

A implementação dos Programas Integrados de Residências (FESF/Fiocruz) na Região Metropolitana de Salvador

The implementation of Integrated Residency Programs (FESF/Fiocruz) in the Metropolitan Region of Salvador

La implementación de Programas Integrados de Residencia (FESF/Fiocruz) en la Región Metropolitana de Salvador

Waldemir de Albuquerque Costa¹, Victor Rocha Santana²

¹ Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

² Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, BA, Brasil.

Resumo

Objetivo: Descrever a experiência de implementação dos Programas Integrados de Residências em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na região metropolitana de Salvador (RMS), correlacionando-a com a conjuntura política do período e a organização das redes de saúde locais. **Método:** Trata-se de um relato de experiência baseado nas vivências e narrativas de dois preceptores implicados com a Atenção Primária à Saúde (APS) da RMS e que participaram do programa desde sua idealização. Foram levados em conta ainda documentos relevantes da época e das residências da região para a reconstrução histórica do programa. **Resultados:** O estudo trouxe à tona fortalezas, fragilidades, ameaças e oportunidades da residência, tensões e progressos dos atores envolvidos e questões relevantes para o futuro do programa. Por fim, traz o reconhecimento da residência como uma grande conquista para a RMS e aponta, entre os principais desafios do programa, a importância de se aprimorar a articulação política e a divulgação de suas atividades. **Conclusões:** Como um estudo exploratório inicial, o artigo busca estimular a realização de mais pesquisas sobre o programa que possam abordar, de forma mais aprofundada, suas práticas pedagógicas, as relações envolvidas entre os atores-chave e seus desdobramentos sobre a APS da RMS e de todo o estado.

Como citar: Costa WA, Santana VR. A implementação dos Programas Integrados de Residências (FESF/Fiocruz) na Região Metropolitana de Salvador. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2483. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2483](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2483)

Autor correspondente:
Waldemir de Albuquerque Costa.
E-mail: doutorwal@gmail.com

Fonte de financiamento:
não se aplica.

Parecer CEP:
Não se aplica.

Procedência:
não encomendado.

Avaliação por pares:
externa.

Recebido em: 19/04/2020.

Aprovado em: 26/12/2020.

Editor Associado:
Mirelle de Oliveira Saes.



Abstract

Purpose: Describe the experience of implementing Integrated Family and Community Medicine and Multiprofessional Residency Programs in Family Health of Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) and Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) in the metropolitan region of Salvador (MRS), correlating it with the political situation of the period and the organization of local health networks. **Method:** This is an experience report based on the experiences and narratives of two preceptors involved in the Primary Health Care (PHC) of MRS and who have participated in the program since its conception. Relevant documents from the time and from the region's homes were also taken into account for the historical reconstruction of the program. **Results:** The study revealed strengths, weaknesses, threats and opportunities for the residency, tensions and progress of the players involved and issues relevant to the future of the program. Finally, it brings the recognition of residency as a major achievement for MRS and points out, among the main challenges of the program, the importance of improving political articulation and the dissemination of its activities. **Conclusions:** As an initial exploratory study, the article seeks to encourage more research on the program that can address, in a more in-depth way, its pedagogical pPrimary Health Care; Patient Care Team; Internship and Residency; Family Health; Family Practice. the relationships involved between the key players and their developments on the PHC of MRS and from across the state.

Keywords: Primary Health Care; Patient Care Team; Internship and Residency; Health Classifications; Family Practice

Resumen

Objetivo: Describir la experiencia de implementación de los Programas de Medicina Familiar y Comunitaria Integrada y Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia de Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) y Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) en la Región Metropolitana de Salvador (RMS), correlacionándola con la situación política de la época y la organización de las redes locales de salud. **Método:** Se trata de un relato de experiencia basado en las vivencias y narrativas de dos preceptores involucrados en la Atención Primaria de Salud (APS) de la RMS y que han participado en el programa desde su concepción. También se tuvieron en cuenta documentos relevantes de la época y de los hogares de la región para la reconstrucción histórica del programa. **Resultados:** El estudio reveló fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades para la residencia, tensiones y avances de los actores involucrados y temas relevantes para el futuro del programa. Finalmente, trae el reconocimiento de la residencia como un gran logro para la RMS y señala, entre los principales desafíos del programa, la importancia de mejorar la articulación política y la difusión de sus actividades. **Conclusiones:** Como estudio exploratorio inicial, el artículo busca incentivar más investigaciones sobre el programa que puedan abordar, de manera más profunda, sus prácticas pedagógicas, las relaciones involucradas entre los actores clave y sus desarrollos en la APS de RMS y de todo el estado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Internado y Residencia; Clasificaciones en Salud; Medicina Familiar y Comunitaria

Introdução

As Residências em Saúde são modalidades de pós-graduação *lato sensu* que se mostram como importante processo de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) e compõem um dos eixos de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.^{1,2} Os programas que possuem na Atenção Primária à Saúde (APS) seu principal campo de prática no Brasil são as residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) e as residências em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), além das versões unificadas das duas modalidades em programas integrados.³

Durante décadas, as principais iniciativas de pós-graduação na APS foram desenvolvidas sob a forma de programas multiprofissionais, organizados em campos compartilhados.⁴ No entanto, em 2005, duas normativas federais (a Lei 11.129 e a Portaria Interministerial 2.117) separaram juridicamente os programas de RMFC dos de RMSF, destinando a estes todos os profissionais de saúde com exceção dos médicos.^{5,6} Se por um lado, os documentos formalizaram a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, importante passo para a melhoria da qualidade e da distribuição dos programas pelo país, por outro provocou uma cisão institucional com a pós-graduação médica na APS, reforçando ainda mais seu isolamento profissional.

As RMFC's, apesar do acúmulo de experiências exitosas, vêm historicamente apresentando baixas taxas de preenchimento de vagas.⁷ Segundo Scheffer e colaboradores,⁸ 66,2% dos egressos de medicina do Brasil não querem trabalhar com a APS e apenas 1,5% citam a RMFC como opção de residência. Desde 2002, a ociosidade de vagas nos programas de RMFC oscila entre 55 e 74%.⁷ A porcentagem de

profissionais que atuam nesta especialidade é de apenas 1,2%, taxa bastante inferior ao de países com fortes redes de APS.^{8,9}

Contudo, com a promulgação da Lei nº 12.871/2013 e o desenvolvimento de parcerias com municípios para pagamento de complementação de bolsas de residência médica, houve importante estímulo na implantação de programas de RMFC no país, que saltaram de 320 vagas ocupadas em 2013 para 1.043 em 2017.^{7,10} Este crescimento abriu espaço para a expansão combinada de programas de residências integradas, que buscam resgatar as experiências compartilhadas das décadas anteriores.

Neste contexto, surgem os Programas Integrados de Residências da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na região metropolitana de Salvador (RMS). A iniciativa ganhou destaque nacional e chegou a contar com mais de 150 residentes distribuídos em três municípios, se tornando o maior programa de residência em APS da Bahia.¹¹ Após a formatura de quatro turmas, torna-se fundamental a análise deste programa e suas perspectivas futuras, sobretudo num cenário de crise da APS nacional.¹²

Metodologia

Este trabalho baseia-se na experiência dos dois autores sobre o processo de implantação e consolidação do programa de residências da FESF/Fiocruz na RMS. Os autores participaram da idealização da residência e atuaram como preceptores em distintas unidades de saúde que funcionaram como campo de prática do curso. Anteriormente a este processo, fizeram parte do movimento estudantil na área da saúde, de movimentos de trabalhadores da APS no estado e do corpo docente da Universidade Federal da Bahia (UFBA), possuindo uma trajetória atrelada ao fortalecimento da APS na região. Desta forma, este estudo foi construído a partir das vivências e narrativas destes “sujeitos implicados”,¹³ trazendo elementos do contexto e dos processos que antecederam a criação do programa.

Além dos relatos, foi realizado o resgate de documentos relevantes do período de implementação da residência e de seus antecessores.^{3,4,14-18} O material apoiou a reconstrução histórica do programa e permitiu a identificação de marcos simbólicos de sua trajetória. Para concluir a sistematização do artigo, foi utilizado o modelo da matriz DAFO/SWOT com a síntese das fragilidades, fortalezas, ameaças e oportunidades do programa em sua trajetória, em formato semelhante ao de outros estudos.¹⁹⁻²¹

A APS em Salvador e os Programas de Residência

A capital baiana apresenta, historicamente, baixos índices de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), chegando a figurar durante muitos anos como a pior taxa entre as grandes cidades do país.²² Nos últimos 10 anos, sua cobertura evoluiu timidamente de 9,59 para 31,88%. Os 12 municípios de sua região metropolitana, por sua vez, figuram com índices bem mais elevados que a capital (percentagens de 41,53 a 100%). Este cenário tem feito algumas instituições de ensino migrarem seus campos de prática para municípios da RMS em busca de melhores realidades.

Apesar das fragilidades na APS de Salvador, muitas instituições da capital apresentam acúmulo em processos formativos na área da saúde. Desde a década de 1970 são descritos programas de pós-graduação voltados para a APS na Bahia.¹⁴ Em 1980, foi desenvolvido na UFBA o curso de especialização em Medicina Social sob o formato de residência multiprofissional, ofertado a médicos e enfermeiros.¹⁵

O primeiro programa de RMSF em Salvador foi implantado em 1997, em parceria da UFBA e Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB).¹⁴ Após esta iniciativa, outros programas foram implantados sucessivamente no estado, como os do Complexo Comunitária Vida Plena (CCVP), da Universidade do Estado da Bahia, da Universidade Federal do Vale do São Francisco e o Programa Multiprofissional Regionalizado em Saúde da Família da SESAB.¹⁴⁻¹⁸

Em 2005 foi implantado o primeiro programa de RMFC de Salvador no CCVP, vinculado à Sociedade Hólton e à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, o primeiro também a funcionar na modalidade de “residências integradas”.¹⁸ Já no ano de 2009, foi criado o programa de RMFC da SESAB, que contava com a inovação de distribuir seus residentes em diferentes unidades de saúde da RMS, proporcionando vivências mais diversificadas.²³ No entanto, as duas residências enfrentaram problemas com a baixa procura de médicos, agravados com a concorrência dos Programas de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos (PMM) – que apresentavam remunerações mais competitivas e menor carga horária em serviço.^{7,24}

Em 2014, foi realizado em Salvador o III Congresso Nordeste de Medicina de Família e Comunidade e a I Mostra Baiana de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), evento que reuniu centenas de profissionais da APS do país e permitiu trocas de experiências sobre programas de residência. A partir deste evento, tornava-se cada vez mais clara a necessidade de criação de um programa de residências integradas de grande porte voltado para a APS que ainda não existia na região.

Partindo dos desafios enfrentados pela APS da capital, do conhecimento produzido pelas RMSF no estado e dos entraves nos programas de RMFC pioneiros da região, a FESF decidiu, em parceria com a Fiocruz, desenvolver uma nova experiência formativa na RMS. Em 2014, respaldada pelas experiências acumuladas na gestão, cuidado e condução de processos educativos na APS, a FESF configurou um grupo de trabalho para elaboração do novo programa sob o formato de residências integradas. O resultado desta cooperação foi o credenciamento das residências no Ministério da Educação no mesmo ano, garantindo a abertura de edital em 2015 com 67 vagas para os municípios de Camaçari e Dias D’Ávila.²⁵

Estrutura e Trajetória dos Programas Integrados de Residências

A proposta do novo programa era realizar as atividades formativas com residentes assumindo integralmente as Equipes de Saúde da Família (EqSF), adscrevendo territórios com média de 2.000 hab/ EqSF e garantindo preceptoria “ombro-a-ombro”²⁵ nos serviços em número de um preceptor de enfermagem, medicina, odontologia e do NASF por USF. Além disso, previa-se a presença do Residente Sanitarista de apoio para as unidades e gestão dos municípios, sob supervisão de preceptor específico. As USF’s se tornavam, desta forma, quase que integralmente compostas por residentes, com apoio dos preceptores em menor número. O desenho pretendia oferecer aos residentes, através de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, vivências e trocas na rede real de APS da região, sobretudo em áreas de vulnerabilidade (em contraposição aos formatos de residência mais protegidos), realizando funções pertinentes às EqSF’s e com espaços de formação teórica para o aprimoramento do trabalho.

O formato do programa, desta maneira, abarcava juridicamente uma RMFC e uma RMSF, amenizando assim o divisionismo da corporação médica, e ainda incluía a formação ampliada com o NASF e a figura do sanitário, até então pouco valorizado nas residências multiprofissionais do país.⁴ Formalmente

conseguia-se romper com o isolamento dos programas vistos na capital e na RMS e unificavam-se os espaços formativos num desenho similar ao da ESF (na composição profissional e no território sob sua responsabilidade), sem perder as particularidades de ensino e trabalho de cada profissão.

Para a construção do corpo docente, utilizaram-se as concepções de “campo” e “núcleo” de saberes e práticas de saúde de Campos.²⁶ Assim, foram disponibilizados “Preceptores de Núcleo”, responsáveis pelo trabalho *in loco* específico de cada categoria profissional; Apoiadores Pedagógicos de campo/“Tutores de Campo”, formados por profissionais generalistas que trabalhariam saberes e práticas relacionadas ao trabalho em equipe dos residentes; e Apoiadores Pedagógicos de núcleo/“Tutores de Núcleo”, responsáveis pelo apoio técnico-pedagógico ao binômio preceptor-residente.

Na prática, as funções dos docentes acabavam por se misturar, com preceptores de núcleo dando suporte a distintas profissões e tutores de campo apoiando iniciativas de determinadas categorias. Os residentes participavam ainda de um conjunto de atividades teóricas (totalizando 20h/semana) – rodas noturnas semanais de Tutoria de Núcleo (por categoria profissional) e de Tutoria de Campo (por unidade de saúde), alternadas entre si; encontros diurnos quinzenal nos Grupos Diversidade, com rodas multiprofissionais de residentes de variados serviços para a discussão de temas do cotidiano da APS; e em Seminários Pedagógicos mensais aos sábados.

Apesar da complementação de bolsa dos residentes médicos (totalizando R\$ 8.000,00 mensais), o programa ainda apresentava baixa procura destes profissionais, contribuindo para isto questões como o baixo interesse na especialidade, o fato de ser um programa novo, a falta de integração com os internatos da RMS e a desmobilização dos médicos de família do estado. Em seu primeiro ano, houve o preenchimento de apenas oito das 18 vagas de residência para médicos, o que impactou diretamente sua distribuição pelos campos de prática. A organização dos serviços teve de ser adaptada colocando, em muitas unidades, um médico residente para a assistência de duas equipes (4.000 hab/médico), dois médicos para três equipes (1.500 hab/médico), três médicos para quatro equipes (2.600 hab/médico) ou até a agregação de médicos fora da residência para compor algumas equipes. Os arranjos funcionavam para evitar vazios assistenciais e garantir a interação dos residentes das distintas profissões num formato minimamente aceitável.

Sobre os residentes do segundo ano (R2), seu ciclo passou a ser composto por parte das atividades na APS dos municípios e parte em estágios em serviços da rede secundária e terciária da RMS. Os R2 ainda podiam se inserir em atividades de iniciação à docência, participando de módulos pedagógicos da FESF e atuando como suporte ou espelho para os residentes do primeiro ano (R1).

Os residentes dos dois anos passaram, a partir do segundo semestre de 2015, a utilizar o portfólio²⁷ no Ambiente Virtual de Aprendizado como instrumento para a sistematização experiências desenvolvidas durante o curso, acompanhados por preceptores e tutores. Os portfólios eram materiais autorais, construídos processualmente, que podiam reunir textos e/ou imagens que registrassem aspectos significativos do seu processo de aprendizagem. O instrumento funcionava, desta forma, tanto como uma ferramenta de ensino quanto como instrumento de avaliação formativa, que captava deslocamentos e crescimentos e pessoais.

Os preceptores e tutores, por sua vez, passavam por atividades quinzenais de formação e alinhamento na sede da FESF. Nessas reuniões eram desenvolvidas rodas e oficinas de aprimoramento pedagógico, discutidos desafios de aprendizagem dos residentes de cada unidade e traçavam-se estratégias para a melhoria do trabalho nos serviços.

Ao fim do primeiro ano da residência, tornou-se evidente a sobrecarga de trabalho de preceptores e residentes com o desenho “visceral” do programa. O somatório da pressão de gerenciamento dos serviços com a demanda reprimida das comunidades, a constante mediação de conflitos e os permanentes desafios pedagógicos do programa resultou em casos de adoecimento, afastamentos e desistências de profissionais.

No aspecto político, o final do segundo ano da residência foi acompanhado das eleições municipais de 2016, que resultaram em tensões pelo possível encerramento do convênio da residência em Camaçari. Após pressão dos preceptores e sucessivas reuniões de alinhamento com a nova gestão, foi possível desenhar um modelo de renovação anual, pactuando-se a redução de parte dos custos da residência. No município de Dias D’Ávila houve manutenção dos contratos e em Lauro de Freitas ocorreu uma abertura de diálogo com a residência, garantindo assim a criação de um novo campo de prática e ampliando a presença do programa para três municípios da RMS.

Resultados Parciais da Implementação das Residências (2015-2018)

A primeira marca deixada pelo programa foi a mudança de modelo assistencial nas unidades em que foi implantado. Se, por um lado, os serviços que funcionavam sob o formato de unidades tradicionais foram transformados para a ESF, por outro, serviços que já trabalhavam na modalidade da ESF, mas que apresentavam limitações no acesso e na qualidade da atenção, puderam se beneficiar com a presença dos residentes e preceptores.²⁸ Nestes serviços foram implantados o Acolhimento, Grupos Terapêuticos e até Conselhos Locais de Saúde. Além disso, foram aprimoradas as principais Linhas de Cuidado, a Atenção Domiciliar e as reuniões de equipe.²⁹⁻³⁰

Dentre as atividades coletivas desenvolvidas, ganharam destaque os grupos de dor crônica, de gestantes e de relaxamento, o *Sling Dance*, os atendimentos coletivos de pacientes portadores de condições crônicas, as escovações supervisionadas nas escolas e as atividades do Programa Saúde na Escola.³⁰⁻³²

As unidades chegaram a receber estudantes de medicina de três faculdades de Salvador e dois grupos de estudantes intercambistas de Portugal. Os ciclos de estágio realizavam seu encerramento através de projetos de intervenção, que traziam colaborações dos estudantes para os campos de prática. Além disto, os estágios permitiram divulgar a residência e o trabalho na APS entre as faculdades e terminaram trazendo novos residentes egressos destas instituições.

Ao longo dos cinco anos do programa, foram publicados diversos materiais organizados pela residência para a Secretaria de Saúde de Camaçari. Entre eles, ganharam notoriedade as Diretrizes de Acolhimento e Acesso na Atenção Básica, o Arruamento e Adscrição Municipal da Atenção Básica, o Guia de Serviços de Interesse à Atenção Básica e o Guia de Saúde do Homem na Estratégia Saúde da Família.

Para o encerramento do ciclo do R2 e aprovação no programa, os residentes precisavam construir Trabalhos de Conclusão da Residência, desenvolvendo pesquisas em campo, revisões, relatos de experiência ou memoriais. Até o momento foram apresentados 176 trabalhos, com contribuições diretas para as unidades do programa, aumento da visibilidade da residência e grande produção de conhecimento no campo da APS. Alguns destes trabalhos chegaram a ser publicados em congressos das áreas da saúde e da educação.²⁹⁻³³

Para sintetizar as experiências da residência, seu contexto e sua trajetória, trazemos no Quadro 1 a síntese das debilidades, fortalezas, ameaças e oportunidades do programa.

Quadro 1. Matriz DAFO/SWOT com os principais fatores envolvidos na implementação dos Programas Integrados de Residências (FESF/Fiocruz).

	Fortalezas	Fragilidades
Interno	Trabalho multiprofissional: Integração da RMFC e RMSF sob um programa unificado EqSF formada por residentes	Estrutura física das unidades, com limitações de insumos e reduzido número de consultórios Ausência de informatização do sistema
	Preceptorial “ombro-a-ombro” em tempo integral	Sobrecarga de trabalho dos preceptores, que cumprem tripla função gerencial, assistencial e de supervisão dos residentes
	Residentes atuando num “SUS real”	Sobrecarga dos residentes, com elevada pressão assistencial e muitas atividades teóricas noturnas e aos sábados
	Dimensão da residência: maior programa do estado da Bahia (mais de 150 residentes)	Debilidade das redes de saúde dos municípios, com baixas coberturas de ESF no entorno das unidades da residência e atenção secundária bastante limitada Distância de Camaçari e Dias D’Ávila em relação à capital
	Oportunidades	Ameaças
Externo	Consolidar o programa de residência como modelo de excelência para a APS nos municípios da RMS	Tênue estabilidade política, dependente de acordos frágeis com as prefeituras e estigmatizada a determinado partido; renovação anual instável
	Exportar desenhos de trabalho multiprofissional em residências de saúde	Redução das remunerações de preceptores e tutores pelo enxugamento dos contratos com os municípios; chance de perdas importantes entre o corpo docente
	Formação de lideranças científicas, políticas e técnicas no campo da APS	Baixa procura da RMFC e persistente taxa de abandono de residentes médicos
	Fortalecimento da APS e consolidação da ESF como modelo prioritário	Competição com programas de provimento médico e redução dos incentivos aos programas de RMFC em nível federal

Considerações Finais

A trajetória de cinco anos de implantação das residências integradas da FESF/Fiocruz tem sido marcada por grandes conquistas e permanentes desafios. Este relato buscou fazer um resgate histórico com os principais marcos do período e apontar questões relevantes para o futuro do programa, num estudo exploratório inicial sobre o curso.

A residência mostrou-se como uma conquista de grandes dimensões para a RMS e serve como espelho para outras regiões do estado e do país. Sua premissa de reunir os programas de RMSF e RMFC sob um desenho integrado, em equipes próprias, em localidades de grande vulnerabilidade, num “SUS real”, na presença de preceptorial “ombro-a-ombro” e com um número tão grande de residentes por si só já mostram a ousadia desta iniciativa. E é neste contexto que se faz necessária a ampliação da malha política de sustentação do programa, buscando novos grupos para articulação, novas lideranças no estado e maior divulgação das ações desenvolvidas nos campos de prática. Caso contrário, o risco de flutuações políticas e de ameaças de rupturas contratuais deverá continuar, principalmente com a aproximação das disputas eleitorais para as prefeituras. Por outro lado, aponta-se ainda a importância de se discutir a proteção do corpo docente, bastante pressionado nos serviços e vulnerável nos enxugamentos de contratos com os municípios.

Por fim, o relato sugere a necessidade de realização de mais pesquisas tomando o programa de residência como objeto de estudo, suas práticas, seus atores-chave e seus desdobramentos na APS da RMS e de todo o estado. Estudos sobre sua estrutura pedagógica,³⁴ sobre o olhar de residentes, preceptores e

usuários³⁵ e sobre a trajetória de seus egressos³⁶ podem trazer enormes contribuições para a comunidade científica. Neste sentido, dar visibilidade a esta história traz força aos envolvidos e estimula seus atuais participantes a continuarem lutando pela melhoria constante deste programa, mesmo diante de tantas turbulências. A Atenção Primária como um todo agradece.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram não haver conflito de interesses

Contribuição de cada autor:

Waldemir de Albuquerque Costa: concepção e delineamento do trabalho e redação do manuscrito

Victor Rocha Santana: revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito

Agradecimentos

Agradecemos a toda a comunidade acadêmica - preceptores, tutores/apoiadores pedagógicos, residentes e coordenação - que ajudaram a construir este valioso programa e que continuam lutando por seu aprimoramento.

Referências

1. Ministério da Educação (BR). Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. Resolução 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. 16 Abr 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, Evangelista ALP. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. Interface (Botucatu). 2019; 23:e170691. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.170691>
4. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. R. Katál., Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
5. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005.
6. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2117, de 03 de Novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005.
7. Barrêto DS, Melo Neto AJ, Figueiredo AM, Sampaio J, Gomes LB et al. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. Interface (Botucatu). 2019; 23(Supl. 1): e180032. <https://doi.org/10.1590/Interface.180032> DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.180032>
8. Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca. Genebra; OMS, 2008.
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
11. Fundação Estatal Saúde da Família. Plano Estratégico FESF-SUS 2018-2021. Salvador: 2018.
12. Castro MC, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet. 2019 Jul 27;394(10195):345-356. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

13. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA Peres. (Orgs.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p.21-45.
14. Nunes CA, Vilasbôas ALQ (Orgs.). *10 Anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contando uma história*. Salvador: ISC/UFBA; EESP/SESAB, 2006.
15. Soares CLM, Vilasbôas ALQ, Nunes CA, Santos L. Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde: a experiência do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. *DIVULGACAO EM SAUDE PARA DEBATE*, v. 58, p. 306-314, 2018.
16. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (PGTES)*. Salvador: SESAB, 2011.
17. Melo RM, et al. Experiência da Residência Multiprofissional Regionalizada como Educação Profissional em Saúde. *Revista Acadêmica GUETO*, v.5, n.12, 2018.
18. Sociedade Hólon. *Relatório das atividades no Complexo Comunitário Vida Plena - Pau da Lima - Janeiro/Fevereiro 2014*. Salvador, 2014.
19. Rodriguez RVR. *Cómo elaborar el análisis DAFO*. Galicia: CEEI,2012. [acessado 2019 set 26]. Disponível em: http://www.ferrol.es:8080/activateenelcentro/fotos/biblioteca/CPX_ComoelaborarAnalisisDAFO_cas.pdf
20. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(5):1471-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>
21. Sarti TD, Dalla MDB, Machado TM, Fonseca MCFO, Bof SMS, Castro Filho JA, et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-12. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf13\(40\)1949](https://doi.org/10.5712/rbmf13(40)1949)
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019. [acesso 2019 Set 22]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
23. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Relatório Anual de Gestão 2013*. Salvador: SESAB, 2014.
24. Vieira MC. *Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia [dissertação]*. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2017.
25. Fundação Estatal Saúde da Família. *Ato Administrativo nº 0181/2015*. FESF-SUS, 2015.
26. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
27. Cotta RMM, et al. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(5):415–21. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011001100003>
28. Fundação Estatal Saúde da Família. *Prestação de Contas Ordinárias Anual: relatório de gestão exercício 2018*. Salvador, FESF-SUS 2018.
29. França AL, Gonzaga AS, Silva DS, Santana EM, Santana LGM, Faria RG. A atuação do profissional de Educação Física na Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela FESF: O acolhimento e a mudança de modelo de atenção à saúde na Unidade Nova Aliança em Camaçari-Ba. XIX Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte. Vitória, ES: Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.
30. Melo MS, Carvalho LV, Resende LT, Carvalho TA, Andrade JS. Acolhimento na Atenção Básica: vantagens e dificuldades. In: *International Nursing Congress: Good practices of nursing representations in the construction of society*. Aracaju, SE: Universidade Tiradentes, 2017.31. França AL, Braga RGO, Ferreira MM. A inserção do educador físico no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fiocruz/ FESF-SUS: O trabalho em equipe multiprofissional. XIX Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte. Vitória, ES: Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.
32. Carvalho VWP, Rocha TAF, Melo DC, Lopes SPA, Santos SC. O cirurgião-dentista enquanto referência em saúde mental: relato de experiência. In: *XIX Congresso Internacional de Odontologia da Bahia – CIOBA, 2018, Salvador*. Anais XIX CIOBA 2018. Salvador: Journal of Dentistry & Public Health, 2018. v. 9.
33. Oliveira ASS, Sotero DR, Silva JKF, Oliveira MCR, França TRCL. Conhecimento de agentes de saúde sobre prevenção do câncer bucal/HPV. In: *XVIII Congresso Internacional de Odontologia da Bahia - CIOBA, 2017, Salvador*. Anais XVIII CIOBA (Odontologia Preventiva e Social). Salvador: Revista Bahiana de Odontologia, 2017. v. 8. p. 579.
34. Marin MJS, et al. Multiprofessional health-related graduate courses: results from experiences using active methodologies. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.331-44, abr./jun. 2010.

35. Santos Filho EN, Sampaio J, Braga LAV. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 10(4), 129-149, dez, 2016.
36. Rodrigues ET, Forster AC, Santos LL, et al. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 604-614, Dec. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160084> DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160084>