leitura dessas experiências permitiu a elaboração de categorias de análise como fio condutor para a problematização sobre as sugestões que o projeto da SES-RJ traz para a implantação da residência. O estudo conclui que o projeto do Programa de Residência Multiprofissional da SES-RJ traz algumas inovações na tentativa de valorizar a preceptoria e tutoria. Também são observadas estratégias que incitam o processo migratório pelos alunos para o interior do estado, bem como estratégias que incentivam os futuros residentes a escolherem a Saúde da Família como especialização. No entanto, a ausência de um processo de construção coletiva junto aos gestores locais para formular uma ação de saúde que deverá ser executada em seu território, e ao desconsiderar o contexto político social vigente no momento da implantação do programa, pode comprometer a adesão dos municípios ao projeto e, por consequência, a execução do mesmo.

Palavras-chave: Educação em saúde. Política de saúde. Residência multiprofissional. Estratégia de Saúde da Família.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Proporção entre tutores e preceptores | 23 |
| Figura 2 - Algoritmo de financiamento da bolsa de preceptoria – parte 1 | 24 |
| Figura 3 - Algoritmo de financiamento da bolsa de preceptoria – parte 2 | 25 |
| Figura 4 - Algoritmo de financiamento da bolsa de preceptoria – parte 3 | 25 |
| Figura 5 - Algoritmo de financiamento da bolsa de preceptoria – parte 4 | 26 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Lista das estratégias de implementação utilizadas pelo Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ e pelos diferentes programas de residência em Saúde da Família obtidos no levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, 2020 | 36 |
|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CIB | Comissão Intergetores Bipartite |
| CIES | Comissão de Integração Ensino-Serviço |
| CNRM | Comissão Nacional de Residência Médica |
| CNRMS | Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde |
| COREME | Comissão Nacional de Residência Médica |
| COREMU | Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde |
| COSEMS | Conselho de Secretarias Municipais de Saúde |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DGA | Divisão de Gestão Acadêmica |
| DPG | Divisão de Pós-graduação |
| EMESCAM | Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória |
| ES | Espírito Santo |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| ETSUS | Escola Técnica do Sistema Único de Saúde |
| FOFA | Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças |
| HEMORIO | Instituto Estadual Arthur Siqueira Cavalcanti |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NDAE | Núcleo Docente Assistencial Estruturante |
| R1 | Residente Ano 1 |
| R2 | Residente Ano 2 |
| RJ | Rio de Janeiro |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SC | Santa Catarina |
| SES-RJ | Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro |
| SES-TO | Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TO | Tocantins |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

| | |
|------|--|
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UFES | Universidade Federal do Espírito Santo |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| USP | Universidade de São Paulo |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 14 |
| 3 OBJETIVOS | 15 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL..... | 15 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 15 |
| 4 METODOLOGIA..... | 16 |
| 5 MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS | 18 |
| 6 O PROJETO DE INTERIORIZAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA PELA SES-RJ | 21 |
| 7 OUTRAS EXPERIÊNCIAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS – INICIATIVAS DE GESTÕES MUNICIPAIS E ESTADUAIS | 27 |
| 8 ANÁLISE COMPARATIVA DO PROJETO DE RESIDÊNCIA DA SES-RJ COM OUTROS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA | 35 |
| 8.1 PAGAMENTO DE GRATIFICAÇÃO AOS PRECEPTORES..... | 38 |
| 8.2 PROPORÇÃO DE PRECEPTORES POR RESIDENTES..... | 39 |
| 8.3 COMPLEMENTAÇÃO DA BOLSA-AUXÍLIO DOS RESIDENTES | 39 |
| 8.4 PROPORÇÃO DE 1 TUTOR PARA CADA 3 PRECEPTORES | 40 |
| 8.5 PAGAMENTO DE BOLSA-AUXÍLIO PARA TUTORES PELA SES-RJ | 41 |
| 8.6 INTEGRAÇÃO ENTRE AS RESIDÊNCIAS | 42 |
| 8.7 INSERÇÃO DE GRADUANDOS COMO ESTAGIÁRIOS NOS SERVIÇOS | 43 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 44 |
| REFERÊNCIAS | 46 |

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos dois anos atuando como residente do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, atuei nos mais diversos campos da gestão pública em saúde no âmbito do município do Rio de Janeiro, da linha de cuidado em Saúde Mental de um dos distritos sanitários da cidade à Superintendência de Atenção Primária, no nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Como atividade pedagógica complementar, realizei estágio eletivo na Superintendência de Atenção Primária em Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Uma vez tendo atuado na esfera municipal, optei por conhecer e entender melhor a esfera estadual da gestão do sistema de saúde.

Após essa experiência tive a oportunidade de trabalhar, agora como profissional sanitaria, na Coordenação de Ensino que integra a Subsecretaria de Educação e Inovação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). A Coordenação estava desenvolvendo o projeto de “Fortalecimento e Interiorização de Residências em Saúde da Família”, com o intuito de qualificar e induzir novos profissionais atuantes na rede de Atenção Primária em Saúde do Rio de Janeiro, em especial no interior do estado. Logo, a minha experiência nesta temática, além de já ter sido uma residente, se tornou um diferencial.

Considerando que o SUS possui a responsabilidade, em suas bases legais, de ordenar a formação de recursos humanos para a área, além de incentivar o desenvolvimento científico e tecnológico, a Educação Profissional em Saúde acaba por se tornar temática transversal na gestão do sistema de saúde, ampliando o acesso, agregando o aprendizado e a reflexão crítica sobre o trabalho, permitindo maior resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

A Coordenação de Ensino/CE na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, encontra-se em uma Subsecretaria de Educação e Inovação em Saúde/SEBEDUC e sua missão é apoiar os programas de formação profissional. Desse modo, a Coordenação de Ensino se constitui em duas divisões: 1 - Divisão de Pós-Graduação (DPG), que apoia e coordena os programas de pós-graduação e residência; 2 - Divisão de Gestão Acadêmica (DGA), que apoia e coordena os programas de estágios curriculares e extra-curriculares, de graduação e de formação em nível técnico, das instituições de ensino conveniadas com a SES-RJ, que são desenvolvidos nas unidades estaduais de saúde. O recorte de estudar a formação através do ensino em serviço parte da premissa desse processo de trabalho desenvolvido pela Coordenação.

A escolha de desenvolver um projeto de fortalecimento e interiorização de programas de residência na área de concentração da Saúde da Família vai ao encontro da necessidade de qualificação da rede de Atenção Primária em Saúde para além da capital do estado. Por ser a base do sistema de saúde, ter seu primeiro nível de atenção à saúde bem estruturado, induz como em um efeito em cascata, a reorganização dos demais pontos de atenção à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, até o ano de 2017, foi considerada o modelo prioritário de Atenção Primária em Saúde a ser adotada pelos entes federativos, indicado pelo Ministério da Saúde (MS). Isto se deve ao fato deste modelo de Atenção à Saúde agregar os atributos essenciais de Starfield (AGUIAR; ARAÚJO, 2002), atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, culminando no aumento da resolutividade dos problemas e agravos em saúde da população e gerando economia ao sistema de saúde, uma vez que diminui a pressão assistencial nos níveis mais complexos de atenção à saúde.

No entanto, após a publicação da última versão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 (BRASIL, 2017), o MS deixa de indicar a Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário a ser adotado pelos estados e municípios para a organização da Atenção Primária em Saúde, abrindo precedente para a adoção novamente de modelos de atenção, como as antigas unidades tradicionais de atenção básica, atendendo por demanda, e não se comprometendo necessariamente com o cuidado territorial e comunitário. Apesar disso, e na contra mão da gestão federal, a atual gestão estadual do Rio de Janeiro continua apostando no modelo de Estratégia de Saúde da Família e em sua capacidade de ordenação do sistema, como preconizado pela própria Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008).

O Projeto de Fortalecimento e Interiorização de Residências em Saúde da Família possui três vertentes de trabalho: 1 - apoio aos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade que já estão implantados no Estado do Rio de Janeiro; 2 - a ampliação de vagas do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e 3 - a criação da modalidade multiprofissional de residência em Saúde da Família. A proposta de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ se inspira no modelo adotado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que possui o seu próprio curso de residência em Saúde da Família, porém na modalidade uniprofissional, para as categorias de Enfermagem e Medicina. Portanto, compreendendo que a gestão municipal e estadual em saúde cumprem papéis diferentes, porém complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), e que a modelagem da Residência

Multiprofissional em Saúde da Família proposta pela SES-RJ está pautada na experiência municipal da capital, esse trabalho se propõe a analisar de forma crítica o desdobramento dessa proposta em âmbito estadual, suas potências e desafios, considerando para isso outras experiências de residências coordenadas por gestões municipais e estadual.

Para tanto, esse trabalho se dispôs a conhecer o histórico e o estado da arte de algumas residências no Brasil, assim como as normativas que regulam o funcionamento desses cursos, além dos recursos materiais e imateriais necessários para a realização desta tarefa. Assim, foi realizada uma revisão da Literatura sobre o assunto para embasamento teórico, bem como relatos de processos de criação e implementação de cursos de residências por gestões municipais e estaduais, para fazer o contraponto e análise comparativa da proposta da residência em questão.

Foram encontradas quatro experiências que descrevem o processo de implementação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de programas de Residência Multiprofissional, seja na Atenção hospitalar, seja na Atenção Primária em Saúde, nos municípios do Rio de Janeiro, Vitória, Florianópolis e Porto Alegre, além da experiência estadual vivida por Tocantins. Essas experiências dispõem de proposições bastante inovadoras que podem ser chaves para análise da proposta de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

2 JUSTIFICATIVA

A esfera estadual de gestão do SUS possui o papel, assim como as demais esferas, de formular políticas e realizar o planejamento em saúde, financiar, regular, coordenar, controlar e avaliar as ações e serviços prestados pelo sistema. O que se diferencia entre as esferas de gestão é a forma de execução de cada uma dessas prerrogativas. Os municípios possuem um peso maior na execução direta das ações e serviços de saúde, enquanto ao estado cabe o papel de apoiar e coordenar as redes de saúde, de forma regionalizada (MACHADO; LIMA; FARIA BAPTISTA, 2011).

Tendo em vista o propósito do ente estadual no SUS, este estudo ao se debruçar sobre outras experiências de implantação de residências poderá contribuir com a problematização da atual proposta de interiorização de residências em Saúde da Família para o fortalecimento da Atenção Primária no Estado do Rio de Janeiro, trazendo novas perspectivas e possibilidades.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Contextualizar e analisar a projeto de implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 - Contextualizar a proposta de criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ;

2 - Comparar o projeto de implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ com os processos de implementação dos programas de residência existentes nos municípios do Rio de Janeiro, Vitória, Florianópolis, Porto Alegre e pelo estado do Tocantins;

3 - Analisar o modelo e as estratégias propostas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ.

4 METODOLOGIA

O presente estudo usou como metodologia de pesquisa a Revisão Narrativa (BIBLIOTECA, 2015). A Revisão Narrativa é semelhante ao Levantamento Bibliográfico, onde o pesquisador não se obriga a seguir um protocolo rígido de busca e análise do referencial teórico, com critérios bem definidos de inclusão/exclusão do material adquirido, como nas Revisões Sistemáticas e Integrativas. Neste método, busca-se livremente nas bases de dados os assuntos a serem analisados de acordo com a afinidade temática ao objeto de estudo.

No entanto, a Revisão Narrativa se diferencia do Levantamento Bibliográfico ao ter por finalidade não apenas a contextualização da pesquisa no espaço-tempo, como também uma análise mais aprofundada do material pesquisado, contrapondo as ideias e os argumentos dos diferentes autores. Enquanto no Levantamento Bibliográfico a análise é superficial, servindo apenas como um primeiro contato do pesquisador com o tema, ambientando-o ao assunto a ser analisado, para somente então partir para a metodologia de pesquisa escolhida para o desenvolvimento do trabalho científico.

A escolha deste método se deu por ser o mais adequado aos trabalhos de conclusão de curso e monografias, cuja proposta é a apresentação de uma pesquisa científica simplificada. Utiliza-se deste método principalmente em trabalhos no campo educacional e na saúde.

A partir disso foi realizada pesquisa sobre a história das residências no Brasil, os marcos legais que regulam esta modalidade de pós-graduação e as políticas públicas que normatizam e orientam os processos de formação e educação no SUS, a fim de narrar as transformações que este processo sofreu ao longo do tempo até o momento atual – utilizando a formação em serviço como principal estratégia de formação em saúde. Para auxiliar esta busca realizou-se consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e definiu-se como descritor de busca a expressão “Residência Médica”. Foi usado o descritor “Residência Médica” por ser um assunto correlato. As palavras-chave utilizadas foram: “Residência Multiprofissional”, “História”, “Histórico”.

Em um segundo momento, com o intuito de embasar a análise do projeto de implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ, buscou-se nas bases de dados estudos que descrevessem processos de implementação de programas de residência. Aqui o método de pesquisa utilizado foi o mesmo para o levantamento dos marcos legais e a história das residências no país, contudo as palavras-chave usadas foram

“Implementação” e “Avaliação”. Não foi utilizada a expressão “Saúde da Família” pois o intuito era utilizar estudos que descrevessem os processos de implantação vividos por quaisquer programas de residência multiprofissional, independente da área de concentração. Além disso, ao utilizar a expressão “Saúde da Família” conjugada com as expressões “Implementação” e “Avaliação”, as bases de dados não apresentavam nenhum resultado.

As bases de dados utilizadas foram: Portal de Periódicos da Capes, LILACS e Scielo. Foram usados como critérios de inclusão estudos que descrevessem as facilidades e as dificuldades encontradas nos processos de implementação dos programas de residência, bem como as estratégias utilizadas para sanar os eventuais empecilhos, sob o ponto de vista da gestão em saúde. Portanto, priorizou-se também estudos que contemplassem exemplos de residências que foram capitaneadas pelas gestões municipais e/ou estaduais no Brasil. Foram excluídos os trabalhos que descrevessem a forma de organização curricular ou se detivessem a analisar os processos pedagógicos, bem como os processos de implementação sob a ótica educacional/pedagógica.

O resultado dessa busca trouxe cinco experiências de implementação, nos municípios do Rio de Janeiro, Vitória, Florianópolis e Porto Alegre, além da experiência vivida pelo estado do Tocantins. A partir disso, esses estudos foram descritos para que se levantasse as principais características desses processos de implantação: quais foram as dificuldades encontradas; quais ações foram facilitadoras desse processo; quais estratégias utilizadas por esses municípios e pelo estado do Tocantins são similares ao processo de construção e implementação do programa de residência da SES-RJ, e quais são as diferenças.

Após o estudo dessas experiências foram elencadas as principais estratégias utilizadas em cada um dos relatos, além das estratégias utilizadas pela SES-RJ, criando para isso categorias de análise do projeto de residência objeto deste estudo. As categorias de análise são: Pagamento de gratificação aos preceptores; Proporção entre preceptores e residentes; Complementação da bolsa-auxílio dos residentes; Proporção entre tutores e preceptores; Pagamento de bolsa-auxílio para os tutores pela SES-RJ e Inserção de graduandos nas mesmas UBS que os residentes.

5 MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS

A Residência é uma modalidade de pós-graduação do tipo *lato sensu*, conhecida socialmente como uma especialização dentro do campo da saúde, que se caracteriza pelo ensino em serviço. A área da saúde pioneira neste tipo de especialização é a Medicina; o primeiro programa criado foi nos EUA em 1879. No Brasil, o primeiro programa de residência criado também foi de Medicina, pela Universidade de São Paulo (USP), em 1945 (MARTINS *et al.*, 2016).

No entanto, o primeiro marco legal instituído para regulamentar os programas de residência é do ano de 1977, através do Decreto Presidencial nº 80.281 que cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Porém, antes da publicação do decreto que implementa a CNRM, já existiam diversos programas de residência voltados para médicos e enfermeiros. Vale destacar que um ano antes da publicação do decreto presidencial, o estado do Rio Grande do Sul (RS) cria o Programa de Residência em Medicina Comunitária, o primeiro desta especialização no país. Dois anos depois, este mesmo programa ganha o formato multiprofissional ao contemplar as categorias Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária e Serviço Social. Contudo, somente após 28 anos da criação da Comissão Nacional de Residência Médica, tem-se a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, através da publicação da Lei nº 11.129 de 2005 (SILVA; SILVA, 2018).

A criação da modalidade multiprofissional tem a sua fundamentação na necessidade de reorientação das práticas profissionais em saúde mais condizentes com os princípios fundamentais do SUS, como a integralidade do cuidado. O credenciamento de programas de Residências Multiprofissionais em Saúde tem sido utilizado como estratégia pelo Ministério da Saúde (MS) para este fim (MARTINS *et al.*, 2016).

A prática do ensino em serviço, proposta inicialmente aos programas de residência médica, se consolidaram como “*padrão ouro*” para a formação desses profissionais. Portanto, podemos inferir que para as demais profissões de saúde, esta prática pode vir também a se tornar um padrão de referência para a formação (TORRES *et al.*, 2019).

Como já mencionado, a implantação de cursos de especialização na área de saúde como estratégia de fortalecimento de políticas públicas tem sido uma prática habitualmente utilizada pelo MS. Portanto, as Residências em Saúde mostram-se como relevante processo formativo e um dos eixos de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004).

A Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, traz como proposta a formação de recursos humanos em saúde através de 5 eixos norteadores: 1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde; 2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente; 3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem; 4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção e 5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

Para a operacionalização dessas diretrizes, o texto da portaria ordena a formação de colegiados regionais, integrados por gestores, educadores, profissionais de saúde, estudantes da área e representantes de movimentos sociais. Desta forma, tal política induz uma aproximação interdependente entre ensino em saúde com as ações e os serviços de saúde, em consonância com os princípios propostos pelas leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e a nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a), que implementam e regulamentam o SUS, respectivamente, sob a forma de gestão colegiada e com controle social. Além de trazer a perspectiva de implementar ações de acordo com as necessidades e realidades locais.

A partir de 2007, o Ministério da Saúde atualiza a política de formação em saúde adequando-a ao recém publicado Pacto pela Saúde. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS (BRASIL, 2006). Assim, A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de 2007 determina a criação dos Colegiados de Gestão Regional, juntamente com Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Os Colegiados de Gestão Regional é a instância de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). Este tem por missão conduzir regionalmente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a participação das CIES.

Já as CIES têm por função “elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.” (BRASIL, 2002, § 2º, art. 2º, Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007). Dessa forma, a Política Nacional de Educação Permanente em

Saúde de 2007 coloca o ente estadual como o protagonista no processo de formulação e coordenação das políticas de educação em saúde, e tem no princípio da regionalização a normativa de execução das ações educacionais, ao instituir estes espaços.

Logo, ao investir na formação e qualificação dos profissionais da rede de saúde, o ente estadual cumpre sua missão de induzir, fiscalizar e apoiar políticas públicas em saúde nos municípios, promovendo a organização e qualificação da Rede Assistencial na garantia da atenção integral à saúde (BRASIL, 1990b).

6 O PROJETO DE INTERIORIZAÇÃO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA PELA SES-RJ

A SES-RJ possui em sua estrutura 32 (trinta e dois) programas de residência médica, todos na Atenção Hospitalar, nas mais diversas áreas de concentração, cujos campos de prática são as unidades próprias da SES-RJ. Além destes, a SES-RJ também possui outros 2 (dois) programas de residência multiprofissional: o Programa de Residência Multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia, do Instituto Estadual Arthur Siqueira Cavalcanti – HEMORIO e o Programa de Residência Integrado e Multiprofissional em Saúde Mental, este último em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), cujos campos de prática são o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) e no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ (CAPS UERJ). Cabe destacar que os 34 (trinta e quatro) programas de residência estão situados no município do Rio de Janeiro, capital do estado. Tendo em vista a discrepância entre o quantitativo de programas na modalidade médica e na modalidade multiprofissional, bem como a concentração desses programas na capital e a ausência de uma formação na área de atuação em Saúde da Família, a atual gestão estadual estabeleceu como meta de governo o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, através dos programas de residência neste campo de saber. Além disso, este também demonstra ser um recurso de ampliação da política estadual em educação e formação em saúde.

Uma das ações implementadas é o Projeto de Fortalecimento e Interiorização de Programas de Residência em Saúde da Família. O projeto conta com 3 (três) vertentes: apoio aos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade que já existem nos municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro; a ampliação de vagas do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ - vagas estas que devem ser ofertadas fora da capital do estado; e a criação da modalidade multiprofissional, também em parceria com a UERJ, contemplando, à princípio, as categorias profissionais de Nutrição, Odontologia e Psicologia.

O presente estudo se detém a analisar o processo de implementação da modalidade multiprofissional. Esta escolha se dá pela oportunidade de acompanhar o processo de criação de um programa de residência desde seu início. O projeto de criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família concebido pela SES-RJ é pautado na parceria e convênio entre uma Instituição de Ensino Superior, representado pela UERJ, as Secretarias Municipais de Saúde interessadas em aderir ao projeto com a própria SES-RJ.

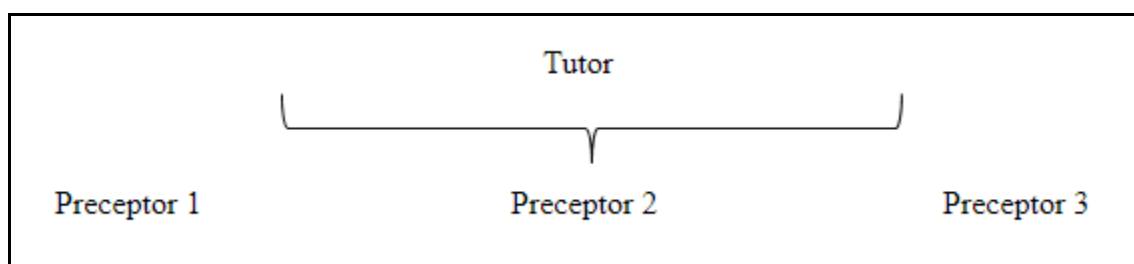
À UERJ caberia a gestão acadêmica dos alunos de acordo com as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde (CNRMS), como a administração do conteúdo teórico e teórico-prático; controle das faltas; regulamentação das férias e dos estágios eletivos; avaliação de desempenho; provimento de tutoria; garantia dos direitos e deveres dos alunos, em consonância com o regimento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (COREMU) da UERJ; participar e apoiar os processos seletivos dos preceptores, quando se fizer necessário, realizar processo seletivo e contratação de tutores e a seleção anual de residentes em conjunto com a SES-RJ; gestão das bolsas dos alunos e dos tutores e a titulação dos residentes como especialistas em Saúde da Família ao término do curso.

Estabeleceu-se parceria com a UERJ devido a sua tradição em Medicina de Família e Comunidade, uma vez que o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ existe há 44 anos. A modalidade multiprofissional em Saúde da Família não existia enquanto programa de residência na UERJ, precisando ser criado. Logo, após a redação do projeto e a pactuação deste nas instâncias da SES-RJ - Superintendência de Atenção Primária em Saúde da SES-RJ, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) - ele foi apresentado às Unidades Acadêmicas da UERJ sob a forma de convite para participar do empreendimento. A escolha de criar um programa multiprofissional em parceria com a mesma universidade que ofertará vagas de Medicina de Família e Comunidade foi feita para propiciar a integração entre a Medicina e os demais cursos, atendendo a diretriz da integralidade do SUS. Além disso, a Medicina pode subsidiar as demais profissões na temática da Saúde da Família, já que a primeira tem experiência de longa data, através da participação no Grupo de Trabalho criado entre as Unidades Acadêmicas para o processo de criação das disciplinas e diretrizes pedagógicas, bem como, futuramente, na realização de práticas pedagógicas em conjunto entre ambos os programas.

O projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ propõe que a função de tutor no programa esteja vinculada à Secretaria. A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de no mínimo 3 (três) anos (BRASIL, 2012). O projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ propõe que: “[...] este profissional seja conveniado à SES-RJ mediante pagamento de bolsa auxílio para regime de trabalho de 8 horas semanais nas unidades de lotação de

residentes e preceptores” (RIO DE JANEIRO, 2019, p. 14). O valor da bolsa auxílio será proporcional ao salário do preceptor. Para cada três preceptores, este projeto propõe um tutor conforme apresentado na figura abaixo:

Figura 1 - Proporção entre tutores e preceptores



Fonte: A autora.

Em de setembro de 2019 foi realizado um encontro entre os diretores das Unidades Acadêmicas da UERJ para que eles se conhecessem e estabelecessem parceria para o desenvolvimento do programa. A partir de então, estão sendo feitas reuniões regulares para a estruturação do programa de residência, que deverá ser submetido à Comissão Nacional para sua aprovação e criação, em agosto de 2021, elaboração dos processos seletivos para residentes, tutores e preceptores ainda no segundo semestre de 2021, para a inserção deste elenco no programa em março de 2022.

Às Secretarias Municipais de Saúde caberiam: a oferta do campo de treinamento para os profissionais residentes; apoiar o cumprimento do Projeto Político Pedagógico do programa e contratar e remunerar o profissional preceptor a partir de processo seletivo, caso não haja profissional na rede que cumpra os requisitos mínimos necessários para o exercício desta função.

A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. Este deverá ser um profissional com o título mínimo de especialista e deve estar presente no cenário de prática conforme descrito pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2012). Propõe-se que o preceptor seja, preferencialmente, já integrante da rede de Atenção Primária em Saúde do município participante do projeto. No entanto, na ausência de profissional que cumpra os pré-requisitos estabelecidos pela CNRMS, será necessária a realização de processo seletivo para contratação.

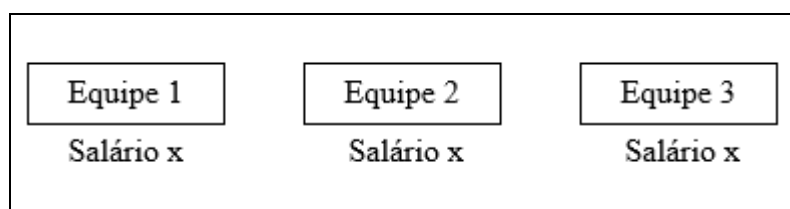
Como contrapartida pela adesão ao projeto, além da remuneração salarial, o município deverá pagar uma gratificação pelo exercício da preceptoría equivalente a 50% do salário-base.

Além disso, a SES-RJ sugere que o município disponibilize um quantitativo de preceptores que permita a proporção de 1 preceptor para, no máximo, 2 alunos. Considerando a entrada de 1 residente em cada equipe de saúde no primeiro ano do curso, a proporção inicial seria de 1 preceptor para 2 alunos de primeiro ano (R1). No ano seguinte, esses dois alunos R1 permaneceriam nas mesmas equipes, agora como alunos de segundo ano (R2). Os novos R1, que entram anualmente no curso de residência, integrarão as mesmas equipes que os alunos R2. Logo, cada uma das equipes de Saúde da Família ficará a partir do segundo ano de implantação da residência sempre com 2 residentes – um R1 e um R2. Para que não haja sobrecarga de trabalho ao preceptor, que a partir do segundo ano terá que dar apoio a 4 alunos, faz-se necessária a inserção, ou a contratação, de um novo preceptor. Assim, a proporção final entre preceptores e alunos se mantém como no primeiro ano de programa de residência, 1 preceptor para cada 2 alunos.

Entendendo que os municípios podem não ter profissionais com a qualificação exigida para o exercício da preceptoria suficiente para manter esta proporção entre preceptores e residentes, sendo portanto necessário a contratação de novos profissionais, a SES-RJ criou um algoritmo de financiamento baseado na vacância de profissionais nas Equipes de Saúde da Família, para o custeamento da gratificação da preceptoria sem onerar a folha de pagamento municipal. A operacionalização desse algoritmo é apresentada a seguir:

- a) uma unidade com 3 Equipes de Saúde da Família (Equipe Mínima/Ampliada de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF), possui despesas com salários de 3 profissionais de saúde (x):

Figura 2 - Algoritmo de financiamento da bolsa de preceptoria – parte 1

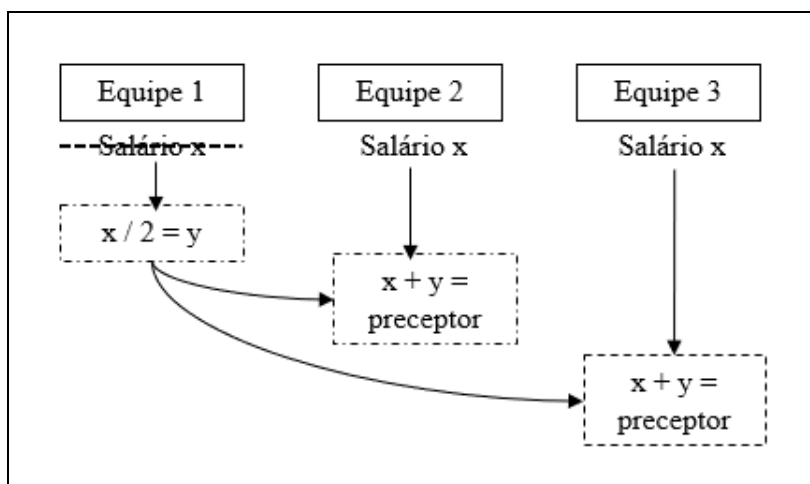


Fonte: A autora.

- b) levando-se em conta que uma das equipes possui a vacância de 1 profissional de saúde, esse salário que está já empenhado pela gestão municipal, mas não está sendo executado (x), pode ser dividido em dois possibilitando criação de duas

bolsas de preceptoria ($x/2=y$). Este valor, somado ao salário, torna-se a composição do salário do profissional de saúde preceptor ($x + y$):

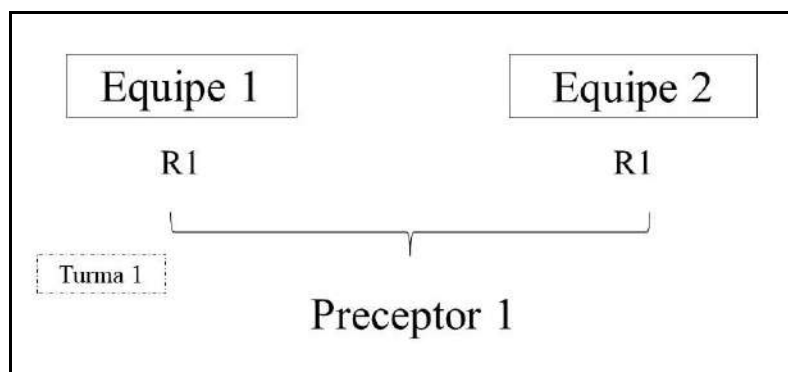
Figura 3 - Algoritmo de financiamento da bolsa de preceptoria – parte 2



Fonte: A autora.

- c) desse modo, no primeiro ano de implantação do programa, as equipes de Saúde da Família terão a seguinte conformação:

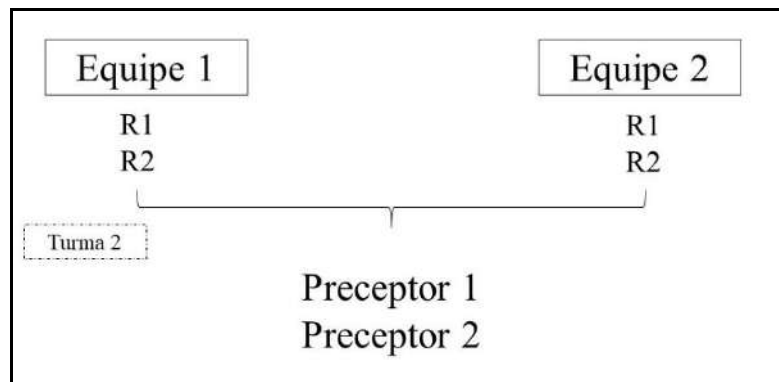
Figura 4 - Algoritmo de financiamento da bolsa de preceptoria – parte 3



Fonte: A autora.

- d) nos anos subsequentes, com a entrada de um novo preceptor, as equipes ficarão com a seguinte conformação:

Figura 5 - Algoritmo de financiamento da bolsa de preceptoría – parte 4



Fonte: A autora.

À SES-RJ cabe: selecionar os municípios do estado que tenham uma Rede de Atenção à Saúde minimamente estruturada para o desenvolvimento das atividades pedagógicas de forma adequada; realizar o processo seletivo de tutores e residentes, em conjunto com a UERJ; financiar as bolsas dos residentes, bem como sua complementação; financiar as bolsas de tutoria; acompanhar, monitorar e avaliar a execução e o desenvolvimento do Programa de Residência e dar apoio na interlocução entre os municípios e a UERJ.

Em reuniões realizadas com a Superintendência de Atenção Primária em Saúde, o COSEMS e a Coordenação de Ensino foram pactuados critérios para a seleção dos municípios do estado que receberão os alunos do programa. Os critérios pactuados foram: cobertura da rede de Atenção Primária em Saúde maior que 60%; presença de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); rede de Saúde Mental; rede de Saúde Bucal e a Atenção Primária em Saúde possuir profissionais das mesmas categorias dos alunos para o exercício da preceptoría. Após a seleção, 31 municípios apresentaram condições de receber o projeto, que foi então apresentado e pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Além disso, a SES-RJ propõe a complementação da bolsa do residente, semelhante a um auxílio transporte e alimentação, com o intuito de aumentar o interesse pelos municípios do interior (RIO DE JANEIRO, 2019).

7 OUTRAS EXPERIÊNCIAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS – INICIATIVAS DE GESTÕES MUNICIPAIS E ESTADUAIS

A pesquisa realizada com o intuito de embasar a análise e a discussão sobre o processo de construção e implementação do Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ trouxe como resultado 05 (cinco) experiências nacionais, em três regiões do país – Sudeste, Sul e Norte - que descrevem o processo de articulação entre as instituições de ensino e os gestores locais, tanto estaduais quanto municipais, bem como dos recursos e estratégias utilizados para executar cada uma das respectivas propostas de programas de residência. O levantamento feito relata as experiências vividas pelos municípios do Rio de Janeiro (RJ); Vitória, no Espírito Santo (ES); Florianópolis, em Santa Catarina (SC) e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (RS), além da experiência da Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins (SES-TO) que inaugurou em 2006 seu I Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade em sua capital, Palmas.

O estudo de Justino, Oliver e Melo (2016) relata o processo de implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro propôs a Reforma da Atenção Primária em Saúde na cidade e um dos braços dessa reforma é a qualificação dos médicos da rede de saúde para a prática da Medicina de Família e Comunidade. Para dar cabo deste objetivo, a Secretaria implantou no ano de 2012 seu Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Este estudo traz o relato de experiência do processo de implantação do referido programa utilizando como instrumento de análise a matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças).

A matriz FOFA é uma ferramenta que identifica fatores positivos e negativos, tanto intrínsecos quanto extrínsecos, ao processo de implantação do objeto de análise, neste caso o Programa de Residência do Rio de Janeiro. Como pontos positivos a matriz elencou o apoio da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, a boa qualidade da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a complementação salarial proposta ao residente que ingressasse no Programa, boa localização e fácil acesso às UBS pelos meios de transporte, implantação de pólos tecnológicos de comunicação e informação em saúde, o fortalecimento, em nível nacional, da Atenção Primária em Saúde. Com a reforma da Atenção Primária, o município tornou-se mais atraente aos Médicos de Família e Comunidade de outros locais e a consolidação do modelo de atenção à saúde baseado na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Como pontos negativos, verificou-se o número reduzido de Médicos de Família e Comunidade na rede própria do município, proporção de 1(um) preceptor para cada 4 (quatro) residentes, falta de conhecimento sobre a residência médica pelos serviços de saúde, a mudança da gestão municipal, a dimensão do programa - que inicialmente contou com 60 vagas anuais, e a baixa procura pelos recém graduados em Medicina pela especialização em Medicina de Família e Comunidade. Os autores denotam que a especialização em Medicina de Família e Comunidade sofre com a falta de interesse por parte dos estudantes de Medicina por não ter o mesmo status social que as demais especializações médicas, por não usar tantos recursos tecnológicos em sua prática assistencial assim como o enfrentamento de patologias e agravos em saúde menos complexos.

Após a formatura da primeira turma, os pesquisadores realizaram o rastreamento dos egressos e análise das mudanças nos processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que receberam os alunos. Notou-se a fixação de 45% dos egressos na rede de saúde carioca, reorganização e qualificação dos serviços e dos profissionais atuantes, para atender as exigências de qualidade para a formação de um novo profissional médico e incremento dos serviços e produtos ofertados à população. Os autores concluem que as estratégias de complementação salarial e reestruturação da rede de saúde se mostraram promissoras para atrair os recém formados para atuarem na Atenção Primária em Saúde, assim como a inserção dos residentes nas UBS se mostrou recurso eficaz para a melhoria da rede como um todo. No entanto, outros desafios como a articulação e a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde ainda se faz necessária.

A experiência de implementação dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Vitória, capital do Espírito Santo, está descrito no estudo de Sarti *et al.*, (2018). O estudo é um relato de experiência que tem por objetivo elencar os principais desafios e facilidades encontrados no processo de implementação de três programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, também se utilizando da matriz de análise do tipo FOFA.

Após um período de reestruturação da rede de Atenção Primária em Saúde, semelhante ao processo vivido pelo Rio de Janeiro, o município de Vitória investiu na criação de três programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: um programa é ligado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), uma instituição filantrópica; outro programa é ligado à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e o terceiro e último programa de residência médica está ligado à iniciativa

privada, da rede de planos de saúde Unimed Vitória. Cada uma dessas instituições de ensino possui a sua Comissão de Residência Médica (COREME), que tem por função realizar a gestão acadêmica e traçar as diretrizes gerais de todos os cursos de residência médica e mediar o diálogo entre a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) com a instituição de ensino proponente do programa. A gestão dos programas é dividida entre as COREME de cada instituição de ensino e a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS), ligada à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. A ETSUS é, segundo os próprios autores do estudo:

uma estrutura específica de gestão da interface ensino-serviço-comunidade e do processo de educação permanente profissional. É um espaço de discussão, formulação, articulação e proposição de ações de educação permanente em saúde, a partir do perfil epidemiológico da população, dos processos de organização do cuidado em saúde e da gestão social sobre as políticas públicas de saúde. (SARTI *et al.*, 2018, p. 5).

São os gestores destas instituições que trazem estes relatos e análises.

A interlocução entre a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e as COREME feita pela ETSUS, é destacado tanto como ponto positivo, por demonstrar um apoio da gestão central aos programas de residência, mas também como um ponto negativo, por fragmentar, em alguma medida, o processo de gestão e monitoramento dos programas. Além desses pontos, foram levantadas outras questões que são frequentemente encontradas na literatura: como aspectos positivos temos a boa estruturação física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), fácil acesso da população à estas, valorização do papel da preceptoria e a presença de equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para matriciamento. Como aspectos negativos, foram elencados a heterogeneidade dos processos de trabalho nos serviços, a fragilidade da contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde, sobrecarga de trabalho do preceptor, pouca compreensão da importância da residência pelos demais profissionais presentes nas UBS, carteira de serviços oferecidos à população insuficiente e a violência urbana. Outro dado importante a ser destacado é a não especialização em Medicina de Família e Comunidade por parte dos profissionais já inseridos na Atenção Primária em Saúde. Apesar disso, a constante qualificação destes profissionais pela ETSUS garante uma boa atuação neste nível de atenção à saúde.

A política de valorização da preceptoria perpassa pela criação do adicional de preceptoria no Plano de Cargos e Salários no município de Vitória e a inserção de alunos de graduação nas UBS, induzindo a uma constante discussão da importância desta função nos

serviços. No entanto, a manutenção da agenda de atendimentos dos usuários do SUS por parte dos preceptores, ainda se mostra um desafio a ser enfrentando, visto que compromete a qualidade do ensino prestado aos alunos. Além disso, a inserção de graduandos nas UBS incentiva a procura pela especialização em Medicina de Família e Comunidade após a formatura, contribuindo para o fortalecimento desse campo para atuação da categoria médica.

Por fim, um modelo de atenção à saúde delineado sob a forma de programas fechados em ciclos de vida ou em patologias, pode comprometer a formação do futuro médico de família, já que este modelo não está em consonância com o Currículo Baseado em Competências, proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

O estudo conclui que a qualidade dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, portanto da formação deste profissional, está diretamente ligado à qualidade da Atenção Primária em Saúde, tanto em termos de infraestrutura, quanto em relação aos processos de trabalho desenvolvidos.

Em Florianópolis, Silva e Natal (2019) também relatam uma experiência municipal de planejamento e implementação de dois programas de residência – um na Atenção Hospitalar e outro na Atenção Básica, com o objetivo de avaliar a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde enquanto política pública. Para tanto, realizou-se a avaliação do grau de implantação dos dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde citados, que estão ligados à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O instrumento de avaliação utilizado foi uma matriz de avaliação e julgamento elaborada a partir da sistematização das principais dimensões estruturantes dos programas: a dimensão estrutural, a dimensão organizacional e a dimensão técnico-operacional. Foram atribuídas notas para avaliar e classificar o grau de implantação dos programas como “implantado”, “parcialmente implantado”, “baixo nível de implantação” e “implantação incipiente”.

Os resultados obtidos demonstram que ambos os programas foram classificados como “parcialmente implantado”, em todas as dimensões analisadas. Exceto a dimensão estrutural na Atenção Básica. Esta foi classificada como “baixo nível de implantação”. O hospital se encontra geograficamente próximo da universidade, o que possibilita o uso de suas estruturas para as atividades pedagógicas, o que não ocorre com a UBS. Esta possui instalações voltadas somente para o atendimento clínico. Outros fatores limitantes encontrados na dimensão estrutural foram a ausência de recursos financeiros para a execução das atividades pedagógicas, precarização do trabalho da preceptoria, dificuldade de inserção dos tutores para

realizar a adequada supervisão e baixa institucionalização do programa de Residência Multiprofissional na universidade.

A precarização do trabalho da preceptoria é descrita no estudo pela sobrecarga deste profissional que tenta conciliar o atendimento ao usuário com o atendimento ao residente. Além disso, há divergências nas opiniões acerca da oferta de auxílio financeiro aos preceptores, considerando-se a tese que aponta que a inserção de qualquer profissional em um hospital escola já prevê dentre suas funções a formação e a aprendizagem dos alunos. Já a baixa inserção dos tutores nas atividades do programa de residência é relatada pela ausência de carga horária específica para este fim, uma vez que os docentes estão inseridos também em outros programas da universidade, como o mestrado e a própria graduação. O estudo também aponta um baixo engajamento dos cursos e departamentos da universidade para com os programas de residência ao não cederem profissionais para a função de tutor.

Com relação à dimensão organizacional, os encontros programados e regulares entre o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) e a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) da universidade são apontados como fator potencializador dos programas. Enquanto a COREMU possui papel semelhante ao da COREME, porém voltado para os programas de residência não-médicos, o NDAE é um órgão instituído na estrutura organizacional de cada programa de residência. Ou seja, existe um NDAE para cada programa de residência que esteja subordinado à COREMU. O NDAE tem o papel de assessorar a Coordenação Acadêmica do programa na implementação e cumprimento das diretrizes da COREMU, assim como auxiliar na execução integral do Projeto Político Pedagógico do curso. Além deste, o fato de alguns preceptores integrarem as Comissões Municipais e Estaduais de Educação Permanente em Saúde, promove um alinhamento entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as atividades práticas realizadas entre preceptores e residentes. A execução integral do Projeto Político Pedagógico e a inserção de graduandos como estagiários nos mesmos campos de prática dos residentes também foi referida como ponto positivo na execução da dimensão organizacional, induzindo maior contato entre tutores e residentes. Como fatores limitantes desta dimensão de análise, denotam-se desatualização e baixa divulgação do Projeto Político Pedagógico e ausência de avaliação por parte da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, gerando a não certificação dos egressos dos programas.

Por fim, na dimensão técnico-operacional os fatores potencializadores encontrados foram o cumprimento de todas as exigências para a execução do processo seletivo dos alunos e

os espaços de discussões multiprofissionais em ambos os programas, em que os residentes organizam temas para debate e discussão com as diferentes categorias profissionais. Como fator limitante, apontou-se a ausência de um instrumento de avaliação por parte dos residentes para com os programas.

O estudo conclui que os programas estão apenas parcialmente implantados e que as dificuldades encontradas para sua plena implantação são as mesmas destacadas em outros estudos, como a ausência de infraestrutura para as atividades pedagógicas na UBS e a desvalorização do profissional preceptor e tutor.

Fajardo *et al.*, (2010) trazem a narrativa do Grupo Hospitalar Conceição. Referência no país sobre educação em saúde, regulamentando medidas que são consideradas verdadeiros marcos metodológicos para a maioria das instituições que trabalham com a temática de formação em saúde, o Grupo Hospitalar Conceição implantou em 2004 seu Programa de Residência Integrada em Saúde. O Grupo Hospitalar Conceição é um complexo de atenção à saúde composto por 4 (quatro) hospitais, voltados para atendimento de adultos, crianças, mulheres e situações de trauma; 12 (doze) UBS e 2 (dois) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 (um) para adultos e 1 (um) para usuários de álcool e outras drogas.

A modalidade Residência Integrada foi a opção escolhida para dar materialidade à proposta de integração entre os diferentes serviços que compõem o complexo e o desenvolvimento da prática interprofissional. Além disso, esperava-se, também, integração com os demais programas de Residência Médica que o Grupo Hospitalar Conceição desenvolve desde a década de 1970.

A Residência do Grupo Hospitalar Conceição oferece vagas nas áreas de Saúde da Família e Comunidade; Saúde Mental; Terapia Intensiva/Atenção ao Paciente Crítico e Oncologia e Hemoterapia. Estão contempladas nestes programas as categorias profissionais: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

O processo de implantação da Residência Integrada encontrou uma facilidade maior na área de Saúde da Família do que nos demais pontos de atenção. Isto se deve ao fato da Saúde da Família já contar com uma prática multiprofissional mais bem desenvolvida e ter tradição em ofertar campo de estágio para graduandos. Como incentivo ao aprimoramento pedagógico dos profissionais que recebem os alunos, a gestão dos programas criou a Função Gratificada para o exercício da preceptoria. Além disso, também se estabeleceu os encontros semanais denominados de "Seminários Integrados", onde as 4 (quatro) áreas de atuação discutem juntas

tópicos de pesquisa, estudo de caso, realização de oficinas temáticas e debate sobre políticas públicas.

Aos alunos são ofertados seminários das categorias profissionais que atuam em cada uma das áreas de atenção à saúde para a troca de experiências, além da oferta de estágios em outros pontos da Rede de Saúde diferentes da área de formação-base. Por fim, os processos de avaliação são realizados de forma tanto quantitativa quanto qualitativa entre todos os atores envolvidos.

Com o intuito de garantir uma cultura de alinhamento entre a prática assistencial com a prática pedagógica, de modo sustentável e duradouro, em consonância com as políticas públicas de saúde, a gestão do Grupo Hospitalar Conceição, após a implantação de sua Residência, definiu que os contratos de trabalho firmados a partir de então trariam a realização da preceptoria e outras atividades de ensino como escopo de trabalho a ser desenvolvido no exercício do cargo. No entanto, apesar dos esforços descritos, a integração do ensino-serviço ainda se mostra um desafio.

O estudo de Freitas *et al.*, (2006) descreve o processo de criação do I Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Estado do Tocantins, sob a perspectiva dos materiais e recursos necessários para o planejamento organizacional, em uma região do país notadamente conhecida pelos escassos investimentos na educação superior em saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde de Tocantins (SES-TO) submeteu em 2006 o projeto de seu Programa de Residência ao Ministério da Saúde (MS) a fim de que este fosse financiado pelo Fundo Nacional de Saúde. A solicitação visava subsidiar os custos de 24 bolsas para alunos além de outras 15 bolsas para docentes.

O arcabouço do projeto contava ainda com o uso de metodologias ativas de aprendizagem, com o objetivo de desenvolver os processos de trabalho sob a lógica da vigilância em saúde. Devido ao fato da região Norte do Brasil ser a região com menos instituições de ensino superior e pouca tradição na Educação Profissional em Saúde, foi necessário o firmamento de parcerias com instituições que tivessem essa expertise.

Nesse sentido, coube à SES-TO garantir essas parcerias e um espaço de discussão e desenvolvimento de estratégias de implementação do curso de forma conjunta entre os envolvidos. Portanto, foi desenvolvido um grupo de trabalho com 1- a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que se propôs a auxiliar na discussão sobre os processos de legalização e normatização das Residência Multiprofissionais em Saúde no Brasil; 2 - o

Departamento de Gestão da Educação em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do MS, ao financiar o projeto; 3 - a Fundação de Medicina Tropical vindo a se tornar a instituição coordenadora geral e titular do curso; 4 - a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, uma vez que é na rede municipal de Palmas que se constitui os campos de aprendizagem em serviço. A escolha da cidade de Palmas para ser campo de atuação dos residentes se deu por esta ser a capital do estado, tendo, portanto, melhor localização geográfica e possuir maior concentração de instituições de ensino; 5 - os Conselhos de Categoria Profissional, cujo convite para participação dessas entidades foi motivado pela possibilidade de sensibilização destas no rompimento de modelos corporativos que impossibilitam a efetivação de um cuidado integral à saúde da população; 6 - as Áreas Técnicas da SES-TO, em especial os setores da Atenção Básica, por fazer a gestão da Estratégia de Saúde da Família, e a Assessoria de Planejamento, por ser responsável pela organização do sistema como um todo.

Além disso, como já apresentado, na dimensão pedagógica, o projeto propõe o uso de metodologias ativas de educação: as vivências dos alunos nos serviços de saúde devem pautar as atividades teóricas; estas, por sua vez, devem munir os alunos de ferramentas para a resolução dos problemas encontrados e induzir a transformação dos processos de trabalho na garantia do exercício dos princípios básicos do SUS. Também está previsto nas atividades teóricas o tema da gestão do sistema de saúde, proporcionando a formação de um profissional especialista não somente em Saúde da Família, mas também em Saúde Pública.

Este desenho pedagógico proposto pelo I Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Estado do Tocantins demonstra um alinhamento com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Desse modo, podemos perceber que ao propor a constituição de um programa de pós-graduação nos moldes de uma residência, a gestão estadual do Tocantins está na verdade implementando uma política local de formação profissional em saúde, com a perspectiva de qualificar a rede assistencial primária tocaninense.

Os pontos apresentados em todos os estudos aqui descritos, tanto negativos quanto positivos, demonstram que a construção coletiva e a corresponsabilização entre os diferentes atores e instâncias é o caminho que deve ser percorrido para um adequado planejamento e execução de um programa de pós-graduação que se pauta na formação em serviço.

8 ANÁLISE COMPARATIVA DO PROJETO DE RESIDÊNCIA DA SES-RJ COM OUTROS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

A estrutura do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ foi concebida a partir do exemplo da capital do estado, o município do Rio de Janeiro. Isto se deu pelo fato de alguns integrantes, tanto da Coordenação de Ensino quanto da Subsecretaria de Educação e Inovação em Saúde da SES-RJ, serem ex-gestoras da área da educação deste município, e que, portanto, trouxeram esta proposta de modelo de residência para a gestão estadual.

O levantamento de outras experiências de implantação de programas de residência permitiu o estudo das estratégias utilizadas pelos diferentes gestores para esse processo, bem como a comparação destes com a proposta da SES-RJ. Desse modo, podemos analisar as potências e os nós críticos do projeto fluminense e verificar a pertinência de cada estratégia utilizada por um programa de residência que se propõe a ser gerido por um ente estadual e ampliar a Saúde da Família no interior do estado. Para facilitar esta tarefa, foram organizadas categorias de análise a partir das estratégias utilizadas pelo projeto da SES-RJ comparando-as com as estratégias utilizadas pelos demais programas de residência. O quadro abaixo correlaciona essas estratégias, quais são comuns ao projeto da SES-RJ com os achados da literatura e quais não são, sendo estas utilizadas à frente como categorias de análise.

Quadro 1 - Lista das estratégias de implementação utilizadas pelo Projeto de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ e pelos diferentes programas de residência em Saúde da Família obtidos no levantamento bibliográfico. Rio de Janeiro, 2020

| PROJETO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA SES-RJ | PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MFC DA SMS - RJ (RJ) | PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MFC DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA (ES) | PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS (SC) | RESIDÊNCIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO | PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA SES-TO |
|---|---|--|---|--|---|
| Pagamento de gratificação aos preceptores | - | Pagamento de gratificação aos preceptores | - | Pagamento de gratificação aos preceptores | - |
| Proporção de preceptores por residentes | - | - | - | - | - |
| Complementação da bolsa-auxílio dos residentes | Complementação da bolsa-auxílio dos residentes | - | - | - | - |
| Proporção de 1 tutor para cada 3 preceptores | - | - | - | - | - |
| Pagamento de bolsa-auxílio para os tutores conveniados à instituição de ensino, pela SES-RJ | - | - | - | - | - |
| Presença de NASF | - | Presença de NASF | - | - | - |
| Integração entre as Residências | - | - | - | Integração entre as Residências | - |
| - | - | - | Espaços para discussões Multiprofissionais | Espaços para discussões Multiprofissionais | - |
| - | - | - | - | Oferta de estágios em outros pontos da Rede de Saúde | - |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| - | Infraestrutura das UBS | Infraestrutura das UBS | - | - | - |
| - | Boa localização e fácil acesso às UBS | Boa localização e fácil acesso às UBS | - | - | - |
| - | Implantação de pólos tecnológicos de comunicação e informação em saúde | - | - | - | - |
| - | - | Integração ensino e serviço | Integração ensino e serviço | - | - |
| - | - | - | - | - | Ofertar campos de prática onde há instituições de ensino |
| - | - | Inserção de graduandos como estagiários nos serviços | Inserção de graduandos como estagiários nos serviços | Inserção de graduandos como estagiários nos serviços | - |
| - | - | - | - | Avaliação do Programa pelos residentes | - |

Fonte: A autora

8.1 PAGAMENTO DE GRATIFICAÇÃO AOS PRECEPTORES

A necessidade de valorização do trabalho da preceptoría é um assunto que aparece em quase todos os estudos aqui levantados. Considerando a modalidade de aprendizado em serviço proposta pelos cursos de residência e a função do profissional preceptor, a preceptoría se torna o eixo central da residência, impactando diretamente na excelência do curso.

Os relatos de precarização da preceptoría são recorrentes e muitas são as propostas para amenizar esta situação. As cidades de Vitória e Porto Alegre implantaram o pagamento de gratificação a este profissional com o objetivo de valorizar seu papel. No entanto, a manutenção da agenda de atendimentos aos usuários do SUS associado a atenção que o preceptor deve prestar ao residente, sobrecarrega este profissional, como apontado no estudo realizado na cidade de Florianópolis. Reservar um horário na agenda para dar a devida atenção ao aluno, pode ser uma estratégia a ser considerada, pois desse modo não só diminuiria a sobrecarga de trabalho como também melhoraria a qualidade das atividades pedagógicas exercidas pelo preceptor em conjunto com os alunos.

Além disso, cabe destacar que, para além do pagamento de gratificação da preceptoría, a gestão do Grupo Hospitalar Conceição, do município de Porto Alegre, após a implantação do programa de residência, definiu que os contratos de trabalho firmados a partir de então trariam a realização da preceptoría e outras atividades de ensino como escopo de trabalho a ser desenvolvido no exercício do cargo, com o intuito de garantir uma cultura de alinhamento entre a prática assistencial com a prática pedagógica, de modo sustentável e duradouro, em consonância com as políticas públicas de saúde.

Apesar destas duas últimas estratégias não serem medidas adotadas pelo projeto da SES-RJ, estas podem se configurar como uma alternativa, caso haja dificuldade por parte dos municípios em implantar o adicional salarial pela função de preceptoría, como proposto pelo projeto fluminense. A proposta de financiamento da gratificação da função preceptoría sugerida pela SES-RJ não gera custo adicional aos cofres públicos pois se baseia no uso de um recurso financeiro que já estaria empenhado pela secretaria municipal de saúde, mas que não está sendo utilizado devido a vacância de profissional na rede de saúde. Entretanto, essa possibilidade de vacância só ocorre na equipe mínima de Estratégia de Saúde da Família pois, segundo o anexo 3.4 da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que descreve a composição das Equipes de Estratégia de Saúde da Família, esta deverá ter minimamente um enfermeiro e um médico, preferencialmente especialistas em Saúde da Família, para que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) seja considerada implantada. O mesmo não ocorre com a

equipe NASF pois sua implantação no território municipal não é obrigatória para que a implantação da ESF seja credenciada. Por ser uma equipe de apoio, e sua implantação ser de escolha do gestor local, esta será composta por profissionais de saúde que sejam necessários para dar o devido suporte às equipes da ESF de acordo com a realidade epidemiológica local. Não tendo, portanto, obrigatoriedade de uma ou outra categoria profissional em sua composição. Além disso, em novembro de 2019, é publicada Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, do Ministério da Saúde (MS), que propõe novo modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde. Nesta nova forma de financiamento da Atenção Primária, o MS não se propõe mais a financiar as equipes NASF, deixando ao cargo dos municípios o seu financiamento. Em municípios que possuem uma baixa arrecadação fiscal, esse movimento do MS pode gerar uma redução do quantitativo dessas equipes. Logo, esse novo cenário pode influenciar negativamente no aceite por parte dos municípios do estado do Rio de Janeiro em participar do projeto de Residência Multiprofissional da SES-RJ.

8.2 PROPORÇÃO DE PRECEPTORES POR RESIDENTES

A valorização do trabalho exercido pela preceptoria também pode ser dimensionada pelo quantitativo de alunos que cada preceptor irá acolher. Escolher um único profissional para receber muitos alunos por vez compromete a qualidade do aprendizado e aumenta ainda mais a sobrecarga de quem ainda precisa se dividir entre o trabalho pedagógico e o assistencial.

A pesquisa realizada não trouxe nenhum relato de implantação de programas de residência que tenha pensado especificamente nesta questão. Logo, a SES-RJ parece realizar um movimento inovador ao propor que haja um padrão de no máximo 2 alunos por preceptor, permitindo assim um aporte pedagógico de qualidade e sem sobrecarregar o profissional preceptor. Cabe destacar que o estudo realizado no município do Rio de Janeiro aponta como ponto negativo a proporção de 1 preceptor para 4 residentes.

8.3 COMPLEMENTAÇÃO DA BOLSA-AUXÍLIO DOS RESIDENTES

A complementação salarial dos residentes é uma estratégia que foi descrita apenas no estudo do Rio de Janeiro, o que nos leva a deduzir que não é uma prática corriqueira por parte dos gestores e coordenadores de programa de residência. Esta estratégia foi utilizada pela gestão municipal carioca sob a justificativa de atrair recém-graduados em Medicina para a especialização em Medicina de Família e Comunidade que historicamente sofre com a falta de

interesse pela classe médica. Os autores do estudo apontam que essa estratégia se mostrou eficiente em alcançar o objetivo proposto, indicando inclusive, que houve atração de jovens médicos de outras localidades que migraram para o município do Rio de Janeiro devido ao alto salário oferecido.

Considerando que o principal objetivo do projeto da SES-RJ é justamente atrair profissionais de saúde da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro para ocupar potenciais vagas no interior, esta estratégia se mostra promissora para este fim. Cabe destacar ainda que, as aulas teóricas serão ministradas em uma universidade que está localizada na capital e que, portanto, o aluno terá que percorrer grandes distâncias para cumprir com estas atividades pedagógicas. Assim, este adicional salarial poderá ser encarado como um auxílio transporte, visto que ao induzir um processo migratório por parte dos residentes, estes terão custos a mais com moradia e alimentação. Custos estes que comprometem boa parte da bolsa-auxílio. Portanto, o aumento salarial se mostra uma estratégia pertinente. Apesar do projeto não apontar com clareza sobre o incentivo de que profissionais que já moram no interior do estado possam ingressar no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da SES-RJ, esta poderia ser uma estratégia ainda mais eficiente para a fixação destes após o término da especialização.

8.4 PROPORÇÃO DE 1 TUTOR PARA CADA 3 PRECEPTORES

A tutoria é uma atividade exclusivamente acadêmica, onde o docente deverá alinhar, junto aos preceptores e residentes, as práticas assistenciais com os objetivos propostos no Projeto Político Pedagógico e o desenvolvimento de habilidades que o futuro especialista deverá deter ao final do curso. Ao exercer essa função, o tutor pode vir a auxiliar o preceptor a desenvolver sua capacidade didática e, assim, qualificar o exercício da preceptorial. Portanto, uma proporção adequada entre tutores e preceptores promove uma integração ensino-serviço mais ajustada.

Nesse sentido, a SES-RJ promove, novamente, uma inovação ao propor que haja um quantitativo padrão de docentes que devam exercer este papel, uma vez que essa questão não foi debatida em nenhum estudo aqui levantado. Para, além disso, a SES-RJ ainda propõe o pagamento de bolsa-auxílio para esses tutores como forma de valorizar essa função, do mesmo modo como a proposta de valorização da preceptorial. Para isso os tutores deverão ser contratados pela universidade para exercerem exclusivamente esta função.

Apesar de trazer enormes benefícios a contratação de tutores exclusivos para o programa de residência, garantindo a qualidade do trabalho a ser desenvolvido, esta proposta pode fragilizar a institucionalização da residência dentro da universidade. Tutores deslocados do quadro de docentes podem ter dificuldade em integrar o programa com as demais atividades acadêmicas desenvolvidas pela universidade, como mestrado e outras pós-graduações, por exemplo. O tutor poderá encontrar dificuldade também em se integrar com os demais órgãos reguladores do programa, como a própria COREMU, por não ter um vínculo direto com a universidade. O estudo realizado no município de Florianópolis relatou a dificuldade da Universidade Federal de Santa Catarina em reconhecer a importância do programa de residência pelos próprios departamentos ao não ceder docentes para que realizem a supervisão dos alunos em campo. Logo, podemos inferir que ao trazer tutores externos, esse processo de reconhecimento e institucionalização do programa de residência dentro das dependências da UERJ pode ser prejudicado.

8.5 PAGAMENTO DE BOLSA-AUXÍLIO PARA TUTORES PELA SES-RJ

Assim como a preceptoria, a tutoria representa papel fundamental nos programas de residência. Tendo em vista sua função em qualificar o trabalho da preceptoria que, como dito anteriormente, é o eixo central da formação em serviço, valorizar o profissional tutor se torna um recurso relevante para garantir a qualidade pedagógica do curso. Oferecer uma boa remuneração pode ser uma forma de valorizar este trabalho. No entanto, apenas ofertar altos salários não descarta o desgaste produzido por longas jornadas de trabalho. Neste sentido, a SES-RJ parece fazer uma aposta promissora ao definir uma bolsa-auxílio equivalente à remuneração oferecida aos preceptores e jornada de trabalho de 8 horas semanais.

Ao se propor a financiar as bolsas-auxílio dos tutores, a SES-RJ indica à universidade a contratação desses profissionais. Por ser um órgão gestor do sistema de saúde, a secretaria estadual de saúde não possui a prerrogativa legal de remunerar docentes que estejam vinculados formalmente ao quadro de professores da UERJ. A estratégia de contratar tutores a parte do quadro docente universitário parece ser uma forma interessante de lidar com a falta de engajamento dos departamentos e unidades acadêmicas, como descritas no estudo que avaliou os programas de residência do município de Florianópolis. Porém, por não integrarem formalmente a comunidade acadêmica, os tutores poderão encontrar resistências na institucionalização do programa dentro da universidade e dificuldade em articulá-lo com a graduação, mestrado e outros projetos desenvolvidos por ela. Se torna um ponto importante de

debate desse projeto o papel desempenhado pelos professores que já são integrantes do quadro docente da UERJ.

8.6 INTEGRAÇÃO ENTRE AS RESIDÊNCIAS

A integração entre as diferentes categorias profissionais, assim como entre as diferentes especializações em saúde é uma diretriz da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e um pressuposto da modalidade multiprofissional dos programas de residência. Essa diretiva almeja a reorientação das práticas profissionais na produção de um cuidado e atenção à saúde de modo integral e humanizado, conforme os pressupostos do SUS.

A gestão do programa de Residência Multiprofissional ancorado na Atenção Básica do município de Florianópolis possui formato semelhante à proposta da SES-RJ, perpassando a academia (Universidade), o serviço (as UBS) e a gestão municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. A integração entre estes componentes permite uma melhor integração ensino-serviço-gestão-comunidade, propostas tanto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde quanto do próprio SUS em sua criação.

Uma proposta diferente para equacionar as questões de integração ensino-serviço-gestão-comunidade, foi a solução adotada pelo Grupo Hospitalar Conceição. No momento de sua criação, a Residência do Grupo Hospitalar Conceição apresentava 3 (três) áreas de atuação, entre Atenção Básica, Terapia Intensiva e Saúde Mental. Atualmente, possui 4 (quatro) áreas com a inclusão da Oncologia/Hemoterapia em 2009. Apesar da diferença metodológica para a integração dos diferentes cursos e categorias profissionais empregada pela Grupo Hospitalar Conceição e pela SES-RJ, destaca-se a importância de utilizar mecanismos que promovam esses encontros. Uma vez que a Atenção Primária deve assumir o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, lançar mão de estratégias que permitam a integração entre os diferentes especialistas e os diferentes níveis de atenção à saúde favorece a troca de experiências propiciando a qualificação dos profissionais que nela atuam e, indiretamente, a qualificação da rede de saúde como um todo, uma vez que aproxima os diferentes pontos de atenção induzindo ao trabalho conjunto, minimiza os eventuais problemas decorrentes da referência/contrarreferência garantindo a melhoria contínua da integralidade do cuidado que deve ser ofertada à população.

8.7 INSERÇÃO DE GRADUANDOS COMO ESTAGIÁRIOS NOS SERVIÇOS

A inserção de graduandos nos serviços de saúde, sejam eles da Atenção Primária ou Atenção Hospitalar, é uma estratégia utilizada pelos municípios de Vitória, Florianópolis e Porto Alegre. Esta estratégia se mostra interessante para o alcance de vários objetivos: qualificar/valorizar o trabalho da preceptoria, garantir espaços mais ricos de discussões, ao proporcionar encontros entre graduandos e pós-graduandos e também para promover interesse na especialização em questão nos graduandos que, em um futuro próximo, poderão ser tornar residentes naquela área de concentração.

A SES-RJ não faz nenhuma proposta nesse sentido apesar da Divisão de Pós-graduação, que coordena os programas de residência, estar dentro da mesma estrutura organizacional que a Divisão de Gestão Acadêmica, que coordena os estágios em nível de graduação. As duas divisões compõem a da Coordenação de Ensino da SES-RJ. Ao propor ofertar estágios somente nas suas unidades próprias da SES-RJ, a gestão estadual de saúde do Rio de Janeiro se limita à Atenção Hospitalar. Considerando que o ente estadual é responsável por induzir o fortalecimento da resposta dos sistemas de saúde nas regiões, em todos os níveis de atenção à saúde, este deixa de cumprir seu papel no que tange a regionalização do sistema assim como põe em risco o esforço empreendido em fortalecer e tornar a Atenção Primária atraente aos futuros profissionais de saúde e mantê-la como modelo prioritário de Atenção à Saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contribuiu para esclarecer sobre o desafio da implantação de um curso de pós-graduação nos moldes de residência, e que obriga para isso, necessariamente, a articulação de muitos atores. Como apontado na análise feita sobre o processo de criação da Residência Multiprofissional do Estado do Tocantins, a construção coletiva é um caminho importante a ser seguido. A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro ao importar um modelo de programa de residência pautado na experiência municipal da capital, sem um diálogo prévio com as regiões de saúde do estado e seus gestores municipais para entender suas especificidades locais, pode comprometer seu papel enquanto ente indutor de políticas.

A falta de articulação com os gestores locais põe em risco a execução do projeto pela falta de adesão dos municípios, que ao se sentirem desconsiderados por não participarem desta construção, apresentam resistência em executar uma ação que não necessariamente traz soluções aos seus problemas. Ao não realizar o diagnóstico prévio da realidade financeira vivida pelos municípios, a SES-RJ não considerou, por exemplo, a possibilidade de existir diferenças salariais entre as mesmas categorias profissionais nos diferentes municípios do estado. Isto põe em xeque a proposta de criação da gratificação para tutoria equivalente ao salário dos preceptores. Também cabe destacar que ao desconhecer a realidade fiscal dos municípios, a SES-RJ ignora a possibilidade de não haver recursos financeiros para a implantação da gratificação da preceptoria. Como mencionado na análise da categoria “Pagamento de gratificação aos preceptores”, o algoritmo proposto para pagamento da gratificação sem onerar os cofres municipais, não parece ser adequado para uma equipe NASF, implicando necessariamente no aumento dos gastos municipais.

Outro dado que poderia ter sido levantado com o diagnóstico situacional prévio à aprovação do projeto é o mapeamento dos locais de formação de graduandos na área de saúde. Com essa informação, a SES-RJ poderia firmar parcerias com outras instituições de ensino para além da UERJ, desobrigando os alunos a se deslocarem grandes distâncias para assistir as aulas teóricas. Ou pelo menos ofertar as vagas para profissionais do interior do estado contribuindo para sua fixação. Também poderia se considerar a inserção de graduandos nos mesmos locais de prática dos residentes como uma estratégia de fortalecimento da Saúde da Família, ao estimular o interesse nesses alunos em seguir nesta área após o término da graduação.

Por fim, para dar continuidade a implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a SES-RJ deverá considerar as mudanças no cenário

político. Enquanto o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, inaugurado no ano de 2012, contava com o apoio ministerial que indicava a Saúde da Família como modelo de atenção à saúde a ser adotado como modelo prioritário para organização da Atenção Primária à Saúde, e implementava políticas de expansão deste modelo, o mesmo não pode ser dito da atual gestão federal.

Com o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2013) e depois com o fim do Programa Mais Médicos - programa lançado em 2013 pelo governo federal, cujo objetivo era suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do país (BRASIL, 2013), as secretarias municipais perderam esses profissionais e tenderam a encolher a cobertura de Saúde da Família em seu território. Na tentativa de minimizar a vacância desses profissionais, e sem o incentivo ao NASF, é possível que ocorra a diminuição de equipes NASF, entre outras equipes de saúde que não são consideradas essenciais, como as Equipes Ampliadas de Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, para usarem esta verba na recontração do quadro de médicos. O desafio da atual realidade talvez requeira dessa Secretaria de Estado de Saúde mais do que o incentivo a residência médica e multiprofissional de ESF no interior, mas a produção de uma forte política de Atenção Primária em Saúde, pela Superintendência de Atenção Primária em Saúde da SES-RJ, com incentivo através de cofinanciamento dos NASF de modo a ampliar, ou pelo menos manter as equipes, de forma a sustentar esse modelo. Desse modo, a SES-RJ ocuparia o lugar deixado pelo Ministério da Saúde de principal estimulador e financiador da Saúde da Família, podendo a residência multiprofissional, se devidamente co-construída de acordo com as realidades municipais e regionais, ser mais um dispositivo importante de fortalecimento desse modelo e do sistema de saúde local.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.; ARAÚJO, C. H. **Bolsa-escola**: educação para enfrentar a pobreza. Brasília: UNESCO, 2002.

BIBLIOTECA PROF. PAULO DE CARVALHO MATTOS. **Tipos de revisão de literatura**. Botucatu: UNESP, 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017.

FAJARDO, A. P. *et al.* Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em saúde**: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 114-126.

FREITAS, A. K.; ARAÚJO, R. M. S.; BARBOSA, S. V. A. I Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade do estado do Tocantins: a gestão estadual da educação em saúde como espaço de criação e experimentação coletiva de respostas aos desafios locais na formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 35-46.

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

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; FARIA BAPTISTA, T. W. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. *In*: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. (ed.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2011. p. 47-72.

MARTINS, G. D. M. *et al.* Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. **Projeto de Interiorização de Programas de Residência em Saúde da Família**. Rio de Janeiro: SES-RJ, Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/atas-das-reunioes/619-2019/setembro/6602-ata-da-9-reuniao-ordinaria-da-cib-rj.html>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SARTI, T. D. *et al.* A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-12, 17 abr. 2018.

SILVA, L. B.; SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan. 2018.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela universidade federal de santa catarina, brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 3, p. e0022050, 2019.

TORRES, R. B. S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 1-16, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Primary health care: now more than ever**. Geneva: WHO, 2008.