



Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Faculdade de Ciências Médicas
Hospital Universitário Pedro Ernesto

Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária
Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

**PROJETO DE INTERIORIZAÇÃO E VALORIZAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Relatório

Coordenação Geral

Maria Inez Padula Anderson e Rafael Cangemi Reis

- Abril, Maio, Junho
2022



**PROJETO DE INTERIORIZAÇÃO E VALORIZAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**RELATÓRIO DOS COORDENADORES DO PROJETO RELATIVO AO PERÍODO DE ABRIL,
MAIO E JUNHO DE 2022**

1.1 - ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELOS COORDENADORES DO PROJETO

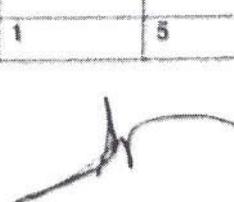
As principais atividades desempenhadas pelos coordenadores do Projeto neste período foram dedicadas a mediar e buscar soluções para diferentes tipos de problemas e demandas havidas em especial nos municípios que entraram em março deste ano, considerando as necessidades e especificidades do PRMFC e a busca pela qualificação da APS a nível local.

Apesar dos acordos e necessidades de ajustes nas unidades apontados desde antes dos programas iniciarem, há ainda um processo bastante demorado e ineficaz para resolução de problemas simples de infraestrutura (como portas que não fecham, falta de ventilação adequada), de falta de material básico, como papel nas unidades. Outro aspecto relevante e também motivo de preocupação e tensão, são as mudanças nos fluxos e nos processos de trabalho, mudanças de lógica e funcionamento das unidades, que afetam negativamente o processo ensino-aprendizagem, sem prévia discussão ou pactuação com a Coordenação do PRMFC. Estes problemas têm sido objeto de preocupação permanente e tensão também para os profissionais que têm se submetido a trabalhar em condições inadequadas e desfavoráveis.

Para este processo, foi solicitado a todos os municípios, através da gestão municipal, que gravassem um vídeo informativo e convidando para escolherem suas cidades. Estes vídeos podem ser vistos no site do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária - <https://www.dmifc.org/c%C3%B3pia-conhe%C3%A7a-mais-as-unidades-prmfc>

Lembramos que, 2022, então, temos nove municípios aderidos ao projeto (cinco desde 2020 e quatro novos em 2022), totalizando:

Município	Ano de início	R1	R2	R3	Total
Armação de Búzios	2020	2	1	1	4
Cabo Frio	2022	3	0	1	4
Maricá	2020	2	2	1	5

 1 



Mesquita	2021	2	1	0	3
*Pirai	2020	1	1	0	2
Paraty	2022	2	0	1	3
São Pedro da Aldeia	2022	3	0	0	3
**Três Rios	2020	1	5	1	7
Volta Redonda	2022	2	0	0	2
	Total	19	10	5	34

OBS:

*Pirai – as preceptoras se afastaram por licença maternidade, tendo havido necessidade de mudança de unidade, com instalações reduzidas, só comportando 2 residentes ao todo em 2022.

**Três Rios: Dois residentes que estiveram afastados por questões de saúde, cumprirão período adicional em 2022 o que limitou a entrada de mais R1s, em 2022, de

Com a entrada de novos municípios, estamos em fase de reestruturação da coordenação do Projeto, sendo necessário mais um coordenador geral, para se somar aos dois atuais.

Os novos supervisores e novos preceptores estão atuando a contento, somando-se ao trabalho dos anteriores.

A coordenação também se envolveu diretamente com a continuidade das atividades junto aos demais municípios, a saber:

- 1) Coordenação, com apoio da SES-RJ, das atividades necessárias ao desenvolvimento do projeto de interiorização, garantindo o seu pleno funcionamento, promovendo e participando das reuniões e visitas aos municípios, e na elaboração de documentos e relatórios.
- 2) Realização de vários encontros presenciais e a distância com os representantes municipais visando identificar as fortalezas, fragilidades, desafios e oportunidades para o estabelecimento ou desenvolvimento e aperfeiçoamento do PRMFC e da APS a nível local;
- 3) Realização de reuniões sistemáticas com supervisores, a fim de acompanhar questões e propor soluções para eventuais problemas para o desenvolvimento do PRMFC.



- 4) Coleta informações pelos preceptores, supervisores e gestores, sobre os aspectos positivos e os mais frágeis sobre o desenvolvimento do PRMFC, com vistas também a identificar as fortalezas e os avanços alcançados no período.
- 5) Promoção de condições para o desenvolvimento da preceptoria local, em conformidade com as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e outras diretrizes nacionais ou estaduais eventualmente existentes e não conflitantes com a CNRM.
- 6) Acompanhamento e estabelecimento de critérios para distribuição de residentes nas equipes.
- 7) Acompanhamento do desenvolvimento pedagógico do residente, fornecendo apoio à preceptoria e supervisão para condução da avaliação e processo formativo dos residentes.
- 8) Desenvolvimento e coordenação das atividades teóricas do PRMFC para os residentes de primeiro, segundo e terceiro anos, que compreende cerca de 10 a 20% da carga horária total do PRMFC – aproximadamente 2.500 horas, considerando os 3 anos de programa.
- 9) Coordenação e apoio à organização dos estágios em cenários externos e complementares à residência médica, conforme normas da CNRM.
- 10) Coordenação e orientação geral sobre o desenvolvimento dos Trabalhos de Conclusão de Curso dos Residentes (TCRs).
- 11) Acompanhamento junto aos supervisores e preceptores dos processos locais de trabalho, visando identificar e acompanhar indicadores de avaliação e processos qualitativos e quantitativos além do apoio na organização das atividades junto aos municípios.
- 12) Elaboração de produtos de publicação a partir da experiência de implementação da Residência Médica em diferentes municípios;



13) Realização e apresentação da prestação da contabilidade financeira, de forma contínua e regular.

14) Acompanhamento do trabalho dos profissionais envolvidos no projeto (residentes, supervisores, preceptores, administrativo etc.) com encaminhamento mensal da folha de pagamento para o Diretoria de Administração Financeira (DAF) da UERJ.

1.2 - EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DOS/DAS PRECEPTORES NO PERÍODO DESTACAMOS:

Armação de Búzios:

Os preceptores aprimoraram suas relações e compreenderam melhor a necessidade de atuarem como equipe, e vem empreendendo alguns esforços para se tornarem mais disponíveis aos residentes. Samuel vem amadurecendo no exercício da preceptoría. Há necessidade de aumento da disponibilidade dos preceptores para acompanhamento ativo dos residentes, sendo necessário para tal que se envolvam um pouco menos em atividades assistenciais diretas. Houve alguma melhora na elaboração de planos de desenvolvimento dos residentes e acompanhamento dos mesmos, mas ainda precisa evoluir mais.

Cabo Frio:

Possuem muita resiliência para os inúmeros problemas graves da Atenção Primária à Saúde de Cabo Frio e da unidade onde atuam. Conseguem manter o ânimo, se dedicando a trabalhar por melhorias para o trabalho e para a unidade; priorizam os pacientes e o processo de ensino dentro da unidade; conversam bem com a gestão da unidade e da SMS de Cabo Frio; conseguem aprimorar fluxos e outros diversos processos de trabalho desde que o PRMFC se iniciou no município; possuem bom conteúdo de clínica dura; já implementaram um canal teórico local com as residentes; estão começando uma educação permanente com toda a equipe da unidade; melhoraram o acolhimento da unidade (através da figura do ACS), que antes era praticamente inexistente e centrado no recepcionista; já estão fazendo as avaliações das residentes; tiram dúvidas comigo de forma contínua sobre o PRMFC; abertas ao diálogo e a críticas; Uma delas demonstrou resiliência pessoal quando sofreu racismo.

A aperfeiçoar: evitar expor os problemas da unidade para as residentes, na fala cotidiana e em reuniões; demonstram alguma dificuldade em cobrar assiduidade e pontualidade; dificuldade em colocar alguns limites com a R3. Precisam desenvolver conteúdos e ferramentas do MFC. Importante desenvolver competências para preceptoría, formas mais intuitivas e menos



sistematizadas; algumas dificuldades em organizar e ampliar o Acesso nas equipes. Uma das preceptoras demonstra cansaço e desânimo de forma frequente, "passando esta imagem para as residentes".

Maricá:

A mudança para Inoã 2 mostrou-se positiva para a atuação das preceptoras, uma vez que a distância era muito grande. As preceptoras têm se sentindo mais bem dispostas e ativas. Nesse processo de mudança para áreas novas, as duas estão tendo um papel fundamental na apropriação dos territórios, e mudança dos processos de trabalho nas equipes e na unidade. Os conhecimentos, habilidades e atitudes das preceptoras são indubitáveis no acompanhamento dos residentes.

No momento, não consigo enumerar nenhum aspecto frágil das preceptoras. As fragilidades estão mais nos espaços da clínica e nos trabalhadores da unidade, mas as preceptoras fazem o possível para adequar a realidade às necessidades de cuidado da população e de aprendizado da residência em MFC.

Mesquita:

Os preceptores de Mesquita são todos MFC com residência médica e boas habilidades clínicas, educação em saúde, vigilância em saúde e de gestão de equipe. São colaborativos, profissionais e engajados. Temos ótimo relacionamento e são reconhecidos como membros valiosos do corpo de saúde da rede pela gestão local, pela população e pelos residentes. Têm disponibilidade em contribuir para a educação continuada com as demais equipes de APS no município e também tem apoiado atividades com estudante de graduação da UERJ que estagia na unidade de forma voluntária.

Os preceptores também têm se dedicado a aprimorar suas habilidades no que se refere à avaliação dos residentes e aos desafios relacionados a questões atitudinais de residentes, em especial no que se refere a episódios de residentes desistindo da residência. Outro desafio tem sido a construção de indicadores de seguimento da equipe, mas neste caso menos por conta dos preceptores e mais por conta dos desafios de registro e informação do município.

Pirai:

Formação em MFC; Participação na reunião de preceptorias; Mantém-se responsável e comprometido; Mantém-se motivado; atento e disponível ao processo de ensinagem e aprendizagem próprio e das residentes; Assiduidade e pontualidade; Atitude cordial e empática; Mantém boa articulação gerencial organizando o processo de trabalho da USF voltado para as necessidades da residência, do serviço e da população. Implicado com o processo de formação



dos residentes; Escuta atenta durante à supervisão; Ético e respeitoso; Ótimo vínculo com a comunidade; Apoio às atividades teórico-práticas dos residentes; Realização de canal teórico na Unidade; Evolução no uso da técnica de Feedback; Evolução na reflexão sobre avaliação dos residentes; Organização da escala do estágio de emergência da R1 e dos estágios rotatórios da R2. Pouca experiência e conhecimento sobre a abordagem comunitária e familiar. Mantém fragilidade no atendimento e cuidado à saúde da mulher (abordagem integral e habilidade de coleta de preventivo); pouco desenvolvimento das técnicas de abordagem familiar e comunitária;

São Pedro da Aldeia:

Os preceptores são profissionais presentes no processo de aprendizado. Sempre viabilizam espaços adequados de troca de saberes, promovem um aprendizado adulto, supervisionam as consultas e reuniões de equipe de forma a promoverem um aprendizado refletivo e em sintonia com o canal teórico.

Necessário atentar para só assumirem a demanda dos atendimentos quando necessário, para que não haja "sequestro" do tempo da preceptoría junto ao residente.

Três Rios:

As preceptoras têm apresentado mais maturidade para exercer suas funções com os residentes e também na postura com a secretária municipal de saúde, Para além disto, elas têm demonstrado mais domínio no uso de ferramentas como Abordagem Familiar e Método Clínico Centrado na Pessoa.

Ainda necessitam desenvolver a capacidade de estabelecer limites com os residentes e entender como guiar o processo de ensino-aprendizagem principalmente com residentes que necessitam de mais atenção. Precisam ainda adquirir mais habilidades relacionadas a abordagem comunitária.

Volta Redonda:

A preceptora mais antiga demonstra boa relação com os residentes e demais profissionais da unidade. Tem uma postura adequada, se mostra acessível aos residentes, à supervisão, e procura manter o bom andamento do serviço. A nova preceptora iniciou há menos de um mês, ainda sendo difícil avaliá-la melhor, mas demonstra bom conhecimento teórico e vontade de contribuir para os processos de trabalho na unidade.

As duas preceptoras são iniciantes na preceptoría e apresentam fragilidades na atuação enquanto preceptoras, principalmente do ponto de vista docente. Têm mais facilidade com a assistência em si. Precisam aperfeiçoar técnicas de preceptoría e avaliação.



1.3 - EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO DAS RESIDENTES E DOS RESIDENTES NO PERÍODO DESTACAMOS:

Armação de Búzios:

Apesar disto, há aspectos importantes a serem desenvolvidos quanto à necessidade de aumentar proatividade em relação ao próprio desenvolvimento; buscar mais respostas de modo menos passivo. Quanto a problemas sérios de assiduidade e pontualidade; falta de insight sobre suas fragilidades; evento recente de atrito com um preceptor. Quanto aos R2, um ainda demonstra uma dificuldade persistente em gestão do tempo de consulta, com grande impacto sobre a sua equipe. E o outro necessita de melhorar a comunicação com os gestores, que era um ponto de fragilidade.

Cabo Frio:

As residentes trabalham bem e entendem bem os desafios que estão vivendo na APS de Cabo Frio; conseguem seguir os atributos da APS e os têm como base para um bom trabalho; estão fazendo o diagnóstico comunitário e apresentam boa participação nos canais teóricos; A R3 liderou diversas mudanças na unidade usando sua experiência como MFC: melhora no acolhimento; implementação do Posso Ajudar, organização das reuniões gerais, educação dos ACS e outros membros da equipe; escalas de toda a equipe da unidade; criação do grupo do Whatsapp na unidade; fortalecimento do trabalho em equipe; potencializando a assistência integral da enfermagem; A R1 Raissa é madura, muito estudiosa e engajada com a residência. A R3 demonstra imaturidade em diversos momentos nesse início da residência (não avisa quando precisa faltar, faz sua escala querendo atender pouco, e não consegue ser clara com os seus problemas com a própria equipe e com o seu TCC); Uma das R1 é bastante indecisa e quer sempre pensar o que pode ser o melhor para ela dentro da residência de uma forma pouco produtiva;

Maricá:

Uma das R1 iniciou a residência já apropriada do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e está desenvolvendo estratégias de comunicação com as pessoas, as famílias e o território. Tem pró-atividade, procura por ajuda do R3 e das preceptoras, estuda e recebe bem os feedbacks.

Quanto às R2; uma delas desenvolve bem o Método Clínico Centrado na Pessoa, é comprometida com a residência e com a equipe. Consegue fazer ótimo vínculo com as pessoas, é organizada e respeitada por sua equipe. O outro residente melhorou muito suas habilidades



de comunicação, pró-atividade e é a referência da sua equipe, mesmo na presença do R3. Surpreendeu muito positivamente as preceptoras e a mim no processo de mudança de unidade. Teve grande melhora na gestão do tempo de consulta e na organização de seu processo de trabalho.

Uma das residentes está passando por um momento complicado da vida, com o saúde familiar. Teve faltas e atrasos no período, mas por ser comprometida, está repondo os horários. Tem consciência do seu desempenho aquém do esperado para uma R2, mas está buscando melhorar. O R3 é estudioso e domina bem a parte teórica da MFC. Recebe bem os feedbacks. Tem fragilidades de comunicação e na parte clínica da consulta. Tem pouca pró-atividade, dificuldade em assumir postura de MFC já formado, em fase de especialização em gestão e co-preceptoría. Teve faltas por conta da dificuldade de adaptação ao novo município, mas está repondo.

Mesquita:

A residência em Mesquita iniciou o ano letivo de 2022 com três R1 e um R2. Por questões de cunho pessoal que extrapolam nosso controle, dois residentes desistiram da RM este ano. Isso foi um baque para a equipe, mas faz parte dos processos de construção de um programa a médio e longo prazo. As duas residentes que permaneceram são dedicadas, tem compromisso e profissionalismo e tem sido avaliadas de maneira adequada pela preceptoría, pela gestão local e pelos estágios externos. Nossa R2 pretende fazer R3 no local.

As duas residentes apresentam lacunas de formação clínica e têm trabalhado para ampliar seus conhecimentos e habilidades, com ênfase em saúde mental e manejo de doenças crônicas dos adultos.

Paraty

Uma dos R1 está em processo de organizar a consulta: entender agenda do paciente, pensar e discutir diagnósticos diferenciais comuns, negociar e planejar com o usuário. Cada vez mais suas consultas vão ganhando objetividade. Demonstra empatia e interesse com usuários e equipe. Está desenvolvendo as ferramentas de abordagem comunitária: no momento concentrada na questão da estimativa rápida. Henrique Cunha O outro R1 iniciou o ano com várias questões relacionadas à atitude (bem mais do que a conhecimento ou habilidades), já discutidas extensamente com a coordenação do PRMMFC - hoje já aceitando atender mais pacientes por turno, apesar de ainda não compreender o valor disso em seu aprendizado nem a importância disso no acesso dos pacientes à ESF. Cresceu muito em termos de habilidade de comunicação, nota-se desenvolvimento clínico importante.



O R3 é bastante proativo, engajado nas questões da equipe e da estruturação da APS de todo o município. Tem participado de espaços essenciais na gestão e se tornou uma voz importante na reterritorialização, bem como em outros espaços estabelecidos nos níveis hierárquicos mais distais da secretaria. Precisa se organizar em todos os aspectos, desde organização de consulta quanto de agenda ou mesmo de prioridades de negociação na gestão, o que tem sido intensamente trabalhado com sua preceptora.

Piraí:

Os residentes têm aplicado o Método Clínico Centrado na Pessoa, o que aumenta a satisfação do usuário e a resolutividade da atenção em saúde. Também têm evoluído o diagnóstico comunitário com a inclusão das lideranças comunitárias no plano de empoderamento e formação de uma feira de empreendedorismo para mulheres. Boa articulação intersetorial com casos complexos de cuidado ao idoso, adolescentes e pessoas com transtornos mentais. Boa organização do processo de trabalho, com enfoque na vigilância, reunião de equipe e discussão de casos na lógica da integralidade. Ainda possuem alguma dificuldade com lidar com a demanda espontânea e gestão do tempo de consulta; Há dificuldade de aplicar as ferramentas de abordagem familiar na consulta e na visita domiciliar e [ara o desenvolvimento da atenção à saúde voltada para o paradigma sistêmico.

São Pedro da Aldeia:

Os residentes estão realizando uma ótima interação de aprendizado do canal teórico com a prática diária. Pude observar que eles usam os instrumentos da MFC durante a consulta. O modelo biomédico de abordagem ainda predomina em algumas consultas.

Três Rios:

De uma forma geral os residentes têm sido assíduos e tem cumprido suas funções. Têm realizado grupos e discussões técnicas. Falta ainda o desenvolvimento de algumas habilidades essenciais aos médicos de família como a abordagem de saúde da mulher, abordagem comunitária,

Volta Redonda:

Os dois residentes demonstram assiduidade, responsabilidade e boa postura dentro da unidade de saúde. Letícia cobra mais e expõe mais as suas inquietações, sempre compartilha comigo as tarefas que faz para o canal teórico e ideias que tem para a equipe. Participaram juntos de uma atividade de Saúde na Escola que teve boa avaliação, integrando inclusive alunos de graduação em medicina,



A residência de MFC é nova na unidade de saúde onde está inserida, e a própria Medicina de Família e Comunidade é nova naquele espaço, ainda havendo ruídos internos e muitas dificuldades para avançar em questões estruturais e organizacionais do processo de trabalho. A atuação do residente ainda é limitada, não havendo autonomia para solicitação de certos tipos de exames, para os quais a SMS exige encaminhamento a um outro especialista focal (exemplo: Teste Ergométrico / Ecocardiograma / Tomografia Computadorizada). O residente ainda não trata Tuberculose (aparentemente a descentralização está para acontecer), entre outras coisas. Acredito que muitas das dificuldades do processo de trabalho na unidade são inerentes ao município, e podem interferir na motivação e formação dos residentes.

1.3.1 -EM RELAÇÃO À DISCUSSÃO DE CASOS E TEMAS CLÍNICOS COM A PARTICIPAÇÃO DOS SUPERVISORES:

Armação Búzios:

Ativação do processo de elaboração do TCR junto à R2 e ao R3.
Discussões breves sobre temas clínicos.
O espaço para discussão de dúvidas do cotidiano, que antes acontecia no dia da supervisão, precisou ser modificado para outro dia da semana devido aos horários de aula, e as sessões noturnas mensais estão impossibilitadas devido ao Saúde na Hora.

Cabo Frio

Canal teórico expositivo dialogado com pré-teste sobre amamentação, LARC com ênfase em DIU de Cobre; Registro SOAP; Rodas de conversa sobre acesso e sobre problemas gerais da unidade;

Maricá:

Discussão sobre importância do diagnóstico comunitário, na troca de unidade e reconhecimento do novo território. Colaboração na identificação de informantes-chave para a Estimativa Rápida Participativa. Discussão junto às preceptoras sobre a estruturação do canal teórico na clínica, estimulando o protagonismo dos residentes.

Mesquita:

Além das discussões teóricas e supervisões sobre o processo de ensino aprendizagem da preceptoria com ênfase nos modelos de avaliação, feedback e PBI, tivemos a oportunidade neste período de fazer "clubes de revista" com os preceptores a respeito de alguns artigos clássicos da



MFC mundial, de forma a ampliar seu repertório de referências e discutir alguns pontos estruturantes da nossa práxis. Utilizamos como referência o livro - Family Medicine - Classic Papers. Os artigos selecionados para a discussão inicial, após a pactuação com os preceptores foram : The paradox of primary care, Global Health, equity and primary care, The art of doing nothing, com feedback positivo dos preceptores. Em abril fizemos a sessão clínica geral do programa sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres de Mesquita com a iniciativa de facilitação de acesso ao DIU na rede. A sessão foi um sucesso e suscitou debates antes e depois na equipe e na unidade como um todo. Além disso, foram organizados cronogramas de discussão teóricas semanais/quinzenais com a R1 e com a R2, com temas adequados para cada momento específico da residência. No caso de uma das residentes, que entrará de licença maternidade em novembro, foi elaborado um plano até lá, que inclui temáticas de saúde mental e manejo de doenças crônicas do adulto tais como hipertensão e diabetes. No caso da R2, os temas selecionados incluíram governança clínica, modelos de acesso na APS, manejo de pessoas com Tuberculose e HIV, dentre outros.

Paraty

Reuniões quinzenais de matriciamento com CAPS: discussão de casos compartilhados, participação do R1 Henrique em exposição de caso debatido;

Reuniões de reterritorialização: participação do R3.

Organização de estágio fixo semanal de dois turnos do R3 na gestão.

Canais teóricos dos membros do programa de residência em Paraty: inicialmente semanais, suspensos durante jornada de sensibilização à saúde indígena promovido pelo estado prestes a retomar.

Pirai:

Desenvolvido junto com os residentes e o preceptor a sessão clínica do programa com abordagem e discussão do caso complexo de atenção à pessoa idosa; Escuta ativa das rotinas de preceptoria e feedbacks semanais visando ajustes voltados para melhorias da preceptoria e da organização do serviço; Organização das listas nominais da equipe; Organização do processo de trabalho e da reunião de equipe; Desenvolvimento da abordagem comunitária a partir de feedbacks com os residentes; Discussão sobre o protocolo municipal de atenção à pessoas com condições crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes).



São Pedro da Aldela:

Discussão de casos clínicos do ponto de vista da MFC. Discussão teórica sobre diabetes. Método em roda de conversa após exposição de aspecto teórico.

Três Rios

Discussão sobre prevenção quaternária;
Discussão sobre saúde da mulher;
Inserção de DIU; Trabalho em grupo;
Reunião de equipe o que fazer?

1.4 - Informações sobre as atividades práticas desenvolvidas pelos supervisores no período, abrangendo contatos, reuniões, no âmbito interno e externo à Unidade de Saúde onde atuam os residentes:

Armação de Búzios:

Atendimento conjunto com R1 e R2
Participação em reuniões de equipe e reunião geral da unidade
Aproximação com gerência local
Organização de estágios externos de R2 e R3
Participação em mediação de conflitos em uma das equipes

Cabo Frio:

Treinamento inicial com as residentes na sala de vacinação;
Reunião com o diretor do HU de Cabo Frio com fins de aproximação;
Reunião com a diretora médica do HU, pactuando os plantões das R1 e outros projetos para o R2;
Reunião do Colegiado Gestor da APS, falando do PRMFC e contribuindo com alguns problemas da rede;
Inserir a R3 nesse espaço e pactuar os turnos de gestão da SMS de CF; Reunião online com a Superintendente da APS para explicar mais sobre o PRMFC e tentar melhorias para a unidade;
Tentando reunião com o prefeito de Cabo Frio;
Participar do Mutirão de DIU na unidade; Reunião com a R3 sobre o TCC atrasado dela; Participar de reuniões de equipe e reuniões gerais na unidade; Várias ligações telefônicas e conversas pelo WhatsApp com a gestão do município tentando melhorias estruturais para a unidade e para conhecer os fluxos da APS e dos outros níveis de atenção à saúde; Estou articulando a



Implementação do médico RT e enfermeiro RT na unidade, assim como pela implementação de um gerente na unidade.

Maricá

Discussão com os residentes e as preceptoras sobre o processo de trabalho na unidade em todos os encontros, com organização das agendas, fluxos dentro da unidade e escolha de cenários para os estágios externos dos R2s e R3. Colaboração nos arranjos de horários de preceptoras e residentes, uma vez que a unidade funciona de 7h às 19h. Participação das discussões de casos complexos das equipes. Estabelecimento de contato com a Gnosis e a gestão do município para identificação de espaços para estágio dos residentes. Contato e negociação com os responsáveis pelos serviços de urgência/emergência, centros de apoio psicossocial (CAPS), serviço de atendimento especializado (SAE), coordenação da atenção básica e saúde indígena, para R1, R2s e R3. Múltiplos contatos com Shirley e a gerente da unidade, Jéssica, para acerto das condições de trabalho, espaço físico e materiais para as equipes da residência, além de cobrar as obras para melhoria da estrutura da unidade e construção de pelo menos mais um consultório. Reunião presencial com o subcoordenador da AB, Yohans, e a subsecretária da rede de atenção à saúde, Luana, para organização do estágio em gestão do R3 e para um convite ao PRMFC-UERJ, para expansão do número de equipes e unidades no próximo ano. Realização de dois turnos de treinamento para inserção de DIU de cobre, direcionado às preceptoras e residentes.

Mesquita

Reuniões com a gestão da APS do município, com a coordenação do projeto, com pessoas-chave da rede para a pactuação dos estágios.

Contribui com a elaboração de atividade de educação continuada e debate com rede de APS sobre modelos de acesso e gestão de agenda, como já fizemos anteriormente com outras temáticas clínicas.

Paraty

Reuniões sistemáticas de planejamento e capacitação com a gestão (coordenação médica e coordenação da APS): espaços de escuta e acolhimento entre os profissionais, mas com pouca autonomia em relação ao planejamento do município.

Participação da preceptora em capacitação sobre genograma.

Inicialmente (primeiro dia de residência) houve reunião de recepção da gestão (secretária de saúde): ouvimos falas de incentivo à APS e da importância de termos médicos especialistas



(médicos de família) na ponta. Até o momento foi a única reunião com a secretária. Os coordenadores da APS bem como a coordenação médica da APS são acessíveis e sensíveis, participam do planejamento, mas tem pouca autonomia nas decisões.

Atualmente temos um calendário com 2 reuniões mensais com a coordenação médica (da gestão): uma reunião de educação permanente, outra de planejamento.

Nas reuniões de planejamento, os médicos trazem questões do funcionamento das unidades básicas e propõem abordagens conjuntas.

Piraí

Sessão Clínica;

Apoio ao preceptor;

Reunião de preceptoria trimestral (UERJ);

Reunião com a gestão central;

Discussões clínicas;

Feedbacks;

Consultas;

Avaliação trimestral;

Discussão de casos regularmente com os residentes;

Feedback dos Feedbacks realizado pelo supervisor;

Discussão teórica sobre princípios do Paradigma Sistêmico, APS e seus atributos e SUS e suas diretrizes;

Reuniões com a gerência local de adequação do serviço a realidade da residência;

Reuniões com a gestão central a fim de viabilizar o PRMFC, seus estágios, canais teóricos e demais atividades específicas do programa de residência;

Organização da semana padrão dos residentes, preceptor e supervisor;

Organização de atividade coletiva voltada para saúde da mulher, conforme demanda da disciplina de abordagem comunitária;

São Pedro da Aldeia:

Acompanhamento de consultas em sombra e ombro.

Acompanhamento de visitas domiciliar.

Participação de reunião de equipe.

Reuniões com os preceptores para elaborar um plano de trabalho, aprendizado e de produção de trabalhos acadêmicos.

Participação de construção de fluxos com a atenção secundária.

Reuniões com o hospital de referência para casos de urgência, emergência.



Três Rios:

Reuniões com a SMS para viabilizar os estágios dos R2, e do R3.

Solicitação da parte da SMS para elaboração de uma oficina sobre solicitação de exames e encaminhamentos conscientes.

Volta Redonda:

Encontros com a gestora da APS, representando a SMS, para tratar de questões relacionadas à organização do programa de residência na unidade de saúde em que está estabelecido.

Reunião com o médico coordenador da residência médica no Hospital São João Batista, onde ficou definido o estágio dos R1s em Clínica Médica.

Promoção junto à gestão da unidade para que possam providenciar o reparo / substituição de materiais como balança pediátrica, sonar, régua, instalação de impressora, conserto de ponto de rede... esse tipo de demanda tem sido bastante problemático, pois há grande morosidade na solução, mas que extrapolam a resolatividade da gestão local.

Fomento ao entrosamento entre as equipes de residência e demais equipes e profissionais da unidade, a fim de que o processo de trabalho seja o mais uniforme possível.

1.5 - Principais problemas enfrentados e os principais avanços/aspectos positivos na operacionalização do PRMFC e na APS no nível local.

Armação de Búzios:

Dificuldades:

Baixa compreensão da gestão local a respeito dos atributos da APS e do modelo de formação do PRMFC-UERJ. As cobranças sobre a produtividade dos preceptores prejudicam o exercício da preceptoria, assim como o modelo de Saúde na Hora, que também gera outras consequências como a descaracterização do trabalho em equipe.

Avanços:

Qualificação do cuidado prestado na CFCO e fixação de médicos especialistas no município

Cabo Frio:

Dificuldades:

A infraestrutura da unidade, o mobiliário de consultório e os materiais de uso cotidiano dentro de uma unidade da APS são os principais problemas para o PRMFC, e os mais graves. O mínimo necessário é inexistente e com extrema dificuldade chega alguma coisa; Faltam cadeiras, mesas, material de informática e equipamento mínimos para montagem de consultórios, como macas, escadas, biombo ou cortina; Faltam lâmpadas e outros materiais básicos também; vários



consultórios mofados, com portas quebradas e sem maçanetas. A gestão da unidade é composta por uma apoladora que trabalha muito mal e, por isso, considero inexistente (a apoladora Veleida não só não ajuda como atrapalha a melhora de alguns fluxos); as enfermeiras dividem a gestão da unidade, o que é bem ineficiente; não há responsáveis técnicos designados de forma oficial. A gestão do Município responde a algumas poucas solicitações do PRMFC e não demonstra nenhuma vontade política de mudança profunda na unidade e na APS de CF; a superintendente Debora ajuda com alguns fluxos de funcionamento da rede e se mostra presa nas burocracias do município para conseguir melhorias para a unidade.

Avanços:

O PRMFC toma a ESF Praia do Siqueira forte dentro da rede da APS, com um bom funcionamento e mostrando potencial de mudança para uma rede SUS muito fragilizada; consegue mudar pensamentos a respeito da cultura do "postinho" e de um cuidado não médico-centrado; consegue fazer educação permanente dentro da unidade e, em pouco tempo, ultrapassando para o restante da rede; mostra que é possível cumprir horários e escalas de trabalho. A unidade já percebe a alta resolutividade do MFC.

Maricá:

Dificuldades:

No momento, a pior questão em Inoã 2 tem sido a estrutura física da unidade. Foi prometida a construção de um quarto consultório e de mais salas na unidade para a realização de reuniões, atividades do ACS, e uma recepção maior. Os residentes acabam atendendo menos turnos do que o preconizado, e fazendo mais atividades de grupo e VDs, já que cada equipe conta com apenas um consultório e nenhum outro consultório extra na unidade. Essa obra segue sem dia para iniciar e depende de articulações políticas que fogem à ingerência do PRMFC-UERJ. Outra questão sensível é a saída da gerente da unidade para a Fundação Estadual de Maricá (FEMAR), deixando a unidade sem gerência há mais de um mês. Tanto a RT médica quanto a RT de enfermagem não se implicam na organização do processo de trabalho das equipes, o que vem causando muitos problemas. Repetidamente a unidade tem ficado sem enfermagem no período de 17 - 19h, pela falta de organização. Gestão do município e Gnosis se alternam na culpabilização uma da outra, sem de fato avançar na resolução da estrutura, contratação de gerente e demais questões de processo de trabalho.

Avanços:

A gestão do município de Maricá, através da análise dos indicadores de saúde, reconheceu o papel da residência na melhora da qualidade de cobertura em saúde. Compreendeu também o incremento na qualidade e resolutividade dos atendimentos de preceptores e médicos residentes. Segundo eles, na reunião ocorrida para convite à expansão do programa na cidade,



a ideia de expandir a cobertura com o PRMFC-UERJ visa à qualificação da prestação de cuidado, capacitação dos outros trabalhadores da saúde, e futura fixação de profissionais no serviço. Percebo que o processo de trabalho na unidade da Inoá 2 tem virado referência de qualidade e exemplo para as demais unidades do município.

Mesquita:

Dificuldades:

As maiores fragilidades do programa, já identificadas junto à gestão local, preceptoria e coordenação envolvem o modelo de contratação e remunerações dos preceptores. Neste sentido, um dos preceptores de 40 horas está reduzindo sua carga horária para 20h de forma a complementar seu trabalho com um vínculo CLT em outro município. Além disso, a unidade em que estão alocados será submetida a reforma que pode prejudicar o andamento do programa nos próximos meses. Desta forma, entendemos que a equipe pode se beneficiar de troca de cenário para a unidade de Cosmorama quando for possível, uma vez que poderão contar com uma unidade nova e reformada mais próxima a linha do trem e que possui residência multiprofissional e uma vila olímpica próxima a unidade.

Avanços/facilidades:

A residência conta com apoio da gestão local e gestão da Aps, tem boa receptividade com a população e com as equipes, que parecem a cada dia entender melhor o processo de trabalho da residência.

Paraty

Dificuldades:

Parece não haver planejamento claro sobre a organização da APS. Há muitas questões em aberto que ainda dependem de *favores com colegas*, como manutenção estrutural das unidades (não há equipe fixa de manutenção, qualquer necessidade, como por exemplo, retirada de mato na frente das unidades, remoção de umidade, manutenção de lâmpadas, ventiladores, sanitários, computadores) e certos fluxos de encaminhamentos, que dependem de "favores". Parece que estamos pedindo algo extra, não básico para o funcionamento.

O mesmo acontece com os contratos temporários de 90% dos recursos humanos da APS: não há avaliação da qualidade do trabalho executado, não há parâmetros claros para extensão dos contratos. Assim, ao fim do 2o ano de contrato enorme insegurança perpassa os funcionários até o desfecho. Esta situação é ainda mais tensa com os agentes comunitários, que têm poucas opções no mercado de trabalho.

Há muitos fluxos internos do município a serem construídos, como os encaminhamentos internos, acesso a receita amarela e acesso a opioides, por exemplo.



Os fluxos estão sendo desenhados e executados para garantir equidade, mas ainda há muita presença de favorecimentos e atravessamentos.

Não existem protocolos hospitalares ou da atenção secundária, os pacientes passam por esses profissionais e ouvem críticas (infundadas) sobre o trabalho da APS, o que demonstra claramente como esses espaços não têm clareza sobre a nossa função na rede de atenção à saúde.

Essas situações são diárias e impactam no trabalho, pois sempre interrompemos algo para resolver algum fluxo represado.

Nas reuniões de planejamento dos médicos, pensamos em minimizar impactos de fluxos inadequados ou inexistentes.

Houve recentemente conferência municipal de saúde com inclusão de pautas importantes, no sentido de desprecarizar o trabalho (valorização dos profissionais médicos da APS com equiparação de salários com profissionais do hospital e melhora do vínculo empregatício), porém o prazo para implementações é bem largo.

Avanços:

A residência tem se desenvolvido bem, apesar dos desafios relacionados ao contexto e aos próprios residentes. A aceitação da população e da equipe da ESF é grande, sentem o impacto positivo de ter o atendimento de profissionais em formação em seu território. Frequentemente temos devolutivas da equipe sobre como a nossa presença ensina também aos outros membros da equipe.

Consolidamos reuniões sistemáticas de permanente entre os médicos.

Depois de um ano de solicitações, finalmente iremos realizar sistematicamente a inserção de DIU nas unidades básicas.

Foi disparado o processo de re-territorialização.

No caso da ESF Mangueira, com especialista em MFC desde julho/20, há acesso e escuta dos pacientes por toda a equipe. A chegada da médica residente para a equipe de saúde trouxe reflexões e discussões de alguns pontos do processo de trabalho, principalmente sobre novas formas de olhar o território, bem como as atribuições e papéis da APS na rede. A equipe traz pautas sobre o processo de desenvolvimento profissional da médica residente: "porque agenda com 'X' número de pacientes para ela"?

NA ESF Taquari, percebe-se que pela primeira vez estão se organizando casos complexos que nunca haviam propriamente sido abordados (apenas encaminhados a especialistas focais). Há reconhecimento desse trabalho por parte da equipe e dos pacientes.



Foi alterada a estrutura da semana padrão dos médicos, instituída a reunião de equipe semanal (antes não ocorria) e as VDs semanais (anteriormente eram ocasionais, apenas na possibilidade de carro da prefeitura). Foram instituídos turnos de procedimento e grupo, com colocação de DIU

Pirai:

Dificuldades:

A maior fragilidade, continua sendo contar somente com 1 preceptor no cenário de campo, de forma que numa situação imprevista de ausência desse preceptor, os residentes ficam potencialmente com suas atividades práticas suspensas.

Avanços:

Maior aproximação entre gestão, supervisão e coordenação do programa, a fim de viabilizar a manutenção do projeto de interiorização no município. Conseguiu-se alguns avanços no entendimento da proposta e na necessidade de adequações em infraestrutura na unidade local, bem como da disponibilidade do médico preceptor para o processo de ensinagem;

São Pedro da Aldela:

Avanços:

A quantidade do atendimento dispensado aa pessoas. O reconhecimento desta qualidade por parte da equipe e população. Mudança no fluxo de rede em relação a um paciente com tuberculose. Um novo olhar da gestão municipal a como organizar a rede de cuidados. Sensibilização do hospital para um modelo mais qualificado de APS.

Necessidades / dificuldades:

Reforma da unidade. Sensibilidade da equipe para um novo processo de trabalho em processo. Gestão municipal ainda um pouco distante do PRMFC-UERJ, acredito mais por sobre carga de trabalho. Fluxo para realizar exames laboratoriais simples dificultando na qualificação do cuidado. Fluxo de referência para algumas doenças (tuberculose por ex.) ainda incipiente.

Três Rios:

Atendimento a Gestantes na unidade de saúde, implementação de testes rápidos e de aplicação de benzetacial na unidade de saúde, maior procura da população pelos Médico da Estratégia em detrimento aos especialistas

Volta Redonda:

Dificuldades:

Parece que, no momento, o maior problema ainda é a limitação da atuação do médico da APS,



onde se inclui médicos de equipe, preceptores e residentes, que ainda não têm autonomia para tratar pacientes com Tuberculose, ou manejar pacientes clinicamente mais complexos que necessitam de exames considerados de alto custo.

Temos ao nosso lado basicamente as tecnologias leves a serem desenvolvidas no contexto da residência.

Precisamos avançar muito no amadurecimento dos processos de trabalho na unidade de saúde e na consolidação da Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade médica no município de Volta Redonda. Vejo que a gestão municipal que atua mais diretamente com o PRMFC, vem tentando nos dar respostas e avançar nas questões citadas, mas os processos tendem a ser lentos e complicados.

Aguardamos pela reposição de agentes comunitários de saúde (ACS), na dependência ainda de um concurso público municipal sem data prevista para a realização e/ou início dos profissionais. Enquanto isso, o residente fica desmotivado pela falta de ACSs em sua equipe, e/ou pela sobrecarga dos que estão atuando, e conseqüentemente fazendo um trabalho limitado. O município também vem tentando melhorar e reestruturar a atenção secundária.

Avanços:

Hoje já se fala na descentralização do tratamento de Tuberculose para a APS no município, e pelo que entendi, o início será por essa unidade onde está o programa de residência. Recentemente foi substituído o prontuário eletrônico e-SUS por um outro chamado Viver, não em todas as unidades do município, mas em 2 ou 3 inicialmente, sendo a unidade de residência uma delas. Estamos trabalhando para iniciar o treinamento em inserção de DIU na unidade onde está o programa de residência, já com o aval da SMS, embora para as demais unidades do município ainda esteja em discussão na SMS a permissão ou não da inserção de DIU, visto que dentro da SMS há uma corrente contrária.

1.6 - Comentários sobre Indicadores de saúde utilizados no município:

Armação de Búzios:

A gestão municipal acompanha os indicadores relacionados ao Previne Brasil apenas.

Cabo Frio:

O município trabalha com as variáveis e são dados fáceis de tirar pelo Prontuário eletrônico (pode ser que percamos informações, pois o prontuário deve mudar); outros dados, como números de



atendimento, também podem ser coletados; as equipes que tem PRMFC estão trabalhando com gestão de listas de pacientes.

Maricá:

Número de consultas médicas e de VD's ofertadas após a entrada do PRMFC, número de cadastrados, número de cadastros completos, número de grupos de educação em saúde (planejamento reprodutivo, pessoas LGBTQIA+, gestantes) e de convivência, atividades de PSE nas escolas, cobertura vacinal, cadastros completos do auxílio Brasil.

Mesquita:

Desafios com as dificuldades de registro e levantamento de dados. Mudança de prontuários eletrônico para Esus nestas últimas semanas. As equipes da residência têm registro de seus atendimentos, de grupos de atenção como gestantes e fazem a vigilância das equipes, mas temos desafios para comparar os números da residência com o restante da rede por essas limitações.

Existe um trabalho integrado com a equipe NASF para o encaminhamento de pacientes para a rede secundária, principalmente para os serviços de reabilitação. Recomendação para os preceptores e residentes para o registro estruturado dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, algo que não estava sendo feito anteriormente. Registro estruturado do trabalho desenvolvido no grupo de saúde trans.

Piraí:

O Município continua trabalhando na lógica do "previne Brasil", de resultados e indicadores finais, com necessidade de reflexão sobre o significado desses indicadores. Apesar do bom desempenho da APS nessa perspectiva de indicadores, ainda observamos processos incipientes quanto à integralidade da atenção. Outro aspecto é a fragilidade da rede intersetorial, e o quanto isso tem relação com não estar vinculado aos indicadores.

Três Rios:

Infelizmente começamos a esboçar esses indicadores, mas não conseguimos levar a diante. Retomaremos esse planejamento.

Volta Redonda:

A troca de prontuários comprometeu a avaliação de indicadores, assim como o déficit de agentes comunitários de saúde. Preciso avaliar melhor como as equipes estão lidando com os indicadores de saúde.





CONCLUSÃO

A interiorização da residência, além de estimular a formação profissional, tem potencial para qualificar a rede dos municípios, que se estrutura para receber os residentes, promove estreitamento da relação com a SES e possibilita a parceria com uma Instituição de ensino com experiência e qualidade reconhecidas na formação para a APS.

Neste sentido, as unidades de saúde que hoje são cenários de práticas para a residência médica em MFC têm a potencialidade de tomarem-se unidades docente-assistenciais, com campo de estágio para estudantes de medicina, campo para o internato rural, além de outras possibilidades de intercâmbio e colaboração.

Percebemos pelos relatos dos supervisores e interação da coordenação com os gestores municipais, que ainda temos um longo caminho a percorrer pelas gestões da APS, no sentido de superar um modelo simplista de APS. Neste sentido, o projeto tem importante contribuição a dar neste processo, problematizando, refletindo, e atuando nas mudanças e inovações de fluxos junto à gestão

O projeto de interiorização tem se mostrado de grande importância para atração de médicos para os municípios do interior e também para melhoria ao atendimento da população.

Há perspectiva concreta de fixação de residentes egressos do PRMFC nos municípios onde fizeram a residência qualificando o cuidado e a rede de APS, aumentando a resolutividade e ampliando o acesso à população.

Maria Inez Padula Anderson

Maria Inez Padula Anderson

Coordenadores gerais do Projeto de Interiorização e Valorização do PRMFC-UERJ

Rafael Cangemi Reis

Rafael Cangemi Reis