



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA/COLETIVA

MARCO TÚLIO AGUIAR MOURÃO RIBEIRO

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE
LARGA ESCALA EM CAPITAL DO NORDESTE

FORTALEZA

2009

MARCO TÚLIO AGUIAR MOURÃO RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE
LARGA ESCALA EM CAPITAL DO NORDESTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará para a obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

FORTALEZA

2009

R37a Ribeiro, Marco Túlio Aguiar Mourão

Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em Capital do Nordeste / Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro. – Fortaleza, 2009.

207 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Fortaleza-CE, 2009.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Internato e Residência. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação. I. Miranda, Alcides Silva de (orient.) II. Título.

CDD 610.7

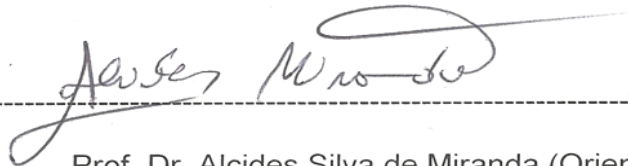
MARCO TÚLIO AGUIAR MOURÃO RIBEIRO

**Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família
e Comunidade de larga escala em Capital do Nordeste**

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre.

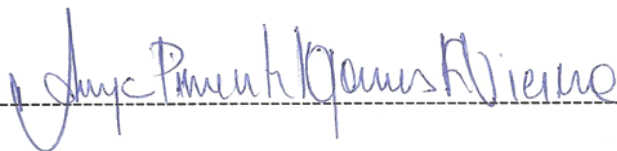
Aprovado em/2009

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes



Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior

Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha vó e madrinha pela sua vivacidade, motivação e alegria de viver.

Ao meu pai e minha mãe pelo amor e dedicação na minha formação.

Ao meu tio e padrinho Paulinho pela referência de caráter.

Aos meus amigos-irmãos: Gu, Ponte e Léo.

Aos meus irmãos Felipe, Breno e Dudu pela cumplicidade e “irmandade”

À Tati pelo companheirismo, parceria, amizade, apoio e dedicação nesta nossa caminhada.

Às minhas maiores preciosidades e alegrias, meus filhos: Felipe, Helena e Sofia, pela luz e energia que emanam

Aos companheiros residentes e “especializando” do Centro de Saúde da Família Lineu Jucá, que me mostraram outra perspectiva de luta.

À todos médicos de família e comunidade que lutam para que os nossos pacientes sejam dignamente respeitados e atendidos, e sonham com a possibilidade de um mundo melhor e mais justo.

À Deus por iluminar os meus caminhos e tornar possível todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Alcides Silva de Miranda, que fez muito mais que me orientar. Sem dúvida é um grande mestre, parceiro e amigo. Eu, Tati e o Estado do Ceará já nos sentimos órfãos com a tua partida, grande camarada. Já faz e farás grande falta... mas siga com muitas glórias o seu caminho.

Aos gestores de Fortaleza, em nome do Secretário de Saúde de Fortaleza - Professor Luiz Odorico Monteiro de Andrade, por permitir e apoiar este estudo.

Aos colegas do Sistema Municipal de Saúde Escola pelo apoio e compreensão da importância deste estudo, em especial Carmencita e Neidinha.

Às minhas fieis “escudeiras” e “escudeiro” do trabalho: Larissa, Laís e Diego, por todo apoio e dedicação.

Aos meus colegas e companheiros do colegiado de coordenação da residência, em especial Kilma e Andreão, que seguraram todo o rojão, nas minhas ausências, e pelo exemplo de coleguismo, competência e espírito guerreiro.

A todos os residentes, especializando e preceptores que foram atores essenciais para realização deste estudo.

A todos companheiros de trabalho do CSF Lineu Jucá.

Ao Dudu, pela amizade, apoio incondicional e dedicação a mim, a seus sobrinhos e a sua cunhada.

Às minhas fieis “escudeiras” e “escudeiros” de casa: Neta, Adriana, Raimundo e Adriano, pelo cuidado e amor aos meus filhos e pela dedicação e carinho que cuidam da gente e da nossa casa.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo implementada há quinze anos em várias cidades do país com repercussões na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. No entanto constata-se um descompasso entre as necessidades existentes para o médico que atua na Atenção Básica à Saúde (ABS) e da sua formação mais adequada. A expansão da oferta das vagas em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC/F) não acompanhou o ritmo da expansão da cobertura populacional da ESF. Observa-se uma iniquidade, na distribuição dos programas no país, com uma concentração destes no sudeste e sul. Esta tendência é paradoxal à distribuição da cobertura populacional das equipes da ESF e reflete a ausência de uma política de direcionamento de recursos pela necessidade de profissionais dentro do território nacional. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE em 2006 implantou o PRMFC/F que hoje conta com 76 Residentes. Apesar de seu pouco tempo de existência, este programa apresenta algumas peculiaridades: trata-se do primeiro de larga escala, implantado em grande capital do país, de forma concomitante com a expansão da rede de serviços da ESF e com taxa de ocupação maior que a média nacional. Este processo recente de implantação do PRMFC/F em Fortaleza/CE é o foco deste estudo. Após extensa revisão bibliográfica observa-se uma lacuna no conhecimento reforçando a relevância deste estudo. Como objetivo geral propõe-se avaliar o processo de implantação de um PRMFC/F de larga escala em município de grande porte populacional. Considerando os objetivos desta investigação será realizado um Estudo de Caso, de caráter exploratório, com níveis analíticos imbricados e combinação de Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa sobre componentes e aspectos da implantação do PRMFC/F em Unidades de Saúde da Família de Fortaleza/CE. Constatou-se que houve um investimento da gestão municipal para expandir e fortalecer a ABS no município, e este cenário foi favorável à implantação do programa. Observou-se que para a maioria dos indicadores de estrutura, processo e resultado o PRMFC/F foi implantado e de acordo com os padrões normativos. Foram observadas poucas diferenças quanto ao grau de implantação do PRMFC/F entre as seis Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza. Este estudo possibilitou a formulação de algumas hipóteses e sugestão para estudos posteriores sobre temática tão relevante para o contexto atual da Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Programa Residência. Atenção Primária de Saúde. Avaliação.

ABSTRACT

The Family's Health Strategy (ESF) has been implemented for fifteen years in various cities around the country with repercussions in the quality's attention improvement to population's health. Notwithstanding there's a mismatch between the existing necessities to the physician who work at the "Atenção Básica à Saúde", or ABS (Basic Attention to Health), and its more adequate formation. The expansion of jobs on offer at the Family and Community's Medicine Residence Program (PRMFC/F) did not follow the expansion pace seen at the ESF's populational covering. An iniquity can be observed in the program's distribution around the country, with a concentration of them more specifically in the country's south and southeast. This trend is paradoxical to the distribution of ESF's teams populational coverage and reflects the absence of a resource direction politics for the need of professionals inside national territory. The Fortaleza Health Department implanted the PRMFC/F, which nowadays has 76 members in its staff. Despite its short period of existence, this program presents some peculiarities: it's the first one on a large scale implanted in a capital city, concomitantly with the expansion of ESF's network of services, and with a occupation tax higher than the national average. This recent PRMFC/F implantation process in Fortaleza, Ceará is the theme of this study. After an extensive bibliographical review, a lacuna can be observed at the knowledge reinforcing the relevance of this study. As a main objective, it proposes to evaluate the implantation process of a PRMFC/F on a large scale at a city of large populational presence. Considering the objectives of this investigation, a Case Study will be accomplished, in exploratory character, with imbricated analytical levels, and a combination of Normative Evaluation and Evaluative Research over PRMFC/F implantation components and aspects at Family Health Units in the city of Fortaleza, Ceará. It was found that there was an investment by the city's government to expand and improve ABS (Basic Attention to Health) in the city, and that this scenario was favorable to the implantation of the program. It was observed that for the majority of structure, process and result indexes, the PRMFC/F was implanted, and according to normative patterns. Few differences have been observed as to PRMFC/F's implantation level among the six Fortaleza's Regional Executive Departments. This study has enabled the formulation of some hypothesis and suggestions for future studies on such a relevant theme to Family and Community Medicine, and Primary Attention to Health 's (Primary Care) current context in Brazil and all over the world.

Key words: Family and Community's Medicine. Residence Program. Primary Attention to Health's. Evaluate.

APRESENTAÇÃO

Médico de Família e Comunidade, vice-presidente da Associação Cearense de Medicina de Família e Comunidade, Diretor de pesquisa e pós-graduação *strito senso* da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Preceptor e Coordenação do Programa de Residência de Medicina e Comunidade (Como vice-coordenador e atualmente como coordenador geral); após perceber a necessidade de formação de profissionais há seis anos, saí da prática exclusivamente assistencial como médico de família e iniciei na formação de novos colegas para esta prática.

Encarei o desafio de sair de Minas Gerais, minha terra natal, com minha família para implantar e conduzir um Programa de Residência nesta especialidade médica, em grande escala e numa capital do nordeste brasileiro. Este desafio foi encarado e iniciamos nossa batalha muitas vezes desacreditada e ridicularizada por muitos atores devido à sua magnitude. Fazê-lo em um município de grande porte como Fortaleza, que no momento iniciava também a reestruturação da Atenção Básica à Saúde, com uma população carente, miserável e desassistida, não foi fácil.

Após mergulhar neste processo surgiu-me a necessidade de saber se tínhamos conseguido implantar o programa e em que medida isto tinha ocorrido. Também me instigava em saber como o programa tinha sido implantado em relação às normas, se existia uma uniformidade na implantação entre as seis realidades diferentes de Fortaleza, que são as seis Secretarias Executivas Regionais deste município. Além disto, necessitávamos publicitar as condições desta implantação no que tange à capacidade estrutural, processos e resultados alcançados e quais seriam as contribuições deste programa para o município de Fortaleza. Diante de tantas inquietudes, resolvi estudar a implantação do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza.

Por esta motivação para este estudo, estou hoje como sujeito mais do que implicado. Considero-me nesta situação por ser um médico de família e comunidade, que luta e acredita na mudança do modelo hegemônico com fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e desta especialidade; por ser um Preceptor e Coordenador do programa que se

preocupa com a qualidade na formação dos seus Residentes; e por ser representante desta especialidade no Ceará e no Brasil, vislumbrando a necessidade de formação de profissionais para atuar na APS e na qualidade dos programas de residência. O lado negativo de estar totalmente implicado, é que, como pesquisador tive que me distanciar destas influências, procurando uma imparcialidade durante a avaliação. O lado positivo é que facilitou operacionalizar a pesquisa.

Esta dissertação foi ordenada em sete capítulos. No primeiro capítulo está exposto o problema de investigação e sua contextualização. A partir de uma revisão conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família e a Medicina de Família e Comunidade. As justificativas e objetivos deste estudo também estão apresentados neste capítulo.

No segundo capítulo está exposto o tipo de estudo, a caracterização do caso e os métodos utilizados. No terceiro capítulo estão apresentados os principais resultados, a partir da contextualização histórica e normativa, dos indicadores de capacidade estrutural, dos processos de organização e funcionamento e dos principais resultados encontrados.

No quarto capítulo são discutidos dos principais resultados descritos no capítulo anterior e no quinto capítulo é apresentada a conclusão do estudo.

LISTA DE QUADROS

1	Percentual de cobertura populacional da ESF por Região do Brasil.....	28
2	Taxa de ocupação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil por instituições de ensino, número de vagas, número de Residentes no 1º ano. Período de 2006.....	34
3	Taxa de ocupação do Programa de Residência de MFC/SMSE Fortaleza/CE.....	37
4	Revisão bibliográfica dos principais estudos empíricos de avaliação de Programas de Residência de Medicina de Família.....	46
5	Distribuição dos Residentes e “Especializando do PRMFC/F que participaram do estudo, de acordo com a classificação e ano de ingresso. Ano de 2008.....	49
6	Taxa de ocupação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, número de vagas, número de Residentes no 1º ano e 2º ano (conclusão). Período de 2006 a 2008.....	80
7	Medidas de atividades desenvolvidas pelo PRMFC/F em razão de requisitos normativos recomendados pela CNRMF e SBMFC. Período de 2008.....	91
8	Distribuição dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil por instituições de ensino, unidades federativas, tipo de administração e vagas por tipo. Período de 2007.....	190
9	Escala de classificação de grau de implantação de atividades do PRMFC/F.....	192
10	Classificação quanto ao grau de implantação para os indicadores de estrutura para 1º nível de análise.....	193
11	Classificação dos Indicadores de estrutura 2º nível de análise.....	194
12	Classificação quanto ao grau de implantação para os indicadores de processo para 1º nível de análise.....	196
13	Indicadores de processo do 2º nível de análise.....	197
14	Classificação quanto ao grau de implantação para os indicadores de resultado para 1º nível de análise.....	200
15	Indicadores de resultado do 2º nível de análise.....	202

LISTA DE TABELAS

1	Número total de Médicos com atuação profissional em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	62
2	Número de Médicos Residentes e “Especializandos” com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	63
3	Número de Médicos Preceptores com atuação em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	64
4	Número de Enfermeiros com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	65
5	Número de Odontólogos com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	66
6	Número de Agentes Comunitários de Saúde com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	67
7	Número médio de profissionais de nível superior e de Agentes Comunitários de Saúde com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	68
8	Número de consultórios médicos de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado que possuem com acesso a computador e rede <i>Intranet</i> (n=39).....	69
9	Relação do número de turnos semanais com disponibilidade de veículo para atividades comunitárias (visitas domiciliares, reuniões etc.) em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	71
10	Proporção de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado com acesso a livros didáticos para consultas no local.....	72
11	Distribuição de consultórios apropriados para a realização de exames ginecológicos nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.....	73
12	Opinião dos Residentes e “Especializandos” sobre a qualificação e adequação das condições estruturais das Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F, para o processo e práticas de trabalho e ensino-aprendizado.....	74
13	Referências sobre a existência e funcionamento de estratégia e dispositivos de acolhimento aos usuários nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.....	93
14	Participação efetiva de profissionais Médicos em práticas de acolhimento aos usuários nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado, segundo referências de Residentes e “Especializandos”. Período de 2008.....	94

15	Referências de Residentes e “Especializandos” sobre o tempo médio, em dias, decorrido desde a marcação de uma consulta e o atendimento médico em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F. Unidade de Saúde da Família.....	95
16	Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a realização de atividades de análise de situação de saúde nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2007 e 2008.....	96
17	Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a utilização sistemática de algum instrumento padronizado para registro e análise de situação familiar em Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. Período de 2007 e 2008.....	97
18	Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a utilização sistemática de algum instrumento padronizado para registro e análise de visitas domiciliares em Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. Período de 2007 e 2008.....	99
19	Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a frequência mensal de reuniões de equipe em Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. Período de 2007 e 2008.....	100
20	Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a frequência mensal de reuniões de equipe específicas para o planejamento e organização das Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. Período de 2007 e 2008.....	102
21	Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a frequência anual de sua participação em eventos externos ao PRMFC/F (Congressos, seminários, cursos etc.). Período de 2007 e 2008.....	104
22	Número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado pelos médicos Residentes/”Especializandos”. Período de 2008.....	141
23	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio semanal de Visitas Domiciliares (VD) realizadas especificamente para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.....	141
24	Referências de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio semanal de Visitas Domiciliares (VD) realizadas especificamente para puérperas e recém-nascidos em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.....	142
25	Referências de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio consultas realizadas semanalmente por cada um. Período de 2008.....	143
26	Referências de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio semanal de encaminhamento de casos para outras especialidades médicas. Período de 2008.....	145
27	Referências de Residentes/”Especializandos” sobre a média mensal aproximada de atendimentos médicos de puericultura realizadas em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.....	146

28	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre a média mensal aproximada de exames citopatológicos de prevenção de carcinoma do colo uterino realizados em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.....	147
29	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre a média mensal aproximada de atendimentos médicos de Pré-natal realizados em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.....	148
30	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de acompanhamentos ou assistência ao trabalho de parto normal realizados no intercurso do PRMFC/F. Período de 2007 e 2008.....	149
31	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de acompanhamentos ou assistência ao trabalho de parto normal realizados no intercurso do PRMFC/F. Distribuição por ano da Residência. Período de 2007 e 2008.....	149
32	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de pacientes com diagnóstico de Tuberculose acompanhados mensalmente por cada um. Período de 2008.....	150
33	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de exames de baciloscopia para o diagnóstico de Tuberculose solicitados mensalmente por cada um. Período de 2008.....	151
34	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de casos novos de Hanseníase diagnosticados por cada um, nos últimos três meses. Período de Agosto a Outubro de 2008.....	151
35	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de pacientes com diagnóstico de Diabetes acompanhados mensalmente por cada um. Período de 2008.....	152
36	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados mensalmente por cada um. Período de 2008.....	153
37	Referências de Residentes/“Especializandos” sobre a média mensal aproximada de prescrições de fármacos benzodiazepínicos. Período de 2008.....	154

LISTA DE GRÁFICOS

1	Metas e progressão do número de equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no Brasil. Período de 1994 a 2008.....	25
2	Progressão do número de municípios brasileiros com equipes do Programa de Saúde da Família implantadas. Período de 1994 a 2008 e Janeiro de 2009.....	26
3	Progressão da cobertura populacional de equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no Brasil. Período de 1994 a 2008 e Janeiro de 2009.....	26
4	Distribuição percentual de Residentes em Medicina Geral e Comunitária por esfera administrativas dos programas. Ano de 1985.....	31
5	Distribuição percentual de Residentes em Medicina de Família e Comunidade por esferas administrativas dos programas. Ano de 2007.....	33
6	Proporção percentual alunos no PRMFC/F que participaram do estudo, de acordo com a classificação. Ano de 2008.....	49
7	Percentual de transferências financeiras federais para Sistema Único de Saúde de Fortaleza/CE sobre os recursos totais de dotação orçamentária para o setor Saúde. Período de 2002 a 2007.....	56
8	Despesa governamental total de Saúde por habitante (em R\$) em Fortaleza/CE. Período de 2002 a 2007.....	56
9	Relação de despesas financeiras com investimentos sobre as despesas totais no Sistema Único de Saúde de Fortaleza/CE. Período de 2002 a 2007.....	57
10	Percentual de recursos financeiros próprios do município de Fortaleza/CE aplicados no Setor de Saúde. Período de 2002 a 2007.....	57
11	Despesas financeiras per capita com recursos próprios do município de Fortaleza/CE aplicados no Setor de Saúde. Período de 2002 a 2007.....	58
12	Despesas orçamentárias com o pagamento de pessoal no Setor Saúde do município de Fortaleza/CE. Período de 2002 a 2007.....	58
13	Percentuais de transferências federais para o financiamento de blocos da Assistência à Saúde do município de Fortaleza/CE. Período de 2002 a 2006.....	59
14	Número de unidades e ambulatórios de Atenção Básica à Saúde sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE. Meses de Julho nos períodos de 1998 a 2003 e de 2006 a 2008*.....	60
15	Transferências federais de recursos financeiros para a produção de procedimentos ambulatoriais por habitante de Fortaleza/CE. Quantidade apresentada e aprovada. Período de 2004 a 2008.....	60

16	Distribuição proporcional de Preceptores e Residentes/”Especializandos” do PRMC por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE.....	64
17	Distribuição proporcional de consultórios médicos de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F por Residentes/”Especializandos” nas Regionais Administrativas de Saúde de Fortaleza/CE.....	70
18	Distribuição proporcional de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado que possuem livros didáticos para consulta em cada Regional Administrativa de Saúde de Fortaleza/CE.....	72
19	Distribuição proporcional por Regionais Administrativas de opiniões com a graduação “Boas”, sobre a qualificação e adequação das condições estruturais das Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F, por parte dos Residentes e “Especializandos”.	74
20	Distribuição proporcional por Regiões Administrativas de opiniões com a graduação “Péssimas” e “Ruins” (agregadas), sobre a qualificação e adequação das condições estruturais das Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F, por parte dos Residentes e “Especializandos”.....	75
21	Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, que possuem estratégia e dispositivos de acolhimento aos usuários nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.....	93
22	Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde foram realizadas atividades de análise de situação de Saúde da população residente na área de abrangência. Período de 2007 e 2008.....	96
23	Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde foram utilizados instrumentos padronizados para o registro de situação familiar. Período de 2007 e 2008.....	98
24	Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde não foram utilizados instrumentos padronizados para o registro de visitas domiciliares. Período de 2007 e 2008.....	99
25	Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde foram realizadas menos de uma reunião de equipe mensalmente. Período de 2007 e 2008.....	101
26	Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde não foram realizadas reuniões de equipe específicas para o planejamento de atividades e serviços. Período de 2007 e 2008.....	103

27	Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre o desempenho de seus Preceptores. Período de 2008.....	105
28	Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre o desempenho de seus Preceptores, estratificadas por Regiões Administrativas. Período de 2008.....	105
29	Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre o desempenho dos Coordenadores de suas Unidades de Saúde da Família. Período de 2008.....	106
30	Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre o desempenho de Coordenadores de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, estratificadas por Regiões Administrativas. Período de 2008.....	107
31	Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre a tendência de qualificação de seu desempenho profissional no intercurso do PRMFC/F. Período de 2007 e 2008.....	109
32	Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre a tendência de piora da qualificação de seu desempenho profissional no intercurso do PRMFC/F, estratificadas por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE. Período de 2007 e 2008.....	110
33	Proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE com pelo menos uma consulta de Pré-natal realizada. Período de 1998 a 2007.....	113
34	Proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE sem nenhuma consulta de Pré-natal realizada. Período de 1998 a 2006.....	113
35	Proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE que realizaram partos vaginais. Período de 1998 a 2006.....	114
36	Proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE que realizaram partos vaginais. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008.....	114
37	Proporção percentual de óbitos sem assistência médica de Residentes em Fortaleza/CE. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 1999 a 2008.....	117
38	Proporção percentual de óbitos de Residentes em Fortaleza/CE por causa indeterminada. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008.....	117
39	Coefficiente de Mortalidade Infantil por Doenças Infecciosas e Parasitárias em Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2006.....	118
40	Proporção percentual de mortalidade geral por Doenças Infecciosas e Parasitárias em Fortaleza/CE. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 1999 a 2008.....	118

41	Proporção percentual de mortalidade geral por Doenças imunopreveníveis em Fortaleza/CE. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008.....	119
42	Proporção percentual de óbitos maternos investigados em Fortaleza/CE por causa indeterminada. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008.....	119
43	Proporção percentual de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	125
44	Proporção percentual de cobertura de famílias pela Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza/CE. Período de 2004 a 2008.....	125
45	Produção de procedimentos ambulatoriais por habitante de Fortaleza/CE. Quantidade apresentada e aprovada. Período de 1998 a 2008.....	126
46	Número de atendimentos registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Discriminação proporcional por faixas etárias. Período de 1998 a 2008.....	126
47	Número de atendimentos registrados de puericultura na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	127
48	Número de atendimentos de Pré-natal registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	127
49	Número de atendimentos com exames citopatológicos de prevenção do carcinoma de colo uterino registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	128
50	Número de atendimentos de Doenças Sexualmente Transmissíveis, inclusive AIDS, registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	128
51	Número de atendimentos registrados de pacientes com Diabetes Mellitus na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	129
52	Número de atendimentos registrados de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	129
53	Número de atendimentos registrados de pacientes com Hanseníase na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	130
54	Número de atendimentos registrados de pacientes com Tuberculose na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	130
55	Número de visitas domiciliares registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.....	131
56	Proporção percentual de nascidos vivos pesados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.....	131

57	Coeficiente de Mortalidade Infantil por Doenças diarreicas registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.....	132
58	Coeficiente de Mortalidade Infantil por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007....	132
59	Proporção percentual de aleitamento materno exclusivo para crianças de até 4 meses de vida na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.....	133
60	Proporção percentual de crianças de até um ano de vida com o esquema vacinal básico em dia na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.....	133
61	Número de exames de patologia clínica solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	134
62	Número de exames de radiodiagnóstico solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	134
63	Número de exames de ultrassonografia solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	135
64	Número de encaminhamentos para atendimentos especializados referenciados pela Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	135
65	Número encaminhamentos para internação hospitalar registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	136
66	Número de internações domiciliares realizadas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	136
67	Número de atendimentos de reidratação oral registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	137
68	Número de atendimentos de grupos registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	137
69	Número de reuniões registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.....	138
70	Taxas de internação hospitalar por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e Doença Diarreica Aguda (DDA) de crianças menores de 5 anos de idade em Fortaleza/CE. Período de 2000 a 2008.	138
71	Taxas de internação hospitalar por Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) em Fortaleza/CE. Período de 2000 a 2008.....	139

- 72 Referencias de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Distribuição por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE. Período de 2008..... 142
- 73 Referencias de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio semanal de atendimentos clínicos realizados pelos mesmos nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Distribuição por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE. Período de 2008..... 144
- 74 Referencias de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio semanal de encaminhamentos para outras especialidades clínicas realizados pelos mesmos nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Distribuição por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE. Período de 2008..... 145

LISTA DE FIGURAS

1	Faixas de cobertura populacional do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Anos de 1998 e 2008.....	27
2	Distribuição de vagas para Residentes em Medicina Geral e Comunitária (R1, R2 e R3) por unidades federativas. Ano de 2007.....	33
3	Escopo conceitual para a avaliação de desempenho de sistemas públicos de Saúde*.....	44
4	Esquema de apresentação dos dados desta investigação.....	53
5	Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional I onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.....	82
6	Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional II onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.....	83
7	Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional III onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.....	84
8	Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional IV onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.....	85
9	Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional V onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.....	86
10	Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional VI onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CSF	Unidade de Saúde da Família
DP	Desvio-Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PRMFC/F	Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade
PSF	Programa de Saúde da Família
SER	Secretaria Executiva Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	24
1.1	O problema de investigação e seu contexto.....	24
1.1.1	A implantação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.....	24
1.1.2	A especialidade de Medicina de Família e Comunidade.....	30
1.1.3	A Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza/CE.....	35
1.1.4	Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza-CE.	36
1.2	Breve revisão conceitual sobre a temática.....	38
1.2.1	Atenção Primária à Saúde.....	38
1.2.2	Medicina de Família e Comunidade.....	42
1.2.3	Avaliação em Saúde.....	43
1.3	Justificativas para o Estudo.....	47
1.4	Objetivos do Estudo.....	47
1.4.1	Objetivo Geral.....	47
1.4.2	Objetivos Específicos.....	47
2	METODOLOGIA.....	48
2.1	Tipo e estratégia de estudo.....	48
2.2	Caracterização do caso, da população e da amostragem do estudo.....	48
2.3	Materiais e Métodos.....	50
2.3.1	Coleta e processamento de dados e informações.....	50
2.3.2	Análise de dados e informações.....	51
2.3.3	Cronograma de realização do estudo.....	52
2.3.4	Questões de natureza ética.....	52
3	DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS.....	53
3.1	Capacidade estrutural e recursos da Atenção Básica à Saúde, Programa Saúde da Família e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE.....	54
3.1.1	Dados sobre a capacidade de financiamento e estruturação no contexto de abrangência da Atenção Básica à Saúde e Programa Saúde da Família de Fortaleza/CE.....	54

3.1.2	Dados e informações sobre a capacidade de financiamento e estruturação na abrangência do Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade de Fortaleza/CE.....	61
3.2	Processos de organização e funcionamento da Atenção Básica à Saúde, Programa Saúde da Família e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE.....	78
3.2.1	Características dos processos de organização e funcionamento da Atenção Básica à Saúde e Programa Saúde da Família de Fortaleza/CE.....	78
3.2.2	Características dos processos de organização e funcionamento do Programa de Residência em medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE.....	79
3.3	Alguns resultados de cobertura, produção de serviços e impacto sobre o estado de saúde da população a partir da Atenção Básica à Saúde, Estratégia de Saúde da Família e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE.....	110
3.3.1	Dados provenientes do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) de Fortaleza/CE.....	112
3.3.2	Dados provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) de Fortaleza/CE.....	115
3.3.3	Dados provenientes do Sistema de Informações de Atenção Básica à Saúde (SIAB) de Fortaleza/CE.....	120
3.3.4	Informações provenientes do levantamento realizado junto aos Médicos Residentes e “Especializando” do PRMFC/F (FormSUS).....	140
4	DISCUSSÃO.....	155
5	CONCLUSÃO.....	176
	REFERÊNCIAS.....	180
	ANEXOS.....	186

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema de investigação e seu contexto

Quais seriam as principais características implicadas na implantação de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade em larga escala na rede de serviços do Programa Saúde da Família de um município de grande porte populacional?

Questões desta natureza mais específica têm sido pouco abordadas e descritas na literatura científica. Em todo o mundo já existe uma grande quantidade de programas de pós-graduação *Latu sensu* (com o predomínio de atividades em serviço) orientados para atividades correlatas à Atenção Primária à Saúde e à Medicina de Família, como Residências Médicas, no entanto, são exíguas as publicações sobre os trabalhos de pesquisa e estudos sobre avaliação destes programas e atividades. Em sua maior parte, os programas deste tipo operam com uma escala pequena de oferta de vagas e abrangências restritas, o que torna mais rara a realização e publicação de estudos sobre a avaliação de programas de maiores escala e abrangência.

Este estudo trata desta questão específica, a avaliação sobre o processo de implantação de um programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e grande escala e larga abrangência. A primeira aproximação para com este recorte busca estabelecer contextualizações em dimensões mais amplas de ambiência estratégica e programática, notadamente a Atenção Primária à Saúde e “Saúde da Família”, assim como, a partir de uma revisão conceitual e de estudos empíricos sobre “estado da arte” referido a tal questão.

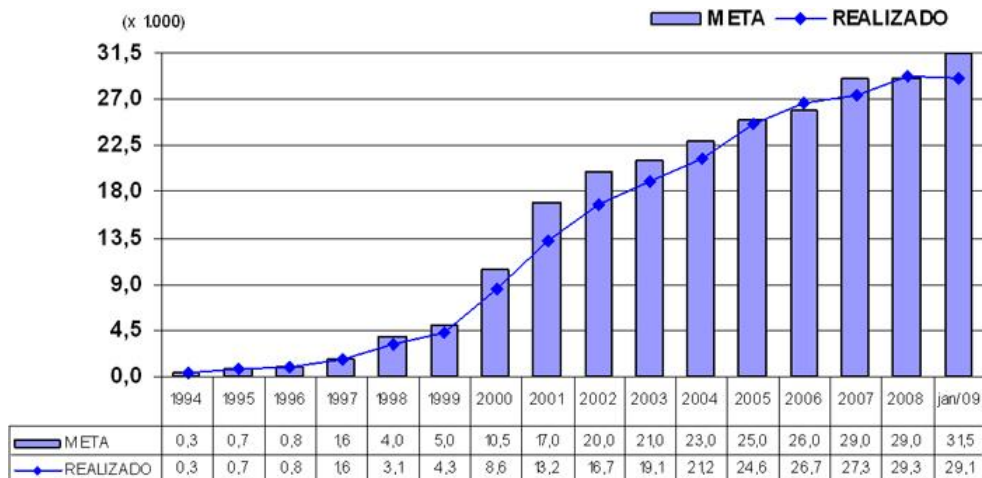
1.1.1 A implantação e expansão da estratégia de Saúde da Família no Brasil.

A partir de 1994, a estratégia programática de Saúde da Família¹ (ESF) foi adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, com o propósito primordial de (re)organização do modelo e dos sistemas de serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), sob a égide dos princípios e diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ O termo “estratégia programática” é um conceito logístico de Testa (1995) e refere-se àquelas estratégias implantadas e implementadas a partir de programas institucionais.

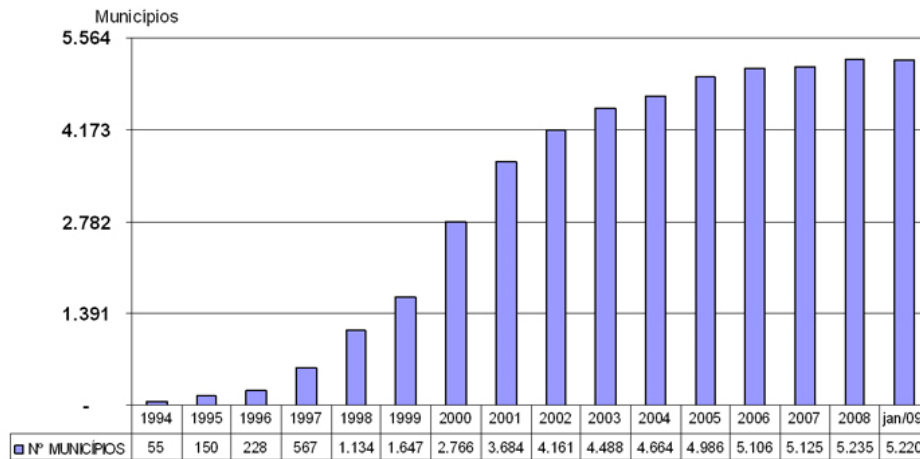
A ESF, desde a sua implantação, apresentou momentos distintos, em se considerando diversas características (cobertura populacional, regiões, porte dos municípios etc. Em termos de cobertura populacional, até 1996 as regiões Nordeste e Sul mantinham-se acima da média nacional em relação à cobertura populacional; a partir de 1999 observou-se um crescimento acentuado em todas as regiões brasileiras (Gráficos 1,2 e 3). Especificamente no Ceará, já em 1998 a maior parte dos municípios de pequeno porte já possuía uma cobertura populacional do PSF maior do que 90%, sendo que, em 2008 nenhum município cearense possuía uma cobertura populacional menor do 25% (Figura 1).

Gráfico 1. Metas e progressão do número de equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no Brasil. Período de 1994 a 2008.



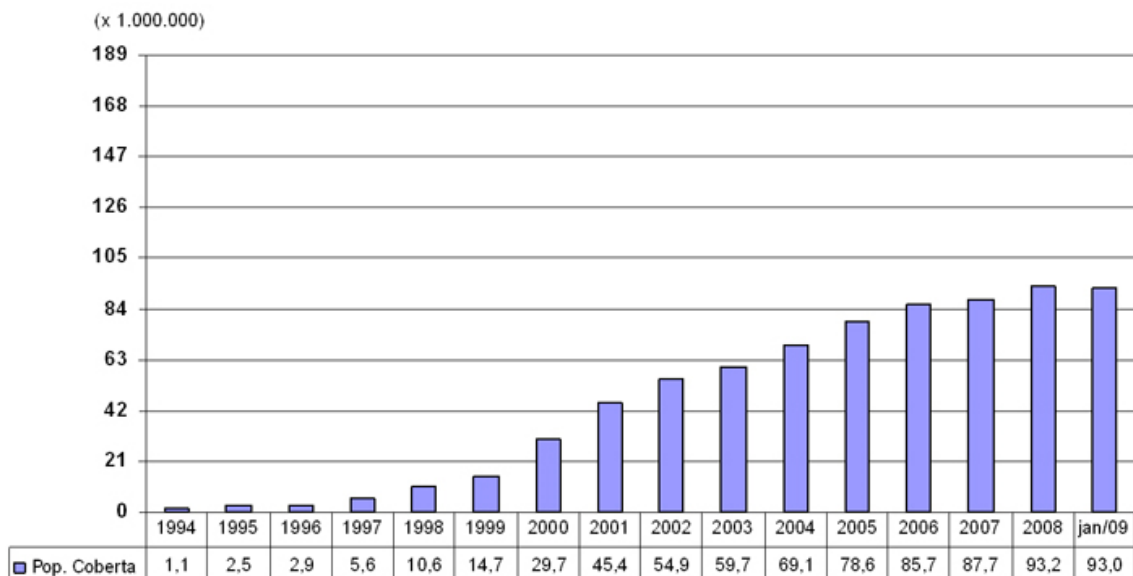
FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
 SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 2. Progressão do número municípios brasileiros com equipes do Programa de Saúde da Família implantadas. Período de 1994 a 2008 e Janeiro de 2009.



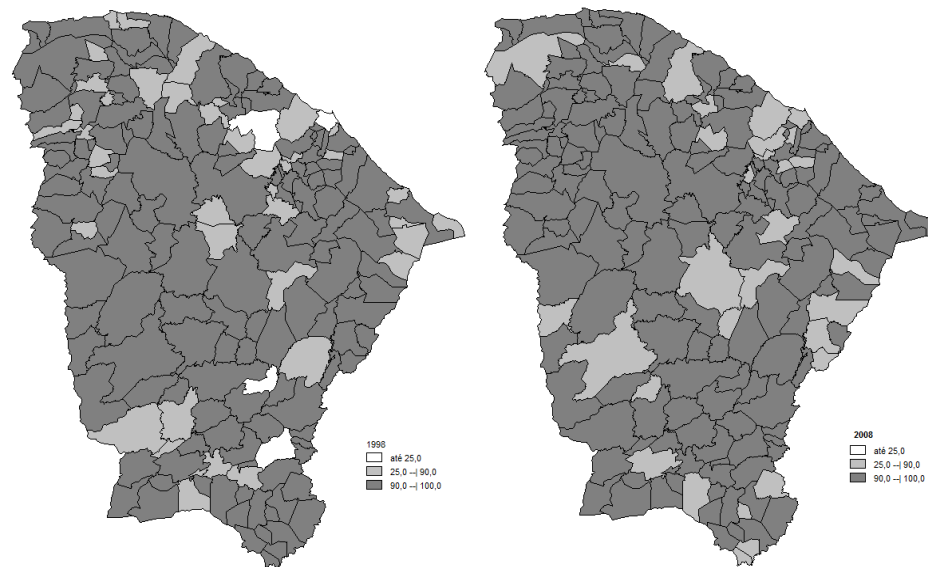
FORNTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 3. Progressão da cobertura populacional de equipes do Programa de Saúde da Família implantadas no Brasil. Período de 1994 a 2008 e Janeiro de 2009.



FORNTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Figura 1. Faixas de cobertura populacional do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Anos de 1998 e 2008.



Devido principalmente a um incentivo financeiro diferenciado (Piso Assistencial Básico Variado) houve um incremento na adesão dos municípios ao Programa Saúde da Família (PSF), denominação institucional da ESF. Este incentivo proporcionou uma expansão significativa da cobertura populacional, principalmente em 2000 e 2001. A cobertura populacional passou de menos de 1% em 1994 para mais de 46,2% em 2007. (Brasil, 2007). Quanto às regiões, percebeu-se maior expansão no Nordeste, seguidos pelo Cento-Oeste e Norte, com a mesma tendência para o restante do país.

Considerado o porte populacional dos municípios, inicialmente, a ESF foi implantada naqueles menores, com posterior tendência de expansão gradual para aqueles de médio e grande porte, sendo atualmente incorporada pelas grandes metrópoles (Souza & Sampaio, 2002; Heimann & Mendonça, 2006). No Quadro 1 são apresentados dados recentes da distribuição de cobertura do PSF populacional pelas grandes regiões do país.

Quadro 1. Percentual de cobertura populacional da ESF por Região do Brasil.

Região	Percentual de cobertura
Nordeste	41,7%
Sudeste	29,9 %
Centro-oeste	6,9 %
Norte	7,3 %
Sul	14,1 %

Fonte: Departamento da Atenção Básica à Saúde do MS. Brasil (23/11/2007).

Vários estudos de abrangência nacional têm evidenciado o impacto positivo desta estratégia sobre o estado de saúde da população brasileira. Alguns indicadores epidemiológicos apontam avanços, tais como: a redução da mortalidade infantil e da mortalidade infantil pós-natal, o aumento da cobertura vacinal e aleitamento materno, a redução da internação por Acidentes Vasculares Cerebrais e Insuficiência Cardíaca Congestiva (Bezerra Filho et al., 2004; Macinko et al., 2006; Oliveira, 2007).

Contudo, para alguns autores, apesar de vários avanços, a ESF ainda apresenta uma limitada capacidade de promover mudanças nas práticas profissionais hegemônicas nos serviços de Atenção Básica à Saúde (Paim, 2003; Mendes, 2002).

Outros autores apontam alguns nós críticos ou desafios que ainda dificultam a qualificação das práticas profissionais neste nível de Atenção, dentre os quais, podem ser enfatizados (Carvalho & Ceccim, 2006):

- a carência de profissionais com formação específica para atuar na ESF,
- a não exigência de qualificação e especialização profissionais para o ingresso neste mercado de trabalho e
- a carência de um aparelho formador eficiente, eficaz e com infraestrutura adequada nos cursos de graduação e pós-graduação.

Outros entraves foram apontados pelos gestores municipais, principalmente oriundos dos municípios de grande porte, dentre estes se destacam (Souza & Sampaio, 2002):

- incentivos e planos de financiamento para os grandes municípios;
- a capacitação dos profissionais de saúde e a integração das ESF à rede já instalada;
- a necessidade de mudanças no processo de produção de serviços diante das novas demandas e necessidades da população;
- atuar em áreas de violência urbana;
- necessidade de caracterizar o PSF como uma estratégia para consolidar os princípios do SUS.

Muitos autores afirmam que, quando os profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família estão capacitados para utilizar as tecnologias apropriadas para o nível de Atenção Básica à Saúde, geralmente tecnologias leves e de alta complexidade, podem resolver grande parte das demandas existentes (Starfield, 2002; Andrade, Barreto & Fonseca, 2004; Fuertes & Casado, 2004).

No entanto, os cursos de graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde; nas instituições de ensino públicas e privadas, apresentam descompassos na reorientação de seus currículos de forma compatível para com as exigências da ESF e com as necessidades do SUS (Carvalho & Ceccim, 2006).

No que tange ao campo disciplinar da Medicina, constata-se que grande parte dos Médicos em atividade passou por uma especialização em programas de Residência Médica, sendo que, o restante atua sem nenhum tipo de formação de pós-graduação (Carvalho & Ceccim, 2006). No que se refere especificamente ao processo de implantação das Equipes e Unidades de Saúde da Família, constata-se um descompasso entre as necessidades existentes na Atenção Básica à Saúde e as iniciativas de estruturação e fortalecimento da especialidade médica considerada mais adequada para a realização deste trabalho: a Medicina de Família e Comunidade (Aguilera Campos, 2005).

A Residência Médica, como modalidade de especialização *lato sensu* de pós-graduação é considerada como a mais adequada para a formação dos profissionais que atuam na ESF (Aguilera Campos, 2005). No entanto, há uma carência deste tipo de especialização médica no Brasil. Em 2008, havia 29.300 equipes de Saúde da Família funcionando em 5.235 municípios (correspondendo a uma cobertura de 93,2% do total de municípios e 48,2% da população brasileira), sendo que, apenas 992 Médicos destas equipes possuíam especialização em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2009; SBMFC, 2009).

1.1.2 A especialidade de Medicina de Família e Comunidade

A chamada Medicina de Família, como uma especialidade médica, inicia-se na década de 1960 nos Estados Unidos, à partir do esforço corporativo para a formação de generalistas como contraponto a uma superespecialização aludida na época². Também nos EUA, ocorria de forma concomitante o movimento ideológico da Medicina Comunitária. Discussões sobre direitos humanos, a guerra do Vietnã, a pobreza humana e o racismo fomentaram intensa mobilização popular e intelectual. No campo da saúde, com o objetivo maior de reduzir tensões sociais, surge a Medicina Comunitária, baseada na implantação de centros comunitários de saúde. Estes, em geral, administrados por organizações não lucrativas, porém, subsidiados pelo governo federal (Pain & Almeida Filho, 1998).

No Brasil esta especialidade surge na década de 1970, então denominada como Medicina Geral e Comunitária (MGC). Neste período surgem os primeiros programas de Residência desta especialidade médica em Porto Alegre-RS (Centro de Saúde Escola Murialdo), no Rio de Janeiro-RJ (Serviço de Medicina Integrada da UERJ) e em Vitória do Santa Antão-PE (Projeto Vitória, extinto em 1986).

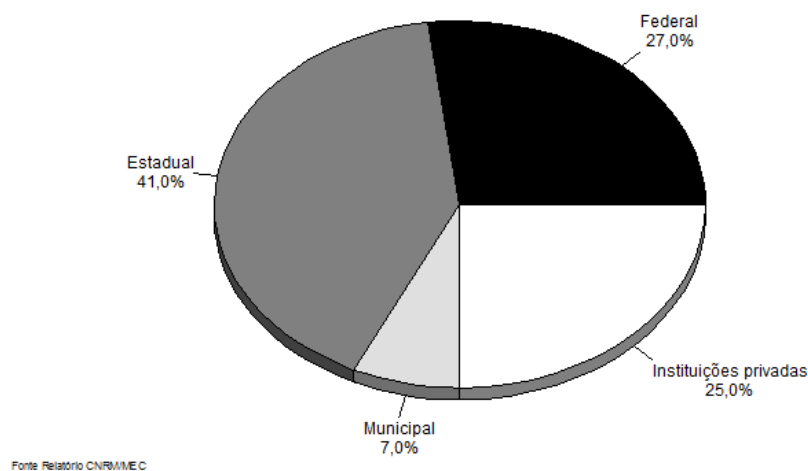
Em 1977 foi promulgada uma lei que criou e regulamentou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no âmbito do Ministério da Educação. A partir desta época, a criação e regulamentação de todos os programas de Residência Médica do país passou a ser deliberada por esta instância. Em 1981 a CNRM criou e regulamentou a especialização e os

² Embora desde o fim da Segunda Guerra Mundial, já se havia implantado na Inglaterra uma estratégia institucional para a reorganização do Sistema Nacional de Saúde com ênfase no trabalho de Médicos generalistas.

programas de Residência em Medicina Geral e Comunitária, que mais tarde seriam denominados de “Medicina de Família e Comunidade”³.

Em 1985 existiam apenas 15 programas de Residência de Medicina Geral e Comunitária, com 147 Residentes dispersos no país em programas de diversas esferas administrativas (Gráfico 4), sendo que, 7% em programas municipais.

Gráfico 4. Distribuição percentual de Residentes em Medicina Geral e Comunitária por esfera administrativas dos programas. Ano de 1985.



Do total de Residentes de Medicina Geral e Comunitária no ano de 1985, quase um terço (29%) atuava no Rio Grande do Sul em apenas dois programas de residência médica.

³ A nova Residência em Medicina de Família e Comunidade foi regulamentada no âmbito da CNRM pela Resolução 01 de 2004.

Entre os anos de 1985 de 2000 não houve incremento significativo do número de Residentes, embora o número de programas tenha aumentado de 15 para 25. Neste período, houve tendência de maior crescimento de vagas na esfera privada e redução nos programas vinculados às universidades federais. Outra característica relevante é que durante este período muitos programas ofertavam vagas, mas não havia o preenchimento das mesmas.

Acompanhando a tendência da expansão da ESF no Brasil, a partir de 2001 observa-se um incremento de aproximadamente 55% do número de vagas ofertadas para esta especialidade (Bevilacqua & Sampaio, 2002).

Torna-se patente que a expansão da oferta de vagas de PRMFC/F não acompanhou o ritmo da franca expansão da cobertura populacional e da quantidade de equipes de Saúde da Família, denotando uma carência de Médicos de Família e Comunidade para este tipo de estratégia e serviços.

Até 2007, observa-se que neste processo de expansão houve a oferta de 1.040 vagas para Residentes desta especialidade médica em todo o país, perfazendo 518 vagas para novos Residentes (R1), 518 para Residentes do segundo ano (R2) e quatro vagas para Residentes do terceiro ano (R3). Existem atualmente 69 Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC/F) em 18 estados brasileiros (CNRM 2007) (Anexo 1).

Em relação à distribuição de programas por estado, observa-se uma concentração dos programas no sudeste (30) e sul (18), totalizando (69,5 %) contrastando com 14 programas do nordeste, três do norte e quatro do centro-oeste (Figura 2). Esta tendência é paradoxal à distribuição da cobertura populacional das equipes de Saúde da Família e reflete a ausência de uma política de direcionamento de recursos pela necessidade de profissionais dentro do território nacional (Figura 2).

Entretanto, apesar de, nos últimos três anos, ter-se ampliado a oferta de vagas nos PRMFC/F em todo o país, constata-se que a procura ainda não é suficiente para o seu preenchimento. Ressalta-se o fato de que em 2004 apenas 37% das vagas ofertadas nos PRMF estavam sendo efetivamente ocupadas (BRASIL, 2004) (Quadro 2).

Figura 2. Distribuição de vagas para Residentes em Medicina Geral e Comunitária (R1, R2 e R3) por unidades federativas. Ano de 2007.

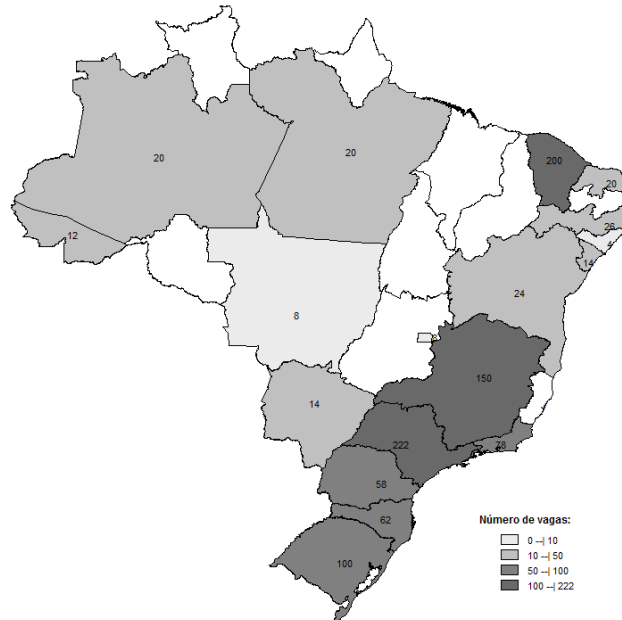
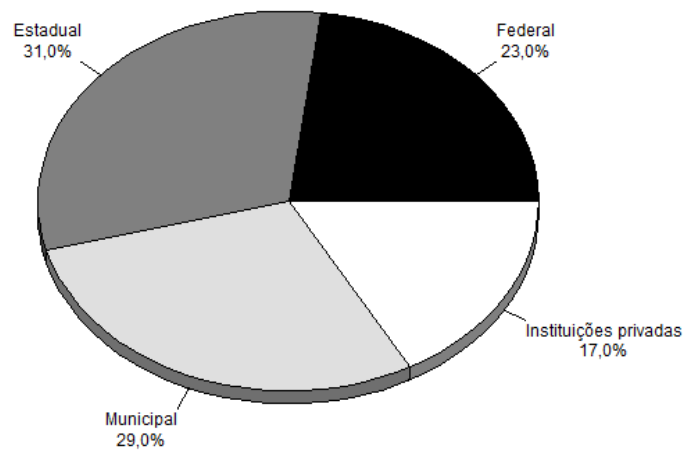


Gráfico 5. Distribuição percentual de Residentes em Medicina de Família e Comunidade por esferas administrativas dos programas. Ano de 2007.



Fonte: Relatório CNRM/MEC

Quadro 2. Taxa de ocupação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil por instituições de ensino, número de vagas, número de Residentes no 1º ano. Período de 2006.

INSTITUIÇÃO	VAGAS	Nº DE RESIDENTES NO 1º ANO	% DE OCUPAÇÃO
Casa de Saúde Santa Marcelina- SP	16	3	18,8
CSE Murialdo- RS	30	11	36,7
Faculdade de Medicina da USP	12	6	50
Faculdade de Medicina de Marília	10	0	0
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	4	1	25
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP	6	4	83,3
Hospital das Clínicas da F.de M. de Ribeirão Preto	10	10	100
Hospital Nossa Senhora da Conceição- RS	58	15	25,9
Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ	10	8	80
Instituto Materno Infantil de PE-IMIP	3	3	100
Hospital Universitário Walter Cantídio UFC	10	1	20
SMS e Ação Social de Sobral- CE	12	5	41,7
Total	181	67	37%

Fonte: CNRM, 2006.

Outra característica desta expansão do número de vagas dos PRMFC/F, reflete a tendência de abertura de novos programas pelos municípios, passando de 7% em 1985 para 29% em 2007 (Gráfico 4 e 5).

Existe no país uma associação que representa os interesses dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade: a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), vinculada à Associação Médica Brasileira (AMB). Esta Sociedade elaborou um projeto de expansão para a oferta de programas de Residência em MFC no Brasil, buscando também orientar uma melhor qualificação para a formação destes profissionais. Este projeto pode ser considerado como referência e contexto normativo para os processos de formação e prática profissional da especialidade, pois contém diversas prescrições neste sentido (SBMFC, 2004).

1.1.3 A Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza/CE

O Ceará teve destaque no movimento de implantação da ESF, inicialmente com a implantação do Programa Agente Comunitário de Saúde que se constituiu em seu verdadeiro embrião. A partir de 1994, implantaram-se as experiências pioneiras do Programa de Saúde da Família com equipes multiprofissionais, desenvolvida em municípios do estado (Quixadá, Fortim, Jucás, Iguatú, Itapiuna e Beberibe) pelas Secretarias Municipais de Saúde, que serviram como projetos-pilotos para que o Ministério da Saúde lançasse a ESF-como política oficial de Atenção Básica à Saúde (ABS), o Programa Saúde da Família (Andrade & Barreto, 2005).

Após a implantação da ESF no Ceará há 14 anos, não diferente dos outros estados do Brasil, ocorreu uma expansão progressiva do número de equipes e da cobertura populacional. Atualmente, o Estado do Ceará conta com 1.800 equipes cadastradas no PSF, distribuídas nos 184 municípios. A cobertura do PSF em todo o Estado é de 66,10%, sendo 77,53% no Interior e 37,48% em Fortaleza/CE (SESA-2008).

Na capital do Ceará, o PSF foi formalmente implantado em 1998, com 50 equipes cadastradas; sendo que nem todas foram efetivamente implantadas, o que possibilitou uma cobertura populacional menor do que 15 % na época. Neste período, o critério e estratégia adotada para a alocação de equipes foi o de sua focalização em áreas de maior pobreza. Não diferindo da realidade do país, o número de profissionais especialistas em Medicina de

Família e Comunidade, que atuavam nas ESF de Fortaleza/CE no ano de 2005, não contemplava 5% das equipes.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE, a partir do ano de 2005, decidiu-se adotar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo estruturante da rede de serviços para a Atenção Básica à Saúde no município. Esta decisão política foi inspirada na constatação sobre as excelentes repercussões na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população, visando uma melhor resolubilidade e a integralidade das ações básicas em saúde em várias cidades do país (Andrade & Barreto, 2005).

Tendo em vista as necessidades para a formação de novos profissionais para a ABS, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE desencadeou um processo de reorganização do Sistema de Saúde, criando uma concepção e logística de ensino-assistência no âmbito dos serviços: o Sistema Municipal de Saúde Escola. Trata-se de uma ideia-força e estratégia que definem todos os serviços de saúde como espaços de articulação e integração da tríade saúde-estudo-assistência (Andrade & Barreto, 2005).

1.1.4 Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC/F) constitui modalidade de ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por treinamento em serviço, em regime de tempo integral, funcionando em Instituições de Saúde, Universitárias ou não, sob a orientação de profissionais Médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Essa modalidade de ensino tem como finalidade capacitar o(a) médico(a) numa área de conhecimento ou numa especialidade e dar-lhe condição profissional e científica para exercê-la, visando a excelência de qualidade assistencial da comunidade, fortalecer a produção científica na área de Medicina de Família e Comunidade na cidade de Fortaleza/CE e no Estado do Ceará. Outro objetivo do programa é promover uma maior interação ensino-serviço que colabore na construção de práticas e saberes nas equipes de Saúde da Família que estimule a reorganização e a reorientação da prática assistencial no sentido da promoção, da proteção à saúde e da integralidade da atenção no Município de Fortaleza/CE (Andrade & Barreto, 2005). Nessa perspectiva e como integrante do SMSE, teve início em

2005 a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), que hoje conta com 76 Residentes (46 R2 e 30 R1).

O PRMFC/F conta com o apoio pedagógico de um conjunto de Instituições de Ensino Superior (IES): da Universidade Federal do Ceará, da Universidade Estadual do Ceará, da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, da Universidade de Fortaleza/CE e da Faculdade Christus.

O Colegiado de Coordenação do PRMFC/F segue as normas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Atualmente, o programa que oferta o maior número de vagas é o do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza/CE (76 vagas)⁴.

O PRMF de Fortaleza/CE foi implantado a partir de março de 2006. Apesar de seu pouco tempo de existência, este programa apresenta algumas peculiaridades, dentre estas: trata-se do primeiro PRMF de larga escala, implantado em grande capital do país, de forma concomitante com a expansão da rede de serviços da ESF e com taxa de ocupação maior que a média nacional (Quadro 3).

Quadro 3. Taxa de ocupação do Programa de Residência de MFC /SMSE Fortaleza/CE:

Ano de Residência	% de ocupação do PRMFC/Fortaleza	% de ocupação da média dos PRMFC do Brasil
R1 (2007-2008)	94%	48,5% *
R2 (2006-2007)	38%	33,0%
Média	60%	40,5%

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica, 2006.

Como referido anteriormente, o processo recente de implantação do PRMFC/F em Fortaleza/CE é o foco deste estudo.

⁴ No Brasil, o segundo maior PRMF oferece 30 vagas, seguido por outros com 16 e 12 vagas. A média nacional é de 4 vagas por Programa de Residência (CNRM 2007).

1.2 Breve revisão conceitual sobre a temática

1.2.1 Atenção Primária à Saúde

A área da saúde tem passado historicamente por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias, decorrentes de mutáveis relações entre sociedade e Estado e de muitos movimentos ideológicos inspiradores de reformas no setor de Saúde (Paim & Almeida Filho, 1998). Recorrendo aos principais períodos e processos históricos, far-se-á agora uma breve contextualização da Atenção Primária de Saúde e da Medicina de Família e Comunidade.

As bases doutrinárias sobre dos discursos sociais sobre a saúde emergem na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos. Por um lado, a higiene enquanto conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, em um discurso moralista, classista e pragmático. Por outro lado, as propostas de uma política médica estabelecem a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador de sua aplicação social, desta forma remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política (Paim, 1998).

A formação de um proletariado, submetido a intensos níveis de exploração, se expressa como luta política sob a forma de diferentes socialismos, chamados utópicos, porque eram, talvez, precoces. Com a organização das classes trabalhadoras e conseqüente aumento de sua participação política, principalmente nos países que atingiram maior desenvolvimento das práticas produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, rapidamente incorporaram-se temas relacionados à saúde na pauta dos movimentos sociais do período. Entre 1830 e 1880, surgem, nesses países, propostas de compreensão da crise sanitária como um processo político e social, desencadeado por mudanças históricas nas formas de produção, que em seu conjunto receberam a denominação de Medicina Social, que foi uma das precursoras da promoção da saúde (Almeida Filho, 2003)

Em paralelo, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, estrutura-se uma resposta a esta problemática, estreitamente integrada à ação do Estado no âmbito da saúde, constituindo um movimento conhecido como Sanitaríssimo. A proposta dessa corrente foi a

expansão das atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população (Almeida Filho, 2003). Usualmente, essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, concentrando sua atenção no controle de certos agravos ou determinados grupos supostamente em risco de adoecer e morrer. Deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária e do processo saúde-doença. Consequentemente configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade e não estimula a descentralização na organização dos serviços (Paim, 2003).

No final do século XIX e início do século XX a “medicina científica” consolida sua duradoura e atual hegemonia como substrato conceitual de saúde. Este processo teve seu clímax, não seu desencadeamento, no famoso *Medical Education in the United States and Canadá*, escrito por Abraham Flexner no início do século XX. Com sua ênfase no conhecimento experimental de base subindividual, provenientes da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, o modelo conceitual flexneriano reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo. É nesse contexto que surgem as primeiras Escolas de Saúde Pública, contando com pesados investimentos de organismos como a Fundação Rockefeller, inicialmente nos Estados Unidos e posteriormente em vários países, inclusive na América Latina.

A crise econômica mundial de 1929 precipitou uma crise da medicina científica na década seguinte. O avanço tecnológico e a tendência a especialização da prática médica provocaram uma redução de seu alcance social (Almeida Filho, 2003). Redução esta que progrediu como efeito dominó até o final do século XX e início do século XXI.

Em 1920, o relatório Dawson, influenciado pela modelo russo – Semachko – lançou a proposta dos alicerces dos sistemas regionalizados de serviços de saúde orientados por uma base populacional. No pós-guerra, o relatório Beveridge, lançou as bases do Estado de bem estar social no Reino Unido. Este relatório, com influência do anterior, deu origem ao Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido (Mendes, 2002).

Nos Estados Unidos, em 1952, resultante de uma reunião de representantes das principais escolas médicas deste país e do Canadá, iniciou-se uma reforma curricular nos cursos Médicos, com adesão posterior de várias instituições internacionais, para a nova doutrina: Medicina Preventiva (Almeida Filho, 2003). Este movimento surgiria como uma

proposta liberal para agregar valores de ordem preventiva, epidemiológica e social no corpo médico, sem propor mudança da prática liberal da assistência médica neste país. O movimento de medicina comunitária seria uma alternativa para cobrir os bolsões de miséria, de uma população desassistida, neste mesmo país (Uribe Rivera, 1992).

Em 1974, no Canadá, o Relatório Lalonde definiu as bases de um movimento pela promoção da saúde, trazendo como consigna básica adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos (Paim & Almeida Filho, 1998; Andrade, Barreto & Bezerra, 2005).

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. Segundo a Declaração Oficial desta Conferência, a Atenção Primária de Saúde conforma a assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde (Paim & Almeida Filho, 1998; Andrade, Barreto & Bezerra, 2005). Essa conferência concluiu que seria possível alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000”, com os conhecimentos e recursos então disponíveis e mediante a universalização de um elenco de cuidados primários em todos os países.

Ressalta-se que muitos países já vinham enfrentando dificuldades no setor, decorrentes da crescente elevação dos gastos em saúde, levando à necessidade de reformas setoriais em muitos deles, configurando um cenário de “movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde”. Países como Canadá e Espanha que tiveram esse conjunto de fatores agravando a crise setorial, têm encontrado, entre as estratégias para superá-la, a adoção da Atenção Primária à Saúde como marco referencial a partir do qual tem se dado a reestruturação do setor e organização dos serviços (Gil, 2006).

Em vários estudos se observou que a orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da Atenção Primária estava associada a melhores indicadores de saúde da população (Starfield, 1998; Macinko, 2003; Macinko, 2006; Moore, 2003). Em 2005 em documento da OPAS, reiterou-se a afirmação de que *basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas* (Brasil, 2004).

De acordo com Starfield (2002), as principais características da Atenção Primária à Saúde, são:

1. Constituir a porta de entrada do serviço ou **primeiro contato**: espera-se da APS, que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Neste princípio é importante diferenciarmos “acessibilidade” e “acesso”. A acessibilidade refere-se às possibilidades e capacidades de que as pessoas cheguem aos serviços, sendo um aspecto de estrutura, mas necessário para que ocorra o primeiro contato; o “acesso” é a forma como a pessoa experimenta esta característica. A acessibilidade não se restringe ao primeiro nível do sistema, este princípio deve estar presente em todos os níveis.

2. **Continuidade do cuidado**: as pessoas atendidas devem manter seu vínculo com o serviço ao longo do tempo; essa característica também é chamada de *longitudinalidade*.

3. **Integralidade**: o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável.

4. **Coordenação do cuidado** — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes, e que portanto têm pouco diálogo entre si (Starfield, 2002).

A Carta de Ottawa, documento oficial que institucionalizou o modelo canadense definindo os principais elementos discursivos do movimento de promoção da saúde: integração da saúde como parte de políticas públicas “saudáveis”; atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; necessidade de reorientação dos sistemas de saúde e a ênfase na mudança dos estilos de vida (Andrade, Bezerra & Barreto, 2006).

Em 1986 a OMS lança o Projeto Cidades Saudáveis incorporado posteriormente pelo modelo Assistência da Vigilância à Saúde com elemento para promoção da saúde (Paim & Almeida Filho, 1998).

No Brasil, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980,

e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde foram identificados problemas do sistema de saúde e propostos às diretrizes da Reforma Sanitária: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; criação de um Sistema Único de Saúde (SUS); participação popular e controle social; constituição e ampliação do orçamento social. Nessa conjuntura, a Reforma Sanitária Brasileira foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo um processo de transformação da situação sanitária (Nunes, 2005; Paim, 2003; Andrade, Bezerra & Barreto, 2005).

O Ministério da Saúde vislumbrando o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde baseou-se nas experiências de alguns países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba. Esses países organizaram seus sistemas de saúde priorizando a atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para Atenção Primária à Saúde (Oliveira, 2008).

1.2.2 Medicina de Família e Comunidade

A Medicina de Família, como uma especialidade médica, inicia-se na década de 1960 nos Estados Unidos, a partir do esforço corporativo para a formação de generalistas como contraponto a uma super-especialização denotada na época⁵. Também nos EUA, ocorria de forma concomitante o movimento ideológico da Medicina Comunitária. Discussões sobre direitos humanos, a guerra do Vietnã, a pobreza humana e o racismo fomentaram intensa mobilização popular e intelectual. No campo da saúde, com o objetivo maior de reduzir tensões sociais, surge a Medicina Comunitária, baseada na implantação de centros comunitários de saúde. Estes, em geral, administrados por organizações não lucrativas, porém, subsidiados pelo governo federal (Paim & Almeida Filho, 1998). Não obstante, mais uma vez, organismos internacionais do campo da saúde incorporam o movimento ideológico da Medicina Comunitária. Com o endosso da OMS, os princípios desses programas comunitários passam a enfatizar mais a dimensão da assistência simplificada, visando à extensão de cobertura de serviços para populações até então excluídas do cuidado à saúde, principalmente em áreas rurais (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998).

⁵ Embora desde o fim da Segunda Guerra Mundial, já se havia implantado na Inglaterra uma estratégia institucional para a reorganização do Sistema Nacional de Saúde com ênfase no trabalho de médicos generalistas.

No Brasil, a Medicina de Família e Comunidade apresenta características da Medicina Familiar e da Medicina Comunitária, adotando os princípios da Atenção Primária à Saúde, atuando como atores da estratégia programática da Saúde da Família para a organização dos sistemas e redes de serviços de Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde.

1.2.3 Avaliação em Saúde

Avaliação é uma atividade inerente ao aprendizado e está presente há vários anos na história da humanidade, sendo considerada hoje uma necessidade e não apenas uma recomendação (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001; Hartz, 1999).

Existem várias definições para avaliação, mas adotaremos aqui aquela que conceitua de forma mais abrangente e que tem ampla aceitação pelos pesquisadores:

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)” (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001).

Este conceito de avaliação é criticado pela limitação do escopo da avaliação à dimensão instrumental da ação e para ampliá-lo alguns autores propõem a substituição do significado “intervenção” pelo significado de práticas sociais (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Os objetivos de uma avaliação podem ter conotação estratégica, formativa e somativa, ou seja, podem servir tanto para ajudar no planejamento de uma intervenção, fornecendo informações para adequação, quanto determinar se a intervenção deverá ser mantida, modificada ou interrompida (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001).

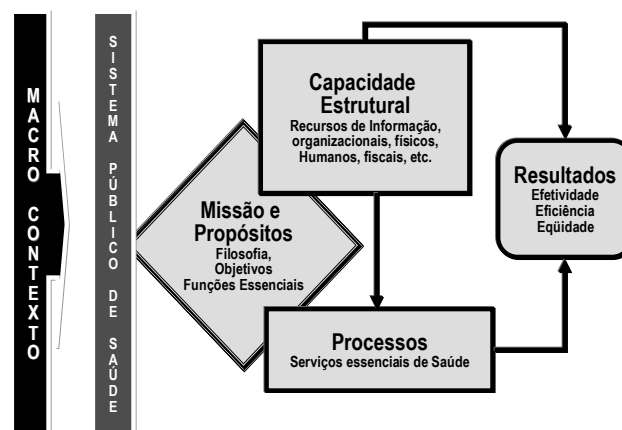
Para Patton a avaliação de programas possui três objetivos primários: fazer julgamentos, facilitar seu desenvolvimento e contribuir com o conhecimento (PATTON, 1997; VIEIRA DA SILVA, 2005).

A modalidade de avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção comparando-se uma situação real com uma situação ideal, entendida como norma (CONTANDRIOPOULOS et al., 2001).

O principal exemplo de avaliação normativa em saúde é o escopo metodológico proposto por Donabedian (2003), que define três componentes avaliativos para os serviços e práticas de assistência médica: estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 2003). O componente da estrutura consiste em saber em que medida os recursos são empregados, podendo ser estes materiais, humanos, ou organizacionais. A avaliação de processo consiste em saber em que medida os serviços são adequados, em suas três dimensões: técnica, organizacional e das relações interpessoais, vislumbrando a qualidade dos serviços, a acessibilidade e cobertura destes, e a interação entre profissionais e usuários. A avaliação dos resultados consiste em saber se os resultados observados correspondem aos esperados. Estariam correlacionados com o produto das ações, quanto com a modificação do estado de saúde de indivíduos e da população (VIEIRA DA SILVA, 2005). Sendo na maioria das vezes insuficiente e necessitando de empregar pesquisas avaliativas como complemento.

Tendo como base os conceitos logísticos propostos por Donabedian para a avaliação de serviços de saúde, Handler et al., (2001) propuseram uma ampliação do modelo para a avaliação de sistemas públicos de saúde (Figura 3). De acordo com esses autores, estes componentes seriam influenciados por seu macro-contexto e teriam interações mútuas.

Figura 3. Escopo conceitual para a avaliação de desempenho de sistemas públicos de Saúde*



* A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System [Research] Handler, Arden Dr PH; Issel, Michele PhD; Turnock, Bernard MD, MPH. School of Public Health, University. of Illinois, Chicago.

Já a pesquisa avaliativa consiste em procedimentos para realizar-se julgamentos ex-post de uma intervenção, usando métodos científicos (CONTANDRIOPOULOS, 1997), e tem como objetivo ajudar a tomada de decisões. A pesquisa avaliativa pode se subdividir em seis tipos de análises:

1. Análise estratégica: faz um julgamento sobre a pertinência de uma intervenção. A análise de intervenção estuda a relação entre os objetivos da intervenção e os recursos empregados e serviços produzidos;

2. Análise de produtividade: estuda como os recursos são empregados para produzir os serviços, ou produzir mais serviços com os mesmos recursos, ou produzir mesmos serviços com menos recursos;

3. Análise de efeitos: consiste em avaliar a influência dos serviços para modificar os estados de saúde; podendo ser considerados eficácia, efetividade ou impacto desta intervenção;

4. Análise de rendimento ou eficiência: consiste em avaliar os recursos empregados e efeitos obtidos.

5. Análise de implantação⁶: mede a influência de uma intervenção nos seus efeitos, podendo ser subdividida em dois tipos de análise: a medida da influência do grau de implantação em diferentes contextos, e a avaliação dos efeitos de interdependência (sinergismo ou antagonismo existente entre o contexto e a intervenção).

Apesar de ampla revisão bibliográfica (listada a seguir), foram encontrados poucos estudos empíricos com a utilização de escopos de avaliação normativa ou pesquisa avaliativa para analisar a implantação de Programas de Residência Medicina de Família e Comunidade. Esta lacuna no conhecimento reforça a relevância deste trabalho. É bem diversificada a literatura acerca das residências de MFC, ou Medicina Familiar como encontrada na literatura internacional. Direcionando, entretanto, a busca para estudos sobre avaliação da implantação de cursos de residência, o cenário se modifica.

A seguir está descrita a sistematização dos estudos encontrados e considerados de alguma relevância para o contexto desta pesquisa (Quadro 4).

⁶ O método mais indicado para esta intervenção é o Estudo de Caso (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Quadro 4. Revisão bibliográfica dos principais estudos empíricos de avaliação de Programas de Residência de Medicina de Família.

Autor(es)	Estudo	Métodos	Principais conclusões
Fuertes & Casado, 2004	Descrição do novo programa de formação da Residência Familiar e Comunitária com 4 anos de duração na Espanha.	Análise descritiva	Este autores defendem que é insuficiente a formação e MFC, para aquisição de competências em menos de 4 anos
Liamas e Hernandez, 1997	Avaliação normativa dos PRMF na Espanha com destaque para a relação tutor – residente.	Avaliação normativa	
Bratton RL, David AK, 1990	Accelerated Residency Program (ARP) de MFC da Universidade de Kentucky	Análise descritiva	Comparação do programa acelerado com o programa tradicional, referindo as principais vantagens e desvantagens.
Delzell JE Jr, MacCall J, 2002	Accelerated Residency Program (ARP) de MFC da Universidade do Tennessee de 1992 a 2002	Análise descritiva	Comparação da performance dos Residentes do programa acelerado, sendo avaliadas tão bem ou melhores que os Residentes dos programas tradicionais.
Ram, 1999; Muller, 2003; Holmboe, 2003; Durning, 2003; Rogers, 2002 e Cohen, 2002	Diversos estudos		Avaliação do desempenho de Residentes e/ou alunos, as quais abordam vários tipos de técnicas avaliativas
Oliveira, 2007	Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma comparação entre os diferentes serviços.	Estudo transversal de base populacional	Foram observados diferenças significativas entre os escores da APS para os diferentes serviços, com destaque para os serviços onde existe a residência de Medicina de Família e Comunidade.
Castro, 2007	Residência de Medicina de Família e Comunidade: Avaliação da Formação	Estudo de caso	Os Residentes do PRMFC/F têm uma boa avaliação das atividades teóricas sendo contextualizadas (90%) e com enfoque para atividades clínicas, porém deficientes na abordagem familiar (55%). Quanto a relação às interações pedagógicas destaca-se o interação Preceptor/residente (75%), segurança no desempenho clínico (90%), vínculo com a comunidade (75%) e trabalho em equipe (50%). Na autoavaliação 75% dos Residentes consideraram que o curso proporciona as condições para que eles adquiram os conhecimentos necessários à prática da Medicina de Família.
Bessa & Pena forte, 2002	Médico de Família: Formação, certificação e Educação Continuada.	Estudo Descritivo	Representantes de quatro países (Reino Unido, Canadá, Holanda e Espanha) relataram as experiências dos programas de Residência de Medicina Familiar em seus países.

1.3 Justificativas para o Estudo

O estudo em questão procura trazer a reflexão para os profissionais, instituições formadoras e gestores sobre a necessidade de formação de profissionais para atuarem na Atenção Primária de Saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família. Fazendo este tensionamento, procuro trazer à tona a discussão desta formação ser em grande escala, para adequar a esta necessidade.

Após pesquisas em estudos empíricos internacionais e nacionais constatou-se uma lacuna no conhecimento sobre o tema proposto.

1.4 Objetivos do Estudo

1.4.1 Objetivo Geral

Avaliar o processo de implantação de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em município de grande porte populacional.

1.4.2 Objetivos Específicos

- 1) Descrever e analisar o contexto histórico recente e os propósitos normativos de implantação do PRMFC/F em questão;
- 2) Caracterizar as modificações na capacidade estrutural e os recursos utilizados para a implantação do PRMFC/F;
- 3) Descrever e analisar os principais aspectos e características de reorganização dos processos de trabalho e de ensino-aprendizagem em unidades de saúde onde o PRMF foi implantado;
- 4) Definir e analisar alguns indicadores de resultados imediatos decorrentes do processo de implantação do referido PRMFC/F.
- 5) Formular hipóteses plausíveis para futuros estudos desta natureza.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo e estratégia de estudo

Estudo de caso, de caráter exploratório, com níveis analíticos imbricados (YIN, 1994) e combinação de Avaliação Normativa (HANDLER et al., 2001; CONTANDRIOUPOULOS et al., 1997) e Pesquisa Avaliativa (CONTANDRIOUPOULOS, 1997) sobre componentes e aspectos da implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC/F) em Unidades de Saúde da Família de Fortaleza/CE.

2.2 Caracterização do caso, da população e da amostragem do estudo

O caso enfocado é de um programa institucional de pós-graduação *lato sensu* o Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade (PRMFC/F). A implantação do PRMFC/F ocorreu no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS-F), com implicações e decorrências em diversos níveis de abrangência institucional para atividades intermediárias de gestão, como as seis Regionais Administrativas da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF); e para atividades finalísticas de prestação de serviços, em 26 unidades municipais do Programa de Saúde da Família (descritas posteriormente).

Algumas das características contextuais deste caso já foram descritas na parte introdutória no primeiro capítulo (breve histórico, conjuntura política institucional etc.). Outras características, mais processuais, estão descritas no terceiro capítulo.

Todas as Unidades de Saúde da Família onde o PRMFC/F estava implantado foram incluídas no estudo, assim como, os seus respectivos alunos:

1. Médicos Residentes e
2. “Especializandos”⁷.

⁷ A classificação de “Especializando” refere-se ao Médico com graduação no exterior, ainda sem o diploma revalidado no Brasil, cursando a Pós-graduação, na modalidade Especialização em Medicina de Família e Comunidade, mas com mesma carga horária, estrutura, Preceptoria e atividades dos Médicos Residentes que cursam o PRMFC/F.

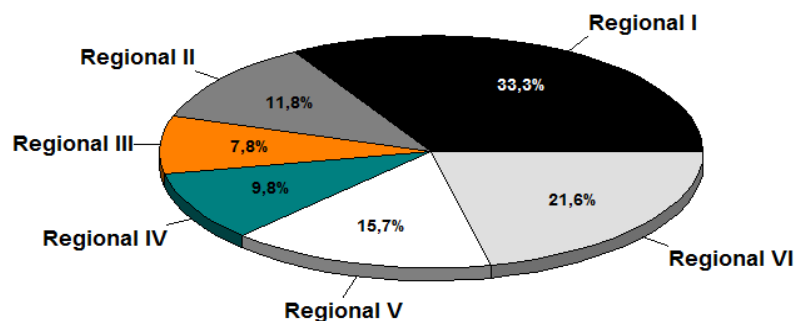
No Quadro 5 estão descritos o número e a proporção de Residentes e “Especializando” que participaram deste estudo, na condição de respondentes de um instrumento de levantamento de informações. No Gráfico 6 está descrita a proporção percentual destes participantes por Regionais Administrativas (SER’s).

Quadro 5. Distribuição dos Residentes e “Especializando do PRMFC/F que participaram do estudo, de acordo com a classificação e ano de ingresso. Ano de 2008.

Condição no PRMFC/F	N	%	Cumulativo
Residente do 1º ano	6	11.76	11.76
Residente do 2º ano	25	49.02	60.78
“Especializando” do 1º ano	13	25.49	86.27
“Especializando” do 2º ano	7	13.73	100.00
Total	51	100.00	100.00

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 6. Proporção percentual alunos no PRMFC/F que participaram do estudo, de acordo com a classificação. Ano de 2008.



A ideia projetada inicialmente para este estudo era incluir também outros profissionais Médicos que atuavam nas Unidades de Saúde da Família, com e sem o PRMFC/F implantado, visando estabelecer comparações em um determinado nível de análise. Entretanto, o número de respondentes desta categoria não propiciou uma amostra adequada, do ponto de vista de significância estatística.

2.3 Materiais e Métodos

2.3.1 Coleta e processamento de dados e informações

- Período considerado: 1998 a 2008.
- Fontes primárias de informações: formulários eletrônicos padronizados (FormSus), com quesitos elaborados previamente e encaminhados por e-mail. No total foram aplicados 52 formulários para os Médicos Residentes e “Especializando” do PRMFC/F e respondidos 51 deles (98%).
- Fontes secundárias de dados e informações: documentos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde⁸ (Coordenação da Atenção Básica à Saúde e Coordenação do PRMFC/F); Sistemas de Informação de Saúde da SMS-Fortaleza (melhor descritos no capítulo 3).
- Fontes terciárias de dados e informações: portais da SMS-Fortaleza e DATASUS na *Internet*.
- Processamento de dados e informações: as informações oriundas dos formulários eletrônicos foram analisadas estatisticamente a partir do programa STATA ver 10 e tabuladas em programa específico (Tabwin). Os dados documentais provenientes de fontes secundárias foram processados manualmente. Os dados provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde também foram processados a partir dos programas Stata (análise estatística) e Tabwin (tabulações simples e associadas).

⁸ Para análise documental, foram revisados os seguintes documentos do PRMFC/F: Projeto técnico-pedagógico, Estatuto e Regimento Interno, Programação de atividades, relatórios de reuniões do Colegiado de Coordenadores, atas das reuniões da COREME, relatório dos fóruns de avaliação, diários de atividades dos Residentes e Preceptores.

2.3.2 Análise de dados e informações

O escopo de análise adotado deriva da formulação de Handler et al. (2001), descrito na página 43, a partir de indicadores e descritores de capacidade estrutural e recursos, processos e resultados referentes à implantação do PRMFC/F nos âmbitos de abrangência da Atenção Básica à Saúde (ABS) e Programa Saúde da Família (PSF) de Fortaleza.

Para seleção dos indicadores e descritores utilizados no estudo, foram adotados os seguintes critérios:

- simplicidade,
- disponibilidade,
- acessibilidade,
- alta sensibilidade para impactos de curto prazo (período de implantação do PRMFC),
- média especificidade a partir da capacidade de discriminação para os níveis de análise adotados,
- alta confiabilidade,
- boa consistência,
- relevância correlata à Atenção Básica à Saúde e Programa Saúde da Família.

Em princípio foi definida uma planilha de indicadores e descritores considerados adequados e compatíveis para o estudo (apresentada no projeto de Qualificação). Infelizmente não foi possível calcular e analisar a maior parte destes indicadores e descritores preestabelecidos, principalmente em razão da pouca disponibilidade, difícil acessibilidade, baixa especificidade e pouca consistência em alguns casos.

Para os dados quantitativos, o método de análise utilizado baseou-se em tabulações de frequência simples e com associação de variáveis.

Para as informações relatadas no formulário, o método de análise utilizado baseou-se em critérios de recorrência e relevância de conteúdos temáticos correlatos a dois

dos componentes analisados (capacidade estrutural e processo). Para as informações de natureza mais quantitativas referidas no formulário, também foi utilizado o método de tabulação de frequências simples e associadas.

2.3.3 Cronograma de realização do estudo

MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Revisão bibliográfica	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
Preparação do projeto de estudo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●													
Qualificação do projeto												●													
Aprovação do Comitê de Ética da Pesquisa														●											
Preparação do trabalho de campo															●	●									
Levantamento e coleta de dados e informações																●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Processamento das informações do formulário																●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Análise dos dados e informações																	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Preparação da dissertação																					●	●	●	●	●
Divulgação dos resultados																									●

2.3.4 Questões de natureza ética

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e seguirá as regras estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2003) e pela Declaração de Helsinque, que estabelecem normas para os procedimentos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes do estudo foram previamente informados dos objetivos deste estudo, ocasião em que lhes foi assegurado o anonimato e a possibilidade de desistência. Todos assinaram um termo de livre consentimento antes de participar de quaisquer momentos do estudo.

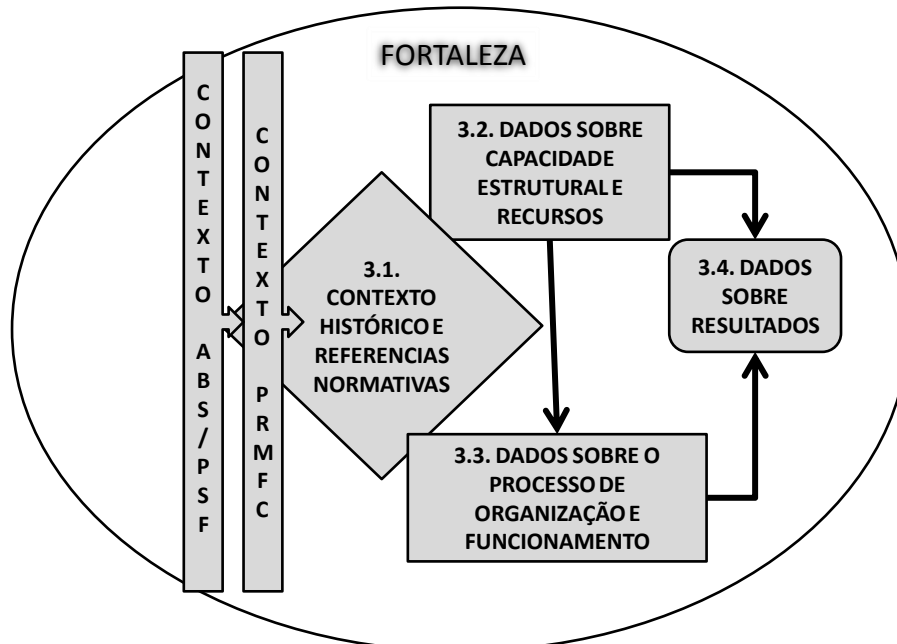
Os resultados deverão ser divulgados para o corpo docente do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, colegas do curso, participantes do estudo e dirigentes da gestão municipal. Posteriormente também deverão ser publicados em periódico científico a ser definido.

3 DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

Guardando correspondência com o esquema de análise proposto por Handler et al. (2001) (apresentado na página 43), neste capítulo os dados estão apresentados (Figura 4) a partir de dois contextos de abrangência em Fortaleza/CE (1. Atenção Básica à Saúde e Programa Saúde da Família – ABS/PFS; 2. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade – PRMFC/F) e uma sequência de dimensões de análise:

1. 3.1 capacidade estrutural e recursos,
2. 3.2 processos de organização e funcionamento,
3. 3.3 resultados (*outputs, outcomes*).

Figura 4. Esquema de apresentação dos dados desta investigação.



3.1 Capacidade estrutural e recursos da Atenção Básica à Saúde, Programa Saúde da Família e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

Conforme já estabelecido, os resultados descritos abaixo estão ordenados a partir dos contextos de abrangência e da sequência de fontes de dados e informações disponíveis e utilizadas.

3.1.1 Dados sobre a capacidade de financiamento e estruturação no contexto de abrangência da Atenção Básica à Saúde e Programa Saúde da Família de Fortaleza/CE

As fontes utilizadas para este levantamento e análise descritiva foram respectivamente:

1. o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) no período de 2002 a 2007 (gráficos 7 a 13),
2. o fundo Nacional de Saúde no período de 2002 a 2006 (gráfico 7),
3. o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no período de 2006 a 2008.

O gráfico 7 descreve dados sobre o percentual de transferências financeiras federais para Sistema Único de Saúde de Fortaleza/CE sobre os recursos totais de dotação orçamentária para o setor Saúde e apresenta um aumento das transferências federais, com um incremento de quase 15% durante o período analisado, mas com tendência de crescimento a partir de 2005.

O gráfico 8 descreve dados sobre a despesa governamental total de Saúde por habitante (em R\$) em Fortaleza/CE e apresenta uma tendência de incremento no gasto por habitante, observando-se que este valor duplicou entre 2002 a 2007.

O gráfico 9 descreve dados sobre a relação de despesas financeiras com investimentos sobre as despesas totais no Sistema único de Saúde de Fortaleza/CE, observa-se uma tendência de crescimento na dotação inicial, sobretudo a partir de 2005, no entanto manteve um tendência estável no investimento realizado.

O gráfico 10 descreve dados sobre o percentual de recursos financeiros próprios do município de Fortaleza/CE aplicados no setor de Saúde, observa-se uma tendência de crescimento tanto para a dotação inicial, quanto para o valor gasto, com acentuação das curvas a partir de 2005. Constata-se neste gráfico que o percentual de recursos financeiros próprios gastos do município passou de 17,95 % para 22,26 % de 2002 a 2007.

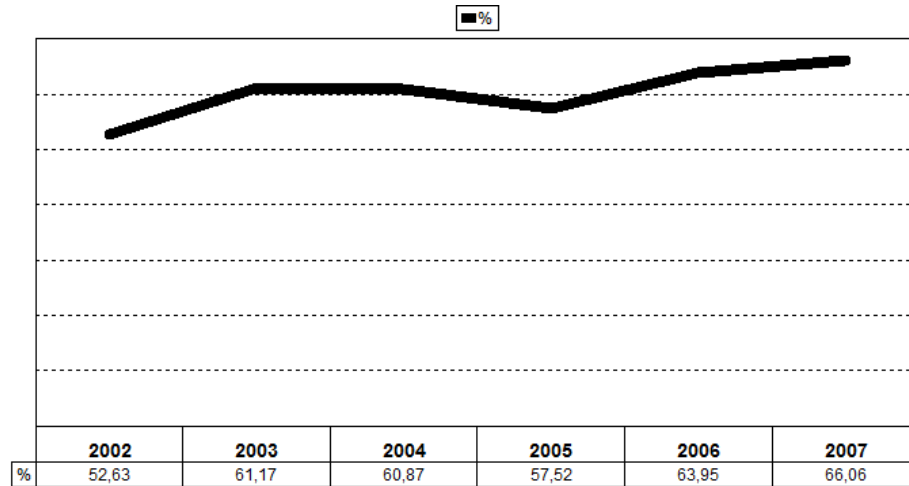
O gráfico 11 descreve dados sobre as despesas financeiras per capita com recursos próprios do município de Fortaleza/CE aplicados no setor de Saúde e apresenta uma tendência de crescimento tanto para dotação inicial quanto para o valor gasto, com maior inclinação das curvas a partir de 2005. O valor gasto per capita com os recursos próprios de Fortaleza dobrou entre 2002 e 2007.

O gráfico 12 descreve dados sobre as despesas orçamentárias com o pagamento de pessoal no setor Saúde do município de Fortaleza/CE e apresenta uma tendência de crescimento para a dotação inicial e o valor gasto, sendo que este gasto quase triplicou entre 2002 e 2007.

O gráfico 13 descreve dados sobre os percentuais de transferências federais para o financiamento de blocos da Assistência à Saúde do município de Fortaleza/CE e apresenta uma tendência de aumento das transferências para a Atenção Básica à Saúde e uma redução para média e alta complexidade e ações estratégicas a partir de 2006.

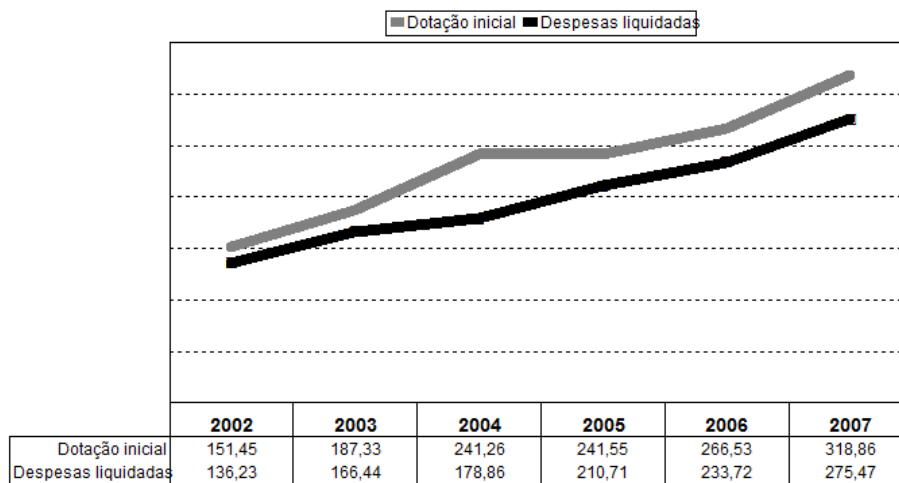
A partir destes gráficos observou-se que a partir de 2005, houve um aumento nos investimentos federais e municipais, para o setor saúde, sobretudo para a Atenção Básica à Saúde, com um aumento de gastos com pagamento de pessoal e poucos gastos com investimento.

Gráfico 7. Percentual de transferências financeiras federais para Sistema Único de Saúde de Fortaleza/CE sobre os recursos totais de dotação orçamentária para o setor Saúde. Período de 2002 a 2007.



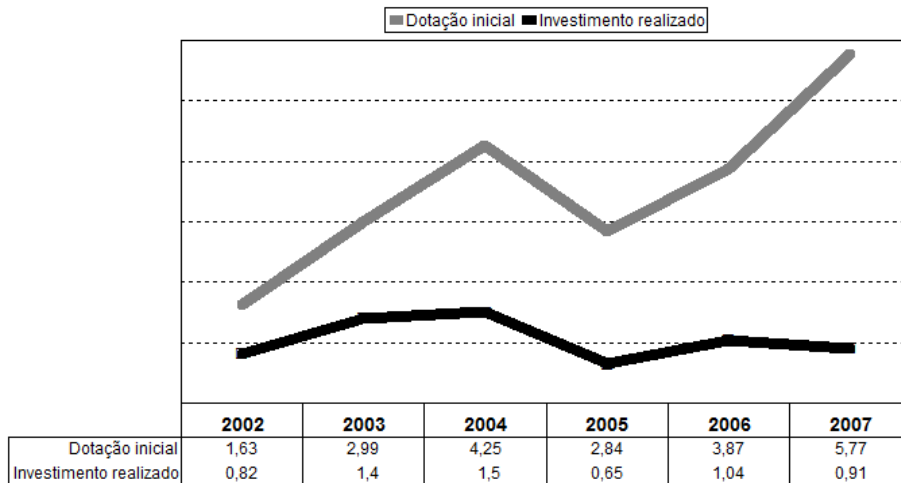
Fonte: SIOPS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Gráfico 8. Despesa governamental total de Saúde por habitante (em R\$) em Fortaleza/CE. Período de 2002 a 2007.



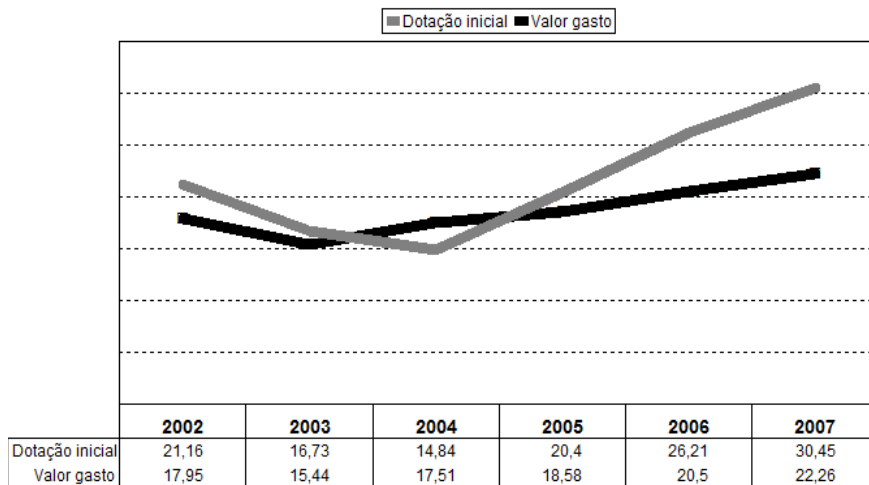
Fonte: SIOPS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Gráfico 9. Relação de despesas financeiras com investimentos sobre as despesas totais no Sistema Único de Saúde de Fortaleza/CE. Período de 2002 a 2007.



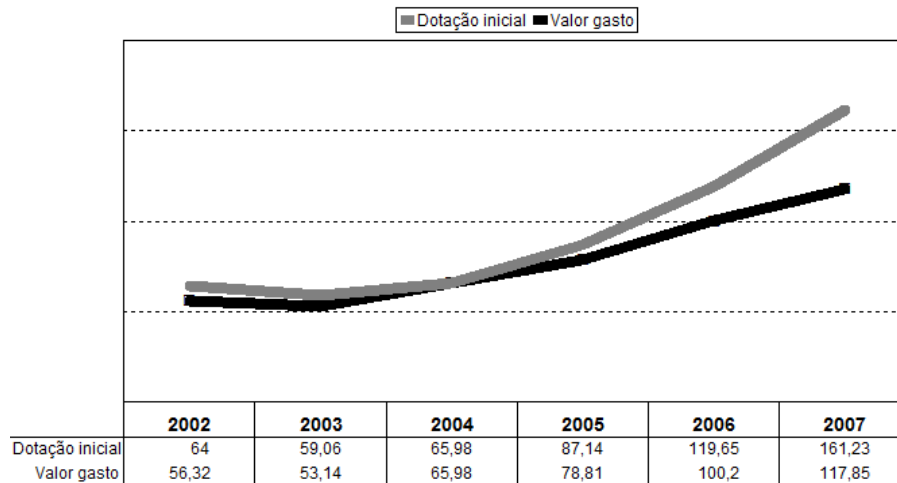
Fonte: SIOPS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Gráfico 10. Percentual de recursos financeiros próprios do município de Fortaleza/CE aplicados no Setor de Saúde. Período de 2002 a 2007.



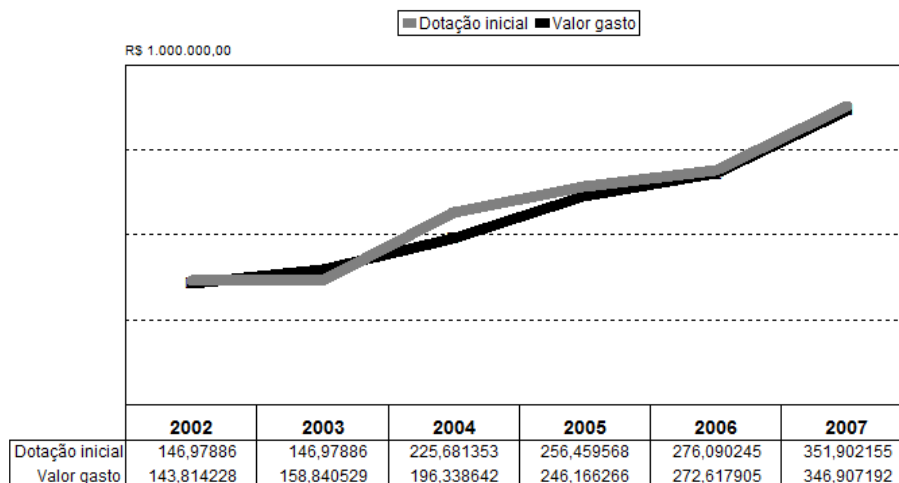
Fonte: SIOPS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Gráfico 11. Despesas financeiras per capita com recursos próprios do município de Fortaleza/CE aplicados no setor de Saúde. Período de 2002 a 2007.



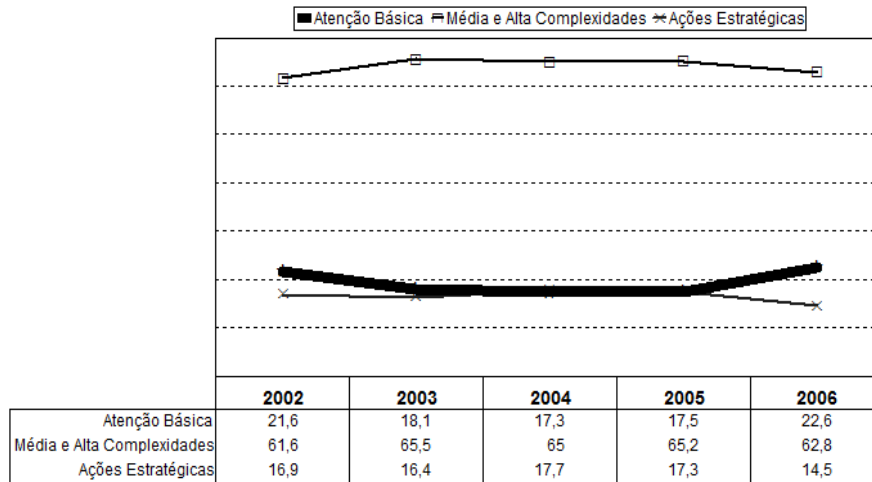
Fonte: SIOPS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Gráfico 12. Despesas orçamentárias com o pagamento de pessoal no Setor Saúde do município de Fortaleza/CE. Período de 2002 a 2007.



Fonte: SIOPS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

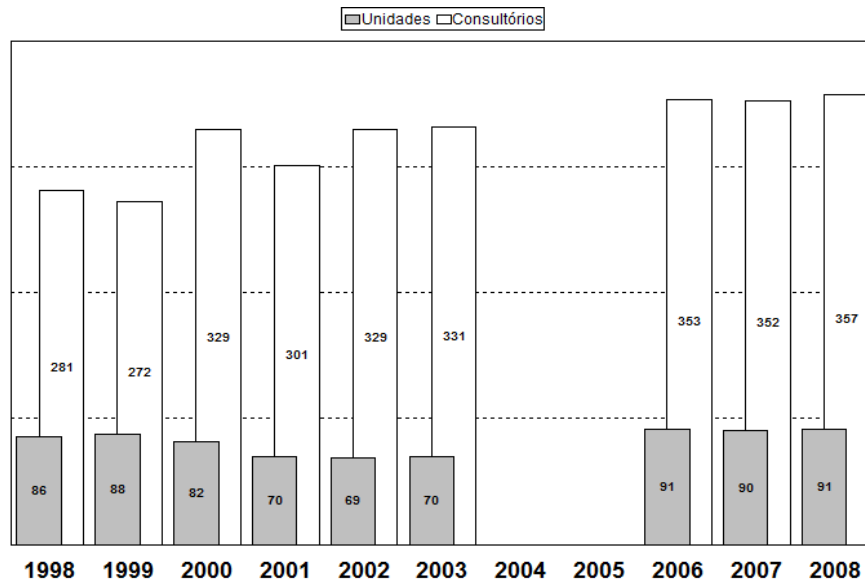
Gráfico 13. Percentuais de transferências federais para o financiamento de blocos da Assistência à Saúde do município de Fortaleza/CE. Período de 2002 a 2006.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde/DATASUS

Sobre a capacidade estrutural, em termos de unidades e ambulatórios de Atenção Básica à Saúde sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde, observa-se um discreto incremento a partir do ano de 2006 (Gráfico 14), embora não existam dados disponíveis para os anos de 2004 e 2005.

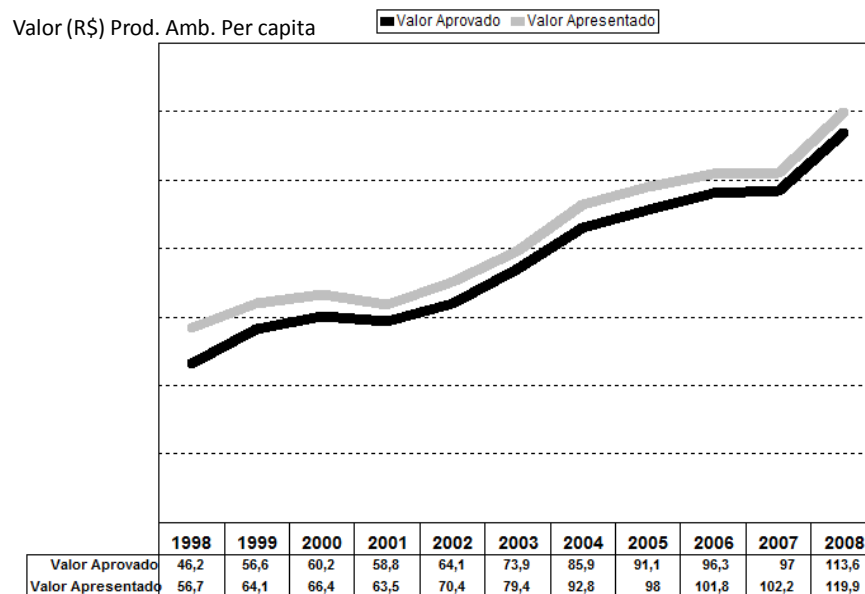
Gráfico 14. Número de unidades e ambulatórios de Atenção Básica à Saúde sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE. Meses de Julho nos períodos de 1998 a 2003 e de 2006 a 2008*.



Fontes: SIA-SUS (1998-2003) e CNES (2006-2008)

* Não existem dados disponíveis para os anos de 2004 e 2005.

Gráfico 15. Transferências federais de recursos financeiros para a produção de procedimentos ambulatoriais por habitante de Fortaleza/CE. Quantidade apresentada e aprovada. Período de 2004 a 2008.



Fonte: SIA/SUS

3.1.2 Dados e informações sobre a capacidade de financiamento e estruturação na abrangência do Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade de Fortaleza/CE

As fontes utilizadas para este levantamento e análise descritiva foram respectivamente:

- documentos da Coordenação de Atenção Básica à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE (CAB/SMS) e da Coordenação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidades (PRMFC/F) no período de 2006 a 2008,
- o levantamento realizado junto aos Médicos Residentes e “Especializando” do PRMFC/F, via formulário eletrônico (FormSUS) no período de 2008 ,

Os investimentos previstos no projeto do PRMFC/F para dois anos de execução foram proveniente de duas fontes. Uma do Ministério da Saúde que totalizou R\$ 2.936.100,40, e outra da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza que totalizou R\$2.008.213,00, resultando um montante de R\$4.944.343,00 (Projeto do PRMFC/F 2007).

O custo para manutenção do PRMFC/F variou conforme o número de Residentes e Preceptores, que durante o transcurso do programa variou bastante. Segundo registros do Fundo Municipal de saúde e do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza os gastos totais de dezembro de 2007 a novembro de 2008 (12 meses) foram de R\$2.501.042,00, sendo do Ministério da Saúde de R\$1.417.389,40 e da Prefeitura Municipal de Saúde R\$1.083.653,50. Pelo montante de um ano de funcionamento podemos estimar um gasto mensal médio de R\$ 208.420,17; sendo R\$118.115,75 do Ministério da Saúde e R\$90.304,42 da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

De acordo com as respostas apresentadas nos formulários (FormSUS) enviados aos Médicos Residentes e “Especializando” do PRMFC/F (N=51), com quesitos sobre a capacidade estrutural das respectivas unidades de saúde, pode-se descrever algumas características referidas.

A maior parte das Unidades de Saúde da Família onde o PRMFC/F está implantado apresentam entre quatro a seis Médicos (incluídos os Residentes e “Especializando” com atuação permanente e regular (Tabela 1), sendo que, em cerca de 30% das unidades existem seis Médicos.

Tabela 1. Número total de Médicos com atuação profissional em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Médicos	N	%	Cumulativo
1	1	1,96	1,96
2	1	1,96	3,92
3	2	3,92	7,84
4	7	13,73	21,57
5	3	5,88	27,45
6	15	29,41	56,86
7	3	5,88	62,75
8	4	7,84	70,59
Mais que 10	3	5,88	76,47
Não responderam	12	23,26	98,04
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Em se tratando especificamente da distribuição de Médicos Residentes e “Especializando” há um predomínio de Unidades de Saúde da Família com a atuação de três desses profissionais (Tabela 2), sendo que, em cerca de 70% das unidades existem três e quatro Residentes e/ou “Especializando”.

Tabela 2. Número de Médicos Residentes e “Especializandos” com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Residentes/“Especializandos”	N	%	Cumulativo
1	2	3,92	3,92
2	12	23,53	27,45
3	21	41,18	68,63
4	15	29,41	98,04
Não responderam	1	1,96	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Quando se trata especificamente da distribuição de Médicos exercendo a função de Preceptoria no PRMF há um predomínio de Unidades de Saúde da Família com a atuação de quatro desses profissionais (Tabela 3).

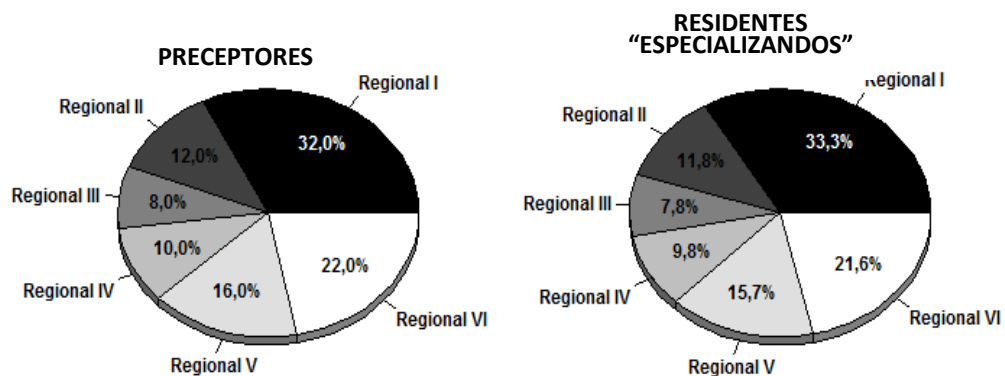
Tabela 3. Número de Médicos Preceptores com atuação em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Médicos Preceptores	N	%	Cumulativo
2	4	8,00	8,00
3	13	26,00	34,00
4	27	54,00	88,00
5	5	10,00	98,00
6	1	2,00	100,00
Total	50	100,00	

Fonte: Pesquisa.

No PRMFC/F, a relação de Preceptores para Residentes/“Especializandos” é de 0,98:1, sendo que, esta relação guarda correspondência na distribuição pelas 6 Regionais Administrativas de Fortaleza/CE (Gráfico 16).

Gráfico 16. Distribuição proporcional de Preceptores e Residentes/“Especializandos” do PRMC por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE



As Tabelas 4 e 5 descrevem a distribuição de Enfermeiros e Odontólogos nas Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. No caso da distribuição de Enfermeiros observa-se que a maior parte das unidades possui mais de três desses profissionais em atividade, sendo que, em pelo menos 25% das unidades existem mais de cinco profissionais. No caso da distribuição de Odontólogos há uma tendência equivalente.

Tabela 4. Número de Enfermeiros com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Enfermeiros	N	%	Cumulativo
1	2	4,00	4,00
2	7	14,00	18,00
3	16	32,00	50,00
4	12	24,00	74,00
5 ou mais	13	26,00	100,00
Total	50	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Tabela 5. Número de Odontólogos com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Odontólogos	N	%	Cumulativo
1	2	4,00	4,00
2	2	4,00	8,00
3	11	22,00	30,00
4	18	36,00	66,00
5	7	14,00	80,00
6	6	12,00	92,00
Mais de 5	2	4,00	96,00
Não soube	2	4,00	100,00
Total	50	100,00	

Fonte: Pesquisa.

No caso dos Agentes Comunitários de Saúde com atuação vinculada ao PRMFC/F, observa-se uma predominância de unidades com mais de cinco desses profissionais (Tabela 6).

Tabela 6. Número de Agentes Comunitários de Saúde com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com PRMF/F implantado.

ACS / Saúde da Família	N	%	Cumulativo
1	3	5.88	5.88
2	4	7.84	13.73
3	5	9.80	23.53
4	9	17.65	41.18
5	11	21.57	62.75
6	7	13.73	76.47
7	1	1.96	78.43
8	1	1.96	80.39
9	1	1.96	82.35
10 ou mais	6	11.76	94.12
Não soube	3	5.88	100.00
Total	51	100.00	

Fonte: Pesquisa.

Na Tabela 7 estão descritas os números médios de profissionais de nível superior e Agentes Comunitários de Saúde com atuação nas Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado.

Tabela 7. Número médio de profissionais de nível superior e de Agentes Comunitários de Saúde com atuação permanente e regular em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Categoria profissional	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Médicos	7,7	2,4	2	12
(Médicos Residentes e/ou “Especializandos”)	3,0	0,9	1	6
(Médicos Preceptores)	3,7	0,8	2	6
Enfermeiros	5,5	1,1	3	7
Odontólogos	4,4	2,0	1	12
ACS	5,6	3,1	1	12

Fonte: Pesquisa.

De acordo com a descrição dos dados acima, observa-se que aproximadamente 30% dos Médicos Residentes e “Especializandos” trabalhavam em Unidades de Saúde da Família com pelo menos seis Médicos no total. Aproximadamente 80% dos Médicos Residentes e “Especializandos” contavam com pelo menos três ou quatro Preceptores.

Considerada a mesma fonte de dados (FormSUS), pode-se descrever algumas características de capacidade estrutural das Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

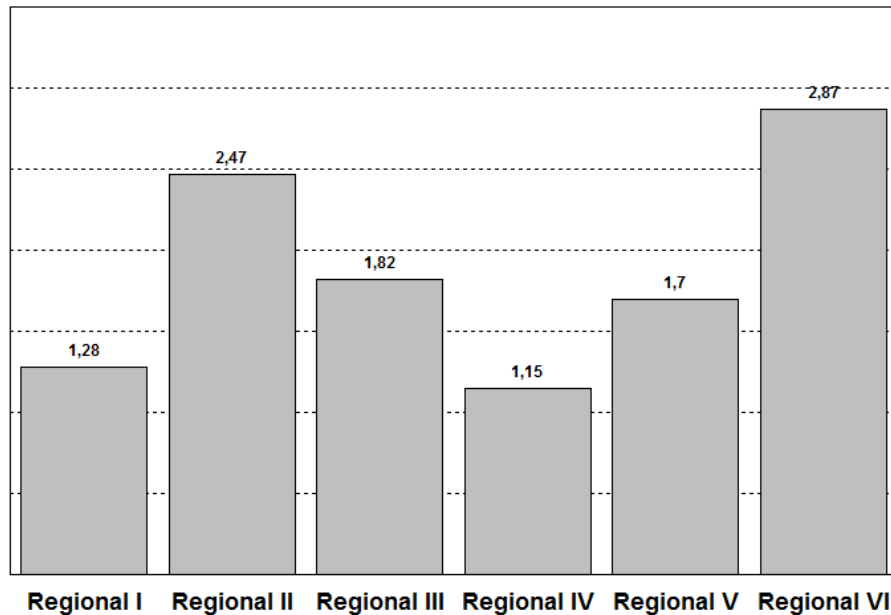
Na Tabela 8 observa-se que em aproximadamente 80% de 39 Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado existem pelo menos quatro consultórios médicos conectados à rede Intranet da SMS/Fortaleza/CE, utilizada para o registro de atendimentos, solicitação de exames de apoio diagnóstico etc. Neste exemplo o número médio é de 5,15 consultórios por unidades (desvio padrão = 2). Se consideradas as Regionais Administrativas de Fortaleza/CE, observa-se uma maior disponibilidade nas Regionais II e VI e uma menor disponibilidade nas Regionais I e IV (Gráfico 17).

Tabela 8. Número de consultórios médicos de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado que possuem com acesso a computador e rede *Intranet* (n=39).

Consultórios com Intranet	N	%	Cumulativo
2	3	7,69	7,69
3	5	12,82	20,51
4	9	23,08	43,59
5	8	20,51	64,10
6	3	7,69	71,79
7	6	15,38	87,18
8	1	2,56	89,74
9	4	10,26	100,00
Total	39	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 17. Distribuição proporcional de consultórios médicos de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F por Residentes/”Especializando” nas Regionais Administrativas de Saúde de Fortaleza/CE.



Fonte: Formulário FormSUS

Na Tabela 9 observa-se que somente em 28% das Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, as equipes dispunham de veículos para a realização de atividades comunitárias por pelo menos cinco turnos semanais. Somente 4% destas unidades possuíam os veículos disponíveis em tempo integral. Neste exemplo o número médio é de 3,7 turnos por unidade (desvio padrão = 2,3).

Tabela 9. Relação do número de turnos semanais com disponibilidade de veículo para atividades comunitárias (visitas domiciliares, reuniões etc.) em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Turnos/semana veículo	N	%	Cumulativo
01	6	12,00	12,00
2	15	30,00	42,00
3	4	8,00	50,00
4	10	20,00	70,00
5	8	16,00	86,00
6	3	6,00	92,00
8	1	2,00	94,0
Todos os turnos	2	4,00	98,00
Não soube responder	1	2,00	100,00
Total	50	100,00	

Fonte: Pesquisa.

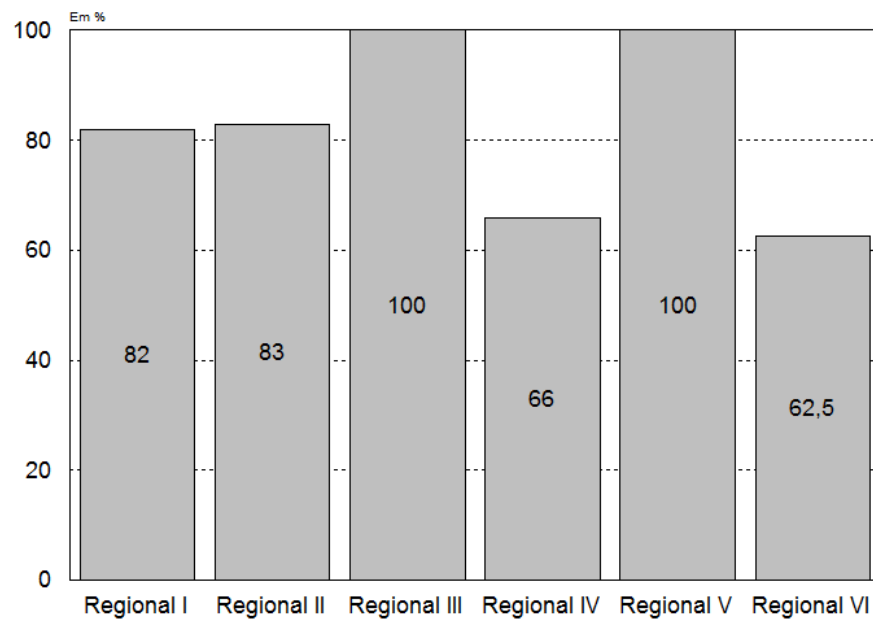
Em se tratando de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado, observa-se que em pelo menos dois terços delas existe acesso a livros didáticos para a consulta no próprio local de trabalho (Tabela 10). As Regionais Administrativas IV e VI são as que possuem menor disponibilidade de acesso a livros didáticos (Gráfico 18).

Tabela 10. Proporção de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado com acesso a livros didáticos para consultas no local.

Acesso a livros	N	%	Cumulativo
Sim	35	68,63	68,63
Não	15	29,41	98,04
Não soube responder	1	1,96	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 18. Distribuição proporcional de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado que possuem livros didáticos para consulta em cada Regional Administrativa de Saúde de Fortaleza/CE.



Fonte: Pesquisa FormSUS

Na Tabela 11 está descrito que mais de 80% das Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado possuem somente um consultório apropriado para a realização de exames ginecológicos. Neste exemplo o número médio é de 2,3 consultórios apropriados por unidade (desvio padrão= 0,78).

Tabela 11. Distribuição de consultórios apropriados para a realização de exames ginecológicos nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Nº consultórios ginecológicos	N	%	Cumulativo
1	39	81,25	81,25
2	4	8,33	89,58
3	3	6,25	95,83
4	2	4,17	100,00
Total	48	100,00	

Fonte: Pesquisa.

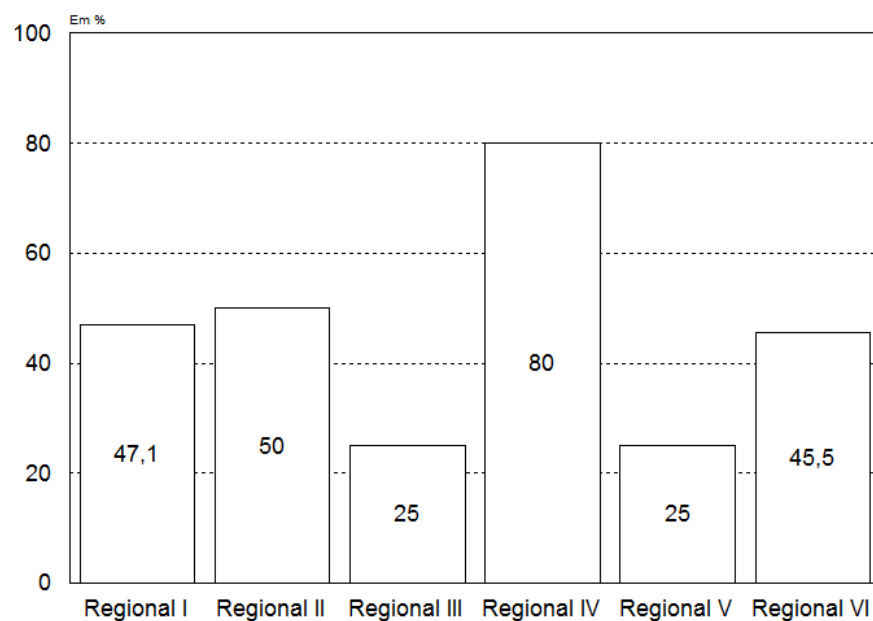
De acordo com a Tabela 12, mesmo consideradas as restrições de capacidade estrutural das unidades com o PRMFC/F implantado, quando perguntados sobre a sua opinião (escala *Likert*) acerca das condições estruturais para o processo e práticas de trabalho e ensino-aprendizado, a maioria dos Residentes e “Especializandos” avaliou como boas (46%) e regulares (36%). Ao discriminar o perfil de opiniões pelas Regionais Administrativas de Fortaleza/CE observa-se um maior grau de satisfação na Regional IV e de insatisfação na Regional III (Gráfico 19 e 20).

Tabela 12. Opinião dos Residentes e “Especializandos” sobre a qualificação e adequação das condições estruturais das Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F, para o processo e práticas de trabalho e ensino-aprendizado.

EscaLa de valor	N	%	Cumulativo
Péssimas	3	6,00	6,00
Ruins	5	10,00	16,00
Regulares	18	36,00	52,00
Boas	23	46,00	98,00
Não responderam	1	2,00	100,00
Total	50	100,00	

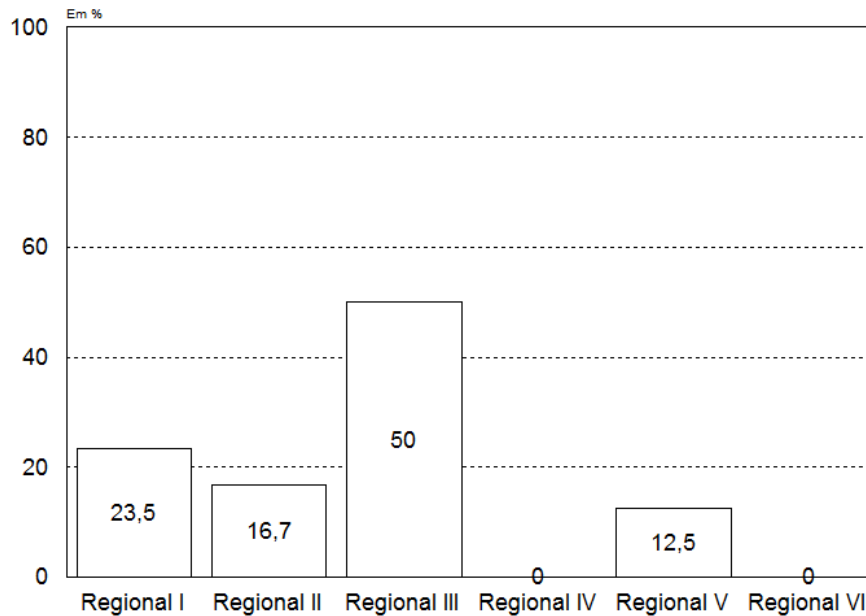
Fonte: Pesquisa.

Gráfico 19. Distribuição proporcional por Regionais Administrativas de opiniões com a graduação “Boas”, sobre a qualificação e adequação das condições estruturais das Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F, por parte dos Residentes e “Especializandos”.



Fonte: Pesquisa FormSUS

Gráfico 20. Distribuição proporcional por Regiões Administrativas de opiniões com a graduação “Péssimas” e “Ruins” (agregadas), sobre a qualificação e adequação das condições estruturais das Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F, por parte dos Residentes e “Especializandos”.



Fonte: Pesquisa FormSUS

Apesar desta avaliação mais favorável (se agregadas as qualificações de “regulares” e “boas”), quando instados a comentar esta questão, alguns dos respondentes relataram uma série de queixas e considerações sobre aspectos específicos da capacidade estrutural das unidades com o PRMFC/F. Em alguns destes relatos evidencia-se que a problemática não seria propriamente a capacidade estrutural e suas eventuais deficiências, mas o gerenciamento dos recursos correlatos.

“Minha opinião seria aumentar o transporte para visitas domiciliares”.

“A nossa UBS tem problemas de infraestrutura, tem duas equipes de ESF, quando uma está atendendo a outra tem que buscar uma atividade para realizar porque não tem nada, assim mesmo serve para o dentista e pior para nós especializandos, pois que não temos nem sala, quanto tem atendimento na unidade é uma correria para nos encaixar em uma sala. Imagina o grau de problema. Como não bastasse não pode construir e ampliar a unidade porque não tem espaço, e o projeto de construção de outro posto, que iria deixar este, foi barrado por alguma “liderança” dizendo que a comunidade não precisa de posto de saúde...”.

“Após reforma da Unidade, a sala de espera dos pacientes foi construída exatamente de frente para os consultórios. Isto resulta no intenso tumulto na porta do consultório e o médico sempre sente a sensação de que é observado quando coloca o rosto fora da sala.

Não há sala de curativos com as devidas exigências de funcionamento. A mesa de prevenção é obsoleta, assim como o foco”.

“As condições de ventilação. Simplesmente não existem. É uma sauna! Todos os consultórios, sem ar condicionado, os que têm estão sem manutenção. Os lençóis das macas sujos, raramente os trocam. E as salas, mesas, e computadores são empoeirados.

Ambiente pouco agradável. Muitas vezes se trabalha dia inteiro sem água para beber”.

“As pias não têm água, ares-condicionados não funcionam; apenas uma sala de exame ginecológico para uso da residência e sem privacidade”

“Ausência de espaço adequado para rodas e grupos. Ausência de uma sala de reuniões”.

“Estrutura tem, o que falta é uma melhor organização entre os profissionais; se tenta resolver, mas as decisões servem apenas por alguns dias depois volta tudo outra vez...”.

“Existem poucos consultórios na unidade de saúde tendo que algumas consultas (principalmente de enfermagem) serem realizadas em local improvisado. Não existe consultório para saúde bucal Existe apenas um computador com impressora nos consultórios”.

“Existem poucos computadores em relação ao número de profissionais e apenas três têm impressoras. Os ventiladores de teto não funcionam e não há aparelhos de ar condicionado. Há mais profissionais do que consultórios, muitas vezes sendo necessário compartilhar o mesmo espaço para consultas de dois profissionais ao mesmo tempo. Não há espaço para leitura, nem para repouso no horário do almoço, embora os Especializados fiquem na unidade o horário integral. Também não há espaço para a realização de grupos de educação em saúde. Fazem-se as reuniões em meio ao barulho e a movimentação de pacientes e outros funcionários, em espaço aberto. As macas não apresentam colchões, tendo-se que deitar os pacientes para o exame sobre a superfície dura do metal e não há escadinhas suficientes para todas as macas. Não há balas de oxigênio nem qualquer material de auxílio em situações de emergência médica, como laringoscópio ouambu”.

“Falta concluir e habilitar as salas de odontologia paradas há aproximadamente um ano e a população padece sem esta atenção”.

“Faltam salas para atendimento”

“Faltam consultórios médicos, falta estacionamento para todos os veículos dos funcionários, falta ar condicionado nos consultórios, falta xerox para os documentos necessários”.

“Faltam consultórios na maioria dos turnos”.

“Infraestrutura antiga, com salas quentes, algumas sem ar-condicionado ou ventilador, algumas muito pequenas, apertadas, como a do exame ginecológico, com péssimo isolamento acústico, sem local adequado de projeção audiovisual, sem dependências para estudo ou descanso, estacionamento pequeno, Coordenação minúscula”.

“Não existe sala disponível para todos os profissionais A sala do acolhimento é inapropriada Não existe sala de reunião, que serviria também para palestras com pequenos grupos. Não tem uma sala específica para o residente de medicina de família, aliás, para nenhum médico do PSF, quando em atendimento na unidade”.

“Não há consultórios suficientes para todos os médicos, não temos consultórios fixos, temos que estar revezando diariamente, nunca sabe onde vamos trabalhar e isso dificulta a acessibilidade do paciente”. Não temos uma biblioteca para podermos estudar, nem internet, para fazer alguma busca. Nem uma sala onde poderíamos descansar, já que muitos de nós não voltamos para casa no horário de almoço. Não tem cozinha na unidade, nem bebedouros.

Os computadores são muito obsoletos, lentos, têm muita falha na conexão, sempre tem que ir a assistência técnica na unidade para resolver os problemas dos computadores”.

“Falta material para procedimentos habituais (luvas, espéculos, sabonete, papel para as mãos, máscaras, lençóis para cobrir as camas e os próprios pacientes, o sonar também às vezes não funciona, a lâmpada para especuloscopia não é adequada, falta os prontuários da puericultura, cartão da gestante, materiais para teste como, por exemplo, koh, fita vaginal, abaixador de língua, os testes que poderiam ser feitos pelo próprio laboratório, não são realizados, por que não são liberados pelo SUS?)”.

“Alguns consultórios não tem nem cama, para podermos realizar exame físico também temos problemas com o carro que é disponibilizado para a unidade, acho que cada unidade deveria ter um carro próprio para que caso houvesse alguma eventualidade, pudéssemos recorrer a ele. Na unidade também chegam muitas das vezes urgências, e não temos instrumentos para auxiliar o paciente nesses momentos, como por exemplo, algumas drogas”.

“Não temos sala de reunião apropriada para apresentação de casos, discussões e seminários”.

“O numero de consultórios é insuficiente para a quantidade de equipes na unidade”.

“Necessitamos de mais consultórios. Espaço de estudo e repouso”.

“O Unidade de Saúde da Família floresta necessita de corpo gestor apropriado - coordenador sintonizado com a estratégia de Saúde da Família, e que goste de trabalhar, e responsável administrativo, que goste de trabalhar, além da de receber a comissão pelo exercício do cargo, e evite: desperdício de água potável (são jogados fora cinco mil litros de água por dia, a pretexto de que a bóia da caixa de água está quebrada); desperdício de dinheiro público (as lâmpadas ficam ligadas o dia todo); e que faça os terceirizados trabalharem (é comum vê-los jogando conversa fora na cantina, enquanto as instalações da unidade estão imundas) e que os gestores indicados e empossados enxerguem a estratégia de Saúde da Família e residência em medicina de família e comunidade como aliadas e não como inimigas”.

“Melhorar no aspecto de repor cartuchos de impressora; pois as consultas sem a impressora demandam muito tempo”.

3.2 Processos de organização e funcionamento da Atenção Básica à Saúde, Programa Saúde da Família e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

3.2.1 Características dos processos de organização e funcionamento da Atenção Básica à Saúde e Programa Saúde da Família de Fortaleza/CE

A Atenção Básica à Saúde de Fortaleza funciona com um Colegiado de Coordenação composto pela Coordenação da Atenção Básica à Saúde e um coordenador da Atenção Básica à Saúde em cada Secretaria Executiva Regional, que totalizam seis. Em parceria a este núcleo de Coordenação articula-se a Coordenação da saúde bucal, nos níveis Centrais e Regionais. A Coordenação da Estratégia de Saúde da Família compõe este Colegiado gestor, como estratégia estruturante da Atenção Básica à Saúde no Município.

Em 2005, o município contava com 88 Centros de Saúde, com cobertura de 15% pela Estratégia de Saúde da Família. Em 2008 foram construídos mais três Centros de Saúde totalizando 91, mas ampliou-se a cobertura da ESF para 43,44%. Neste ano de 2005 foi dado início às reformas dos centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza, quando foram contempladas 87 CSF, sendo concluídas 77 destes em 2006.

Em 2006 foi realizado um concurso público estadual com base municipal, para atuar na ESF. O município de Fortaleza ofertou 460 vagas para cada categoria dos profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros e dentistas. Após a contratação de 300 equipes, a prefeitura ampliou a cobertura de 15% para 43,44% da população local. A maioria dos profissionais assumiu o concurso, mas houve algumas desistências, principalmente dos médicos. Atualmente a ESF de Fortaleza conta com 280 equipes, 225 Médicos e 280 Enfermeiros e 225 Dentistas, 280 Auxiliares de Enfermagem e 1392 ACS (CNES, 2008). Neste mesmo ano foi utilizado o recurso do PROESF no valor de R\$803.000,00 para aquisição de equipamentos para as Unidades de Saúde da Família (Fortaleza, 2006).

Para ampliar o acesso à população, principalmente àqueles que trabalham no horário de funcionamento convencional das unidades de Saúde da Família (07:00 às 17:00 horas), a Atenção Básica à Saúde de Fortaleza ampliou o horário de funcionamento de alguns Centros de Saúde; com 39 funcionando no terceiro turno (de 17 às 21 horas) e 23 funcionando nos fins de semana e feriados.

3.2.2 Características dos processos de organização e funcionamento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

3.2.2.1 Aspectos organizativos e funcionais do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

O PRMFC/F de Fortaleza foi idealizado na gestão municipal deste município, pelo então secretário de saúde, Luiz Odorico Monteiro de Andrade e seu Colegiado gestor. Foi elaborado o projeto por um grupo de experts colaboradores e encaminhado em 2005 à CNRM, com a proposta inicial de duzentas vagas. Neste ano, foi realizada a vistoria pela CNRM e SBMFC, sendo aprovadas setenta e seis vagas com credenciamento provisório. Neste mesmo ano foi realizado um curso preparatório para os futuros Preceptores, de 120 horas, quando foram capacitados 200 médicos.

No ano de 2006, formou-se o Colegiado de Coordenação deste programa, composto por médicos de família e comunidade. Realizou-se seleção pública para 76 vagas de Residentes, dos quais foram selecionados 71, e matriculados 51 médicos. No dia 30 de março de 2006 foi realizada aula inaugural do PRMFC/F de Fortaleza, dando início ao processo. Neste mesmo ano, realizou-se no Estado do Ceará um concurso público para profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família. Os profissionais assumiram o concurso em agosto de 2006 e como consequência, um número significativo de Residentes abandonou o programa neste período para assumir o concurso.

Em fevereiro de 2007, iniciou-se a segunda turma do programa, com 50 (cinquenta) vagas ofertadas e em fevereiro de 2008 a terceira turma com 30 (trinta). Estas vagas foram definidas de acordo com a capacidade estrutural das Unidades de Saúde da Família e em comum acordo com a gestão da Atenção Básica à Saúde. Neste ano, o programa foi submetido a nova avaliação da CNRM, obtendo credenciamento definitivo. Segue tabela com número de vagas oferecidas e as taxas de ocupação por ano de entrada dos Residentes.

Quadro 6. Taxa de ocupação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, número de vagas, número de Residentes no 1º ano e 2º ano (conclusão). Período de 2006 a 2008.

PRMFC/F/SMSE FORTALEZA	VAGAS	Nº DE RESIDENTES NO 1º ANO	% DE OCUPAÇÃO NO 1º ano	Nº DE RESIDENTES NO 2º ANO	% DE OCUPAÇÃO NO 2º ano
Turma 2006-2007	71	50	71%	28	39%
Turma 2007-2008	50	45	90%	32	64%

Fonte: SMSE/SMS-Fortaleza.

De um total de sessenta médicos formados, trinta e oito (63%) eram médicos servidores do município e retornaram para suas equipes, fortalecendo a Atenção Básica à Saúde; nove integraram o corpo de Preceptoría do PRMFC/F; três foram contratados pelas universidades como docentes.

O corpo de Preceptoría atual é formado por um total de 65 Preceptores, assim distribuídos:

1. Vinte Preceptores são médicos de família e comunidade;
2. Trinta Preceptores de tenda invertida, sendo doze Preceptores de saúde da criança e adolescente, três Preceptores de saúde do adulto e idosos, nove Preceptores de saúde da mulher e seis Preceptores de território;
3. Quinze Preceptores de plantão e ambulatório de especialidades.

3.2.2.2 Principais referências normativas para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

A principal referência normativa para o PRMC/F é a resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para os programas de forma geral e especificamente para a especialidade de Medicina de Família e Comunidade. Documento em que estão elencadas as competências requeridas aos Médicos de Família (anexos). Existem ainda,

eventuais resoluções oriundas da Comissão Estadual de Residência Médica do Ceará, geralmente, aplicáveis ao conjunto dos programas.

Outra referência normativa adotada para o PRMFC/F são as recomendações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) para a formação e treinamento de especialistas no âmbito de serviços de saúde compatíveis (Saúde da Família e correlatos).

Além destas referências já citadas, o PRMFC/F possui um projeto institucional, aprovado por ocasião da habilitação do programa junto à CNRM e também um regimento Interno próprio, com a definição e regulamentação das diversas atividades, modalidades de avaliação, normas de funcionamento etc.

Outras referências normativas adotadas pelo PRMFC/F, em caráter mais informal, provém de recomendações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e de Associações Internacionais de Medicina de Família (Ex. WONCA etc.).

Estas referências citadas podem eventualmente servir como parâmetro ou padrão para avaliações normativas. Entretanto, dado o curto prazo decorrido desde a implantação do caso em análise (PRMFC/F), somente alguns aspectos foram considerados para a avaliação de capacidade estrutural, recursos e processos de organização e funcionamento.

3.2.2.3 Características organizativas do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

Em termos de atividades-meio, notadamente de Coordenação e Gestão, o PRMFC/F compõe o Sistema Municipal de Saúde Escola, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/CE. A sede PRMFC/F conta com computadores e acesso à *internet*, biblioteca, sala de reuniões e sala da Coordenação.

Trabalham no apoio administrativo ao PRMFC/F três servidores de nível médio.

A gestão do programa é realizada por um Núcleo de Coordenação Geral composto por um Coordenador Geral, um Vice-Coordenador e um Coordenador Pedagógico. Em função da abrangência do PRMFC/F, em cada uma das seis Secretarias Executivas Regionais (SER's) do município existe um Coordenador Regional. Os membros do Colegiado de Gestão reúnem-se semanalmente para realizar discussões, deliberações e atividades de estudo.

Em termos de atividades-fim, notadamente de ensino-aprendizado e prestação de serviços, o PRMFC/F está implantado em 26 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídos nas seis SER's. Regionais Administrativas de Fortaleza/CE, conforme ilustra os mapas a seguir. De um total de 91 unidades de saúde existentes no município de Fortaleza/CE, estes CSF foram selecionados em 2005 a partir de critérios adotados pela CNRM e SBMFC, quando fizeram visita de vistoria para aprovação do programa.

Figura 5. Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional I onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.

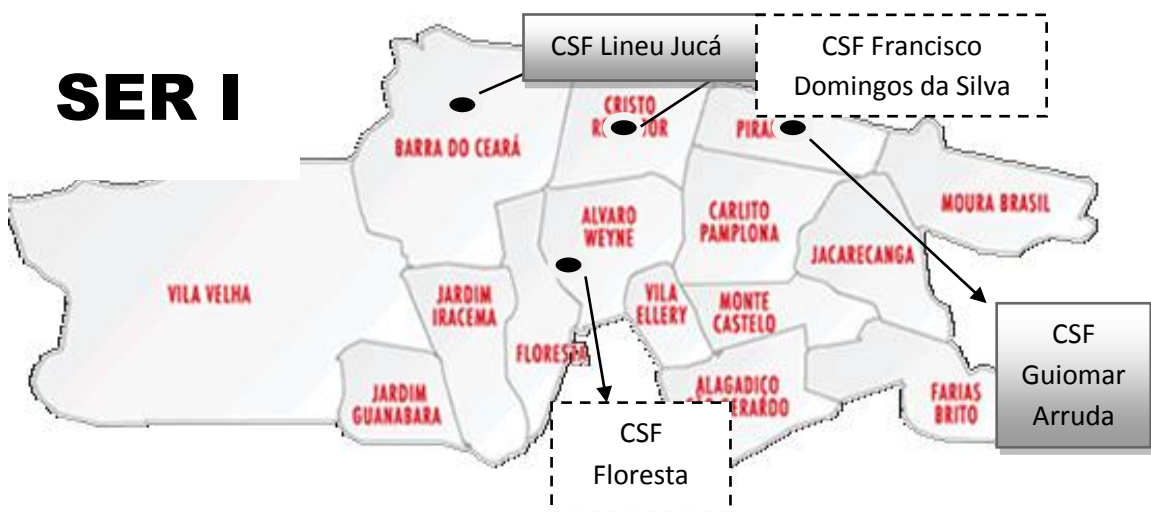


Figura 6. Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional II onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.

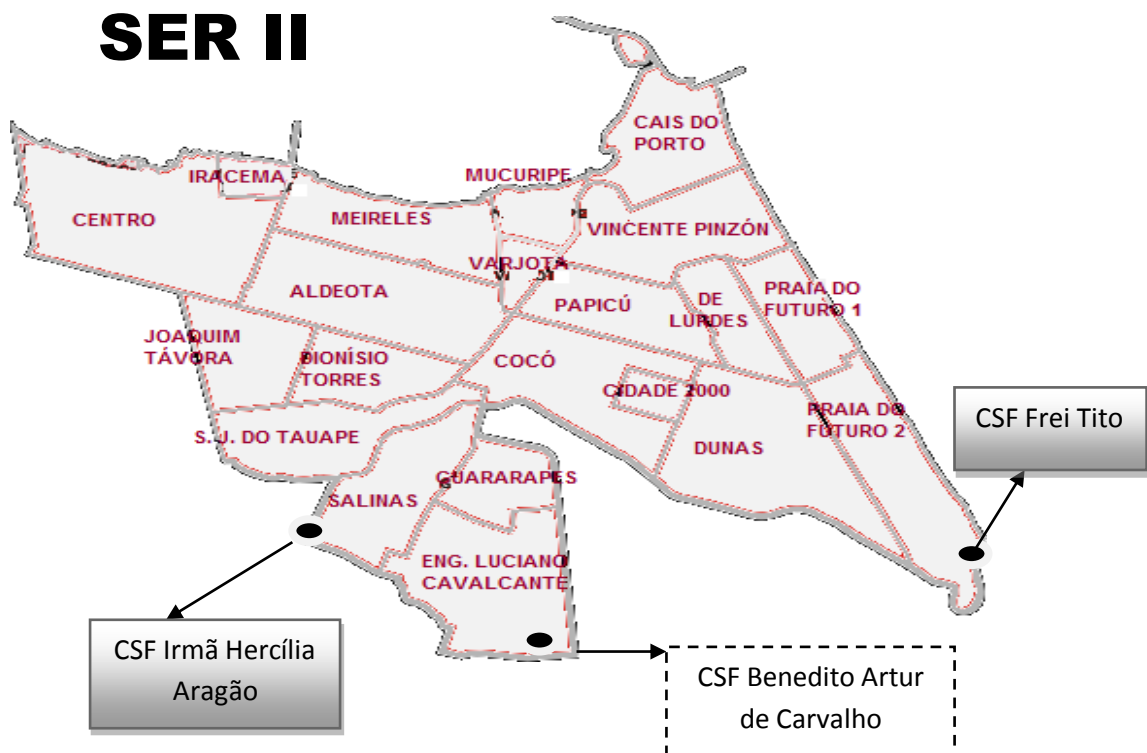


Figura 7. Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional III onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.

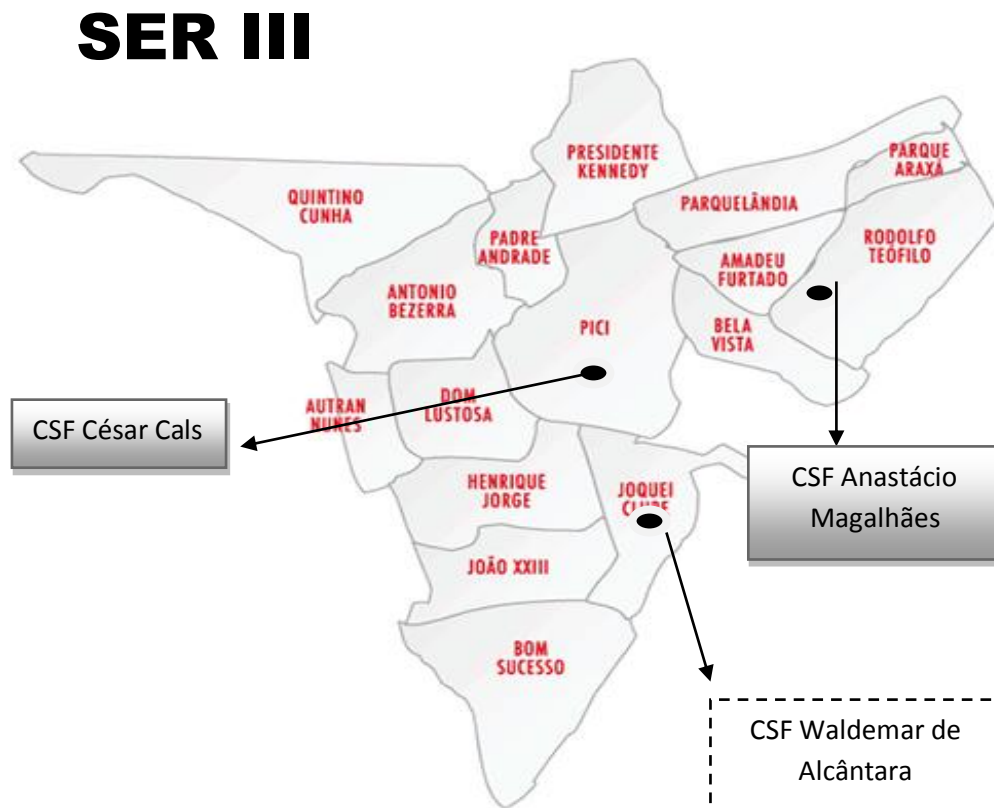


Figura 8. Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional IV onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.

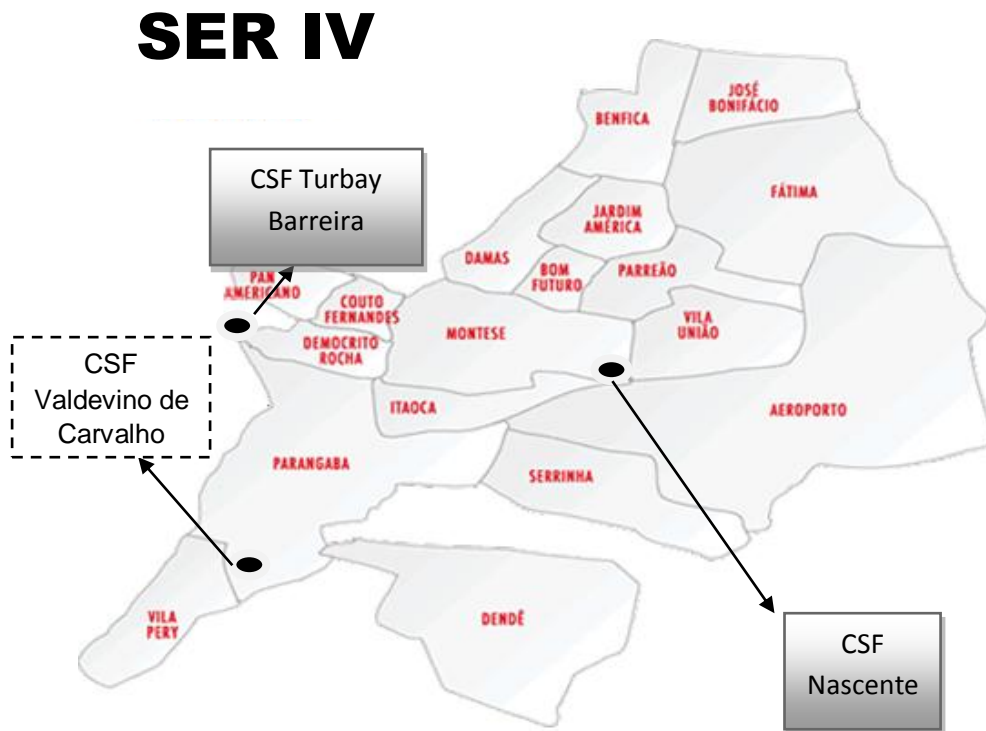


Figura 9. Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional V onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.

SER V

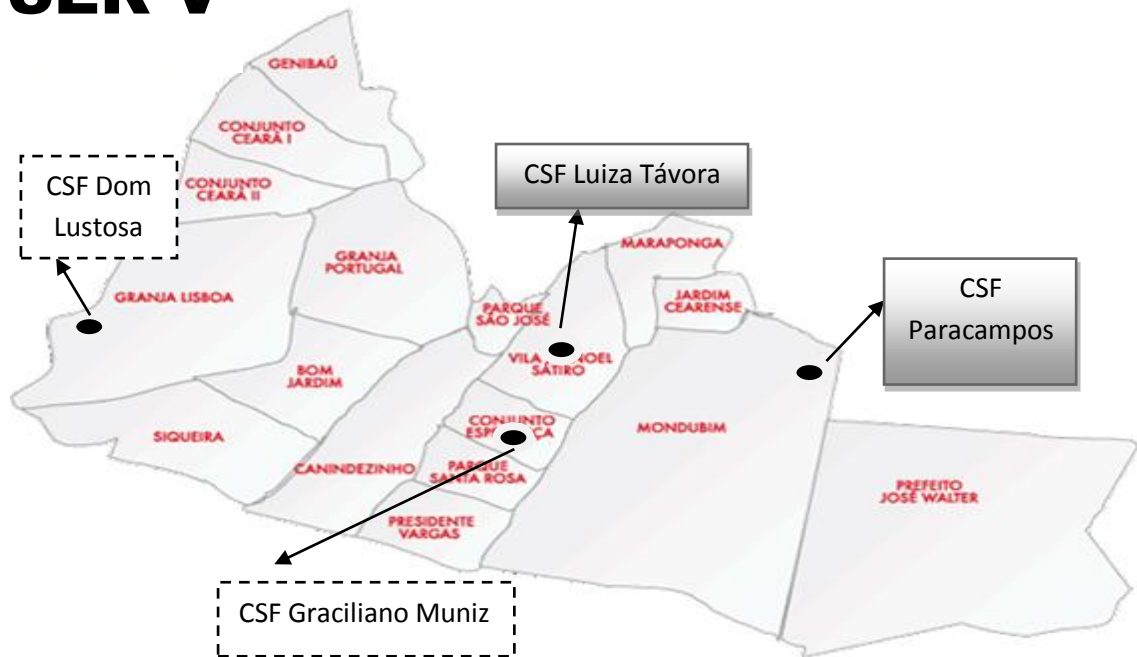
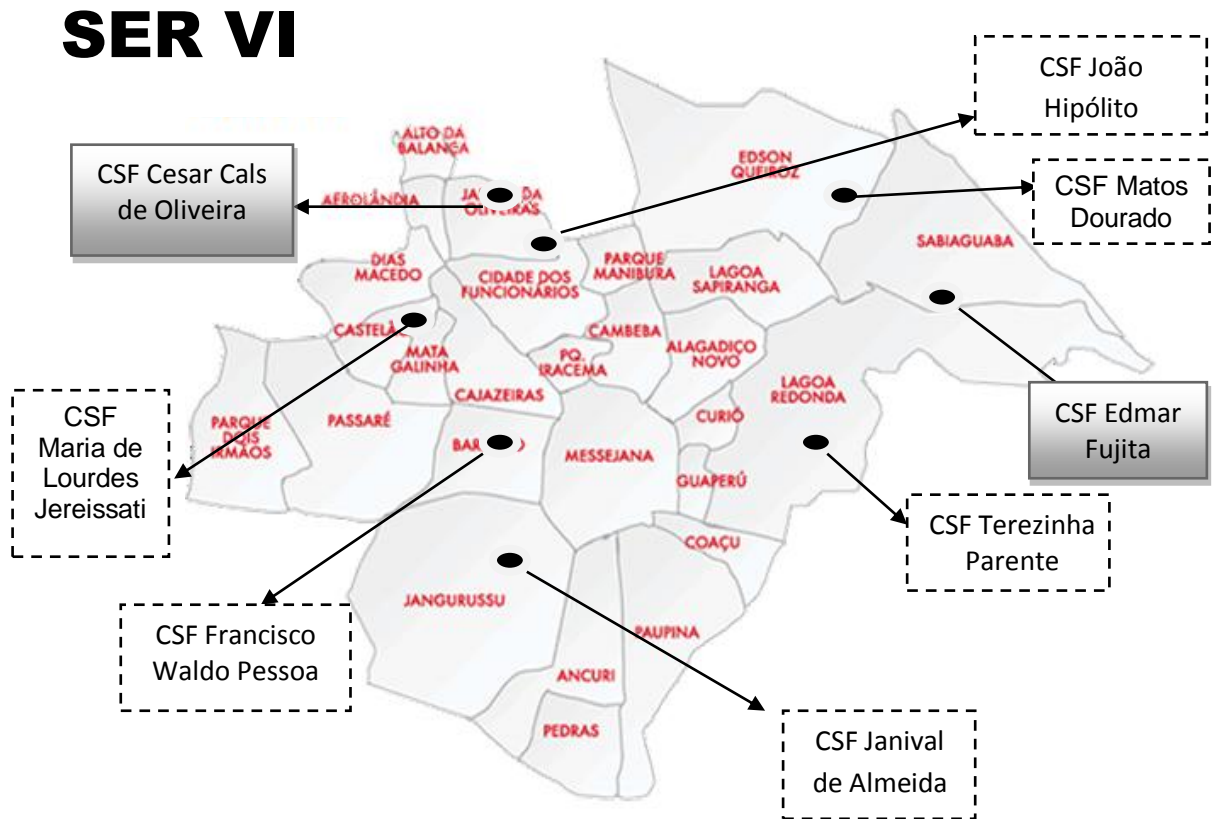


Figura 10. Localização das Unidades de Saúde da Secretaria Regional VI onde o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi implantado, 2008.



Os processos de organização e funcionamento do PRMFC/F são definidos, regulamentados e gerenciados a partir de uma Coordenação da Residência Médica (COREME), que possui poder deliberativo. As reuniões da COREME são regulares e bimestrais. Conforme consta em regimento próprio, a COREME está composta por Colegiado de Coordenação, por representantes dos Residentes e Preceptores e por representantes da CAB/SMS.

De acordo com as atividades desenvolvidas pelo PRMFC/F, em cada Unidade de Saúde da Família foi elaborada uma semana padrão, de acordo com a disponibilidade de consultórios, veículos para atividades comunitárias e turnos de Preceptorias.

Nas Unidades de Saúde da Família e na comunidade as atividades do PRMFC/F são acompanhadas pelos Preceptores com funções e competências específicas e comuns, distribuídos por turnos semanais da seguinte forma:

- Medicina de Família e Comunidade: 5 turnos/semanais;
- Pediatria: 1 a 2 turnos semanais;
- Clínica Médica: 1 turno semanal;
- Ginecologia e Obstetrícia: 1 a 2 turnos semanais;
- Preceptorias de território: 1 turno semanal.

Os ambulatórios de especialidades são realizados em um turno semanal, com rodízios bimestrais. No primeiro ano do programa os Residentes e “Especializandos” estagiam pelos seguintes ambulatórios:

1. Centro de Hipertensão e Diabetes,
2. Hanseníase, Tuberculose,
3. Saúde Mental (CAPS Álcool e Drogas e CAPS gerais).

No segundo ano os Residentes e “Especializandos” estagiam por ambulatórios optativos, sendo que, os mesmos podem escolher cinco ambulatórios entre as seguintes especialidades médicas:

1. Geriatria,
2. Cardiologia,
3. Dermatologia,

4. Pneumologia,
5. Endocrinologia,
6. Mastologia,
7. Infectologia,
8. Neurologia,
9. Nefrologia,
10. Reumatologia e
11. Outros serviços em instituições parceiras do PRMFC/F.

Os plantões dos Residentes e “Especializandos” são realizados em serviços hospitalares da rede municipal (ou de colaboradores), com rodízios trimestrais, de acordo com as grandes especialidades. Os Residentes e “Especializandos” também estagiam em serviços de Pronto Atendimento e Enfermarias de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do adulto, Saúde do Idoso e atendimento pré-hospitalar (SAMU).

As atividades teórico-complementares do PRMFC/F são desenvolvidas em aulas, seminários e sessões de discussão de casos clínicos. Os conteúdos programáticos estão distribuídos por áreas de Saúde Coletiva e por ciclos de vida. Os seminários são realizados semanalmente nas Unidades de Saúde da Família e mensalmente nas Regionais Administrativas, com a discussão de casos clínicos e discussão de aspectos.

De acordo com a documentação de referência do PRMFC/F, a metodologia de ensino/aprendizagem está fundamentada na concepção de desenvolvimento pedagógico, inspirada nas proposições do pedagogo Paulo Freire, a partir de “problematizações”.

Os Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F são avaliados durante os dois anos do curso de forma formativa e certificativa. Geralmente é realizada uma avaliação sobre a aquisição de conhecimento, a partir de provas escritas, realizadas semestralmente. Também são realizadas:

1. avaliações de frequência nas atividades teóricas e atividades docente-assistenciais;
2. avaliações de atividades práticas e assistenciais, por parte dos Preceptores (instrumento próprio elaborado pelo Colegiado de Coordenação);
3. avaliação nas sessões de casos clínicos.

Para obtenção da certificação, ao final do curso, os Residentes e “Especializandos” apresentam uma Monografia ou artigo científico publicado

Os Preceptores também são avaliados semestralmente pelos Residentes e “Especializandos”, a partir de um instrumento próprio.

Além das atividades avaliativas citadas anteriormente, quadrimestralmente são realizados Fóruns de Avaliação do PRMFC/F com a participação dos Residentes, Preceptores, Colegiado de Coordenação e professores das instituições parceiras.

A partir das referências normativas citadas, resoluções da CNRM e recomendações da SBMFC foram estabelecidas premissas normativas para o PRMFC/F, previstas em seu projeto de implantação (encaminhado para a CNRM) e estabelecidas formalmente em seu Regimento Interno.

Alguns dos requisitos normativos estabelecidos para o desenvolvimento de atividades do PRMFC/F, baseados em recomendações da SBMFC, estão descritos abaixo (Quadro 7), assim como, a medida percentual de seu cumprimento efetivo no período de 2008. Considerada a escala de valor (*Likert*) estabelecida pela SBMFC para a aferição de seu cumprimento, todas as atividades desenvolvidas pelo PRMF/F atingem o grau de “satisfatórias”.

Quadro 7. Medidas de atividades desenvolvidas pelo PRMFC/F em razão de requisitos normativos recomendados pela CNRMF e SBMFC. Período de 2008.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	%/horas semanais recomendadas pela CNRM	%/horas semanais recomendadas pela SBMFC	%/horas semanais realizadas pelo PRMFC/F/F
Comunitárias (Visitas Domiciliares, Grupos e outras atividades coletivas)	Maior ou igual a 10% ou 6 horas semanais	Menor ou igual a 15% ou 9 horas semanais	10% a 12% ou 6 a 8 horas semanais
Docentes assistenciais nas Unidades de Saúde da Família	Maior ou igual a 40% ou 24 horas semanais	Menor ou igual a 50% ou 28 horas semanais	50% ou 28 horas semanais
Teórico-práticas (casos clínicos, seminários, aulas, cursos)	Maior ou igual a 10% ou 6 horas semanais	Menor ou igual a 20% ou 12 horas semanais	15 a 20% ou 9 a 12 horas semanais
Nos níveis 2° e 3° (hospitais gerais ou de especialidades ou ambulatórios especializados)	Maior ou igual a 10% ou 6 horas semanais	Menor ou igual a 20% ou 12 horas semanais	15 a 20% ou 9 a 12 horas semanais
Administrativo-gerencial	Maior ou igual a 3,75% ou 2 horas semanais	Menor ou igual a 10% ou 6 horas semanais	5 % ou 3 horas semanais

Fonte: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2004.

3.2.2.4 Informações provenientes do formulário (FormSus) respondido por Residentes e Especializandos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

No formulário (FormSus) respondido pelos Residentes e “Especializandos” também foram aludidas questões referentes aos processos de organização e funcionamento do PRMFC/F nas Unidades de Saúde da Família.

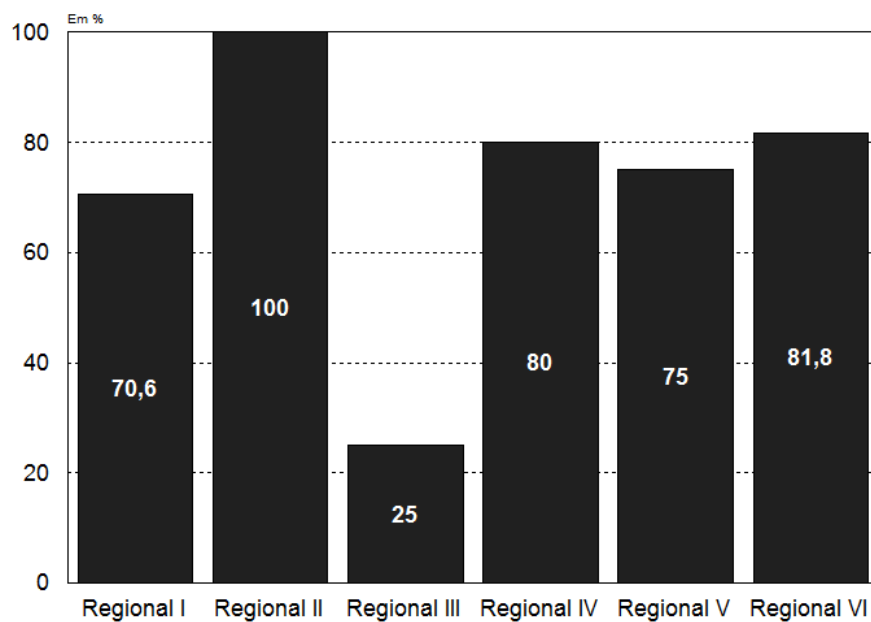
Quando questionados sobre a implantação e funcionamento de estratégia e dispositivos específicos para o acolhimento de usuários nas referidas Unidades de Saúde da Família, previstos nos referenciais normativos do PRMFC/F, aproximadamente 75% dos respondentes confirmaram positivamente (Tabela 13). Quando perguntados sobre a participação efetiva dos profissionais Médicos nas atividades de acolhimento de usuários, os respondentes afirmaram que em 27,5% das Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado todos os Médicos participam desta atividade, em aproximadamente 30% das unidades somente os Residentes e “Especializandos” participam; em aproximadamente 14% das unidades analisadas nenhum Médico participa das referidas atividades (Tabela 14). Quando estas informações são estratificadas por Regionais Administrativas, observa-se que a Regional III é a que tem o menor percentual (25%) de unidades com a estratégia e dispositivos de acolhimento de usuários (Gráfico 21).

Tabela 13. Referências sobre a existência e funcionamento de estratégia e dispositivos de acolhimento aos usuários nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.

Acolhimento	N	%	Cumulativo
Sim	38	74,51	74,51
Não	13	25,49	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa

Gráfico 21. Referências dos Residentes e “Especializando” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, que possuem estratégia e dispositivos de acolhimento aos usuários nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.



Fonte: Pesquisa FormSUS

Tabela 14. Participação efetiva de profissionais Médicos em práticas de acolhimento aos usuários nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado, segundo referências de Residentes e “Especializandos”. Período de 2008.

Participação efetiva	N	%
Todos os Médicos	14	27,45
Somente Residentes/“Especializandos”	15	29,41
Somente Residentes/“Especializandos” e Preceptores	7	13,73
Somente outros Médicos	2	3,92
Nenhum médico	7	13,73
Não soube responder	1	1,9
Não se aplica	5	9,80
Total	51	100,00

Fonte: Pesquisa.

Outra questão respondida, que trata de aspectos de acessibilidade às Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado, refere-se ao tempo médio, em dias, decorrido entre a marcação de uma consultas e o atendimento médico nas Unidades de Saúde da Família (CSF) com o PRMFC/F implantado, observa-se que aproximadamente 20% das respostas referem-se ao tempo de até dois dias, 53% de até sete dias e apenas 4% para um prazo maior que trinta dias (Tabela 15).

Tabela 15. Referências de Residentes e “Especializandos” sobre o tempo médio, em dias, decorrido desde a marcação de uma consulta e o atendimento médico em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F. Unidade de Saúde da Família.

Tempo médio	N	%	Cumulativo
Menos de 1 dia	3	5.88	5.88
De 1 a 2 dias	7	13.73	19.61
De 2 a 4 dias	6	11.76	31.37
De 4 a 7 dias	11	21.57	52.94
De 7 a 30 dias	16	31.37	84.31
Mais de 30 dias	2	3.92	88.24
Não soube responder	3	5.88	94.12
Não se aplica	3	5.88	100.00
Total	51	100.00	

Fonte: Pesquisa.

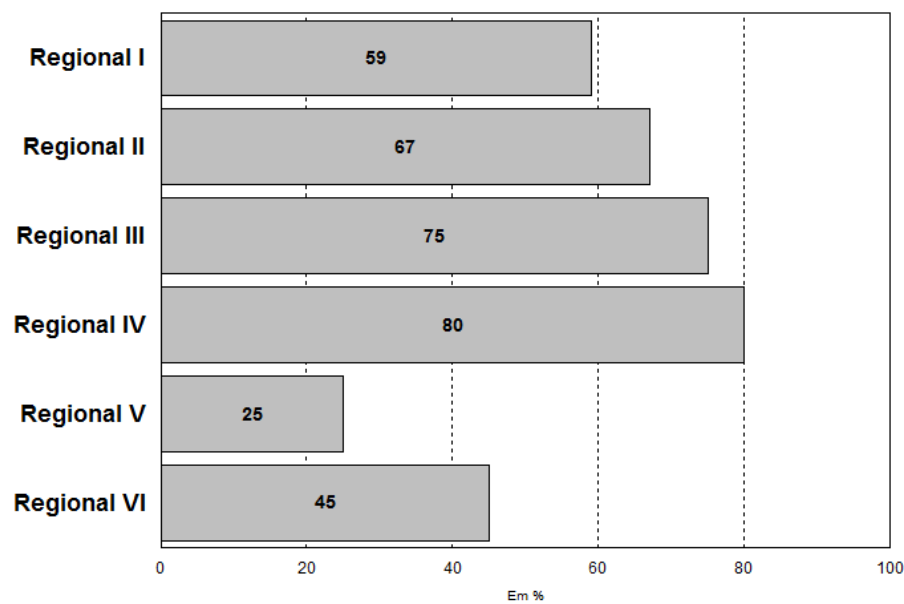
Para a organização dos serviços de ABS/ESF e do próprio PRMFC/F torna-se imprescindível que os profissionais de Saúde realizem atividades de análise de situação de Saúde das áreas de abrangência. Estas atividades podem ser eventuais ou sistemáticas e regulares, implicando no cálculo e monitoramento de indicadores do processo de saúde e doença (demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos etc.). Quando perguntados se já haviam realizado alguma atividade desta natureza no decorrer do PRMF, aproximadamente 55% os Residentes/”Especializandos” responderam afirmativamente (Tabela 16). De acordo com a discriminação desta informação por Regionais Administrativas, as Regionais V e VI são aquelas onde menos se realizaram atividades de análise de situação de saúde (Gráfico 22).

Tabela 16. Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a realização de atividades de análise de situação de saúde nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2007 e 2008.

Atividades de análise de situação de Saúde	N	%	Cumulativo
Sim	28	54,90	54,90
Não	22	43,14	98,04
Não soube responder	1	1,96	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 22. Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde foram realizadas atividades de análise de situação de Saúde da população residente na área de abrangência. Período de 2007 e 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus

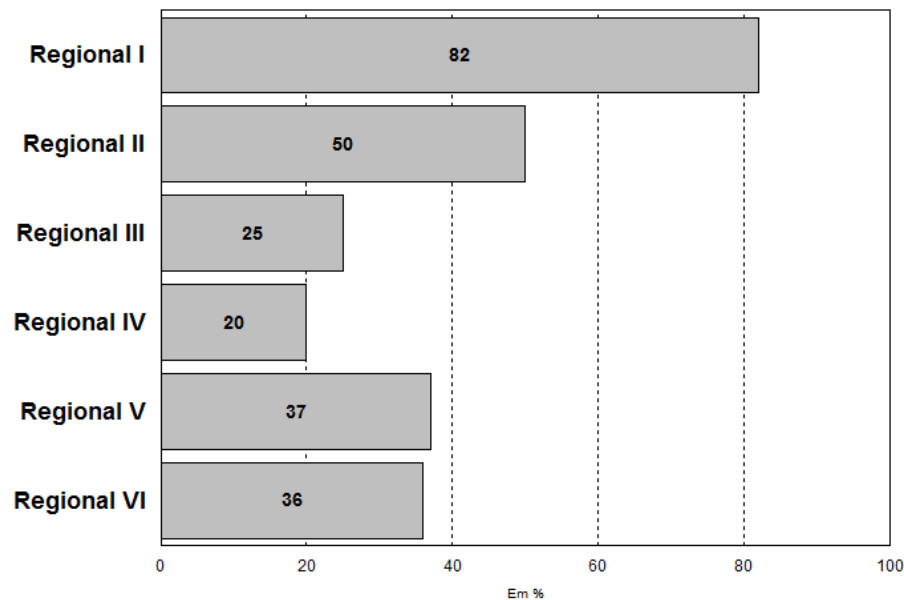
Existem instrumentos padronizados para o registro da abordagem de situação familiar na ABS (ex. Genogramas), considerados úteis para o raciocínio diagnóstico de risco e o acompanhamento das famílias por parte das equipes de Saúde. Quando perguntados sobre o uso destes instrumentos de abordagem familiar no decorrer do PRMF, aproximadamente 50% dos Residentes/“Especializandos” responderam negativamente (Tabela 17). Se consideradas as Regionais Administrativas, observa-se uma desproporção, com a Regional I com um grande percentual de utilização destes instrumentos padronizados com relação às outras Regionais, notadamente, para com as Regionais III e IV, com menos de 25% de utilização (Gráfico 23).

Tabela 17. Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a utilização sistemática de algum instrumento padronizado para registro e análise de situação familiar em Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. Período de 2007 e 2008.

Utilização de instrumento(s) de abordagem familiar	N	%	Cumulativo
Não	25	49,02	49,02
Sim, utiliza Genograma	4	7,84	56,86
Sim, utiliza PRACTICE	1	1,96	58,82
Sim, mais de um	21	41,18	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 23. Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde foram utilizados instrumentos padronizados para o registro de situação familiar. Período de 2007 e 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus

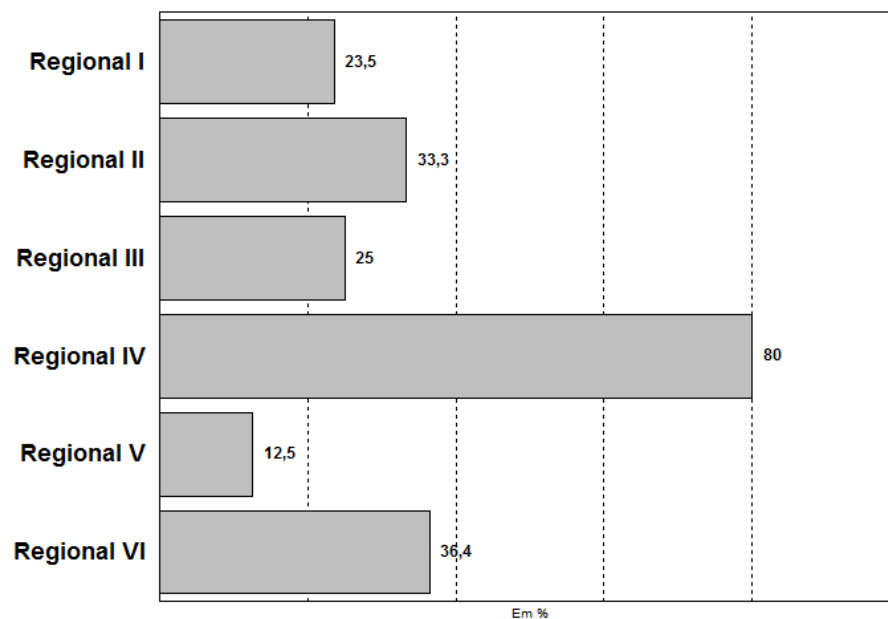
Do mesmo modo, perguntou-se sobre a existência e utilização de instrumento (s) específico (s) para o registro e análise de visitas domiciliares realizadas na ABS/ESF e no PRMFC/F. Neste item, mais da metade dos Residentes/”Especializandos afirmou ter utilizado instrumento de registro desta natureza (Tabela 18). A Regional Administrativa IV é onde menos foram utilizados instrumentos de registros de visitas domiciliares.

Tabela 18. Referências de Residentes e “Especializando” sobre a utilização sistemática de algum instrumento padronizado para registro e análise de visitas domiciliares em Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. Período de 2007 e 2008.

Instrumento para VD	N	%	Cumulativo
Sim	27	52,94	52,94
Não	16	31,37	84,31
Em termos	8	15,69	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa

Gráfico 24. Referências dos Residentes e “Especializando” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde **não** foram utilizados instrumentos padronizados para o registro de visitas domiciliares. Período de 2007 e 2008.



Fonte: Formulário FormSUS

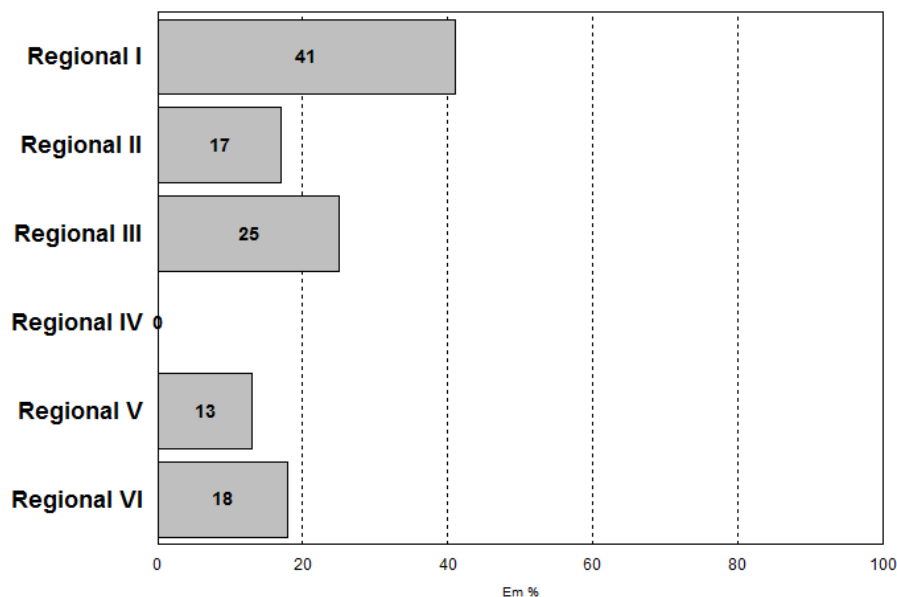
As reuniões de equipe são atividades consideradas imprescindíveis para a organização e o bom funcionamento dos serviços de ABS. Quando perguntados sobre a frequência mensal de realização de reuniões de equipe em suas equipes, aproximadamente 14% dos Residentes/“Especializandos” responderam não haver nenhuma reunião mensal de equipe em suas equipes e 10% responderam que a frequência é menor do que uma reunião mensal; agregando estes segmento de dados, observa-se que em pelo menos 25% das equipes referidas não existem reuniões mensais regulares. A média encontrada é de uma a três reuniões mensais (aproximadamente 60% dos casos) e a maior frequência mensal (mais de três reuniões) foi identificada em 16% das equipes (Tabela 19). Consideradas as Regionais Administrativas de Fortaleza/CE, observa-se que nas Regionais I e III ocorreram o menor número e a maior irregularidade de reuniões mensais de equipe (Gráfico 25).

Tabela 19. Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a frequência mensal de reuniões de equipe em Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. Período de 2007 e 2008.

Reuniões mensais	N	%	Cumulativo
Nenhuma	7	13,73	13,73
Menos de uma	5	9,80	23,53
1 a 2	15	29,41	52,94
2 a 3	15	29,41	82,35
Mais de 3	8	15,69	98,04
Não soube responder	1	1,96	1,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 25. Referências dos Residentes e “Especializandos” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde foram realizadas menos de uma reunião de equipe mensalmente. Período de 2007 e 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus

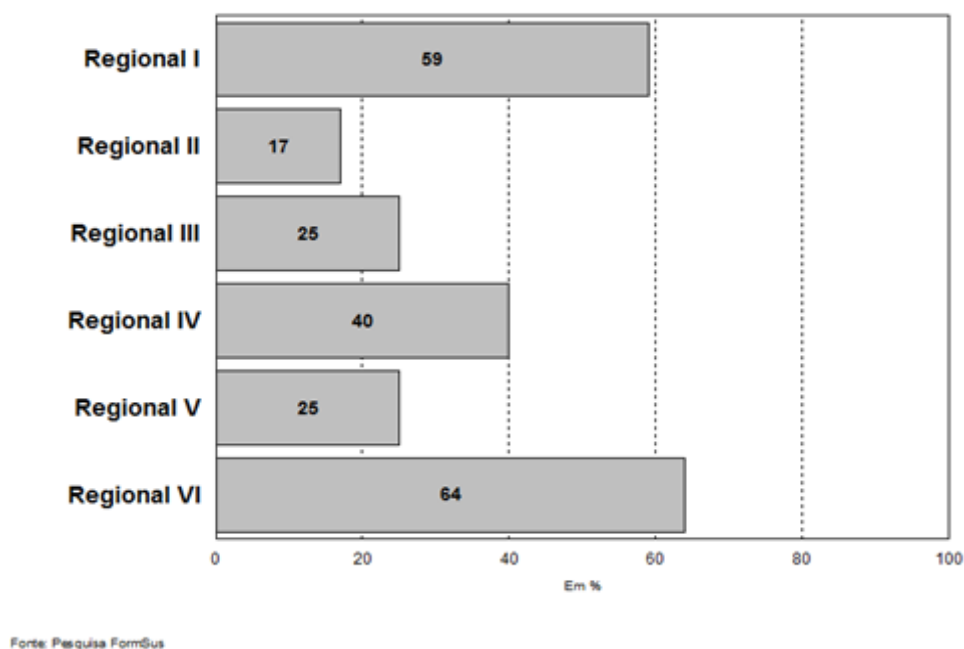
Em se tratando de reuniões de equipe específicas para as atividades de planejamento e organização das unidades e atividades de serviço, 46% dos Residentes/”Especializandos afirmaram não ter realizado nenhuma reunião e 30% afirmaram ter realizado somente uma reunião mensal no decorrer do período do PRMFC/F (Tabela 20). Quando consideradas as Regiões Administrativas do município, observa-se que nas Regionais I e VI, mais da metade das unidades com o PRMFC/F implantado não realizaram nenhuma reunião de equipe específica para o planejamento de serviços e atividades (Gráfico 26).

Tabela 20. Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a frequência mensal de reuniões de equipe específicas para o planejamento e organização das Unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado. Período de 2007 e 2008.

N° reuniões planejamento/mês	N	%	Cumulativo
Nenhuma	23	46,00	46,00
Uma	15	30,00	76,00
Duas	4	8,00	84,00
Três	2	4,00	88,00
Quatro ou mais	1	2,00	90,00
Não soube responder	5	10,00	100,00
Total	50	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 26. Referências dos Residentes e “Especializando” sobre a distribuição proporcional, por Regiões Administrativas, de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, onde não foram realizadas reuniões de equipe específicas para o planejamento de atividades e serviços. Período de 2007 e 2008.



Como os Residentes/”Especializando” encontram-se em treinamento constante a partir de atividades teórico-práticas do próprio PRMFC/F, há uma preconização normativa de que os mesmos possam e devam participar de outras atividades e eventos externos, como cursos extracurriculares, congressos etc. Quando perguntados sobre este assunto, a partir da caracterização da frequência anual de participação, mais de 60% dos Residentes/”Especializando” responderam ter participado de mais de dois eventos externos desta natureza. Somente 6% afirmaram não ter ainda participado deste tipo de eventos (Tabela 21).

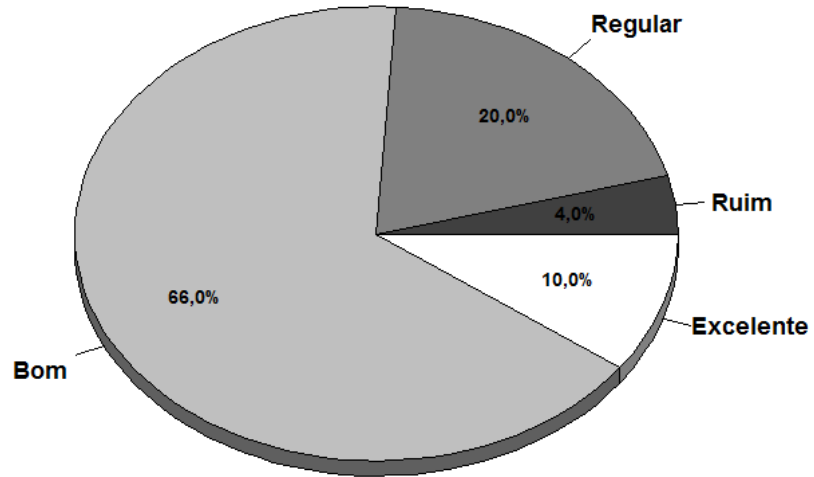
Tabela 21. Referências de Residentes e “Especializandos” sobre a frequência anual de sua participação em eventos externos ao PRMFC/F (Congressos, seminários, cursos etc.). Período de 2007 e 2008.

N° de eventos científicos/ano	N	%	Cumulativo
Nenhum	3	5,88	5,88
Um a dois	16	31,37	37,25
Dois a quatro	21	41,18	78,43
Cinco ou mais	11	21,57	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

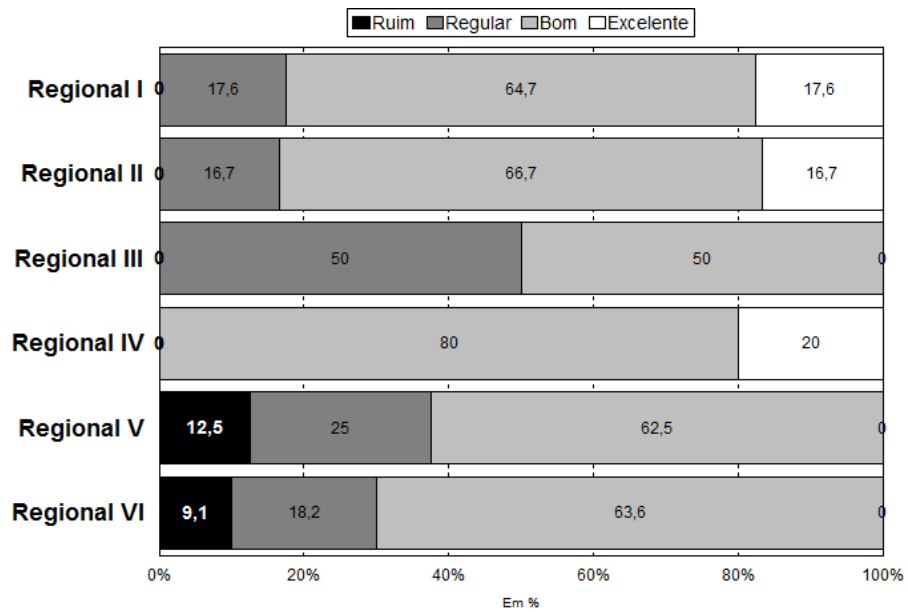
A partir da graduação de uma escala de valores (*Likert*) foi questionada a opinião dos Residentes/”Especializandos” sobre o desempenho de seus Preceptores (Gráficos 27 e 28). Para estes itens, os Residentes/”Especializandos” avaliaram mais favoravelmente os Preceptores em todas as unidades, pois a maioria dos respondentes (86%) avaliou o trabalho dos Preceptores como “Regular” e “Bom”. Observa-se que nas Regionais Administrativas V e VI foi referida a graduação “Ruim” e nas Regionais I, III e IV a graduação “Excelente”. (Gráfico 28).

Gráfico 27. Opiniões de Residentes e “Especializando” do PRMFC/F sobre o desempenho de seus Preceptores. Período de 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus
N= 50

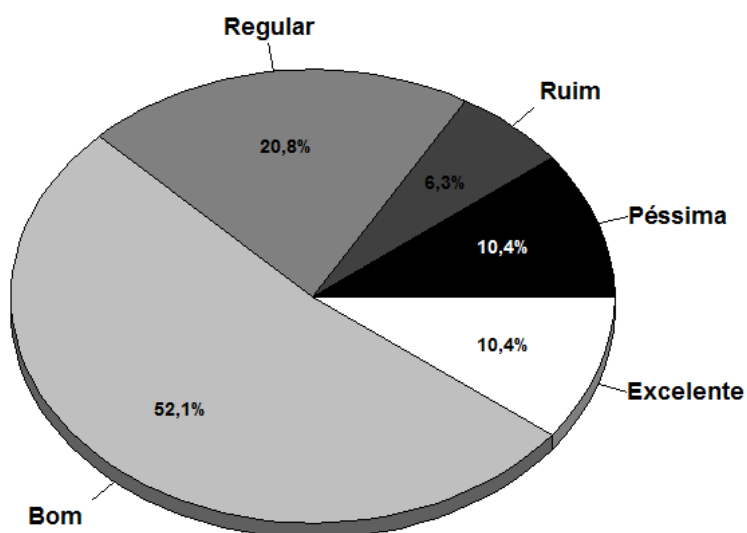
Gráfico 28. Opiniões de Residentes e “Especializando” do PRMFC/F sobre o desempenho de seus Preceptores, estratificadas por Regiões Administrativas. Período de 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus

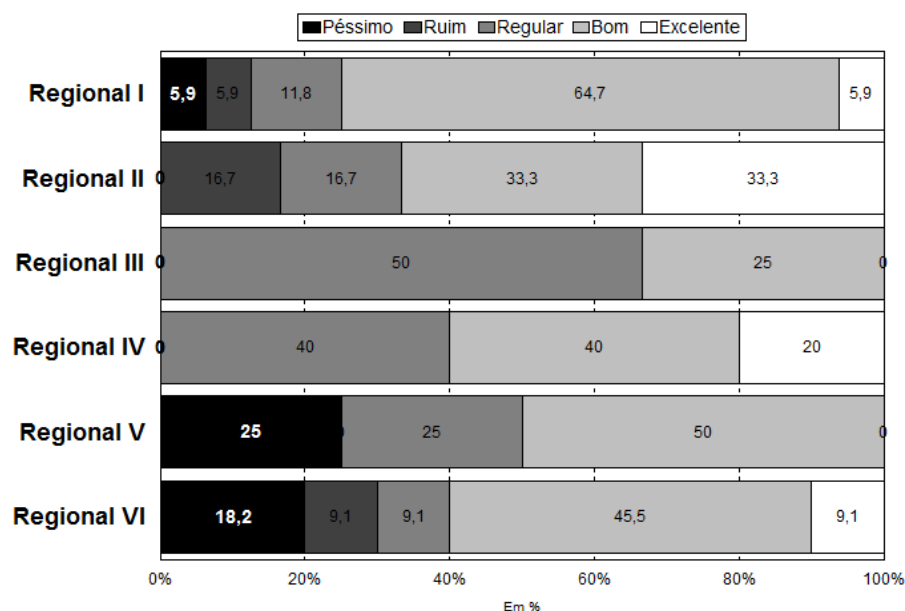
Do mesmo modo, os respondentes opinaram sobre o desempenho dos Coordenadores de Unidades de Saúde da Família, com o PRMF implantado (Gráficos 29 e 30). Neste item, a maioria dos Coordenadores de Unidades de Saúde da Família obteve opiniões mais positivas, com o agregado das graduações de “Regular” e “Bom” somando mais de 70%. Em se tratando da estratificação das opiniões por Regionais Administrativas, observa-se a predominância de opiniões mais positivas nas Regionais II e IV, mais negativas nas Regionais I, V e VI (Gráfico 29).

Gráfico 29. Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre o desempenho dos Coordenadores de suas Unidades de Saúde da Família. Período de 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus
N= 48

Gráfico 30. Opiniões de Residentes e “Especializando” do PRMFC/F sobre o desempenho de Coordenadores de Unidades de Saúde da Família, com o PRMFC/F implantado, estratificadas por Regiões Administrativas. Período de 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus

Os respondentes também foram instados a escrever as suas opiniões sobre o trabalho de Coordenação das Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado, inclusive, neste quesito foi solicitado que os mesmos propusessem recomendações para o incremento positivo do trabalho de Coordenação (citações descritas abaixo). Nestas respostas observa-se que existem opiniões contraditórias entre os respondentes. Mas existe uma ênfase na idéia de que não há um entendimento ou reconhecimento (considerados adequados pelos respondentes) por parte dos referidos Coordenadores sobre a Atenção Básica à Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e o PRMFC/F. Também são evidenciadas alusões às práticas ou posturas dos Coordenadores consideradas como mais autoritárias (embora um respondente tenha referido o inverso: práticas e posturas consideradas demasiadamente flexíveis, “excesso de democracia”). Também existem alusões quanto às deficiências de planejamento e organização dos processos e práticas de trabalho.

“A Coordenação não é muito de acordo com que nós Residentes temos que sair para um caso clínico ou um curso; além de que é contra muitas coisas dentro da Residência e quer que o Residente esteja ali para tocar serviço...”

“Acreditar nos trabalhadores; motivar; incentivar o trabalho; as soluções dos problemas; envolver a comunidade na saúde e não se ater tanto a doenças e números de atendimento a doenças”.

“As pessoas indicadas e empossadas para o exercício das funções de Coordenação e gestão têm que ser sintonizadas com a essência da estratégia de Saúde da Família”.

“Atualmente o nosso Coordenador é uma pessoa ausente; mas antes dele ter se ausentado completamente; a relação dele com o resto dos funcionários não era muito boa não; ele não se engajava; somente dava ordens; mas não sabia ouvir aos outros; não tinha liderança”.

“Coordenador de posto tem que ter treinamento para ser coordenador. Nepotismo não dá mais”

“Envolver o coordenador em alguma atividade da Residência; para que este veja a importância dela.

Deve haver reuniões com os Coordenadores do posto e da Residência”.

“Dentro das limitações da Coordenação, ela fez o máximo para atender a todas as solicitações dos profissionais e usuários”. “Devem conhecer a ESF”.

“Deveria ser algo mais estável para melhor organização e planejamento”

“Existe ainda um desconhecimento dos propósitos do PSF; e uma concepção de que o mais importante é atender a demanda em quantidade; não permitindo que a população mude a maneira de pensar a saúde”.

“Há quase dois anos fui colocada nesta unidade para compor uma equipe do PSF onde eu sou seu único membro (exceto pela chegada de um especializando que foi incorporado à equipe no início deste ano). Atuo sem Preceptorial de clínica médica; não tendo agente”.

“Influenciar no sentido que seja seguido o plano de atendimento dentro dos programas do PSF e nos horários dos Preceptores”.

“Mais interação multidisciplinar”.

“Maior atenção a estratégia Saúde da Família; respeitando com maior rigor o atendimento por área de abrangência”.

“Melhor distribuição de tarefas; responsabilidade e carinho pelo trabalho que realiza; que cada qual realize as funções em que esteja preparado e capacitado para realizá-las”.

“Melhor gerenciamento das rodas; maior incentivo às reuniões de equipe; maior comunicação entre as equipes”.

“Conscientizar a Coordenação sobre a importância da roda; que ocorre pouco”.

“Organizar a demanda. Organizar o serviço e sua potencialidade. Liderar os trabalhadores de nível médio; pois não respeita a Coordenação”.

“Presença mais efetiva da Coordenação nas atividades diárias da residência; maior exigência de compromisso dos outros médicos da unidade com o funcionamento da mesma”.

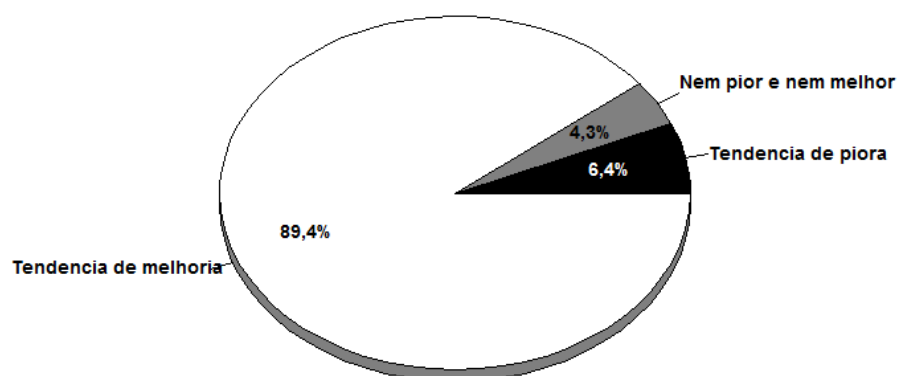
“Melhorar as questões de higiene da unidade. Horário dos trabalhadores, organização interna etc.”.

“Ser mais gestora; sem tanta democracia. Cobrar mais o que realmente deve ser feito por cada profissional”.

“Ser mais participativo e com mais agilidade e competência”.

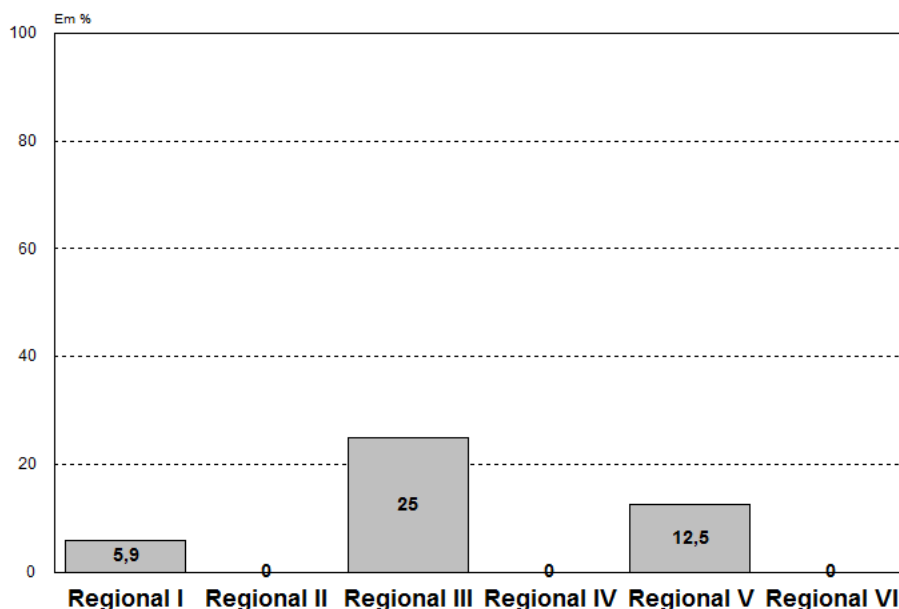
Por fim, quando instados a opinar sobre a tendência de melhoria ou piora na qualificação de seu desempenho profissional no intercurso do PRMFC/F, a grande maioria (aprox. 90%) dos respondentes respondeu positivamente (Gráfico 31). Quando estas opiniões são estratificadas por Regionais Administrativas, observa-se que a graduação de “tendência de piora” está mais concentrada na Regional III (Gráfico 32).

Gráfico 31. Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre a tendência de qualificação de seu desempenho profissional no intercurso do PRMFC/F. Período de 2007 e 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus
N= 48

Gráfico 32. Opiniões de Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F sobre a tendência de piora da qualificação de seu desempenho profissional no intercurso do PRMFC/F, estratificadas por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE. Período de 2007 e 2008.



Fonte: Pesquisa FormSus

3.3 Alguns resultados de cobertura, produção de serviços e impacto sobre o estado de saúde da população a partir da Atenção Básica à Saúde, Estratégia de Saúde da Família e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza/CE

Na preparação deste levantamento de dados foi elaborada uma lista de indicadores e descritores que propiciassem a aferição de alguns resultados de cobertura e produção de serviços (*outputs*) e de eventuais impactos dos mesmos sobre o estado de saúde da população (*outcomes*) na abrangência e sob a égide da Estratégia de Saúde da Família e do PRMFC/F de Fortaleza/CE. Para tanto, eram critérios preestabelecidos para a definição destes indicadores e descritores:

1. alta sensibilidade para possíveis alterações em curto prazo;
2. média especificidade para com as ações da ABS/ESF e PRMFC/F;
3. fácil disponibilidade e acessibilidade das fontes e bases de dados;
4. consistência e confiabilidade dos dados.

Quando se iniciou o trabalho de coleta e processamento destes referidos dados, observou-se a grande dificuldade para a utilização dos indicadores e descritores definidos previamente. Principalmente em razão da pouca disponibilidade e acessibilidade aos bancos de dados da SMS/Fortaleza/CE, assim como, devido à inconsistência de alguns deles, notadamente o Sistema de Informações de Atenção Básica à Saúde (SIAB). Lamentavelmente a fonte de dados sobre agravos notificáveis (SINAN) foi descartada porque não houve acesso aos dados processados a partir de 2006, momento de implantação do PRMFC/F.

Em sendo assim, optou-se pela utilização dos dados disponíveis, em sua maior parte agregados no âmbito municipal, dada a dificuldade de proceder a desagregação dos mesmos para outros níveis de análise (Unidades de Saúde da Família, bairros, Regionais Administrativas etc.).

As fontes utilizadas para este levantamento e análise descritiva foram respectivamente:

5. o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), de fontes municipal (SMS- desagregação por bairros a partir de 2006) e nacional (DATASUS), no período de 2002 a 2007,

6. o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), de fontes municipal (SMS - desagregação por bairros a partir de 2006) e nacional (DATASUS), no período de 2002 a 2007,

7. o Sistema de Informações de Atenção Básica à Saúde (SIAB), de fonte nacional (DATASUS), no período de 2002 a 2007 ,

8. o levantamento realizado junto aos Médicos Residentes e “Especializando” do PRMFC/F, via formulário eletrônico (FormSUS) no período de 2008.

3.3.1 Dados provenientes do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) de Fortaleza/CE

A maior parte dos dados desta fonte (SINASC) está agregada no âmbito municipal, somente dados sobre consultas de Pré-natal estão desagregados em blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F (a partir de 2006).

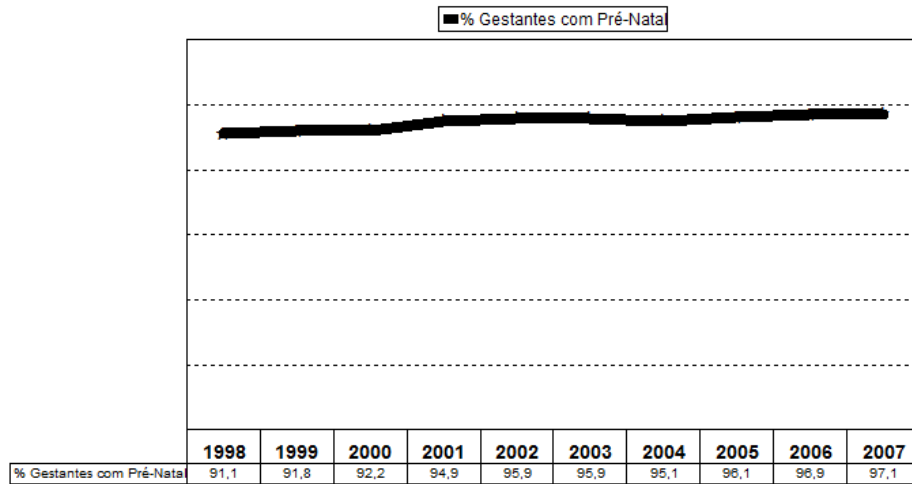
O Gráfico 33 descreve a proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE com pelo menos uma consulta de Pré-natal realizada (período de 1998 a 2007), com uma discreta tendência de incremento ao longo do período de 10 anos. Neste gráfico observa-se uma tendência inversa àquela do gráfico anterior (32), com o gradual decréscimo de gestantes sem Pré-natal, notadamente a partir do ano de 2002.

O Gráfico 34 descreve a proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE sem nenhuma consulta de Pré-natal realizada (período de 1998 a 2006). Neste gráfico observa-se uma tendência inversa àquela do gráfico anterior (33), com o gradual decréscimo de gestantes sem Pré-natal, notadamente a partir do ano de 2002.

O Gráfico 35 descreve a proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE que realizaram partos vaginais (período de 1998 a 2006). Também neste caso, observa-se um gradual decréscimo de gestantes que realizaram partos vaginais ao longo do período de 10 anos.

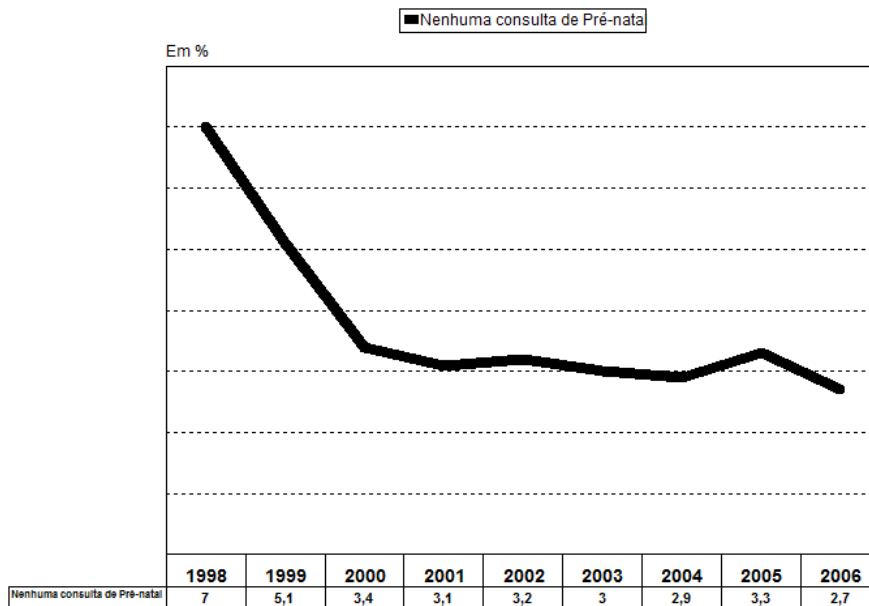
O Gráfico 36 descreve a proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE que realizaram partos vaginais, discriminada por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F (período de 2006 a 2008). Observa-se neste caso, que nos bairros com o PRMFC/F implantado, no período a partir de 2006 inicia-se uma tendência diversa daquela do município e dos bairros sem o PRMFC/F, com um discreto aumento da proporção percentual de partos vaginais.

Gráfico 33. Proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE com pelo menos uma consulta de Pré-natal realizada. Período de 1998 a 2007.



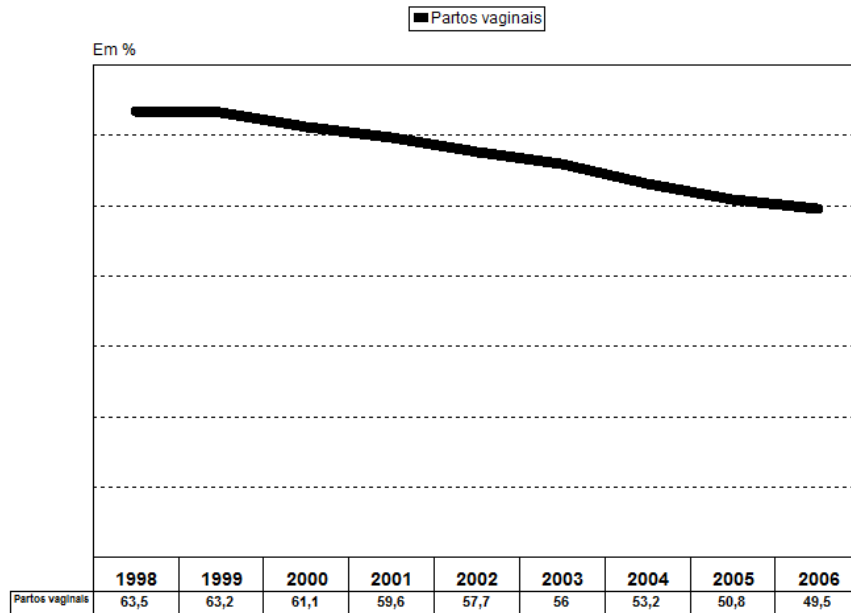
Fonte: SINASC.

Gráfico 34. Proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE sem nenhuma consulta de Pré-natal realizada. Período de 1998 a 2006.



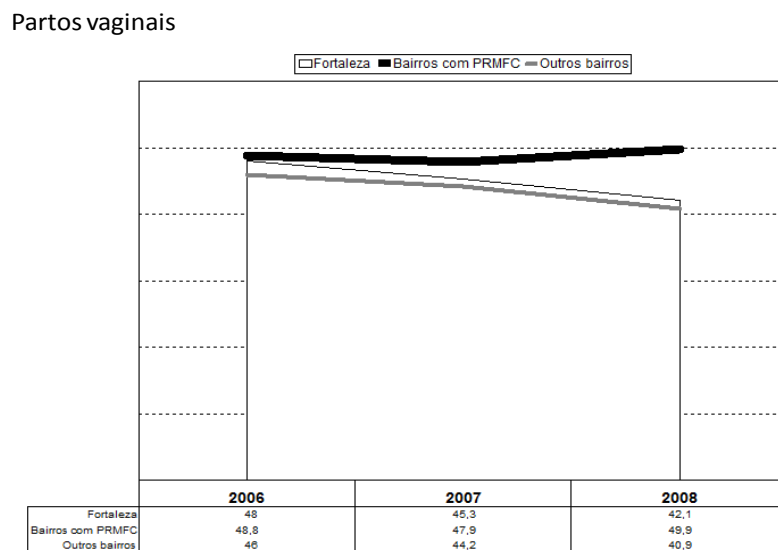
Fonte: SINASC/SUS.

Gráfico 35. Proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE que realizaram partos vaginais. Período de 1998 a 2006.



Fonte: SINASC/SUS.

Gráfico 36. Proporção percentual de gestantes de Fortaleza/CE que realizaram partos vaginais. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008.



Fonte: SINASC/Fortaleza.

3.3.2 Dados provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) de Fortaleza/CE

O Gráfico 37 descreve a proporção percentual de óbitos sem assistência médica de Residentes em Fortaleza/CE com a discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F (período de 1999 a 2008). No agregado do município, observa-se uma tendência variável de registros de óbitos sem assistência médica, com picos em 1998, 2004, 2005 e 2008. No caso dos bairros com o PRMFC/F implantado (a partir de 2006), observa-se um incremento destes registros.

O Gráfico 38 descreve a proporção percentual de óbitos de Residentes em Fortaleza/CE por causa indeterminada, discriminada por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F (período de 2006 a 2008). Esta variável geralmente está associada a um juízo sobre a qualidade dos registros de óbitos. Neste caso as tendências identificadas no agregado municipal e nos agregados discriminados são equivalentes, um pico em 2007 e um decréscimo no ano seguinte.

Gráfico 39 descreve o Coeficiente de Mortalidade Infantil por Doenças Infecciosas e Parasitárias em Fortaleza/CE (período de 1998 a 2006). Neste caso observa-se um significativo decréscimo entre 1998 e 2002, sendo que, a partir deste ano, observa-se uma tendência mais regular.

O Gráfico 40 descreve a proporção percentual de mortalidade geral por Doenças Infecciosas e Parasitárias em Fortaleza/CE, discriminada por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F (Período de 1999 a 2008). Neste caso observa-se picos em 1998 e 2002, um rebaixamento em 2000. Na comparação dos bairros com e sem o PRMFC/F implantado (período de 2006 a 2008, excetuados os registros de bairros ignorados), observa-se uma tendência similar (em “V”), sendo que a média do agregado de bairros como PRMFC/F é maior que a média do agregado dos outros bairros.

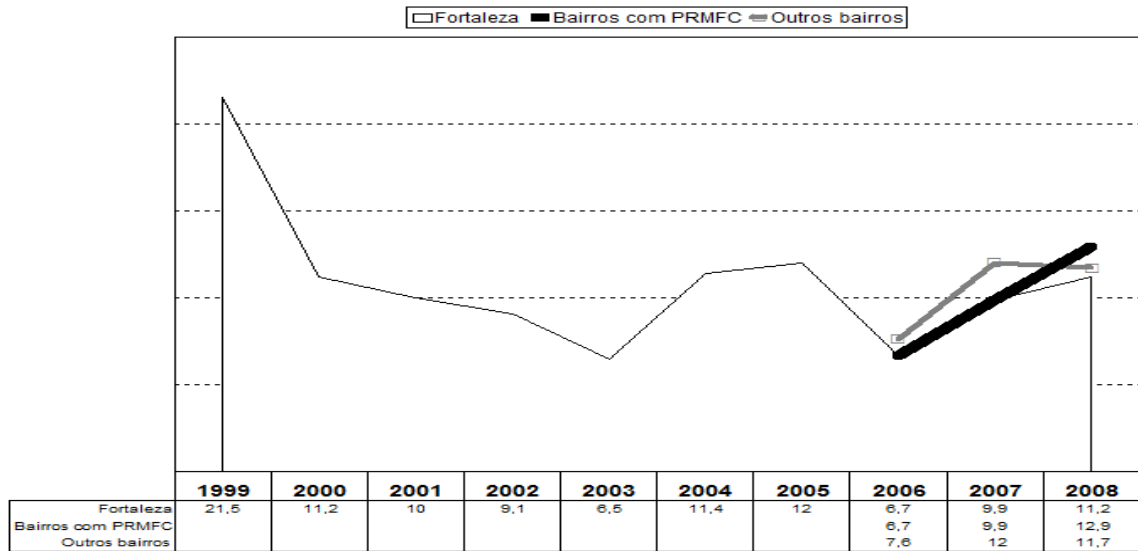
O Gráfico 41 descreve a proporção percentual de mortalidade geral por doenças imunopreviníveis em Fortaleza/CE, discriminada por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F (período de 2006 a 2008). Neste caso, observa-se que nos bairros com o PRMFC/F implantado há mortalidade mais alta do que no restante. Se considerado que a implantação das unidades do PSF em Fortaleza privilegiou os bairros com maiores graduações de risco social e epidemiológico (de acordo com critérios preestabelecidos da

SMS/Fortaleza), esta tendência já era esperada (o mesmo raciocínio pode ser projetado para os registros de mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias).

O Gráfico 42 descreve a proporção percentual de óbitos maternos investigados em Fortaleza/CE por causa indeterminada, também discriminada por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008. Este é um indicador que possui alta sensibilidade para ações de curto prazo. Neste caso, observa-se um incremento significativo entre 2006 e 2008 para Fortaleza, sendo que, no agregado de bairros com o PRMFC/F implantado há uma média melhor do que no agregado dos outros bairros.

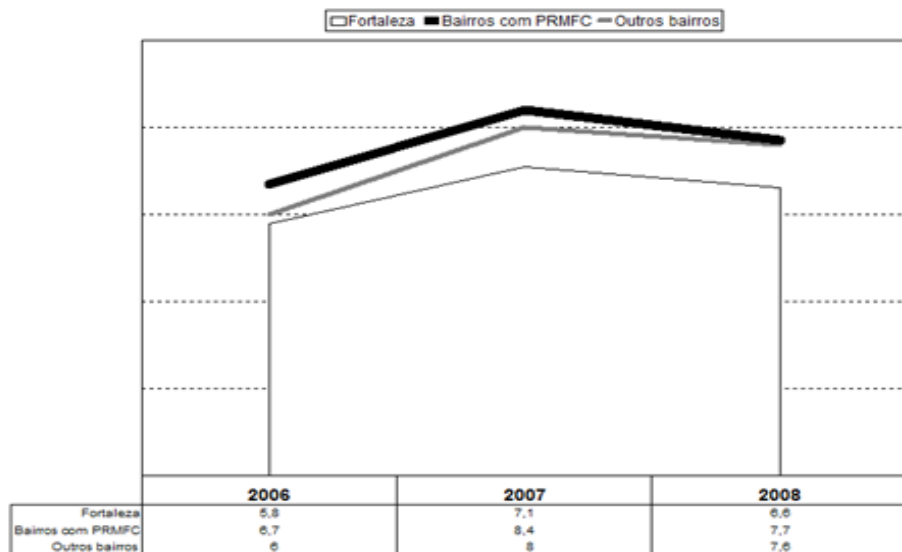
Outros dados provenientes desta fonte (SIM) não puderam ser considerados nesta análise em virtude da sua disponibilidade somente para o período anterior ao momento de implantação do PRMFC/F (2006).

Gráfico 37. Proporção percentual de óbitos sem assistência médica de Residentes em Fortaleza/CE. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 1999 a 2008.



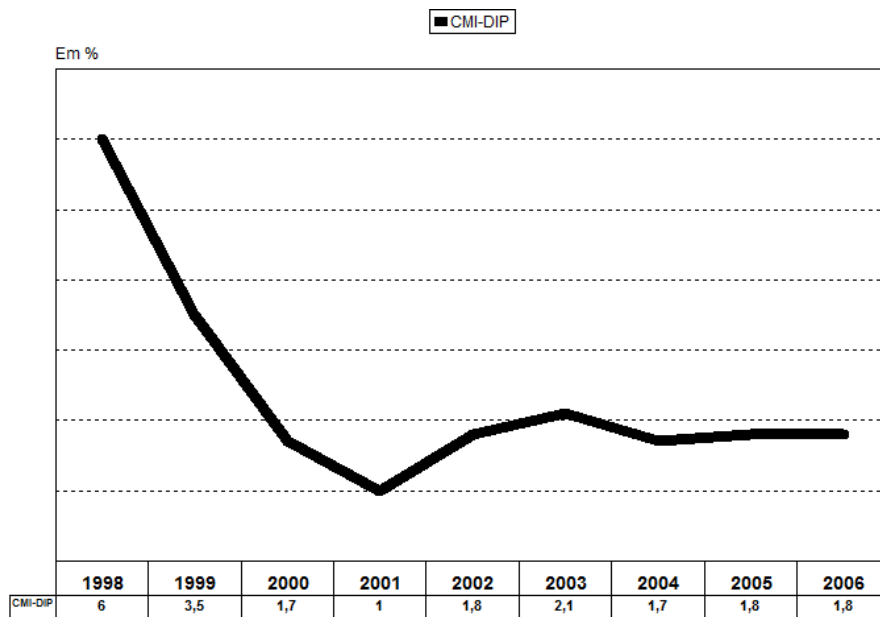
Fonte: SIM/Fortaleza.

Gráfico 38. Proporção percentual de óbitos de Residentes em Fortaleza/CE por causa indeterminada. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008.



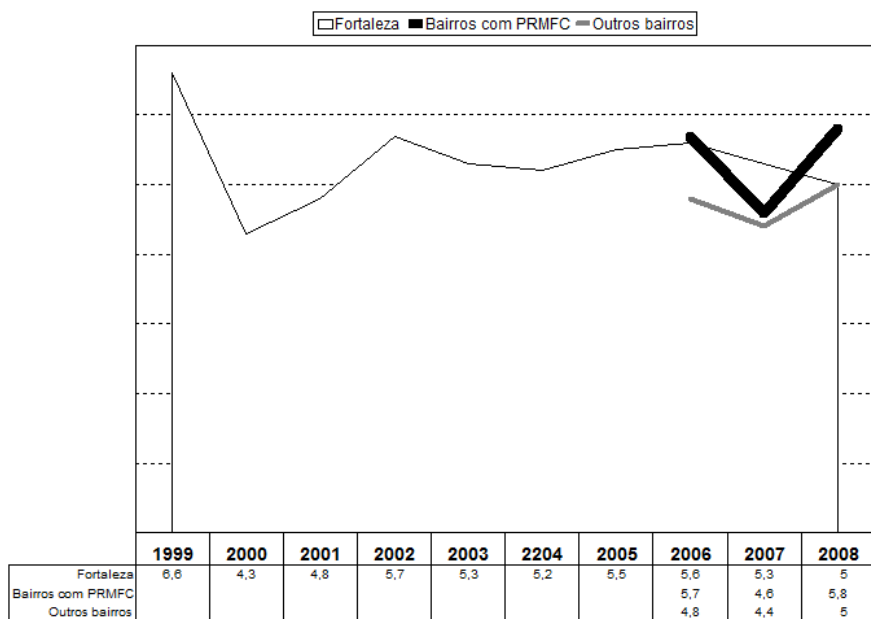
Fonte: SIM/Fortaleza.

Gráfico 39. Coeficiente de Mortalidade Infantil por Doenças Infecciosas e Parasitárias em Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2006



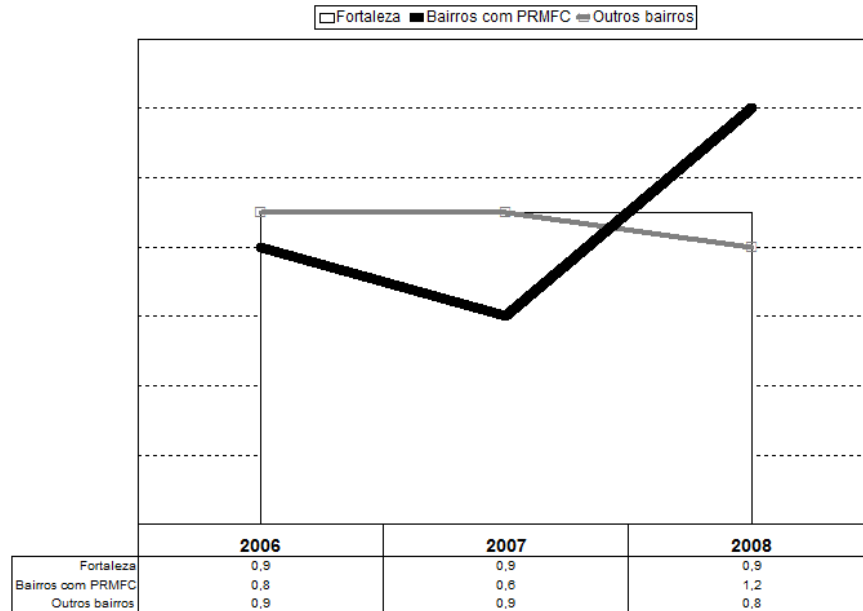
Fonte: SINASC/SUS.

Gráfico 40. Proporção percentual de mortalidade geral por Doenças Infecciosas e Parasitárias em Fortaleza/CE. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 1999 a 2008.



Fonte: SIM/Fortaleza
 * O conglomerado de Fortaleza possui dados de bairros ignorados.

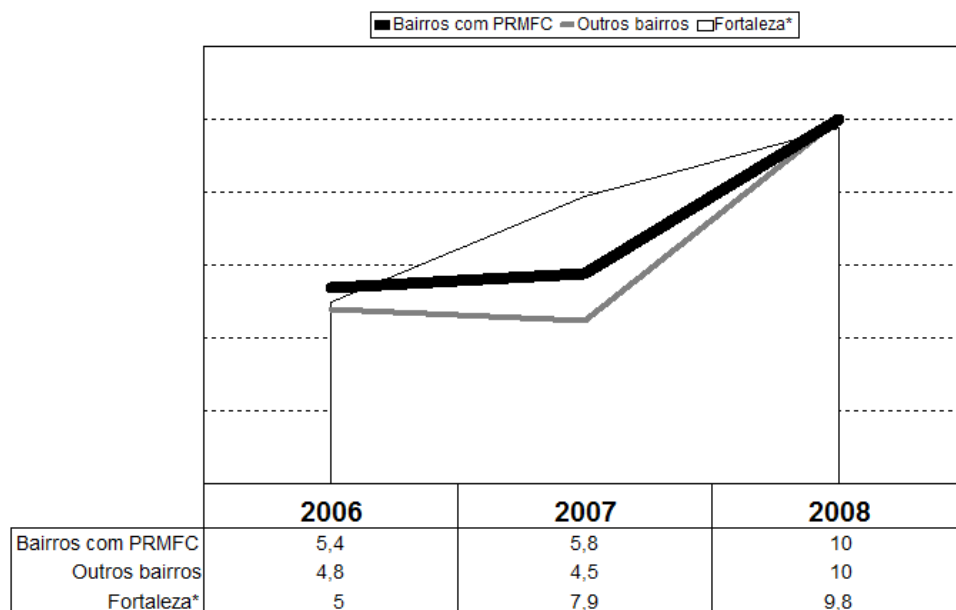
Gráfico 41. Proporção percentual de mortalidade geral por Doenças imunopreviníveis em Fortaleza/CE. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008



Fonte: SIM/Fortaleza.

* O conglomerado de Fortaleza possui dados de bairros ignorados.

Gráfico 42. Proporção percentual de óbitos maternos investigados em Fortaleza/CE por causa indeterminada. Discriminação por blocos de bairros com e sem cobertura do PRMFC/F. Período de 2006 a 2008.



Fonte: SIM municipal de Fortaleza.

* Incluídos dados de bairros ignorados.

3.3.3 Dados provenientes do Sistema de Informações de Atenção Básica à Saúde (SIAB) de Fortaleza/CE

Esta é a fonte com a maior disponibilidade de dados e melhor possibilidade de se efetivar cálculos de variáveis mais afins para com o processo e práticas de trabalho na ABS/ESF e PRMFC/F. Lamentavelmente, ao desagregar os dados, por unidades de Saúde da Família (fontes primárias de registros) e por bairros, observou-se uma significativa variação na coleta de registros, o que ocasiona uma inconsistência ao longo do período analisado. Mesmo assim, em se tratando da única fonte de registros específica para os serviços de ABS, optou-se pela análise do agregado de dados municipais, tendo presente a constatação de que as eventuais tendências evidenciadas possuem pouca capacidade explicativa, mas podem eventualmente servir para a formulação de hipóteses de estudo.

O gráfico 43 descreve a proporção percentual de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza/CE (Período de 1998 a 2008). Observa-se um pico em 2000, seguido por um incremento em 2002, com estabilidade da cobertura populacional a partir deste ano.

O gráfico 44 descreve a proporção percentual de cobertura de famílias pela Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza/CE (Período de 2004 a 2008). Observa-se neste gráfico mesma tendência de manutenção da cobertura de famílias nestes anos.

O gráfico 45 descreve a produção de procedimentos ambulatoriais por habitante de Fortaleza/CE. Quantidade apresentada e aprovada (período de 1998 a 2008). Observa-se uma tendência ao crescimento na produção ambulatorial, com incremento anual. Estes dados condizem com a transferência de recursos federais para financiamento da produção ambulatorial demonstrada no gráfico 15.

O gráfico 46 descreve o número de atendimentos registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Discriminação proporcional por faixas etárias (período de 1998 a 2008). Observa-se um pico em 2001, com um declínio de atendimentos para todas as faixas etárias até 2005, uma tendência em “v”, havendo uma retomada de crescimento a partir deste ano. Observaram-se também maior número de atendimentos registrados para menores de um ano e maiores de sessenta anos.

O gráfico 47 descreve o número de atendimentos registrados de puericultura na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (Período de 1998 a 2008). Observa-se um padrão irregular de crescimento até 2004, com declínio em 2005 e nova retomada de crescimento a partir deste ano. Com repetição do padrão em “v” observado em outros gráficos.

O gráfico 48 descreve o número de atendimentos de Pré-natal registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se a mesma tendência em “v” do gráfico anterior.

O gráfico 49 descreve o número de atendimentos com exames citopatológicos de prevenção do carcinoma de colo uterino registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se um pico em 2002, com declínio até 2005 e retomada de crescimento a partir deste ano. Nota-se o mesmo padrão em “v”.

O gráfico 50 descreve o número de atendimentos de Doenças Sexualmente Transmissíveis, inclusive AIDS, registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se um padrão irregular de crescimento até 2002 e repete-se a tendência em “v” dos gráficos anteriores.

O gráfico 51 descreve o número de atendimentos registrados de pacientes com Diabetes Mellitus na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se o mesmo padrão em “v” dos gráficos anteriores, com pico em 2007 e novo decréscimo em 2008.

O gráfico 52 descreve o número de atendimentos registrados de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Segue o mesmo padrão do gráfico anterior.

O gráfico 53 descreve o número de atendimentos registrados de pacientes com Hanseníase na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se neste gráfico o mesmo padrão em “v”, com pico em 2002 e depressão em 2005, com tendência ao crescimento a partir deste ano.

O gráfico 54 descreve o número de atendimentos registrados de pacientes com Tuberculose na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008).

Observa-se um crescimento gradual até 2003, um pico em 2004, decréscimo em 2005 e tendência ao crescimento a partir deste ano, repetindo mais uma vez o padrão em “v”.

O gráfico 55 descreve o número de visitas domiciliares registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2007). Observa-se um padrão de crescimento até 2001, um declínio até 2003, um patamar até 2005, novo incremento até 2006 e novo decréscimo.

O gráfico 56 descreve a proporção percentual de nascidos vivos pesados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2007). Este gráfico mantém uma estabilidade durante todo o período.

O gráfico 57 Coeficiente de Mortalidade Infantil por Doenças Diarreicas registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2007). Observa-se um padrão irregular, com picos em 2000, 2002 e 2006.

O gráfico 58 Coeficiente de Mortalidade Infantil por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2007). Observa-se um decréscimo entre 1998 e 2000, com aumento da mortalidade gradual, chegando ao pico em 2005, seguido por novo declínio. Observa-se um padrão “v” invertido, com ápice em 2005.

O gráfico 59 descreve a proporção percentual de aleitamento materno exclusivo para crianças de até quatro meses de vida na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2007). Observa-se uma curva com discreta tendência de crescimento, com um incremento de quase 10% entre 1999 e 2001, seguido de um aumento gradual nos anos seguintes.

O gráfico 60 descreve a proporção percentual de crianças de até um ano de vida com o esquema vacinal básico em dia na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2007). Este gráfico segue mesmo padrão do anterior, com aumento de 10% entre 2000 e 2001, seguido por um aumento gradual nos anos subsequentes.

O gráfico 61 descreve o número de exames de patologia clínica solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se um padrão de

crescimento irregular, com picos em 2003 e 2006. Nos anos subsequentes observa-se uma tendência à redução.

O gráfico 62 descreve o número de exames de radiodiagnóstico solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se uma tendência de crescimento, com um padrão regular entre 1998 e 2002, um padrão irregular entre 2002 e 2005, e uma nova tendência de crescimento regular a partir deste ano.

O gráfico 63 descreve o número de exames de ultrassonografia solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se neste gráfico um padrão irregular de crescimento até 2004, com declínio em 2005, e tendência a retomada de crescimento a partir deste ano. Observa-se mesmo padrão do gráfico 47, que refere ao número de consultas de Pré-natal realizadas.

O gráfico 64 descreve o número de encaminhamentos para atendimentos especializados referenciados pela Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se neste gráfico um discreto padrão de crescimento até 2006, com um pico em 2007, seguido por novo decréscimo.

O gráfico 65 descreve o número de encaminhamentos para internação hospitalar registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se um padrão irregular, com picos em 2004 e 2008.

O gráfico 66 descreve o número de internações domiciliares realizadas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se um padrão irregular com picos em 1999, 2004 e 2008.

O gráfico 67 descreve o número de atendimentos de reidratação oral registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se um discreto aumento em 2002 e um pico em 2007.

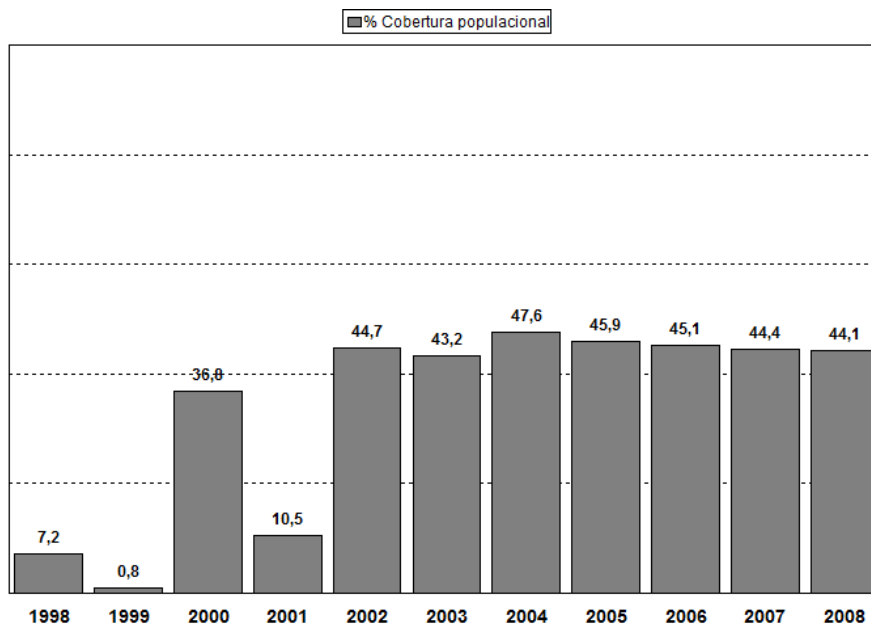
O gráfico 68 descreve o número de atendimentos de grupos registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se neste gráfico, um discreto aumento até 2005, apresentando um crescimento mais acentuado após este ano.

O gráfico 69 descreve o número de reuniões registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE (período de 1998 a 2008). Observa-se neste gráfico o mesmo padrão do anterior.

O gráfico 70 Taxas de internação hospitalar por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e Doença Diarreica Aguda (DDA) de crianças menores de 5 anos de idade em Fortaleza/CE (período de 2000 a 2008). Observa-se uma tendência decrescente para ambos os indicadores. A curva de Taxa de internação por IRA apresentou uma acentuada queda em 2004, com posterior estabilização. A curva de taxa de internação por DDA apresentou uma discreta queda após 2005.

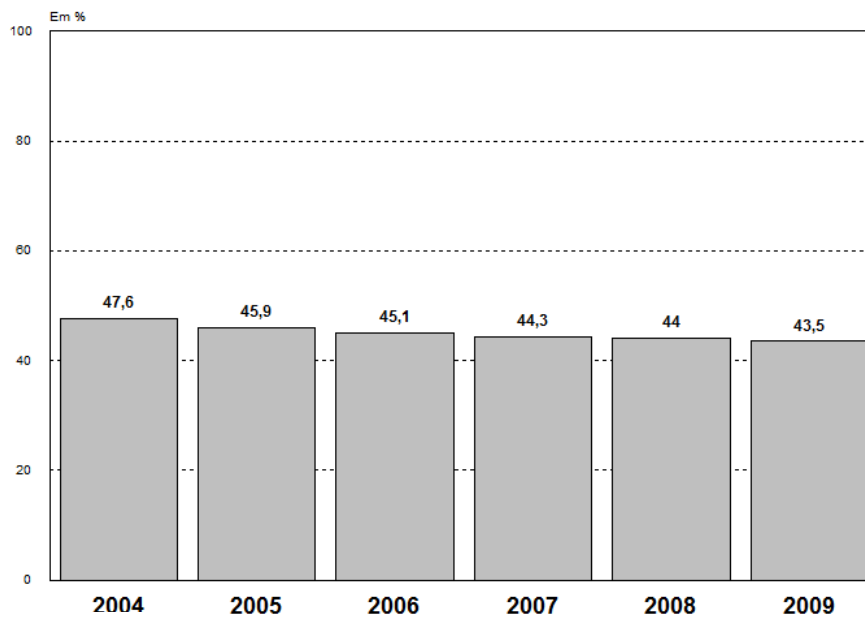
O gráfico 71 Taxas de internação hospitalar por Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) em Fortaleza/CE (período de 2000 a 2008). As linhas deste gráfico mantêm uma tendência de estabilidade com discreta melhora a partir de 2006.

Gráfico 43. Proporção percentual de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



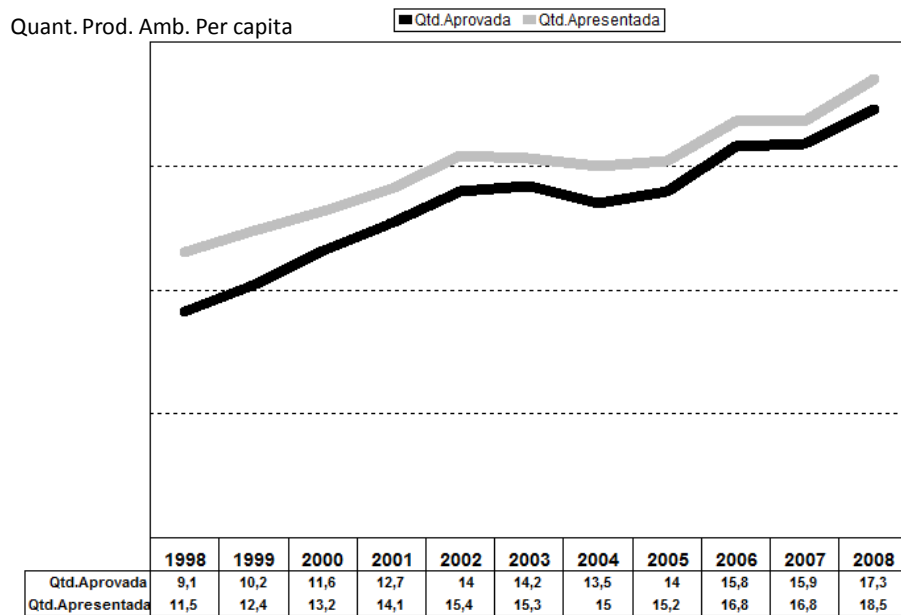
Fonte: SIAB

Gráfico 44. Proporção percentual de cobertura de famílias pela Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza/CE. Período de 2004 a 2008.



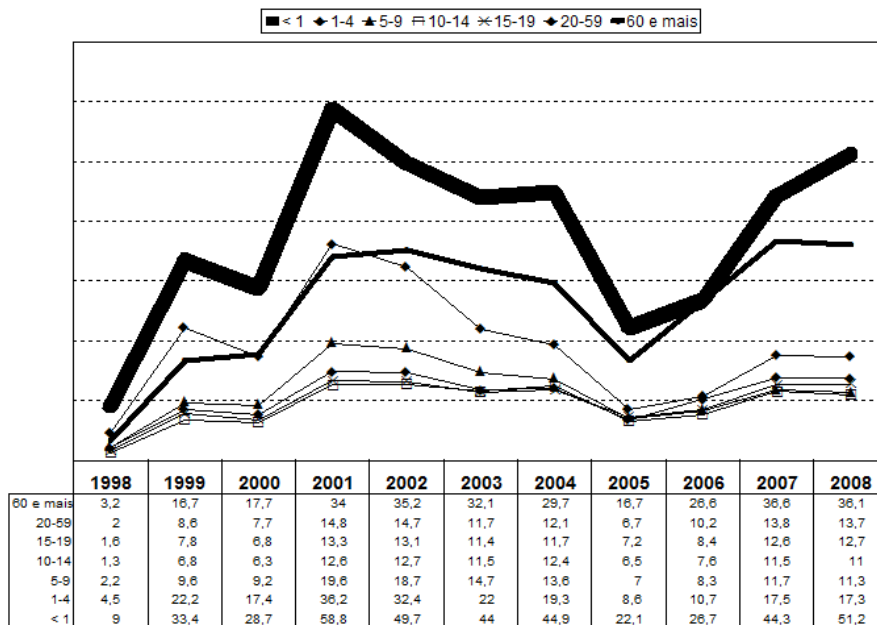
Fonte: SIAB

Gráfico 45. Produção de procedimentos ambulatoriais por habitante de Fortaleza/CE. Quantidade apresentada e aprovada. Período de 1998 a 2008.



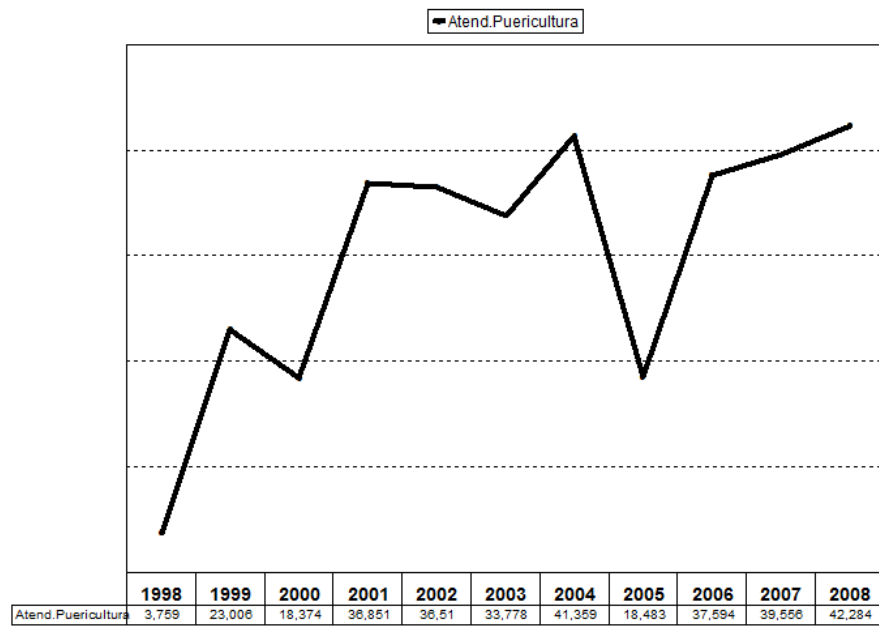
Fonte: SAI/SUS

Gráfico 46. Número de atendimentos registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Discriminação proporcional por faixas etárias. Período de 1998 a 2008.



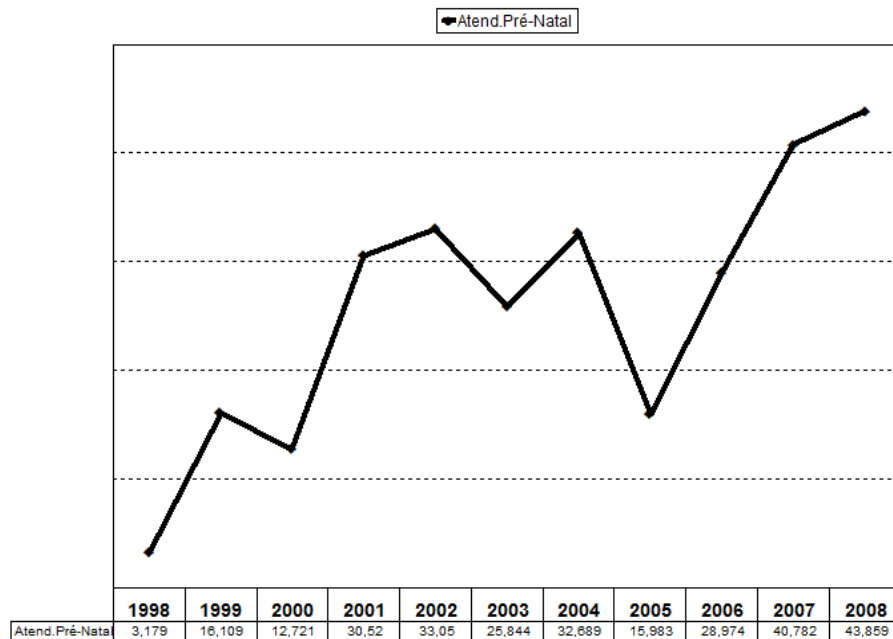
Fonte: SAI

Gráfico 47. Número de atendimentos registrados de puericultura na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



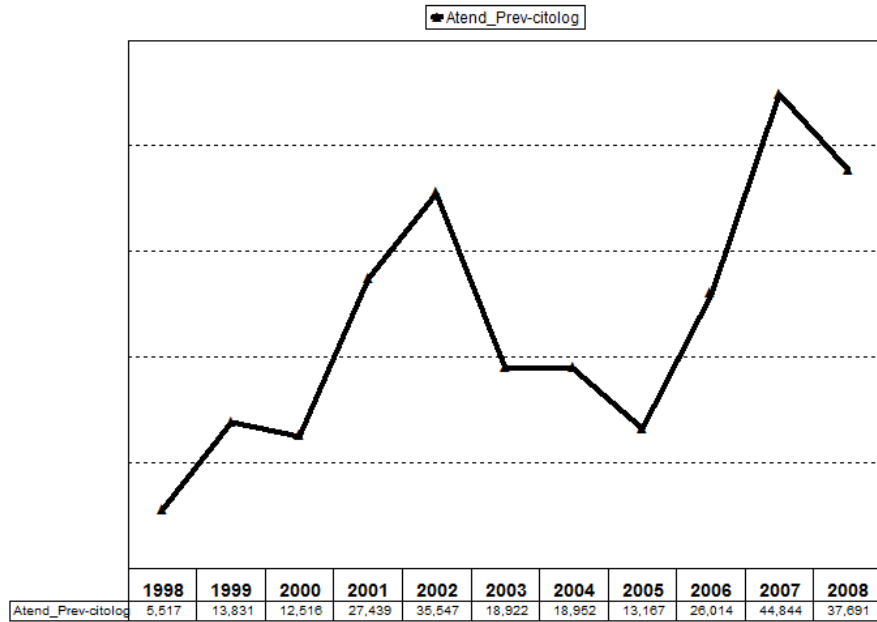
Fonte: SIAB

Gráfico 48. Número de atendimentos de Pré-natal registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



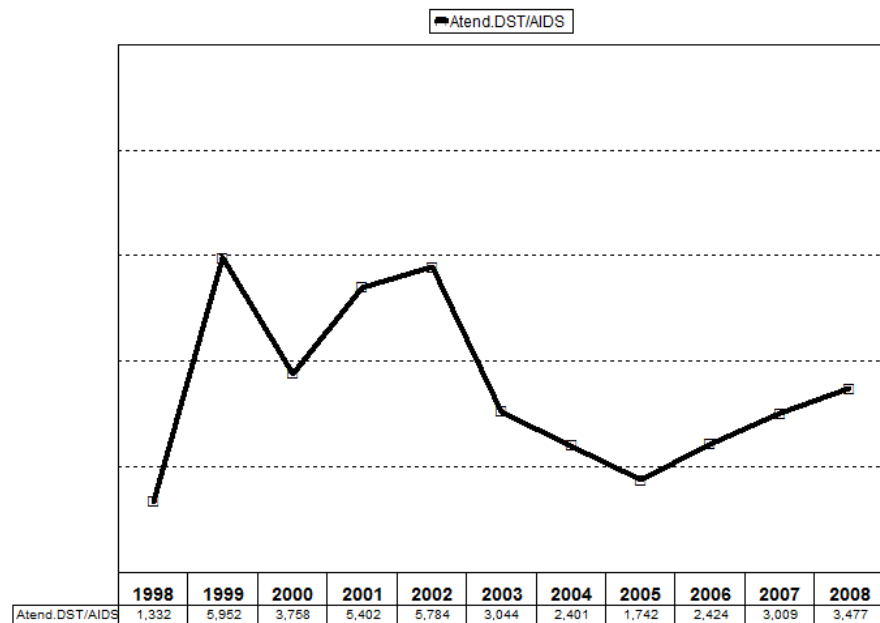
Fonte: SIAB

Gráfico 49. Número de atendimentos com exames citopatológicos de prevenção do carcinoma de colo uterino registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



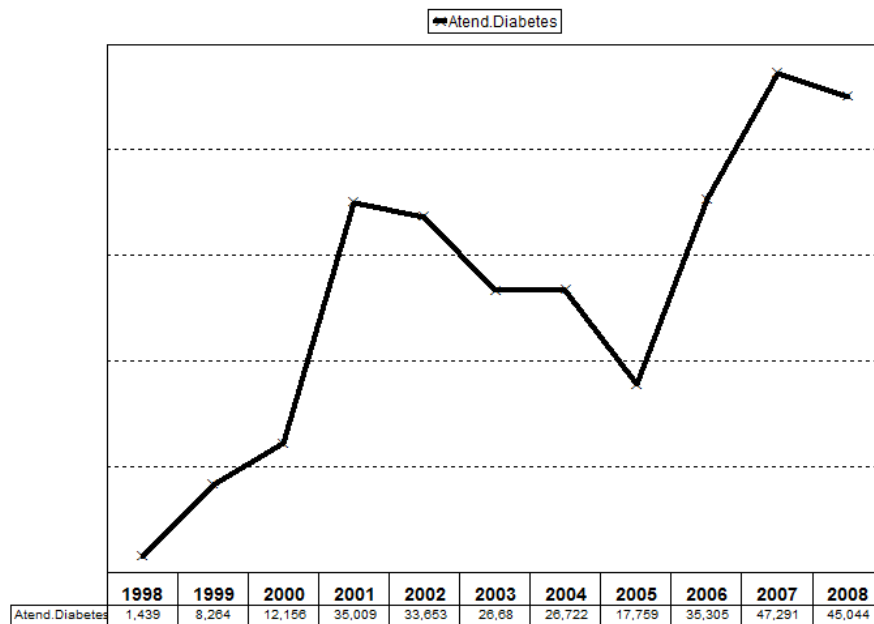
Fonte: SIAB

Gráfico 50. Número de atendimentos de Doenças Sexualmente Transmissíveis, inclusive AIDS, registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



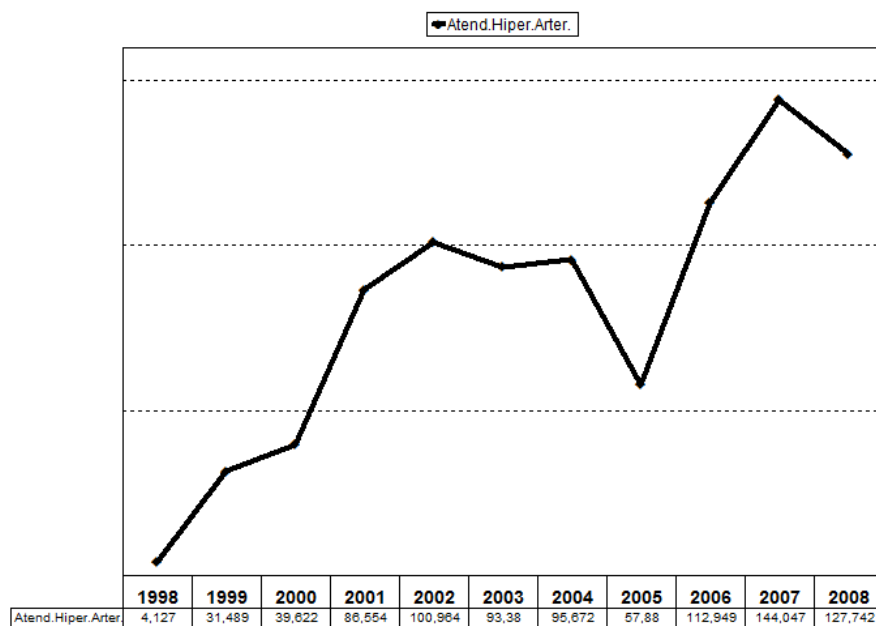
Fonte: SIAB

Gráfico 51. Número de atendimentos registrados de pacientes com Diabetes Mellitus na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



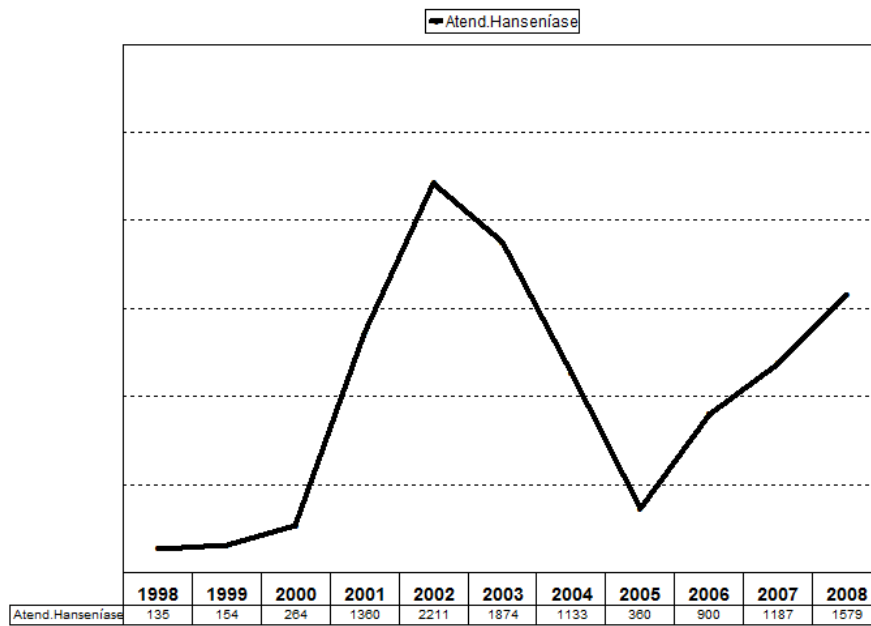
Fonte: SIAB

Gráfico 52. Número de atendimentos registrados de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



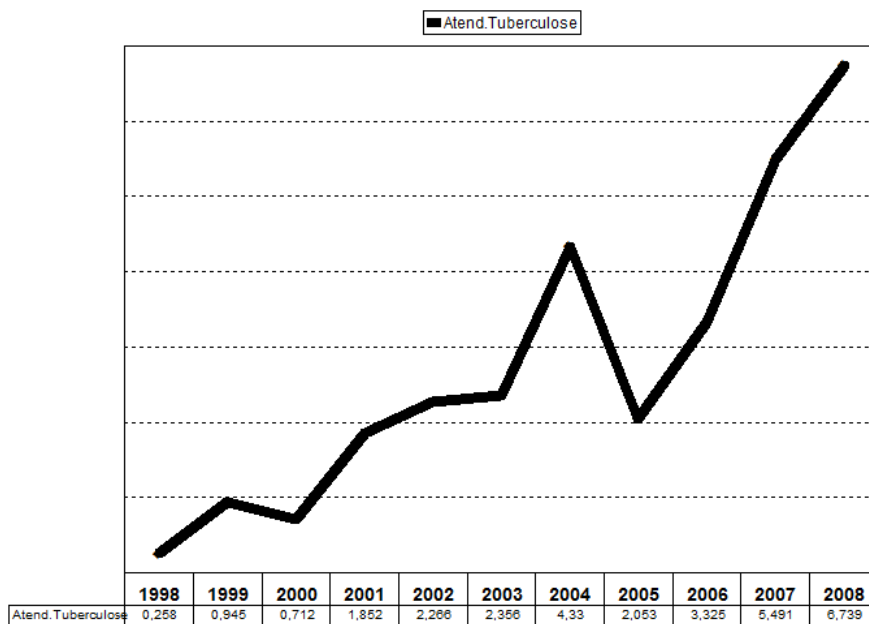
Fonte: SIAB

Gráfico 53. Número de atendimentos registrados de pacientes com Hanseníase na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



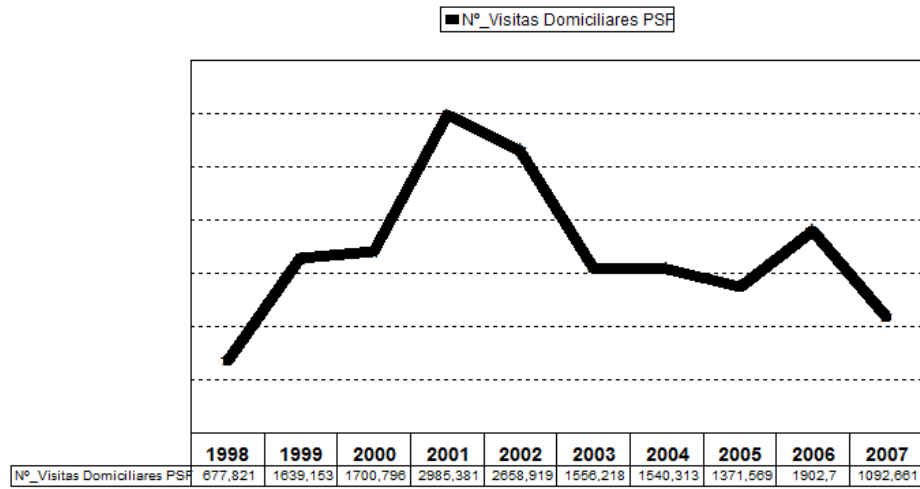
Fonte: SIAB

Gráfico 54. Número de atendimentos registrados de pacientes com Tuberculose na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



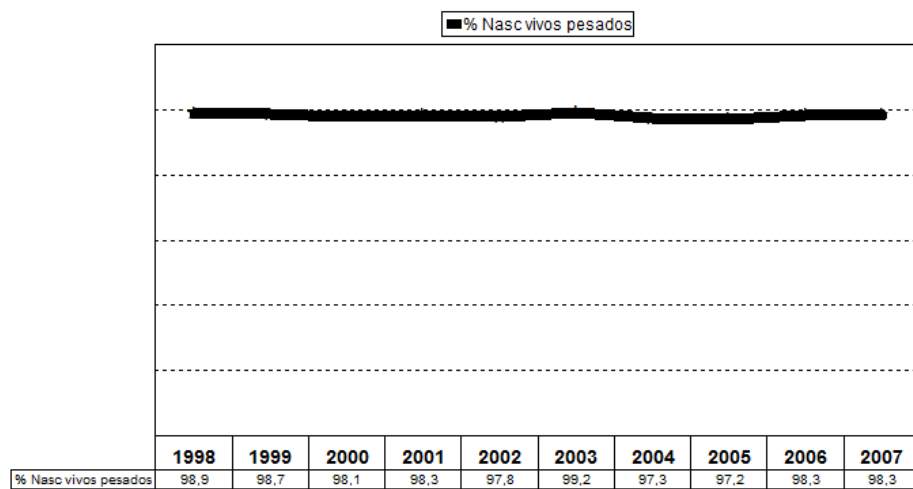
Fonte: SIAB

Gráfico 55. Número de visitas domiciliares registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.



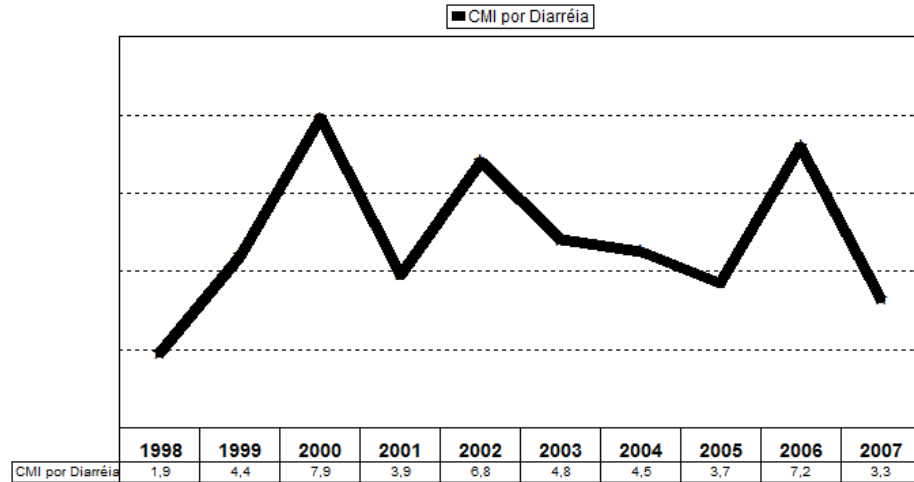
Fonte: SIAB

Gráfico 56. Proporção percentual de nascidos vivos pesados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.



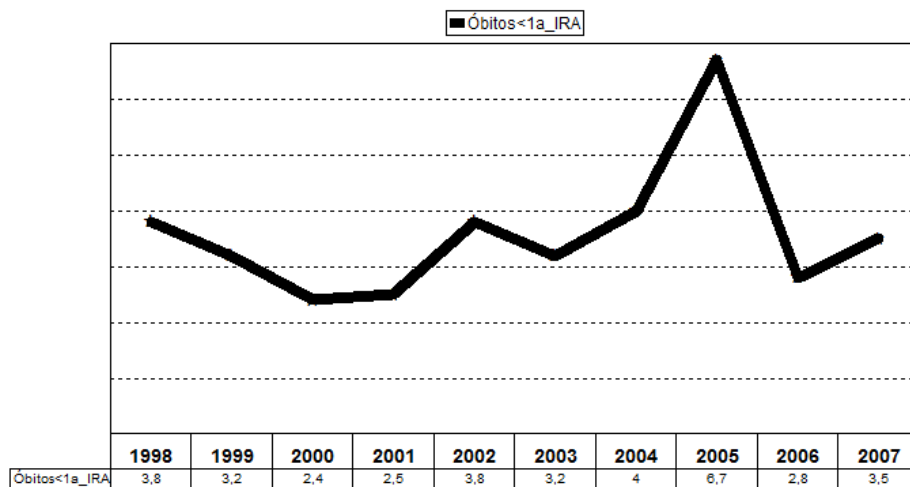
Fonte: SIAB

Gráfico 57. Coeficiente de Mortalidade Infantil por Doenças diarreicas registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.



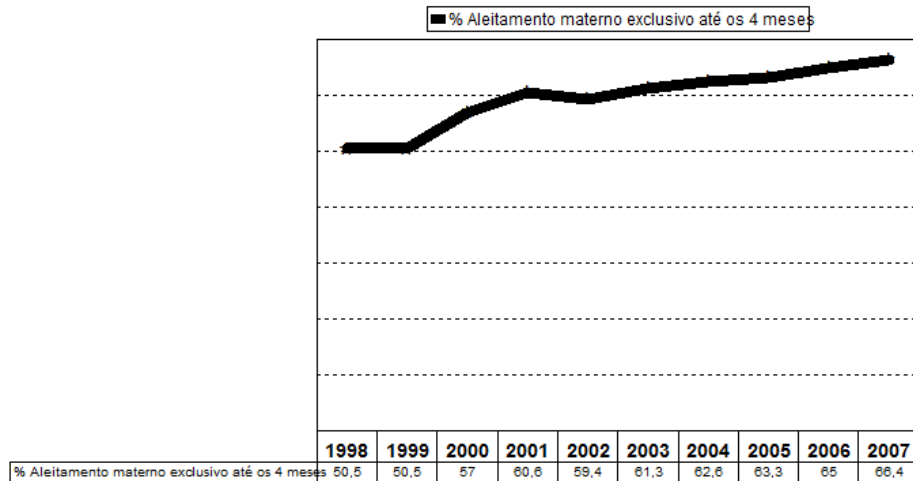
Fonte: SIAB

Gráfico 58. Coeficiente de Mortalidade Infantil por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.



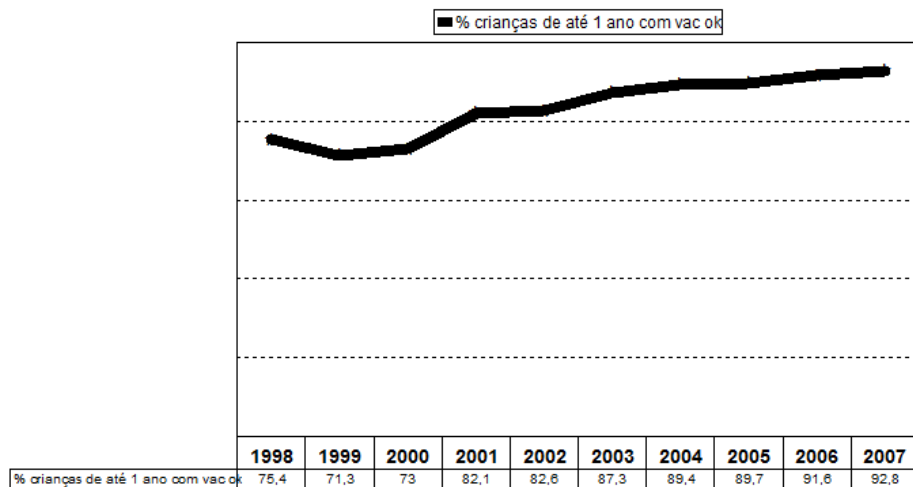
Fonte: SIAB

Gráfico 59. Proporção percentual de aleitamento materno exclusivo para crianças de até 4 meses de vida na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.



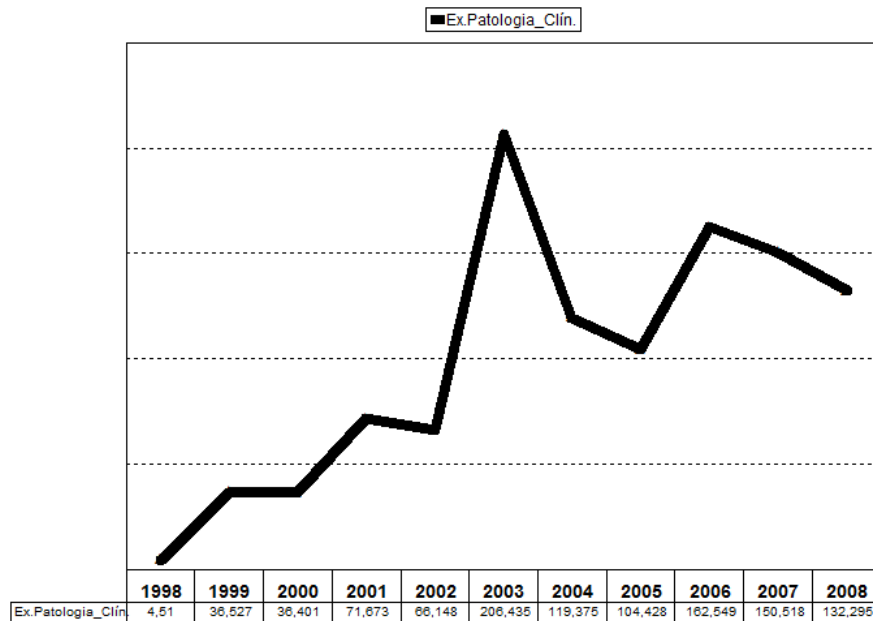
Fonte: SIAB

Gráfico 60. Proporção percentual de crianças de até um ano de vida com o esquema vacinal básico em dia na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2007.



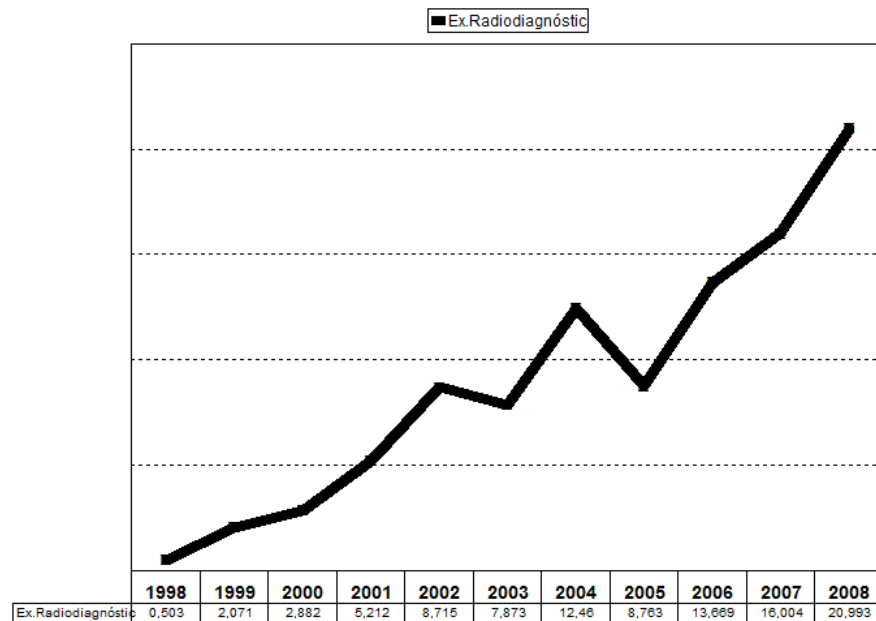
Fonte: SIAB

Gráfico 61. Número de exames de patologia clínica solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



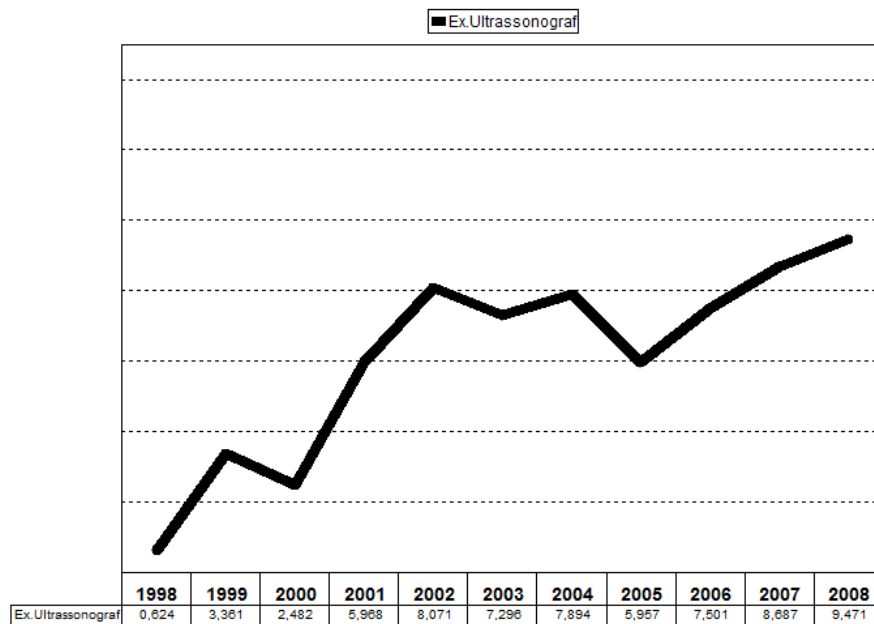
Fonte: SIAB

Gráfico 62. Número de exames de radiodiagnóstico solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



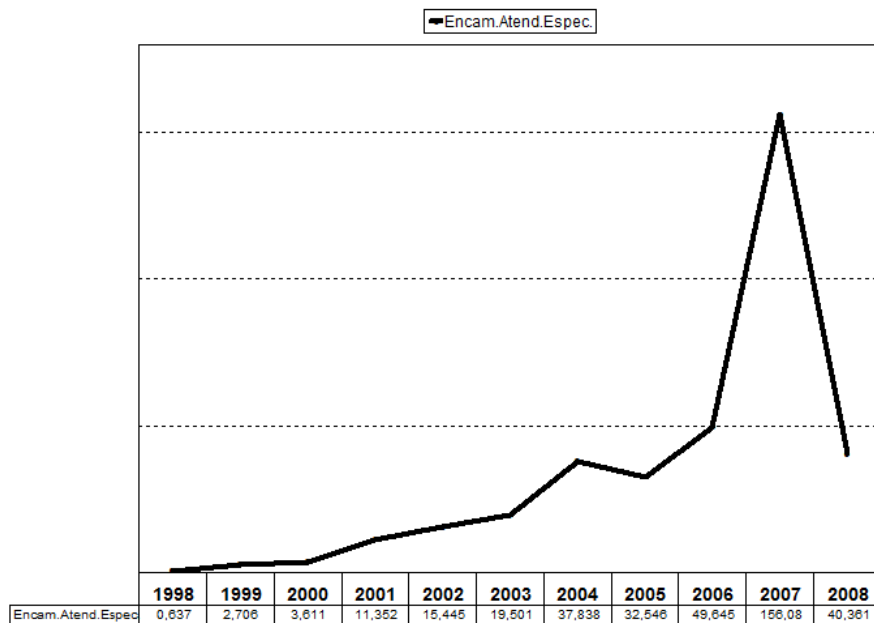
Fonte: SIAB

Gráfico 63. Número de exames de ultrassonografia solicitados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



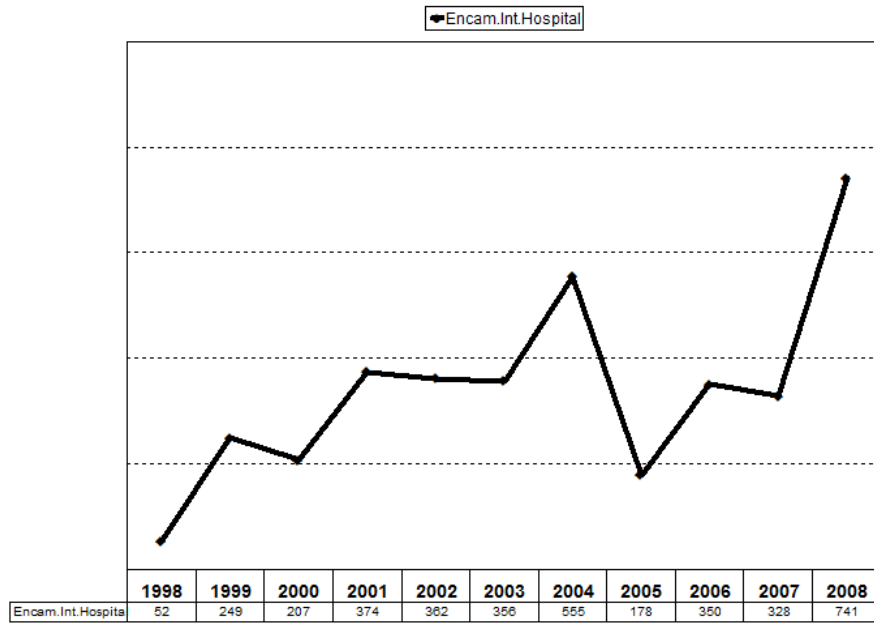
Fonte: SIAB

Gráfico 64. Número de encaminhamentos para atendimentos especializados referenciados pela Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



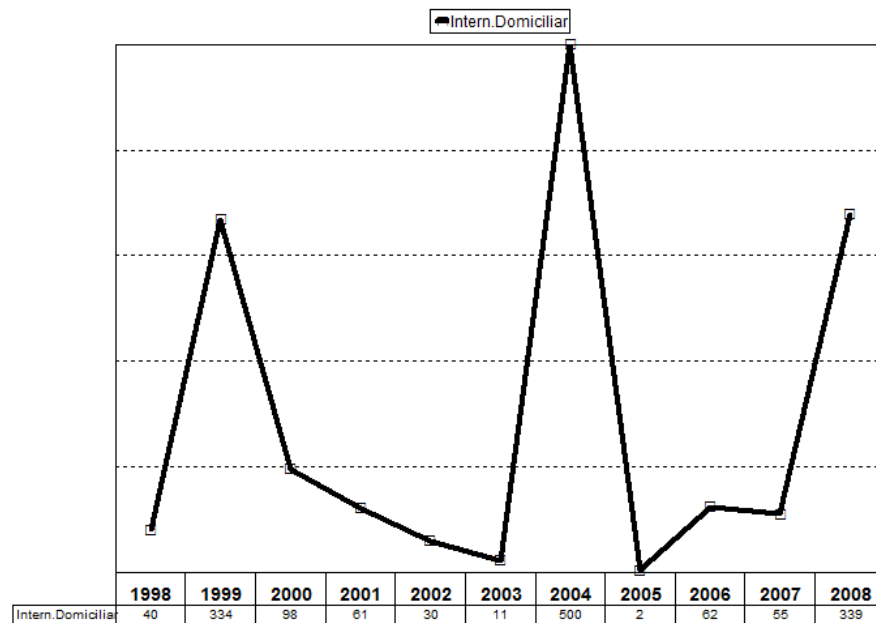
Fonte: SIAB

Gráfico 65. Número encaminhamentos para internação hospitalar registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



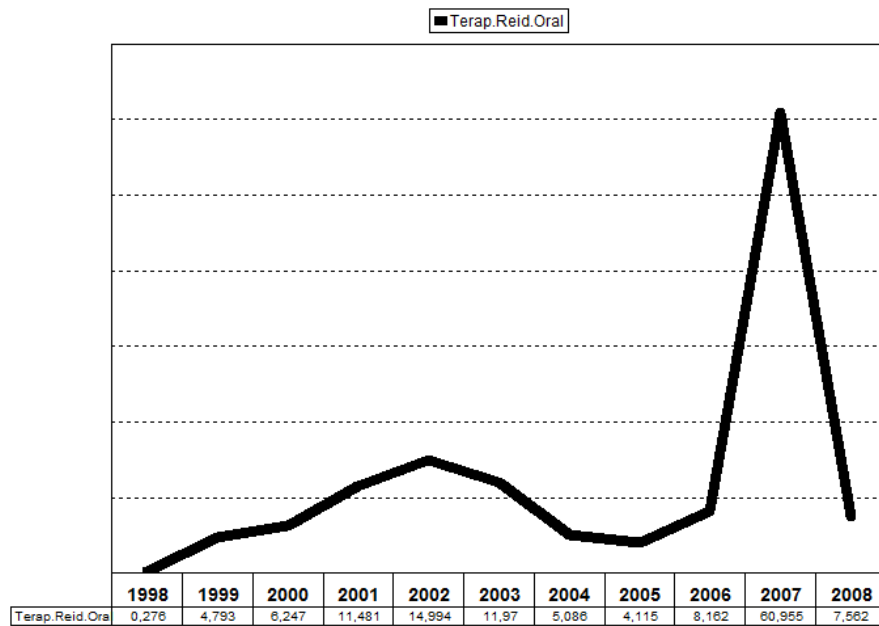
Fonte: SIAB

Gráfico 66. Número de internações domiciliares realizadas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



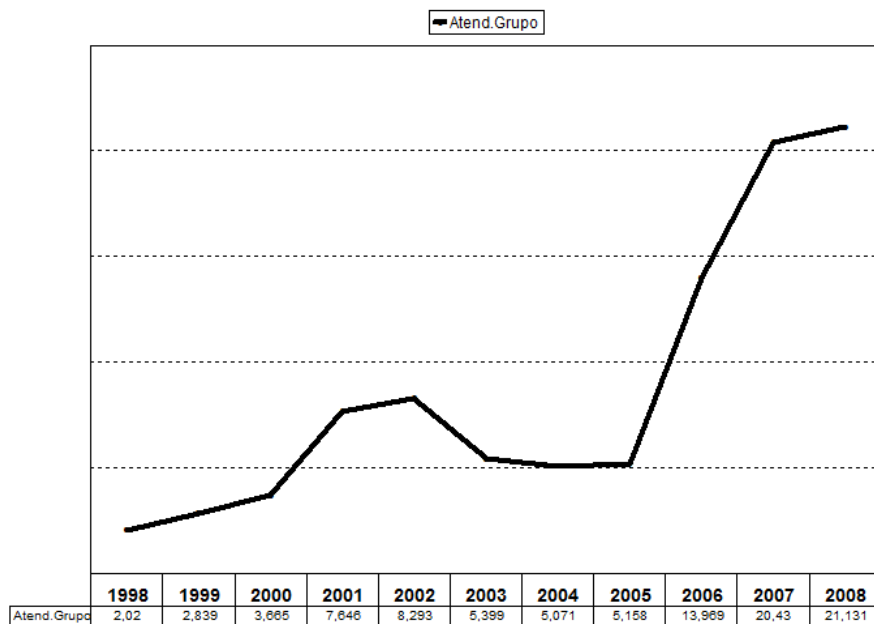
Fonte: SIAB

Gráfico 67. Número de atendimentos de reidratação oral registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



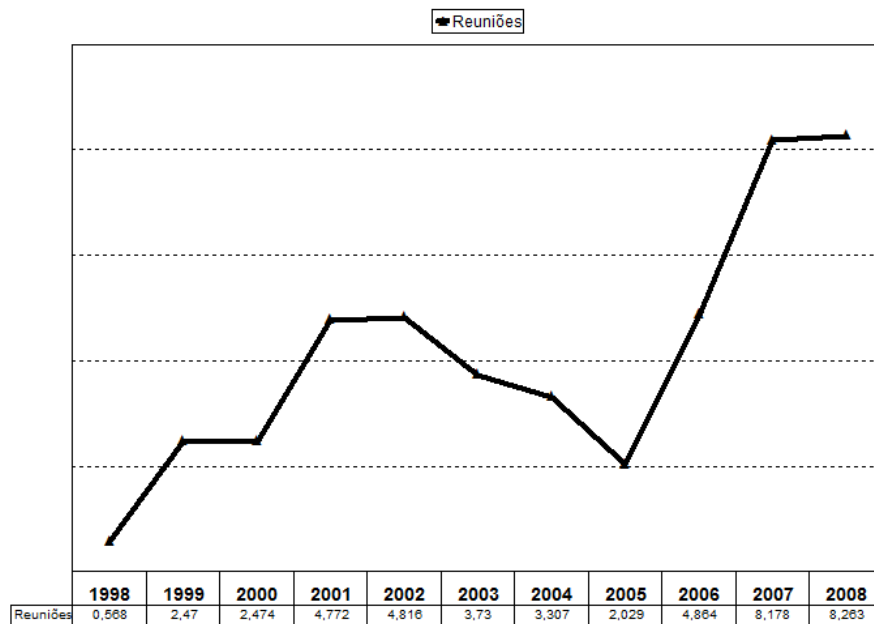
Fonte: SIAB

Gráfico 68. Número de atendimentos de grupos registrados na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



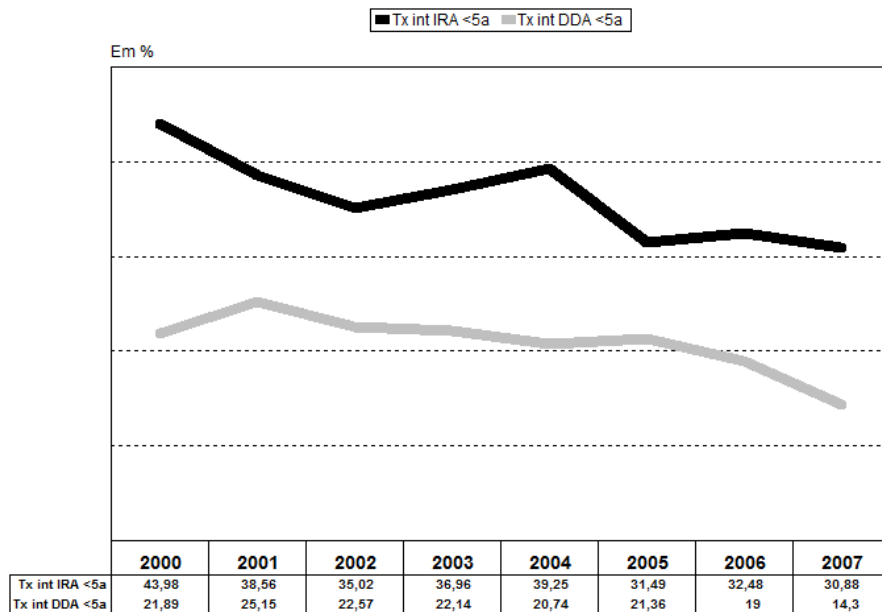
Fonte: SIAB

Gráfico 69. Número de reuniões registradas na Atenção Básica à Saúde de Fortaleza/CE. Período de 1998 a 2008.



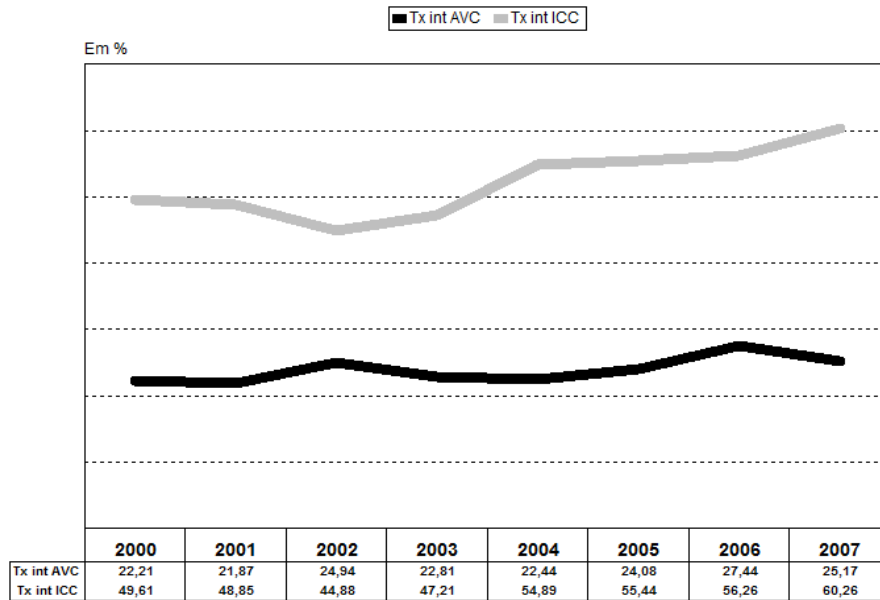
Fonte: SIAB

Gráfico 70. Taxas de internação hospitalar por Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e Doença Diarreica Aguda (DDA) de crianças menores de cinco anos de idade em Fortaleza/CE. Período de 2000 a 2008.



Fonte: SIH/SUS

Gráfico 71. Taxas de internação hospitalar por Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) em Fortaleza/CE. Período de 2000 a 2008.



Fonte: SIH/SUS

3.3.4 Informações provenientes do levantamento realizado junto aos Médicos Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F (FormSUS)

O levantamento de informações sobre a produção de serviços e/ou atendimentos nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado, a partir de referências de Residentes e “Especializandos” (respostas a quesitos do formulário eletrônico) não possui um caráter descritivo apurado e a quantificação estabelecida não pode servir de parâmetro comparativo. Estas informações referidas servem tão somente para dimensionar as percepções dos respondentes acerca de seu processo de trabalho e, na ausência de dados quantitativos mais consistentes e confiáveis, discriminar as informações a partir de sua abrangência em termos de Regionais Administrativas.

Em um quesito do formulário foi solicitada aos Residentes/”Especializandos” a informação sobre o número de visitas domiciliares (VD’s) realizadas semanalmente. A maior parte (72,5%) afirmou realizar de três a cinco visitas domiciliares semanalmente (Tabela 22). No Gráfico 72, abaixo, há uma descrição do número médio semanal de visitas domiciliares realizadas pelos Residentes/”Especializandos” em cada Regional Administrativa da prefeitura.

A maior parte destas visitas domiciliares foi realizada especificamente para pacientes acamados, com dificuldades de locomoção (Tabela 23) e em menor medida para mulheres puérperas e seus recém nascidos (Tabela 24). As unidades das Regionais Administrativas I, II e IV possuem uma média de quatro visitas domiciliares semanais e as Regionais Administrativas II, III e VI uma média de três visitas domiciliares.

Tabela 22. Número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado pelos médicos Residentes/“Especializando”. Período de 2008.

Nº de VD's	N	%	Cumulativo
Nenhuma	1	1,96	1,96
Menos de uma	3	5,88	7,84
Uma a duas	4	7,84	15,69
Três a cinco	37	72,55	88,24
Mais de cinco	6	11,76	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Tabela 23. Referências de Residentes/“Especializando” sobre o número médio semanal de Visitas Domiciliares (VD) realizadas especificamente para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.

Nº VD's	N	%	Cumulativo
Nenhuma	2	3,92	3,92
Menos de uma	6	11,76	15,69
Uma a duas	16	31,37	47,06
Três a cinco	24	47,06	94,12
Mais de cinco	3	5,88	100,00
Total	51	100,00	

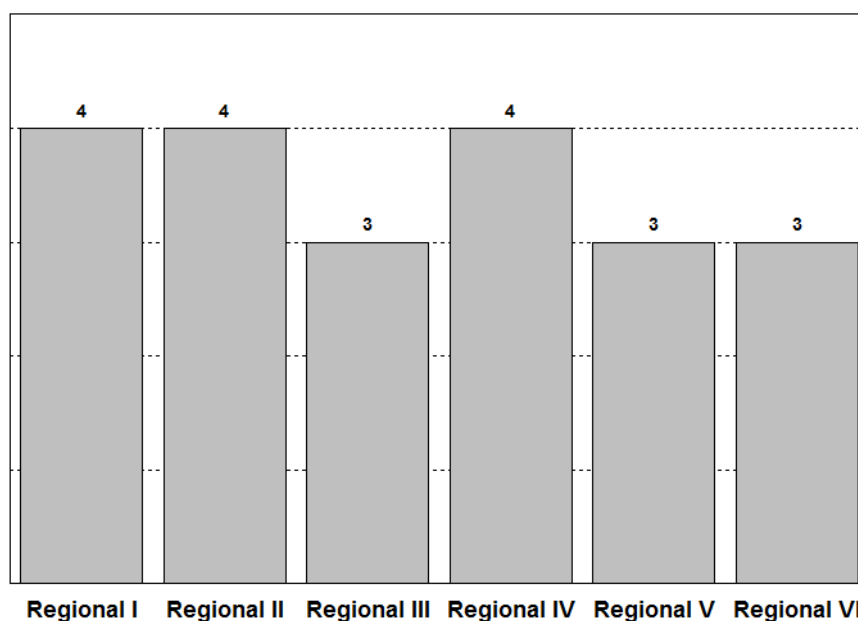
Fonte: Pesquisa.

Tabela 24. Referências de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio semanal de Visitas Domiciliares (VD) realizadas especificamente para puérperas e recém-nascidos em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.

N° de VD Puérperas e RN	N	%	Cumulativo
Nenhuma	11	21,57	21,57
Menos de uma	19	37,25	58,82
Uma a duas	17	33,33	92,16
Não sabe responder	1	1,96	94,12
Não se aplica	3	5,88	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 72. Referências de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana em áreas de abrangência de Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Distribuição por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE. Período de 2008.



Fonte: Formulário (FormSus).

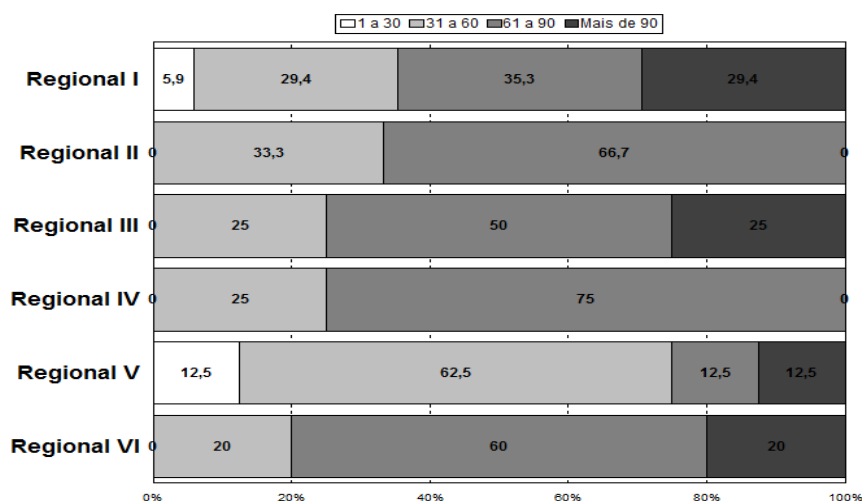
A maior parte dos Residentes/”Especializandos” refere que realiza uma média aproximada de mais de 60 consultas clínicas individuais por semana (Tabela 25), considerados todos os casos atendidos. Nas Regionais I, III e VI há referências mais expressivas de médias maiores de 90 consultas semanais (Gráfico 73).

Tabela 25. Referências de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio de consultas realizadas semanalmente por cada um. Período de 2008.

Consultas semanais	N	%	Cumulativo
1 a 30	2	3,92	3,92
31 a 60	16	31,37	35,29
61 a 90	22	43,14	78,43
Mais de 90	9	17,65	96,08
Não soube responder	2	3,92	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 73. Referências de Residentes/”Especializando” sobre o número médio semanal de atendimentos clínicos realizados pelos mesmos nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Distribuição por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE. Período de 2008.



Fonte: Formulário (FormSus).

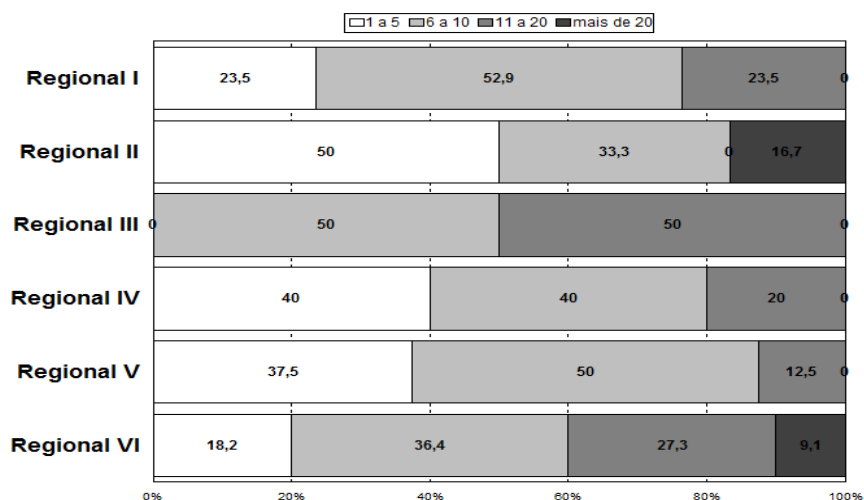
Quando perguntados sobre a média semanal aproximada de encaminhamentos de casos para outras especialidades médicas (fora da ABS/ESF), a maior parte dos Residentes/”Especializando” referiu realizar de seis a 10 encaminhamentos (Tabela 26). As Regionais Administrativas II e VI possuem os maiores percentuais de encaminhamentos para outras especialidades médicas (Gráfico 74).

Tabela 26. Referências de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio semanal de encaminhamento de casos para outras especialidades médicas. Período de 2008.

Nº de encaminhamentos	N	%	Cumulativo
1 a 5	14	27.45	27.45
6 a 10	22	43.14	70.59
11 a 20	10	19.61	90.20
Mais de 20	2	3.92	94.12
Não soube responder	3	5.88	100.00
Total	51	100.00	

Fonte: Pesquisa.

Gráfico 74. Referências de Residentes/”Especializandos” sobre o número médio semanal de encaminhamentos para outras especialidades clínicas realizados pelos mesmos nas Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Distribuição por Regionais Administrativas de Fortaleza/CE. Período de 2008.



Fonte: Formulário (FormSus).

Ao associar os números destas referências sobre encaminhamentos para outras especialidades médicas com os números referidos sobre o total de atendimentos realizados semanalmente pelos Residentes/"Especializandos", observou-se que a proporção percentual de encaminhamentos sobre o total de atendimentos é de 18%.

Quando perguntados sobre a média mensal aproximada de atendimentos médicos específicos de puericultura, quase metade dos respondentes situou este número entre 11 e 20 (Tabela 27).

Tabela 27. Referências de Residentes/"Especializandos" sobre a média mensal aproximada de atendimentos médicos de puericultura realizadas em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.

Atendimento puericultura/mês	N	%	Cumulativo
5 a 10	9	17,65	17,65
11 a 20	23	45,10	62,75
21 a 30	10	19,61	82,35
Mais que 30	9	17,65	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa

Quando perguntados sobre a média mensal aproximada de realização de exames citopatológicos de prevenção de carcinoma do colo uterino, a maioria dos respondentes situou este número entre 5 e 20 (Tabela 28).

Tabela 28. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre a média mensal aproximada de exames citopatológicos de prevenção de carcinoma do colo uterino realizados em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.

Nº exames/mês	N	%	Cumulativo
Nenhum	3	6,00	6,00
5 a 10	23	46,00	52,00
11 a 20	15	30,00	82,00
21 a 30	6	12,00	94,00
Mais do que 30	2	4,00	98,00
Não soube responder	1	2,00	100,00
Total	50	100,00	

Fonte: Pesquisa.

A maior parte dos respondentes referiu ainda ter realizado uma média mensal aproximada de 11 a 30 atendimentos de Pré-natal (Tabela 29).

Tabela 29. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre a média mensal aproximada de atendimentos médicos de Pré-natal realizados em Unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado. Período de 2008.

Pré-natais/mês	N	%	Cumulativo
Nenhuma	1	1,96	1,96
Cinco a dez	7	13,73	15,69
Onze a vinte	22	43,14	58,82
Vinte uma a trinta	15	29,41	88,24
Mais do que trinta	6	11,76	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Quanto ao número médio de acompanhamentos ou assistência ao trabalho de parto normal realizados no período de intercurso da residência, 50% dos Residentes e “Especializandos” referem não ter realizado este procedimento, sendo que 22% fizeram de cinco a dez partos e 22% fizeram mais que dez partos (Tabela 30). Quando se compara este número com a condição do residente, observou-se que 56,24% dos alunos do 2º ano (Residentes e “Especializandos”) realizaram ou acompanharam partos normais, enquanto que 72,22% dos alunos do 1º anos também não (Tabela 31).

Tabela 30. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de acompanhamentos ou assistência ao trabalho de parto normal realizados no intercurso do PRMFC/F. Período de 2007 e 2008.

Partos realizados	N	%	Cumulativo
Nenhum	25	50,00	50,00
5 a 10	11	22,00	72,00
Mais que 10	11	22,00	94,00
Não soube responder	3	6,00	100,00
Total	50	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Tabela 31. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de acompanhamentos ou assistência ao trabalho de parto normal realizados no intercurso do PRMFC/F. Distribuição por ano da Residência. Período de 2007 e 2008.

Partos realizados	R1	%	R2	%	TOTAL
Nenhum	13	72,2%	12	37,5%	25
5 a 10	2	11,1%	9	28,12%	11
Mais que dez	2	11,1%	9	28,12%	11
Não soube responder	1	5,5%	2	6,25%	3
Total	18	100%	32	100%	50

Fonte: Pesquisa.

As ações programáticas de Tuberculose e Hanseníase são consideradas prioritárias na ABS/ESF, assim como, o acompanhamento sistemático de pacientes portadores destas patologias. No formulário respondido pelos Residentes/“Especializandos” foram incluídas questões relativas a atividades assistenciais destas ações programáticas. A maior parte dos respondentes (aproximadamente 74%) referiu que acompanhou mensalmente uma média aproximada de um a cinco pacientes com Tuberculose (Tabela 32), do mesmo modo, cerca de 72% dos respondentes referiram que solicitaram mensalmente entre um e quatro exames de baciloscopia para investigação diagnóstica de casos novos de Tuberculose (Tabela 33). Nos casos de Hanseníase, aproximadamente 38% dos Residentes/“Especializandos” não acompanhou casos diagnosticados, 60% acompanhou uma média aproximada de um a quatro casos mensalmente (Tabela 34).

Tabela 32. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de pacientes com diagnóstico de Tuberculose acompanhados mensalmente por cada um. Período de 2008.

Nº pacientes Tuberculose/mês	N	%	Cumulativo
Nenhum	6	11,76	11,76
Um a três	26	50,98	62,75
Três a cinco	12	23,53	86,27
Cinco a dez	5	9,80	96,08
Não soube responder	2	3,92	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Tabela 33. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de exames de baciloscopia para o diagnóstico de Tuberculose solicitados mensalmente por cada um. Período de 2008.

Nº baciloscopias/mês	N	%	Cumulativo
Nenhum	3	5,88	5,88
1 a 2	14	27,45	33,33
2 a 4	23	45,10	78,43
5 ou mais	9	17,65	96,08
Não soube responder	2	3,92	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Tabela 34. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de casos novos de Hanseníase diagnosticados por cada um, nos últimos três meses. Período de Agosto a Outubro de 2008.

Casos novos de Hanseníase/trimestre	N	%	Cumulativo
Nenhum	19	38.00	38.00
1 a 2	18	36.00	74.00
2 a 4	12	24.00	98.00
5 ou mais	1	2.00	100.00
Total	50	100.00	

Fonte: Pesquisa.

Quando consideradas as ações programáticas de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, igualmente importantes para a ABS/ESF, observou-se que a maior parte dos Residentes/“Especializandos” acompanhou respectivamente uma média mensal aproximada de 11 a 30 pacientes diabéticos (tabela 35) e mais de 30 pacientes hipertensos (Tabela 36).

Tabela 35. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de pacientes com diagnóstico de Diabetes acompanhados mensalmente por cada um. Período de 2008.

N° de diabéticos/mês	N	%	Cumulativo
1 a 10	13	26,53	26,53
11 a 30	29	59,18	85,71
Mais de 30	5	10,20	95,92
Não soube responder	2	4,08	100,00
Total	49	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Tabela 36. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre o número médio de pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhados mensalmente por cada um. Período de 2008.

N° de HAS/mês	N	%	Cumulativo
1 a 10	1	2,00	2,00
11 a 30	10	20,00	22,00
Mais de 30	38	76,00	98,00
Não soube responder	1	2,00	100,00
Total	50	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Uma das questões proeminentes na prática clínica no âmbito da ABS/ESF refere-se às prescrições de fármacos benzodiazepínicos, considerada excessiva por muitos autores (Noto et al., 2002; Mendonça et al., 2008). No caso das referências dos Residentes/“Especializandos”, a maior parte prescreve uma média mensal aproximada de uma a cinco receitas de bezodiazepínicos (Tabela 37).

Tabela 37. Referências de Residentes/“Especializandos” sobre a média mensal aproximada de prescrições de fármacos benzodiazepínicos. Período de 2008.

Receitas benzodiazepínicos/mês	N	%	Cumulativo
Nenhuma	12	23,53	23,53
1 a 5	27	52,94	76,47
6 a 10	9	17,65	94,12
11 a 20	1	1,96	96,08
Não soube responder	2	3,92	100,00
Total	51	100,00	

Fonte: Pesquisa.

Na parte final desta dissertação (Anexos) alguns dos dados apresentados neste capítulo estão sistematizados de forma comparativa e apresentados no formato de quadros de síntese.

4 DISCUSSÃO

Apesar do pouco tempo de existência, observou-se que o PRMFC/Fortaleza apresenta algumas características singulares dignas de realce. Trata-se do primeiro programa de Residência Médica de larga abrangência em grande escala no país, com credenciamento formal de 76 vagas. Esta iniciativa condiz com as prementes necessidades de formação e qualificação dos profissionais médicos para atuar na Estratégia de Saúde da Família no país.

O PRMFC/F já contribuiu para a formação de 60 Médicos de Família e Comunidade, com duas turmas concluídas. A maioria desses profissionais se incorporou a Atenção Básica à Saúde do município, visto que 63% dos Residentes já eram concursados e outros se incorporaram ao corpo de Preceptoría do próprio programa.

Outra característica deste programa é a boa taxa de ocupação e permanência dos Residentes e “Especializando”. Muito se tem discutido a respeito de estratégias para ocupação das vagas de Residência de Medicina de Família e Comunidade ofertadas em todo o país, uma vez que, apesar da ampliação do número de vagas credenciadas, vários programas mantêm taxas de ocupação baixa. Uma das possíveis explicações para a alta taxa de ocupação no PRMFC/F é o pagamento aos Residentes de uma bolsa de estudo diferenciada, que agrega ao valor financeiro repassado pelo Ministério da Saúde (valor padronizado da bolsa em todo o país), uma complementação paga pelo município. Além disto, outro fator que pode contribuir para esta taxa de ocupação, é que os médicos concursados pelo município têm a oportunidade e possibilidade de ingressar e cursar o programa sem perdas salariais.

A conjuntura política no município de Fortaleza, no momento de implantação do PRMFC/F, foi favorável à tomada de decisão do gestor municipal para mudanças significativas da saúde pública no município. O Programa de governo da gestão 2005-2008 apresentou propostas para inverter o modelo de atenção, apoiando a construção de um modelo contra-hegemônico, priorizando a Atenção Básica à Saúde (Fortaleza, 2008).

De um modo geral, na comparação de evidências identificadas neste estudo para com propósitos normativos e parâmetros preestabelecidos (CNRM, SBMFC etc.), constatou-se a predominância de condições que podem ser consideradas como adequadas e satisfatórias, notadamente em termos de capacidade estrutural e processos de formação e atividades em serviço.

Conforme já estabelecido, na revisão da literatura correlata para com a temática e foco deste estudo, praticamente, não foram encontrados estudos sobre programas de Residência de Medicina de Família, o que dificulta a comparação ou analogia dos achados deste presente estudo com outras evidências identificadas. O que se identificou são estudos realizados no cenário nacional e internacional com o propósito de avaliar a qualidade da Atenção Primária/Básica em Saúde e do Programa Saúde da Família.

No cenário internacional, a estruturação dos cuidados primários tem sido discutido desde a década de setenta. Vários debates foram desenvolvidos na WONCA sobre a temática da qualidade dos cuidados primários, desencadeando a criação do Equip (European Working Party on Quality in Family Practice) na década de noventa. Esta entidade promove a difusão e intercâmbio de experiências na área de avaliação da qualidade. Alguns países desenvolveram instrumentos de avaliação de qualidade, dentre os quais podemos citar o Moniquor, em Portugal; o Primary Care Group Standards, no Reino Unido; e o Standards for General Practice na Austrália. No Brasil, algumas experiências de avaliação foram realizadas por algumas gestões municipais e estaduais, sendo oficializado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde em 2006 com o lançamento da AMQ: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, que adotou como referência conceitual no campo da avaliação, o modelo proposto por Donabedian, com foco na análise dos serviços de saúde e das práticas assistenciais (Brasil, 2005). Outros estudos utilizaram a metodologia de avaliação rápida, através de questionários do Primary Care Assesment Tool, validados para versão brasileira, também para avaliar a Atenção Básica à Saúde, em Porto Alegre-RS (Oliveira, 2007) e Amparo-SP (Pimenta, 2008). No entanto, não foram encontrados outros estudos na literatura que avaliassem a implantação de Programas de Residência de Medicina e Comunidade, utilizando este ou outro escopo. Este fato reforça a importância deste estudo ser realizado, com a possibilidade de se tornar referência para outros estudos subsequentes sobre esta temática.

Em relação ao financiamento do sistema de saúde de Fortaleza, observou-se que a partir de 2005, houve um aumento nos investimentos federais e municipais, para o setor saúde, sobretudo para a Atenção Básica à Saúde, tanto para os recursos totais, quanto para os gastos per capita. A maior parte destes recursos foi utilizada para as despesas orçamentárias com pagamento de pessoal no setor saúde e a menor parte para investimentos. Este fato pode

ser explicado pela contratação dos profissionais de saúde após concurso público (agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e dentistas).

A despesa financeira com investimento realizado foi menor do que as dotações iniciais, mas este dado não permite discriminar o que foi gasto com a Atenção Básica à Saúde, e o que foi gasto em outros níveis de assistência. O que pode ser observado é que os percentuais de transferências federais para financiamento para Atenção Básica à Saúde aumentaram a partir de 2005 e reduziram para a Média e Alta complexidades e para as chamadas Ações Estratégicas. O Relatório de Gestão do município no ano de 2006 reforça a hipótese que a maior parte dos investimentos foi utilizada na Atenção Básica à Saúde, notadamente com a reforma de 77 unidades de Saúde da Família e com a aquisição de equipamentos para as mesmas (Fortaleza, 2007).

Sobre a ampliação da estrutura física, observa-se que houve um aumento do número de unidades e ambulatórios de Atenção Básica à Saúde, tendo sido construídas novas unidades e se ampliado o número total de consultórios (CNES, 2008). Outro dado relevante identificado refere-se ao aumento de procedimentos ambulatoriais a partir deste período. (SIA/SUS).

Em suma, a partir destes dados de financiamento e de ampliação da estrutura física, reforça-se a hipótese de priorização da Atenção Básica à Saúde, conforme proposto pela gestão municipal.

Os dados levantados junto aos Médicos Residentes e “Especializando”, via formulário eletrônico, sobre a capacidade estrutural, fornecem outras informações, contribuindo para esta avaliação. Para uma análise de síntese, utilizou-se uma escala para classificação dos indicadores de capacidade estrutural, processo e resultado acerca do grau de implantação do PRMFC/F (os quadros de síntese estão apresentados na parte de Anexos), a partir do percentual de respostas atingidas pelos Residentes, de acordo com escala similar utilizada no estudo de implantação das ações intersetoriais (Coelho Ferreira e Vieira da Silva, 2005).

Uma característica relevante encontrada no PRMFC/F refere-se ao número de Preceptores, com uma relação paritária para com os Residentes (0,98 Preceptor/Residente). Este dado reforça o investimento nestes profissionais e pode ser explicado pelo modelo

adotado: denominado como “tenda invertida” (Andrade, 2004). Nesta perspectiva o “mestre” vai até a tenda do aprendiz, ajudá-lo a refletir sobre suas práticas. Com esta proposta, cada unidade de Saúde da Família com o PRMFC/F, conta com a Preceptoria de um médico de família e comunidade, um ginecologista, um clínico e um pediatra. Além destes, os Residentes e “Especializandos” contam com o apoio de Preceptores nos campos de estágio: hospitais e ambulatório de especialidades. Não existe uma recomendação formal por parte da SBMFC ou CNRM para o número de integrantes da equipe ou Preceptoria. Informalmente, técnicos do Ministério da Saúde, em visita realizada em 2007 à Fortaleza, recomendaram que a relação Residente/Preceptor deveria ser de até 4:1 (registro em ata de reunião do Colegiado de Coordenação do programa). O PRMFC/F de Fortaleza garante desta forma Preceptoria adequada aos Residentes segundo recomendações a SBMFC e da CNRM:

A supervisão permanente do treinamento do Médico Residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM, 2004).

Art. 2º. O Preceptor/tutor terá a atribuição de orientar diretamente os Médicos Residentes do programa de treinamento.

§ 1º. Haverá um Preceptor/tutor para cada programa de Residência Médica.

§ 2º A carga horária do Preceptor/tutor será de 40 (quarenta) horas semanais, em tempo integral, com folga de um dia, preferencialmente aos domingos (CNRM, 2004).

Em relação aos demais profissionais que atuam nas equipes do Programa de Saúde da Família, também não há nenhuma recomendação normativa quanto aos integrantes da equipe do residente. Observou-se, no programa em estudo, que a relação do número médio de residente por enfermeiro e por dentista é de 1,83 e 1,45 respectivamente, ou seja, está disponível aos Médicos Residentes a oportunidade de trabalho em equipe, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para composição da equipe mínima com profissionais de formação universitária – um médico, um enfermeiro e um dentista (Brasil, 2001).

Observa-se que a relação do número médio de Médicos Residentes e do número de Agentes Comunitários de Saúde é de 1.85, sendo possível o trabalho com este integrante na equipe, porém com um número insuficiente, visto que o número recomendado seria de quatro a seis ACS por equipe (Brasil, 2001). Não foram observadas diferenças significativas entre as seis Secretarias Executivas Regionais, quanto esta distribuição de profissionais por

médico residente. Em Fortaleza, no ano de 2005, foi realizada uma projeção da necessidade do número de agentes comunitários de saúde, calculada em 2.627 profissionais. A realidade era que o município contava com apenas 779 ACS em exercício. Para isto foi realizada uma seleção pública em 2006, mas a convocação dos selecionados foi postergada para 2007, conforme solicitação da Procuradoria Regional do Trabalho (Fortaleza, 2008).

A infraestrutura foi considerada como regular a boa pelos Médicos Residentes, mas com necessidades de melhora. A recomendação da SBMFC para infraestrutura é que o residente tenha acesso a consultórios, inclusive para exame ginecológico, computador, livros didáticos e turnos para atividades comunitárias, sem especificar o veículo para isto.

Para o desenvolvimento de um Programa de Residência Médica, faz-se necessário a constituição de uma estrutura mínima, que assegure o processo de ensino-aprendizagem do residente, incluídos o treinamento em serviço e o desenvolvimento das atividades teóricas... Devem estar preparadas para o atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos... mesas, cadeiras, mesa ginecológica (SBMFC, 2006).

De acordo com as recomendações normativas, o PRMFC/F apresenta as condições de infraestrutura dentro dos padrões recomendados. Em relação ao acesso a livros didáticos, observou-se que estes existem na maioria das unidades de Saúde da Família (68%), sendo mais deficiente nas Regionais administrativas IV e VI. Apesar desta cobertura, julga-se que ainda é insuficiente, visto que este indicador deveria ter uma cobertura universal para os campos de estágio do programa.

Os indicadores de acesso a consultórios com *Intranet*, acesso a consultório adequado para exame ginecológico e turnos para atividades comunitárias estão de acordo com a norma. O primeiro está em número suficiente, mas o número de consultórios para exames ginecológicos por residente (0,76) é insatisfatório e precisa ser ampliado. Em relação aos turnos de veículo para atividade comunitária por médico residente (1,23) também está insuficiente e necessita ser ampliados para possibilitar atividades como visitas domiciliar e grupos terapêuticos.

Observou-se que as Regionais Administrativas II e VI foram as que apresentaram as melhores avaliações para os indicadores de estrutura física. Estes dados divergem quanto a opinião dos Residentes e dos “Especializandos”, quando se discriminou o perfil destas, observou-se maior grau de satisfação na Regional IV e maior grau de insatisfação na Regional

III. Apesar desta avaliação, como observado nos resultados, quando alguns Residentes comentaram sobre a questão da estrutura, observou-se deficiências na capacidade estrutural, mas que estas não seriam propriamente da capacidade estrutural, mas da forma como os recursos para manutenção da estrutura e organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família são gerenciados.

Em relação aos indicadores de processo para a avaliação de acessibilidade de usuários aos serviços do Programa Saúde da Família, observou-se que na maioria das unidades em que foi implantado o PRMFC/F, a estratégia do acolhimento estava funcionando e havia a participação efetiva e regular dos Médicos Residentes e Preceptores nas atividades correlatas. Quando estas informações são estratificadas por Regionais Administrativas, observou-se que a estratégia do acolhimento foi implantada em todas as Regionais, mas de forma incipiente e insatisfatória na SER III. Além disto, somente metade dos Residentes desta Regional referiram participar deste tipo de atividade. Nas unidades de Saúde da Família da Regional IV, apesar da estratégia de Acolhimento estar implantada, a mesma contou com a participação de apenas 20% dos Residentes.

Ainda sobre a questão de acessibilidade de usuários nas unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado, os relatos estabeleceram um tempo médio de sete dias decorridos entre a marcação (agendamento) e realização efetiva de consultas com os Residentes e “Especializandos”. Quando estas informações foram estratificadas por Regionais Administrativas, observou-se que nas Regionais I e IV, o tempo médio decorrido entre a marcação e realização das consultas foi menor, enquanto nas Regionais II e V foi maior.

Não foram identificadas recomendações normativas da SBMF e da CNRM para estes itens de acessibilidade de usuários aos serviços de ABS/ESF como programas de residência implantados. O Colegiado de Coordenação deste programa recomenda a participação de pelo menos um turno semanal em atividades da estratégia de Acolhimento aos usuários.

Considerando alguns estudos da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2004) com projeções sobre o tempo ideal de espera para as consultas, constata-se que:

1. 90% das urgências deveriam ser atendidas dentro uma hora;
2. 90% dos quadros agudos deveriam demorar até um dia para obter a consulta;
3. 90% dos pacientes deveriam ser agendados em até uma semana para as consultas de

rotina,

4. O tempo de espera na Unidade para o atendimento deveria ser menor do que trinta minutos, em 90% dos casos (Ferri, 2007).

Consideradas estas projeções de tempo ideal, observa-se que nas unidades de Saúde da Família onde o PRMFC/F está funcionando, o tempo médio de espera referido aproxima-se do limiar de adequação, mas torna-se ainda necessária a implantação da estratégia de Acolhimento em algumas unidades de Saúde da Família. Recomenda-se também uma participação mais regular e efetiva dos Médicos Residentes, “Especializandos” e Preceptores em atividades desta natureza.

Especificamente sobre os relatos de tempo médio decorrido entre a marcação e a realização das consultas, observa-se uma situação inadequada, visto que pouco mais da metade (52,94%) dos Residentes e “Especializandos” realizam a consulta eletiva em até 07 dias.

Sobre os relatos que tratam de reuniões de equipe para a discussão e decisão acerca dos processos de organização, planejamento e avaliação no âmbito das unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado, observa-se que a maioria dos Médicos Residentes (86%) refere que participa periodicamente de reuniões de equipe, sendo que 76,47% participam de mais de uma reunião mensal (identificou-se uma frequência menor na Regional Administrativa I). Quanto às reuniões específicas para atividades de planejamento e/ou análise de dados e informações sobre a situação de Saúde, 54% dos Residentes/“Especializandos” referiram ter participado de atividades correlatas. Os Residentes/“Especializandos” das Regionais I e VI estão entre os que menos participaram deste tipo de atividade.

Segundo o projeto de expansão do PRMFC/F, recomenda-se:

Atividades de planejamento; reconhecimento de território; análise de situação e de indicadores demográficos; reuniões periódicas de equipe e reuniões específicas para avaliação:

“- Mapeamento da comunidade, identificando fatores de risco e proteção à saúde no ambiente comunitário;

- Identificação e utilização de indicadores de saúde, com vista ao planejamento e avaliação das ações de saúde;

- *Mapeamento dos serviços de saúde, associações de moradores, escolas, igrejas e outros recursos sociais que possam colaborar no processo de intersetorialidade das ações de saúde;*
- *Adscrição de domicílios;*
- *Cadastramento de famílias;*
- *Levantamento de fatores de risco e de proteção à saúde e diagnóstico de saúde da comunidade;*
- *Estabelecimento de perfil sociodemográfico e nosológico da população adscrita;*
- *Planejamento e avaliação de ações de saúde de curto, médio e longo prazos, no nível individual, familiar e comunitário, considerando a relevância dos problemas e a governabilidade da equipe envolvida no cuidado...*
- *Planejar e executar junto com a equipe ações de ordem intersetorial com vista ao incremento da eficácia das ações de saúde...*
- *Estudo e estabelecimento, junto à equipe envolvida, de reuniões de planejamento e avaliação das ações de saúde (SBMFC, 2004).*

Estas atividades estão previstas na programação oficial do PRMFC/F para todos os Residentes e “Especializandos”. A territorialização e análise de situação são as primeiras atividades formais estabelecidas. As reuniões de equipe e planejamento estão previstas dentro da semana padrão dos Residentes e “Especializandos”. O Colegiado de Coordenação deste programa recomenda o mínimo de uma reunião de equipe mensal e de uma reunião específica para avaliação e planejamento. (Diário de Atividades dos Residentes e dos Preceptores do PRMFC/F/SMSE de Fortaleza, 2008). Tendo em vista que estas ações deveriam ser realizadas por todos os alunos, detectou-se uma deficiência na execução destas atividades. Sugere-se que estas ações devem ser reavaliadas pelo Colegiado de Coordenação do Programa, principalmente nas Regionais em que se detectaram maior deficiência.

A participação de alguma atividade de análise de indicadores de situação de Saúde (demográficos, epidemiológicos, mapeamento da comunidade, identificação de fatores de risco e proteção à saúde no ambiente comunitário etc.) no intercurso do PRMFC/F, foi relatada pela maioria dos Médicos Residentes (54,9). Para esta informação, os Residentes das Regionais I, V e VI foram os que menos participaram deste tipo de atividades.

Do ponto de vista normativo, a SBMFC e a CNRM recomendam a utilização sistemática de instrumentos de abordagem e monitoramento de situações familiares (genogramas, etc.) para a prática de trabalho de Médicos de Família e Comunidade:

Acompanhamento e atendimento ambulatorial de famílias, pelo período de dois anos, de, no mínimo, 20 famílias que apresentem situações de risco de adoecimento familiar ou que estejam vivenciando crises normativas ou paranormativas com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitudes...

Realização e utilização de familogramas como instrumento de auxílio ao diagnóstico e tratamento; (SBMFC, 2004).

a) conhecer o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar;

b) reconhecer e assistir, quando necessário, às crises familiares, evolutivas e não evolutivas;

c) reconhecer e assistir às disfunções familiares, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica as famílias que dela necessitarem (CNRM).

Por sua vez, o Colegiado de Coordenação do PRMFC/F recomenda a aplicação e registro de no mínimo de 12 genogramas e 3 PRACTICES por trimestre por cada residente. (Diário de Atividades dos Residentes e dos Preceptores do PRMFC/F/SMSE de Fortaleza, 2008).

Para o descritor que avalia as referências sobre o uso de algum instrumento padronizado para registro e análise de situação familiar, observou-se que 51% dos Residentes/“Especializandos” confirmaram a utilização sistemática. Os Residentes/“Especializandos” da Regional I foram os que mais referiram o uso deste tipo de instrumento, aqueles das Regionais III e IV referiam um menor uso. Avalia-se que há a necessidade de ampliar a utilização destes instrumentos pelos Médicos Residentes, principalmente onde estes instrumentos são menos utilizados.

A utilização de instrumentos de registro para as visitas domiciliares não é estabelecida normativamente. Mas um olhar crítico nos faz refletir que, apesar da maioria dos Residentes afirmarem estar utilizando este tipo de instrumento, ainda se faz necessário um incremento nesta utilização, notadamente nas Regionais II, IV e VI.

Também não existe nenhum parâmetro normativo da SBMFC e da CNRM sobre a frequência e/ou regularidade da participação de Médicos de Família e Comunidade em eventos científicos com os propósitos de intercâmbio e atualização. No Regimento Interno do PRMF/C existe um indicativo sobre este item:

i) Participar de Congressos e outros eventos científicos nacionais e internacionais dentro da área de MFC, no limite de um (1) evento por semestre, desde que encaminhem a COREME e à Coordenação da Atenção Básica à Saúde de cada Regional, ofício pedindo o afastamento com um mínimo 30 (trinta) dias antes do início do evento. (Regimento do PRMFC/F do SMSE de Fortaleza, versão 2008).

As referências sobre a participação dos Médicos e “Especializandos” do PRMFC/F em congressos, cursos e eventos científicos foram recorrentes; a grande maioria (94%) referiu ter participado de pelo menos um evento por ano. Não foram observadas diferenças significativas entre as Regionais Administrativas. Sabe-se que este descritor pode refletir uma melhor qualidade no processo de formação e de incentivo à participação em atividades de pesquisa.

Outros descritores de processo envolvem diretamente a avaliação do residente: avaliação da qualidade de trabalho dos Preceptores, avaliação do trabalho dos Coordenadores (gestores) das Unidades de Saúde da Família e a avaliação da qualidade do PRMFC/F em si. Para estes descritores também não existem parâmetros normativos.

Os Médicos Residentes avaliaram como satisfatória a atuação de seus Preceptores, 94,11% avaliaram com regular a excelente, e 74,5% como boa e excelente. Os Residentes da Regional III foram os que estabeleceram a pior avaliação da Preceptoría, e os das Regionais I e II foram os que fizeram melhor avaliação. Trata-se de um descritor diretamente relacionado ao binômio ensino-aprendizado e os relatos revelam um bom grau de satisfação, o que hipoteticamente pode estar associado a:

1. um bom desempenho da Preceptoría,
2. à proporção equivalente na relação Preceptor/Residente,
3. ao processo de educação permanente do corpo de Preceptoría e
4. à implantação da estratégia da “tenda invertida”,

A avaliação do trabalho dos gestores das unidades de Saúde da Família também pode ser considerada positiva, com 58,82% dos respondentes optando pelas graduações de “boa” e “excelente”. As piores graduações procederam das Regionais III, V e VI. Apesar desta avaliação relativamente positiva da Coordenação das unidades de Saúde da Família, algumas sugestões e críticas foram apontadas pelos Residentes como: a falta de entendimento de alguns coordenadores sobre o processo de ensino-aprendizado da residência, a ótica centrada na doença e na absorção da demanda, deficiência na capacitação dos gestores para o entendimento do SUS e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde através da estratégia de Saúde da Família. Dificuldade de gerenciamento das reuniões e “rodas” e dificuldade de organizar o processo de trabalho. Estas questões refletem algumas dificuldades na implantação do PRMFC/F em algumas unidades, e apontam para algumas das deficiências que precisam e devem ser reavaliadas.

As referências sobre a tendência de qualificação do processo de trabalho médico nas unidades de Saúde da Família com o PRMF implantado, considerando o período de intercurso da formação, também revelam uma avaliação mais positiva. Neste item, 84% dos respondentes afirmaram ter percebido uma tendência de melhoria da qualidade. A exceção procede da Regional III, onde predominaram opiniões mais desfavoráveis.

Não foi propósito deste estudo a realização de uma abordagem e análise mais qualitativas sobre os depoimentos e relatos descritos nos formulários. Buscou-se tão somente a descrição de algumas características mais recorrentes ou evidentes, de modo a ilustrar as opiniões graduadas nas escalas de valor (*Likert scales*) sobre o desempenho de Preceptores e Coordenadores de unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F implantado.

Como já referido em capítulos anteriores, encontrou-se dificuldades na utilização de indicadores para a aferição de alguns resultados de cobertura e produção de serviços (*outputs*) e de eventuais impactos dos mesmos sobre o estado de saúde da população (*outcomes*). De um modo geral, foram utilizados os dados que se encontraram disponíveis, sendo que, na maioria dos casos não se pode estabelecer discriminações por bairros, unidades de Saúde da Família ou Equipes de Saúde da Família.

Alguns dos dados provenientes do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) retratam que houve incremento na assistência pré-natal, com a redução de gestantes que não realizaram consultas. Este fato pode ser explicado pelo aumento do número

equipes de Saúde da Família, facilitando o acesso às consultas de pré-natal, assim como, a busca ativa de gestantes pelas equipes, conforme referido em outros estudos da literatura. (Moura, 2003 e Cotta, 2007). Outro dado evidenciado refere-se à redução dos partos vaginais. Alguns estudos relatam que o aumento do número de consultas e a qualidade da consulta de Pré-natal favorecem ao desfecho da gestação para parto vaginal (MASCARENHAS, 2006). Quando se realizou a análise estratificada por bairros, observou-se uma tendência de aumento dos partos vaginais nas gestantes que residiam nos bairros com o PRMFC/F. Esta evidência sugere a hipótese de que as gestantes que são atendidas nas unidades de Saúde da Família com o PRMFC/F, possam ter mais informação durante o Pré-natal, ou maior número de consultas por gestação, refletindo na maior qualidade do Pré-natal. Este indicador não reflete apenas uma hipótese sobre a melhoria de qualidade das consultas de Pré-natal, pois é fortemente influenciado pelo desfecho da gestação nas unidades assistenciais de parto, isto é, da condição perinatal e dependente da maternidade e do médico obstetra. Além disso, sabe-se que existe uma tendência maior para a realização de partos vaginais em unidades assistenciais da rede SUS (dados do Sistema de Informações Hospitalares), sabendo-se também que a maior parte das parturientes que provém de bairros com cobertura de serviços do PSF encontram-se em áreas de menor estratificação de renda (critério de alocação e cobertura de unidades do PSF), pode se estabelecer outra hipótese: o incremento de partos vaginais nestas parturientes oriundas de bairros com cobertura do PSF deve-se mais ao fato de que elas realizam os partos em hospitais públicos da rede SUS.

Em relação aos dados obtidos pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), observou-se que a proporção percentual de óbitos sem assistência médica apresentou uma tendência variável ao longo de uma década, mas um aumento a partir de 2006, notadamente nos bairros onde o PRMFC/F foi implantado. É importante salientar, que para efeito de cálculo desta variável somente foram considerados os registros existentes nas Declarações de Óbito, ou seja, aquelas em que o registro não constava marcado (sub-registros) não foram incluídas no cálculo. O que pode significar, em termos hipotéticos, que a alteração de tendência, no caso dos bairros com o PRMFC/F implantado, pode estar associada a uma diminuição de sub-registros desta variável nas referidas Declarações de Óbitos.

Outro dado relevante é a proporção percentual de óbitos por causa indeterminada que apresentou um pico em 2007 e um decréscimo no ano seguinte. Esta variável geralmente está associada a um juízo sobre a qualidade dos registros de óbitos, reforçando a hipótese na

melhoria dos registros após a implantação da ESF no município de do PRMFC/F, hipótese já referida em outros estudos (Barreto, Pontes e Correia, 2000).

A curva dos indicadores de mortalidade infantil e mortalidade geral por doenças infecciosas e parasitárias evidenciam um decréscimo gradual, sendo mais acentuado na transição do milênio. Uma das hipóteses para esta tendência é que a expansão do número de Agentes Comunitários de Saúde neste período pode ter influenciado positivamente no decréscimo das taxas de mortalidade, sobretudo infantil. Quando comparados os bairros com e sem o PRMFC/F implantado (período de 2006 a 2008, excetuados os registros de bairros ignorados), observa-se uma tendência similar (em “V”), para os indicadores de mortalidade geral, sendo que a média do agregado de bairros com o PRMFC/F é maior do que a média do agregado dos outros bairros. Esta redução inicial pode ser explicada pela implantação da ESF e do PRMFC/F. Já o acréscimo posterior pode ser explicado, em termos de hipótese, pelo aumento de óbitos por algumas doenças como a dengue e a leishmaniose (Fortaleza, 2008).

A curva do percentual de mortalidade geral por doenças imunopreveníveis tendeu a uma linha estável em Fortaleza/CE, sendo maior nos bairros onde o PRMFC/F foi implantado. Este indicador é controverso com as tendências identificadas na literatura recente, visto que houve aumento da expansão da cobertura do PSF e do número de crianças atendidas em atividades de puericultura. De acordo com dados da literatura, a expansão da ABS/ESF tende a melhorar este indicador (Barreto, 2006; Fiuza e Ribeiro, 2008). Dados descritos em Relatório de Gestão da Secretaria Municipal (Fortaleza, 2008), onde está citado o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), dão conta de que um decréscimo na incidência de doenças imunopreveníveis no município. Da mesma fonte (Relatório de Gestão – 2008), melhoraram os indicadores do percentual de aleitamento materno e de crianças até um ano de idade com vacina em dia mantêm tendência crescente, o que, hipoteticamente, poderia incrementar a proteção às crianças e influir no decréscimo da taxa de mortalidade por sendo incoerente a este aumento da mortalidade específica por doenças imunopreveníveis. Para este indicador, também pode ser apresentada a hipótese de melhoria na qualidade de preenchimento das Declarações de óbito. Outra hipótese que pode explicar a tendência incremental apontada nos bairros com PRMFC/F implantado, refere-se ao fato de que as Unidades de Saúde da Família correspondentes possuem cobertura em áreas de maior risco social e epidemiológico.

Os óbitos maternos investigados em Fortaleza, geralmente com registro de “causa indeterminada”, é um indicador que possui alta sensibilidade para ações de curto prazo no âmbito da ABS/ESF. Uma hipótese para explicar a tendência, é o aumento do número de investigações em bairros com o PRMFC/F implantado, a partir de 2006, refere-se a uma atuação mais proativa da parte dos Residentes e “Especializandos” para este tipo de procedimento. Em termos hipotéticos, este indicador pode ser mais fortemente associado a uma interferência específica do PRMFC/F.

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), conforme afirmado anteriormente deveria ser a melhor fonte para a avaliação de indicadores de resultado. No entanto observou-se uma inconsistência de dados para se estratificar por bairros e unidades de serviço, o que prejudicou a análise. Apesar disto, como se trata da única fonte de registros específica para os serviços de ABS, optou-se pela sua utilização para efeito de agregação no âmbito do município. As eventuais tendências identificadas possuem pouca capacidade explicativa, mas podem eventualmente servir para a formulação de algumas hipóteses de estudo.

Os dados de cobertura populacional e de famílias pelo PSF são diferentes dos dados relatados pela SMS em seus Relatórios de Gestão (2006 a 2008). Enquanto os dados do SIAB informam que a cobertura populacional estava em torno de 45% até o período de 2005, dados da Célula de Atenção Básica à Saúde da SMS de Fortaleza informam que a cobertura era de 14% para o mesmo período. Em 2006, após novos profissionais realizarem concurso público e assumirem seus cargos na rede de serviços do PSF municipal, a cobertura populacional passou para 43,44%. (Fortaleza, 2007). Ainda em termos hipotéticos, tal incompatibilidade traz à tona um ponto fundamental: a confiabilidade nos dados informados para o SIAB, no período que antecede 2005.

Observa-se na maioria dos gráficos do SIAB, uma tendência de linhas irregulares com depressões em “v” situados em determinados anos. De um modo geral e genérico, antes de 2004 as linhas de tempo evidenciam uma tendência de irregularidade, com depressão ou ápice em 2005 (depressão nos indicadores de problemas de saúde e ápice nos indicadores de cobertura ou assistência) e tendência de incremento gradual a partir de 2006. Para explicar tal característica, a hipótese mais plausível ainda está referida às características de coleta e processamento de dados desta fonte (SIAB):

1. a irregularidade anterior ao ano de 2004 corresponde ao fato de que poucas unidades de serviço alimentavam o banco de dados do SIAB neste período (fato constatado por levantamento deste estudo) e de forma irregular;
2. a “anomalia” do ano de 2005 dificilmente pode ser explicada a partir de evidências existentes no banco de dados, pois neste período, a maior parte das unidades de serviços alimentaram o SIAB com informações que, aparentemente e hipoteticamente, estavam superestimadas (quando comparadas com as médias do período anterior);
3. a tendência de curvas graduais e ascendentes a partir de 2006, hipoteticamente pode estar associada a uma melhor coleta e processamento de dados (a partir de melhor distribuição das unidades de serviço que computaram dados no SIAB), ou seja, uma melhor consistência e regularidade na distribuição das fontes primárias de coleta.

Outros dados relevantes referem-se ao aumento da produção de procedimentos ambulatoriais (de um modo geral), compatíveis com a curva de investimentos para a Atenção Básica (gráfico 15); além do número de atendimentos realizados na Atenção Básica à Saúde, sobretudo para população com menos de um ano de idade e com mais de sessenta anos. A concomitância destas tendências reforça a hipótese de que houve priorização nos investimentos para a expansão de cobertura da atenção básica no município. Outras tendências que reforçam tal hipótese referem-se a um incremento de ações e procedimentos orientados da ABS/ESF: puericultura, visitas domiciliares e atendimentos a doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Tal concomitância de tendências de incremento de resultados, após a implantação e/ou expansão da ABS/ESF, também é assinalada em outros estudos (LOBO, 2005; FIUZA e RIBEIRO, 2008; HARTMANN, 2007).

Observou-se um incremento significativo nos registros de atendimentos realizados na Atenção Básica à Saúde, âmbito municipal, para as seguintes ações programáticas:

1. Saúde da Criança: puericultura;
2. Saúde da Mulher: pré-natal, exames citopatológicos de prevenção do carcinoma de colo de útero, Doenças Sexualmente Transmissíveis;
3. Doenças crônicas: Diabetes mellitus, Hipertensão arterial sistêmica,
4. Doenças infecciosas de condição crônica: Hanseníase, Tuberculose e AIDS.

Este incremento no atendimento relacionado a estas ações programáticas, após a implantação da ABS/ESF, também é referido na literatura (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006; RONCALLI, 2006; FELISBERTO, 2004). Assim como, observou-se o aumento de procedimentos de apoio diagnósticos associados à mesma tendência (MOURA, 2003; Ministério da Saúde, 2003). Outras atividades associadas a tal tendência referem-se ao incremento do número de reuniões registradas na Atenção Básica à Saúde e o número de atendimentos de grupos, o que também é relatado na literatura (Ministério da Saúde, 2003; FELICIANO, 2008).

Sobre a quantidade de encaminhamentos referidos para outras especialidades médicas, encaminhamentos para internação hospitalar, realização de internações domiciliares e atendimentos de reidratação oral, observou-se linhas irregulares ao longo do período analisado, sem a particularização de tendências. Nestes casos, reitera-se a hipótese já apresentada: inconsistência de dados do SIAB.

Durante os últimos anos foi estabelecido, por consenso entre os gestores governamentais de Saúde, um conjunto de indicadores para o monitoramento da Atenção Básica, o chamado “Pacto da Atenção Básica”. Dentre estes indicadores existem quatro que provêm do Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e tratam de hospitalizações que podem ser afetadas por medidas eficazes da ABS/ESF: internações hospitalares em menores de cinco anos de idade por doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas; internações hospitalares em adultos por Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Estes referidos indicadores estavam disponíveis na fonte de Indicadores Básicos de Saúde (IDB).

Os indicadores utilizados para a análise da mortalidade infantil por doença diarreica e por infecções respiratórias agudas em Fortaleza tiveram um pico em 2005 e 2006, com posterior redução gradual. As taxas de internação hospitalar por estas mesmas causas apresentaram tendência à redução, sendo mais evidente a partir de 2006. Uma das hipóteses que poderia explicar estes dados, é que os registros melhoraram a partir de 2005, com um aumento inicial da taxa, com posterior diminuição do coeficiente de mortalidade infantil. Outra hipótese, menos plausível, refere-se a um impacto das ações da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza (estes dados não puderam ser discriminados por bairro ou unidades de serviço). Estes indicadores são muito sensíveis no curto prazo, vários estudos demonstram a

redução da internação hospitalar e mortalidade infantil por estas causas após a implantação da ABS/ESF (BARRETO, 2006; BARRETO; PONTES; CORREIA, 2000).

As taxas de internação hospitalar por Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Cardíaca Congestiva são indicadores de baixa sensibilidade no curto prazo (XAVIER et al., 2008), não sendo observadas alterações na tendência destes indicadores para Fortaleza no período analisado.

Até este ponto, os resultados discutidos referiram-se aos dados da implantação da Atenção Básica à Saúde e Estratégia de Saúde da Família (ABS/ESF) no âmbito municipal. As informações obtidas a partir do levantamento realizado junto aos Médicos Residentes e “Especializando” do PRMFC/F, via formulário eletrônico (FormSUS), revelam alguns indícios que podem ser úteis para a formulação de hipóteses.

Acerca dos descritores sobre as atividades de visita domiciliar⁹, define-se como parâmetro normativo o que está estabelecido pela SBMFC: a realização de uma média de 50 visitas domiciliares anuais por cada Médico de Família e Comunidade.

“Acompanhamento e atendimento ambulatorial, domiciliar e hospitalar de idosos, pelo período de dois anos, de no mínimo, 50 idosos com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitude relacionadas nas colunas ao lado... Atendimento domiciliar do idoso acamado ou que não pode deslocar-se ao ambulatório” (SBMFC, 2004).

Por sua vez, o Colegiado de Coordenação do PRMFC/F recomenda o mínimo de quatro visitas domiciliares por mês (Diário de Atividades dos Residentes e dos Preceptores do PRMFC/F/SMSE de Fortaleza, 2008).

Considerada uma projeção anual calculada a partir das referências dos próprios Residentes e “Especializando”, os mesmos realizam uma média de 160 VD's/ano, o que pode ser considerado como satisfatório.

Quanto ao indicador que avalia o número médio de Visitas Domiciliares (VD) especificamente para puérperas e recém-nascidos, o parâmetro normativo da SBMFC é de 15 gestantes e puérperas por ano.

⁹ Número médio semanal de Visitas Domiciliares (VD's) e o número médio de VD's realizadas especificamente para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção.

“Acompanhamento e atendimento ambulatorial e domiciliar de gestantes e puérperas, por um período mínimo de um ano e acompanhamento de, no mínimo, 15 gestantes” (SBMFC, 2004).

No caso estudado, observou-se que a maioria dos Residentes e “Especializandos” (70,58%) realiza tal atividade de uma a duas vezes por semana. A projeção anual, calculada pela média, é de 84 visitas, o que também pode ser considerado como satisfatório. A maioria dos Residentes das Regionais II e IV realiza estas atividades, mas em uma Regional específica (III) esta proporção é bem menor (25%) dos Residentes da Regional III.

Quanto à média semanal aproximada de consultas realizadas, observou-se que 92% dos Médicos Residentes responderam que realizam mais que 30 consultas semanais (120 mensais) e 60,79% responderam que realizam mais que 60 consultas semanais (240 mensais). O número de encaminhamentos referido é de até 20 para 91,20% dos Residentes e de até 10 para 71,59%. Ao associar os números destas referências sobre encaminhamentos para outras especialidades médicas com os números referidos sobre o total de atendimentos realizados semanalmente pelos Residentes/“Especializandos”, observou-se que a proporção percentual de encaminhamentos sobre o total de atendimentos é de 18%. A SBMFC recomenda a proporção de aproximadamente 15% de encaminhamentos:

“No desenvolvimento de sua prática, o Médico de Família e Comunidade necessita desenvolver senso crítico, conhecer e aplicar a investigação diagnóstica, não só para sua formação, mas também para atingir o grau de resolutividade inerente à prática de excelência da especialidade, que corresponde a no mínimo 85% dos problemas de saúde de uma determinada população, tal como é apresentado em estratégias de nível nacional e internacional”.

O Colegiado de Coordenação deste programa recomenda 20 a 25% de encaminhamentos a especialidades médicas do total de consultas realizadas. (Diário de Atividades do Residente e do Preceptor do PRMFC/F/SMSE, 2008).

O Colegiado de Coordenação do PRMFC/F recomenda o mínimo de 12 consultas de puericultura mensais (Diário de Atividades dos Residentes e dos Preceptores do PRMFC/F/SMSE de Fortaleza, 2008). O indicador que avaliou o número de crianças de zero a dois anos atendidas mensalmente como puericultura também pode ser considerado como satisfatório, visto que 83,35% dos Residentes responderam que realizam mais que 11 acompanhamentos mensais (projeção bianual de 264). Cerca de metade dos Residentes da

Regional III alcançou este indicador.

Quanto aos descritores para a avaliação de ações programáticas de Saúde da Mulher¹⁰, observou-se que adequação para com os parâmetros estabelecidos pela SBMFC e recomendações da Coordenação do PRMFC/F.

“Acompanhamento e atendimento ambulatorial de mulheres, por um período mínimo de um ano e de, no acompanhamento de, no mínimo, 50 mulheres, com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitudes relacionadas nas colunas ao lado. Acompanhamento e atendimento ambulatorial e domiciliar de gestantes e puérperas, por um período mínimo de um ano e acompanhamento de, no mínimo, 15 gestantes” (SBMFC, 2004).

O Colegiado de Coordenação deste programa recomenda o mínimo de 12 consultas de prevenção e 16 de Pré-natal por mês (Diário de Atividades dos Residentes e dos Preceptores do PRMFC/F/SMSE de Fortaleza, 2008).

No caso analisado, a grande maioria dos Residentes e “Especializandos” afirmou realizar mais do que cinco exames mensais (mais do que 60 anuais). Dentre as Regionais, os Residentes das Regionais III e V realizaram menos esta atividade. O parâmetro normativo da SBMFC de atendimentos são pelo menos 50 mulheres por ano para o primeiro indicador e de 15 gestantes para o segundo indicador.

Para o indicador que avalia o número médio de acompanhamentos ou assistência ao trabalho de parto normal realizados no intercurso da Residência, observou-se inadequação para com parâmetros normativos preestabelecidos pela SBMFC. Apenas 44% dos Residentes responderam que realizaram mais do que cinco a 10 partos. Quando se faz a estratificação por Regionais, observa-se que os Residentes das Regionais IV e VI obtiveram classificação de implantada e parcialmente satisfatória, metade dos Residentes das Regionais II, III e V realizaram este número de assistência ao parto, sendo considerado insatisfatório. A Regional I que apresentou maior deficiência, sendo sua implantação considerada incipiente e insatisfatória.

¹⁰ Número de exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados mensalmente pelos Médicos Residentes e número médio de gestantes atendidas mensalmente para realização de consultas de Pré-natal.

O parâmetro normativo da SBMFC é de pelo menos 15 assistências ao parto durante os dois anos de curso. “*Acompanhamento do trabalho de parto e assistência ao parto normal, de pelo menos 15 gestantes*” (SBMFC, 2004).

Em relação aos descritores sobre atendimentos de Tuberculose¹¹, observou-se que ambos foram implantados e de forma satisfatória para com os parâmetros normativos. Para o número médio de pacientes acompanhados de forma sistemática, 91,2% dos Residentes responderam que acompanham mais de um a três casos e o mesmo percentual refere solicitar de uma a duas baciloscopias mensais para casos suspeitos.

Para o descritor que trata do número médio de casos novos de hanseníase diagnosticados pelos Médicos Residentes nos últimos três meses, observou-se que 62% dos Residentes responderam que realizaram tais procedimentos pelo menos em um caso. Os melhores resultados foram encontrados na Regional III, enquanto na Regional VI fizeram este diagnóstico e na Regional II observou-se uma frequência bem menor. Não existe nenhum parâmetro normativo da SBMF e CNRM para estes descritores. O Colegiado de Coordenação deste programa recomenda como meta, acompanhamento a 100% dos casos de tuberculose e hanseníase da área do médico residente. (Diário de atividades do Residente e do Preceptor do PRMFC/F/SMSE, 2008).

As referências sobre o número médio de pacientes com diabetes acompanhados mensalmente estabelecem uma faixa de 11 a 20 para a maioria dos Residentes e “Especializando” (69%). No caso do acompanhamento mensal de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, os Residentes e “Especializando” referiram um número médio de mais de 30 casos. Para estes problemas de saúde, o Colegiado de Coordenação do PRMFC/F recomenda um mínimo de duas a cinco consultas a diabéticos e de 20 hipertensos mensalmente (Diário de atividades do Residente e do Preceptor do PRMFC/F/SMSE, 2008).

Quanto ao número médio de receitas de benzodiazepínicos, observou-se que 94,12% dos Residentes prescreveram menos que 10 por mês, sendo avaliado, portanto como implantado e de forma satisfatória. Não foi encontrado parâmetro normativo para este indicador. Uma das questões proeminentes na prática clínica no âmbito da ABS/ESF refere-se

¹¹ Número médio de pacientes com tuberculose acompanhados mensalmente pelos Médicos Residentes e número de baciloscopias solicitadas por mês pelos Médicos Residentes para os pacientes sintomáticos respiratórios.

às prescrições de fármacos benzodiazepínicos, considerada excessiva por muitos autores (NOTO et al., 2002; MENDONÇA et al., 2008).

Os descritores de resultados demonstraram uma maior uniformidade entre as Regionais e coerência com os parâmetros atingidos pelo PRMFC/F. Pode-se dizer que em relação às visitas domiciliares e ao acompanhamento de puericultura apenas os Residentes da Regional III precisam melhorar estes descritores, aumentando número de visitas semanais realizadas tanto para acamados, quanto para puérperas e recém-nascidos, assim como aumentar o número pacientes atendidos como puericultura.

A assistência ao parto sem dúvida é uma das grandes deficiências deste programa, devendo ser ampliado e que os Residentes realizem mais tal procedimento, principalmente os das Regionais I, II, III e V. O único descritor que não foi implantado em todas as Regionais foi o que avaliou o número de diagnósticos a pacientes com hanseníase, sendo insatisfatório na Regional VI e não implantado na Regional II. Após esta identificação sugere-se a implantação da abordagem ao paciente com hanseníase nesta Regional e ampliação do número de atendimentos a estes pacientes na outra.

As consultas de pré-natal e de prevenção de câncer de colo uterino, o atendimento a hipertensos, o número total de consultas, o número de encaminhamentos e o número de receitas prescritas de benzodiazepínicos são realizados de forma satisfatória ou parcialmente satisfatória por todos os Residentes e em todas Regionais.

5 CONCLUSÃO

Como explicitado anteriormente, a formação, por Programas de Residência, de Médicos de Família e Comunidade, em grande escala, é mais apropriada às necessidades do município de Fortaleza, do estado do Ceará e mesmo do país.

A conjuntura política favorável no município de Fortaleza, no período de 2006 a 2008, permitiu um cenário mais adequado para a implantação do PRMFC.

Superando os desafios de ser o primeiro programa em grande escala e larga abrangência, cujo cenário é uma capital do Nordeste do Brasil, a presente avaliação demonstrou que o PRMFC de Fortaleza foi implantado satisfatoriamente, nos termos dos padrões normativos pré-estabelecidos.

Atualmente este programa está no quarto ano de atividade, já contribuiu para formação de sessenta Médicos de Família e Comunidade, e cinquenta e nove estão em formação. Os egressos do programa hoje contribuem na assistência qualificada nas equipes da ESF de Fortaleza, ou de outros municípios do Ceará; na preceptoria do PRMFC; e na docência de cursos de graduação e pós-graduação.

Em relação à capacidade estrutural, observou-se um incremento nos investimentos federais e municipais, na ampliação e adequação de estrutura física, fortalecendo a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família no município. Nestes termos, o PRMFC apresenta condições de infraestrutura dentro dos padrões recomendados, com implantação satisfatória, necessitando ainda de ampliação de alguns dispositivos, como mais consultórios adequados para a realização de exames ginecológicos, e a disponibilidade de mais turnos de veículos para a realização de visitas domiciliares e outras atividades comunitárias.

Os Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F contam com um corpo de Preceptoria considerado adequado, tanto em termos de quantidade, quanto nas opiniões sobre qualidade.

Para o cenário de práticas está disponibilizado aos Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F o trabalho em equipe, com os profissionais que atuam na ESF, exceto na proporção de Agentes Comunitários de Saúde.

As condições de infraestrutura foram consideradas como regulares e boas pela maior parte dos Residentes e “Especializandos” do PRMFC/F, mas com necessidades de melhoria. Neste aspecto, a maior deficiência apontada refere-se ao modo de gestão dos recursos disponíveis.

Quanto aos principais aspectos e características de reorganização dos processos de trabalho e de ensino-aprendizagem, constatou-se a implantação de todos os itens preconizados pelas normas de funcionamentos para programas desta natureza. O acolhimento com a participação dos profissionais médicos foi implantado na maioria dos Centros de Saúde da Família, mas recomenda-se a redução do tempo de espera entre a marcação de consultas e a realização das mesmas. Outras atividades como reuniões de planejamento e avaliação, aplicação de instrumentos para abordagem familiar e de registro de visitas domiciliares foram implantadas, mas recomenda-se a sua ampliação. As opiniões relatadas sobre o trabalho da Preceptoria e a qualificação do processo de trabalho médico foram positivas. O trabalho da coordenação das unidades de Saúde da Família com o PRMFC implantado obteve uma avaliação regular, sendo apontadas algumas sugestões para melhora.

Encontrou-se dificuldade para utilização dos indicadores e descritores para aferição de alguns resultados. No que tange à Atenção Básica e ESF do município, os dados do SINASC e SIM sugerem melhora na assistência pré-natal, com redução do número de gestantes sem consultas de pré-natal e aumento do percentual de partos vaginais nos bairros onde o PRMFC/F foi implantado. Observou-se ainda o aumento na investigação de óbitos maternos, redução de óbitos por causa indeterminada, redução na mortalidade infantil e geral por doenças infecciosas e parasitárias.

Quanto aos dados do SIAB, conforme relatado, a análise ficou prejudicada pela confiabilidade dos dados disponíveis, sobretudo no período que antecede o ano de 2005. De toda forma os dados encontrados a partir deste ano foram compatíveis com a expansão da Estratégia de Saúde da Família no município, tais como: aumento da produtividade de procedimentos ambulatoriais, puericultura, pré-natal, exames citopatológicos de prevenção do carcinoma de colo de útero, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Hanseníase, Tuberculose, número de reuniões registradas na atenção básica e o número de atendimentos de grupos; assim como aumento do número de exames solicitados de patologia clínica, radiodiagnóstico e ultrassonografias. Também foi

observada a redução de internações hospitalares e das taxas de mortalidade infantil por doença diarreica aguda e infecção respiratória aguda.

A análise dos relatos descritos no formulário respondido pelos Residentes e “Especializando” do PRMFC/F revela informações substanciais para a identificação de problemas pontuais, tais como, o incremento na assistência ao parto. Outros relatos indicam que a maior parte das atividades preconizadas normativamente estão sendo realizadas, com algumas dificuldades mais localizadas, em unidades de Saúde da Família de algumas Regionais Administrativas específicas.

Embora tenha havido a tentativa de inclusão de uma amostra de Médicos Não Residentes, para efeito de outro nível de análise, não foi possível a realização de comparações porque houve pouca adesão e resposta aos formulários enviados. Em sendo assim, sugere-se um estudo posterior, em que se possam incluir tais profissionais.

Algumas hipóteses puderam ser formuladas neste estudo. Sobre indicadores e descritores mais sensíveis aos impactos imediatos e de curto prazo da Atenção Básica no caso de Fortaleza, sugere-se que em estudos posteriores se possa ampliar o escopo de investigação e testar algumas das hipóteses apresentadas. Para tanto, torna-se necessária a utilização de uma base de dados mais confiável e por um período de tempo maior, de modo que os indicadores de médio e longo prazo possam ser avaliados, inclusive a partir da discriminação por bairros, unidades e equipes de Saúde.

Os dados encontrados nesta análise poderiam ser reproduzidos em outros PRMFC? O escopo de análise utilizado para avaliação do PRMFC/Fortaleza poderia ser validado e aplicado a outros programas no país? Em razão destas hipóteses, sugere-se um estudo para avaliar outros PRMFC do país com utilização do mesmo escopo de análise.

Este estudo pode apontar subsídios e trazer contribuições para gestão governamental de Saúde de Fortaleza e para a coordenação do PRMFC. Em relação à gestão da Atenção Básica à Saúde recomendam-se mais investimentos para a melhoria da coleta e processamento de dados dos Sistemas de Informação em Saúde.

Em relação à estrutura das unidades de Saúde da Família, sugere-se uma melhor adequação para com as necessidades apontadas.

Por fim, este estudo possibilitou uma avaliação parcial do PRMFC, a partir de uma graduação normativa de seu processo de implantação, a identificação de pontos vulneráveis e de aspectos que necessitam ser ampliados e adequados, de um modo geral e de forma discriminada por Regionais Administrativas.

Constatando-se a grande deficiência de instrumentos para avaliação de PRMFC, e tendo em vista a contribuição deste estudo para o programa de Fortaleza, reitera-se a importância e relevância deste, como subsídio para o trabalho de organização e coordenação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: Medsi, 6ª edição, 2003.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; MARTINS, T.; AMARAL, M.I.V.; PARREIRAS, P. C. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: Três anos construindo a Tenda Invertida e a Educação Permanente no SUS. SANARE, ano V, n.1, jan-fev-mar, 2004, p 33-39.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. Projeto da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Fortaleza, 2005.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R. J.; . Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3ª edição, Porto Alegre: ARTMED, 2006.

ANDRADE, L.O.M.; BEZERRA, R.; BARRETO, I.C.H.C. Programa de Saúde da família: história, princípios, desafios atuais e futuros. Revista de Administração pública, vol. 39 (2), 2005.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARRETO, I C. H. C.; PONTES, L K; CORREA, L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2000, v. 7, n. 5, p. 303-312. ISSN 1020-4989.

BARRETO, I. C. H. C. Mortalidade referida e suas condicionantes em crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral-CE. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

BESSA E PENA FORTE. Médico de Família: Formação, Certificação e Educação Continuada. Conferência do seminário internacional sobre Saúde da Família. Fortaleza, abril de 2001. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

BEVILACQUA, R. G.; SAMPAIO, S.A.P. As especializações: histórico e projeções. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. In: Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas; Unicamp: NEPP, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica à Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Monitoramento da Atenção Básica à Saúde: Roteiros para reflexão e ação/Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento da Atenção Básica à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde a Família completa 10 anos. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica à Saúde. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>, acesso em 29 de julho de 2007 as 11h00min.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família - Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dados do SIAB da competência maio/07 com críticas para o repasse de incentivos financeiros. SIAB, junho, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Comissão Nacional de Residência Médica. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Comissão Nacional de Residência Médica. 2007.

CASTRO, V. S. Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da formação. Dissertação de Mestrado UECE. Ceará, 2007.

COELHO FERREIRA E VIEIRA DA SILVA, In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.14, n.1, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAUT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e Métodos. In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Hartz Z M; 1997, p .29-48.

DONABEDIAN, A.; BASHSHUR, R. An Introduction to Quality Assurance in Health Care Donabedian, Oxford University Press, 2003.

FELICIANO, K. V. O., KOVACS MH, COSTA I. E. R OLIVEIRA M. G., ARAUJO A. M. S. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 8 (1): 45-53, jan. / mar., 2008.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica à Saúde: novos horizontes. Rev Bras Saúde Mater infant. 2004; 4(3):317-21.

FERRI, S M N, PEREIRA M J B, Mishima SM. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, vol.11, n.23, p. 515-529. ISSN 1414-3283.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:SMS, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão do ano de 2007 da Secretaria Municipal de saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e ética do cuidado/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: SMS, 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009/Secretaria municipal de saúde - Fortaleza, 2008.

FRIAS, P. G.; LIRA, P. I. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz, Z. M. A.;Vieira-da-Silva, L. M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde, 2005, p 151-206.

GIL, C.R.R.; CERVEIRA, M.A.C.; TORRES, Z. F. Pólos de capacitação em Saúde da Família: Alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para Atenção Básica. In: Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas; Unicamp: NEPP, 2002.

HANDLER A.; Handler, Issel M, Turnock B. A conceptual framework to measure performance of the public health system. In: American Journal of Public Health. August. 2001, vol.91, nº 8.

HARTMANN, M; Dias-da-Costa J S; Olinto M T A; Patussi M P; Tramontini A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. In: Caderno de Saúde Pública, 2007, 23(8):1857-1866.

HARTZ, Z. M. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1997.

HARTZ, Z. M.; VIEIRA, L.M.S. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde, 2005.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica à Saúde em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T. Saúde e Democracia, História e Perspectivas do SUS, cap.15. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LOBO G. L. Perfil epidemiológico do idoso: experiência de uma Unidade de Saúde do Program de Saúde da Família em Curitiba. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, SBMFC. v.1, n.1. Rio de Janeiro, 2005.

MACINKO, J.; STARFIELD B; SHI L. The contribution of Primary Care Systems to Helalth Outcomes within Organization of Econo, ic Cooperation and Development (OCECD) Countries, 1970-1998. Helth Service Reserch. 38(3), p.831-65, 2003.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M D. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epimediol Community Health. 2006, 60:13-9.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco and MONTE, Nayara Fernanda. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2006, vol.6, n.2, p. 175-181. ISSN 1519-3829.

MEDINA, MG.; SILVA, GAP.; AQUINO, R. & HARTZ, ZMA . Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: Aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz Z M A;Vieira-da-Silva L M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 2005, p.41-63.

MENDES, E. V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas. 2002.

MENDONÇA, R T; CARVALHO, A C D; VIEIRA, E M e ADORNO, R C F. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saude soc.* [online]. 2008, vol.17, n.2, pp. 95-106. ISSN 0104-1290.

MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica à Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica à Saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2003, vol.3, n.1, p. 113-125. ISSN 1519-3829.

MOORE, D. E.; CASTILLO, C.; RICHARDSON C; REID R J. Determinants of health status and the influence of Primary Health Care Service in Latin America, 19990-19998. In *j Health Plann Manage*, 18(4), p. 279-92, 2003.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR., RODRIGUES F. Avaliação da assistência Pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6):1791-1799, nov-dez, 2003.

NOTO, A. R; Carlinia E A; Mastroianni PC; Alves C A; Galduroz J C. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2002, vol.24, n.2, [cited 2009-05-06], p. 68-73. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000200006&lng=en&nrm= iso>. ISSN 1516-4446. doi: 10.1590/S1516-44462002000200006.

NUNES, E.D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Rev. Saúde Coletiva*, vol. 15, n.1, 2005.

OLIVEIRA, M. M. C.; HARZEHEIM, E.; RIBOLDI, J. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma comparação entre os diferentes serviços (2007; dissertação de mestrado UFRGS).

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: Uma “Nova Saúde Pública” Ou Campo Aberto A Novos Paradigmas. *Revista De Saúde Pública*, São Paulo, v.32, nº 4, 1998.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Medsi, 6ª edição, 2003.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Medsi, 6ª edição, 2003.

PATTON, M. Q. Utilization-focused evaluation. The new century text. Thousands Oaks-London-New Delhi: SAGE Publications, 1997.

PIMENTA, A. L.; COIMBRA A M V; LIVORATO F; BARROS J N C; REZENDE T C B. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo: utilização de metodologia de avaliação rápida. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.42, p.102-117, abril 2008.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto de Programas de Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Rev C S Col* 2006; 11(3):713-24.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Projeto de expansão de Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade. 2005.

SOUZA HM, SAMPAIO LFR. Atenção básica: políticas, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP; 2002. p.9-32.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília – UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica da programação. O caso da Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Hucitec. 1995.

URIBE RIVERA, F. J. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. 2ª ed., São Paulo-Cortez, 1992.

VIEIRA da SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.; VIEIRA, L.M.S. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*, 2005.

YIN, R. Case Study Research. Design and Methods. Califórnia: Sage Publications. 2ª ed, 1994.

XAVIER, A. J. REIS S S; PAULO E M; ORSI E. Tempo de adesão à estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebro vasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. *Ciências & Saúde Coletiva*. 13(5):1543-1551, 2008.

ANEXOS

CNRM:**24 – MEDICINA DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE**

O Programa de Residência Médica (PRM) na área de Medicina de Família e Comunidade, tem como objetivo formar um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo. Esse especialista deverá ser capaz de: priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; desenvolver habilidades docentes e a capacidade de auto aprendizagem; desenvolver a capacidade de crítica da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais.

As atividades de treinamento em serviço devem ser programadas por meio dos seguintes meios e formas:

- atividades na comunidade: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer – um mínimo de 10% da carga horária total;
- atividades em unidades de cuidados primários de saúde: postos de saúde em áreas rurais e/ou urbanas; centros de saúde ou unidades mistas de saúde e unidades básicas situadas em centros de referência – um mínimo de 50% da carga horária total;
- atividades em unidades de cuidados secundários e terciários: hospitais gerais, de especialidades ou especializados – um mínimo de 10% da carga horária total.

As atividades a que se referem os itens acima incluem os cuidados médico individuais, familiares e comunitários.

As atividades de prática integral à saúde incluem habilidades:

1. Em nível individual:

- a) implementar ações de promoção e proteção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador e do idoso;
- b) identificar as fases evolutivas e assistir aos transtornos adaptativos da infância, da adolescência, da idade adulta e da velhice;

- c) prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes tipos de risco;
- d) assistir ao parto e ao puerpério normais;
- e) diagnosticar e tratar as afecções mais freqüentes do ciclo gravídico-puerperal;
- f) proporcionar cuidados ao recém-nascido normal e realizar puericultura;
- g) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na infância, na adolescência, na idade adulta e na velhice;
- h) reconhecer e proporcionar os primeiros cuidados às afecções graves e urgentes;
- i) examinar e constatar anormalidades em exames complementares e de apoio ao diagnóstico relacionado com a complexidade de sua atividade clínica;
- j) diagnosticar e tratar distúrbios psicológicos mais comuns, encaminhando para assistência psicológica ou psiquiátrica os pacientes que dela necessitarem;
- k) diagnosticar patologia cirúrgica frequente e encaminhar à sua resolução;
- l) executar cirurgia ambulatorial de pequeno porte;
- m)encaminhar, para serviços adequados, pacientes que necessitarem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados;
- n) orientar o pré e pós-operatórios das intervenções mais simples;
- o) diagnosticar e tratar os problemas mais frequentes de saúde do trabalhador, encaminhando para a assistência especializada sempre que se fizer necessário.

2. Em nível familiar e coletivo:

- a) conhecer o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar;
- b) reconhecer e assistir, quando necessário, às crises familiares, evolutivas e não evolutivas;
- c) reconhecer e assistir às disfunções familiares, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica as famílias que dela necessitarem;
- d) conhecer e utilizar as técnicas de dinâmica de grupo;
- e) conhecer e promover ações de educação em saúde, bem como participar de ações em parceria com a comunidade, buscando desenvolvimento simultâneo e mútuo;
- f) identificar os problemas e necessidades de saúde da comunidade, particularizando grupos mais vulneráveis, e implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de caráter coletivo e no âmbito da atenção primária;
- g) desenvolver ações de caráter multiprofissional e interdisciplinar;
- h) realizar cadastro familiar e estabelecer o perfil de saúde de grupos familiares.

As atividades de administração e planejamento incluem habilidades para:

- a) chefiar ou apoiar à chefia da unidade em questão de gerência;
- b) realizar programação quantificada das atividades da unidade e criação de parâmetros para medir o atingimento de metas propostas;
- c) montagem e operação do sistema de informação para acompanhamento da prestação de atividades finais e de produtividade, visando à avaliação da unidade quanto a eficácia, a eficiência e a efetividade;
- d) orientação da organização e funcionamento de um arquivo médico da unidade;
- e) montagem, orientação e avaliação do sistema de referência e contra-referência dentro e fora da unidade, visando promover a complementaridade da atenção médica sanitária;
- f) atuação intersetorial, acionando secretarias municipais, entidades, instituições e outras organizações sempre que se fizer necessário.

As atividades na área do ensino e pesquisa incluem habilidades para:

- a) promover estudos de incidência e prevalência de morbimortalidade e de indicadores de saúde na população sob sua responsabilidade;
- b) participar da realização de investigações operacionais como estudos de demanda e estudos de setores específicos da unidade, visando à melhoria no funcionamento da mesma e sua adequação às necessidades de saúde da população a que serve;
- c) desenvolver e implementar novas tecnologias na assistência e atenção no âmbito da medicina geral, de família e da comunidade, baseadas no paradigma biopsicossocial;
- d) participar da implementação, controle e avaliação do programa de imunização da unidade, de acordo com a norma vigente na Instituição e de acordo com o Programa Nacional de Imunizações;
- e) participar das atividades de vigilância epidemiológica na área de referência da unidade, acionando o sistema de vigilância epidemiológica sempre que necessário; desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal de vários níveis e de educação continuada para a equipe de saúde;
- f) promover o auto-aprendizado e a atualização de conhecimentos na área da medicina geral, familiar e comunitária

Quadro 8. Distribuição dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil por instituições de ensino, unidades federativas, tipo de administração e vagas por tipo. Período de 2007.

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MFC		UF	AD	R1	R2	R3	Total
1	FUNDAÇÃO HOSP. ESTADUAL DO ACRE	AC	E	6	60	0	12
2	HOSP. UNIV. PROF ALBERTO ANTUNES UFAL	AL	F	2	2	0	4
3	HOSP. UNIV. GETÚLIO VARGAS FAC. DE MEDICINA UFAM	AM	F	10	10	0	20
4	ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA	BA	P	3	3	0	6
5	HOSP. PROF EDGARD SANTOS UFBA	BA	F	6	6	0	12
6	SOCIEDADE HÓLON	BA	P	3	3	0	6
7	HOSP. MUNICIPAL SÃO LUCAS CE	CE	M	2	2	0	4
8	HOSP. UNIV. WALTER CANTIDIO UFC	CE	F	10	10	0	20
9	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA	CE	SMS	76	76	0	152
10	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE SOBRAL	CE	SMS	12	12	0	24
11	HOSP. REGIONAL DE SOBRADINHO FHDF DF	DF	M	4	4	0	8
12	HOSP. DAS CLÍNICAS DA UFMG	MG	F	10	10	0	20
13	HOSP. MUNICIPAL JOSÉ LUCAS FILHO	MG	M	8	8	0	16
14	HOSP. MUNICIPAL ODILON BEHRENS MG	MG	M	12	12	0	24
15	HOSP. PÚBL. REG. DE BETIM PROF. OSVALDO RESENDE FRANCO	MG	M	4	4	0	8
16	HOSP. UNIV. UFJF MG CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE	MG	F	7	7	0	14
17	HOSP. UNIV. ALZIRA VELANO	MG	P	3	3	0	6
18	HOSP. UNIV. CLEMENTE FÁRIA UNIV. EST. DE MONTES CLAROS	MG	E	16	16	0	32
19	SANTA CASA DE BOM DESPACHO - FAC. DE CIÊNCIAS MÉDICAS	MG	P	5	5	0	10
20	UNIVERSIDADE DE UBERABA – UNIUBE	MG	P	10	10	0	20
21	HOSP. UNIV. MARIA APARECIDA PEDROSSIAN UFMS	MS	F	4	4	0	8
22	UNIV. PARA O DESENV. DO EST. E DA REG. DO PANTANAL UNIDERP	MS	P	3	3	0	6
23	HOSP. UNIV. JULIO MULLER UFMT	MT	F	4	4	0	8
24	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ	PA	E	10	10	0	20
25	FAC. DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE PERNAMBUCO	PE	E	6	6	0	12
26	HOSP. DAS CLÍNICAS DA UFPE	PE	F	4	4	0	8
27	INSTITUTO MAT. INFANTIL PROF. FERNANDO FIGUEIRA IMIP	PE	P	3	3	0	6
28	HOSP. BOM JESUS PONTA GROSSA	PR	P	5	5	0	10
29	HOSP. DAS CLÍNICAS DA UFPR	PR	F	4	4	0	8
30	HOSP. UNIV. CAJURU	PR	P	12	12	0	24
31	HOSP. UNIV. DO OESTE DO PARANÁ	PR	E	5	5	0	10
32	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ	PR	E	3	3	0	6
33	HOSP. ALCIDES CARNEIRO FAC. DE MED. DE PETROPOLIS FUNDACAO OCTACILIO GUALBERTO	RJ	M	4	4	0	8
34	HOSP. CENTRAL DO EXÉRCITO	RJ	F	10	10	0	20
35	HOSP. DAS CLÍNICAS DE TERESOPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO	RJ	P	6	6	0	12
36	HOSP. UNIV. GAFFRÉE GUINLE UNIRIO	RJ	F	5	5	0	10
37	HOSP. UNIV. PEDRO ERNESTO UERJ	RJ	E	10	10	0	20
38	POLICLÍNICA COMUNITÁRIA DR. SÉRGIO AROUCA	RJ	M	4	4	0	8
39	HOSP. UNIV. ONOFRE LOPES UFRN	RN	F	10	10	0	20
40	CENTRO DE SAÚDE ESCOLA MURIALDO PORTO ALEGRE	RS	E	30	30	0	60
41	HOSP. DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	RS	F	3	3	0	6
42	HOSP. DR MIGUEL RIET CORREA JUNIOR DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE FURG	RS	F	4	4	0	8
43	HOSP. GERAL DE CAXIAS DO SUL RS	RS	E	4	4	0	8
44	UNIV. CATOLICA DE PELOTAS HOSP. UNIV. SÃO FRANCISCO DE PAULA	RS	P	1	1	0	2
45	UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL ULBRA	RS	P	4	4	0	8
46	UNIV. REG. DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL UNIJUI	RS	P	4	4	0	8
47	FUNDAÇÃO DAS ESCOLAS UNIDAS DO PLANALTO CATARINENSE	SC	M	6	6	0	12
48	HOSP. MUNICIPAL SÃO JOSÉ DE JOINVILLE	SC	M	4	4	0	8
49	HOSP. UNIV. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO	SC	F	6	6	0	12
50	HOSP. UNIV. PROF. POLIDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UFSC	SC	F	6	6	0	12

Fonte dos dados Comissão Nacional de Residência Médica-MEC. 2007.

Legenda: (F) Federal; (E) Estadual; (M) Municipal; (SMS) Sec. Munic. De Saúde; (PR) Privada.

Quadro 8. Distribuição dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil por instituições de ensino, unidades federativas, tipo de administração e vagas por tipo. Período de 2007.

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MFC		UF	AD	R1	R2	R3	Total
CONTINUAÇÃO Quadro 8							
51	SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE	SC	SMS	4	4	0	8
52	SOC. DIVINA PROVIDÊNCIA DO HOSP. NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	SC	P	5	5	0	10
53	HOSP. UNIV. DA UFSE	SE	F	2	2	0	4
54	SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU - CENTRO DE ED. PERMANENTE	SE	SMS	5	5	0	10
55	CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA	SP	P	16	16	0	32
56	FAC. DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP	SP	E	6	6	0	12
57	FAC. DE MEDICINA DA USP	SP	E	12	12	0	24
58	FAC. DE MEDICINA DE JUNDIAÍ	SP	M	4	4	0	8
59	FAC. DE MEDICINA DE MARÍLIA	SP	E	10	10	0	20
60	FAC. DE MEDICINA DE SANTO AMARO	SP	P	3	3	0	6
61	FAC. DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	E	4	4	0	8
62	FAC. DE MEDICINA DO ABC	SP	P	5	5	0	10
63	HOSP. DAS CLÍNICAS DA FAC. DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO USP	SP	E	10	10	0	20
64	HOSP. E MATERNIDADE DR CELSO PIERRO PUC CAMPINAS SP	SP	P	3	3	0	6
65	HOSP. MUNICIPAL PROF DR ALÍPIO CORREA NETTO	SP	M	4	4	0	8
66	HOSP. MUNICIPAL DR MARIO GATTI SP	SP	M	4	4	0	8
67	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO UNESP FAC. DE MEDICINA DE BOTUCATU	SP	E	10	10	0	20
68	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS	SP	F	10	10	0	20
69	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO UNIFESP	SP	F	8	8	4	20
TOTAL				518	518	4	1040

Fonte dos dados Comissão Nacional de Residência Médica-MEC. 2007.

Legenda: (F) Federal; (E) Estadual; (M) Municipal; (SMS) Sec. Munic. De Saúde; (PR) Privada.

Quadro 9. Escala de classificação de grau de implantação de atividades do PRMFC/F

Classificação	Escore final
Implantado e satisfatório	80 a 100% ou dentro do padrão recomendado
Implantado e parcialmente satisfatório	60 a 80% ou dentro padrão mas sem atingir o recomendável
Implantado e insatisfatório	40 a 60% ou dentro do padrão mas na fase inicial de implantação
Incipiente e insatisfatório	20 a 40% ou fora do padrão ou implantação incipiente
Não implantado e insatisfatório	0 a 20% ou fora do padrão recomendável

Fonte: Adaptado de Harzt, 2005.

Quadro 10. Classificação quanto ao grau de implantação para os indicadores de estrutura para 1º nível de análise.

Indicador	Média	% de respostas	Classificação
Relação do número médio de médicos Preceptores/ Residentes que atuam nas unidades de Saúde da Família	3,72/3,03 (1,23)	NA	Satisfatório e implantado
Relação do número médio de enfermeiros/ Residentes que atuam nas unidades de Saúde da Família	5,54/3,03 (1,83)	NA	Satisfatório e implantado
Relação do número médio de dentistas/ Residentes que atuam nas unidades de Saúde da Família	4,4/3,03 (1,45)	NA	Satisfatório e implantado
Relação do número médio de ACS/ Residentes que atuam nas unidades de Saúde da Família	5,6/3,03 (1,85)	NA	Insatisfatório e implantado
Relação do número médio de consultórios com acesso a computador e rede intranet/ Residentes que atuam no CSF	5,15/3,03 (1,69)	NA	Satisfatório e implantado
Relação do número médio de turnos semanais com disponibilidade de veículo para atividade comunitária/ Residentes que atuam no CSF	3,7/3,03 (1,23)	NA	Parcialmente satisfatório e implantado
Relação do número médio de consultórios apropriados para exames ginecológicos na unidade / Residentes que atuam no CSF	2,3/3,03 (0,76)	NA	Parcialmente satisfatório e implantado
Instrumento próprio para registro das visitas domiciliares	Utilizam E em termos	68,63%	Implantado e Parcialmente satisfatório
Instrumento próprio para registro das visitas domiciliares	Utilizam	52,94%	Implantado e insatisfatório
Opinião sobre as condições de infra-estrutura da unidade em que atua	Regular a Boa	82%	Implantado e satisfatório
Opinião sobre as condições de infra-estrutura da unidade em que atua	Boa	46%	Implantado e insatisfatório
Acesso a livros didáticos para leitura e consulta no próprio local	Sim	(68,63%)	Implantado e Parcialmente satisfatório

Fonte: Pesquisa.

Quadro 11. Classificação dos Indicadores de estrutura 2º nível de análise.

Indicador	SER	Média	Classificação
Relação do número médio de médicos Preceptores/ Residentes que atuam nas unidades de Saúde da Família Média geral do PRMFC/F: 1,26 Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	1,17	Imp. Sat.
	2	1,59	Imp. Sat.
	3	1,09	Imp. Sat.
	4	1,15	Imp. Sat.
	5	1,20	Imp. Sat.
	6	1,36	Imp. Sat.
Relação do número médio de enfermeiros/ Residentes que atuam nas unidades de Saúde da Família Média geral do PRMFC/F: 1,96 Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	1,59	Imp. Sat.
	2	2,46	Imp. Sat.
	3	2,18	Imp. Sat.
	4	1,92	Imp. Sat.
	5	1,45	Imp. Sat.
	6	2,29	Imp. Sat.
Relação do número médio de dentistas/ Residentes que atuam nas unidades de Saúde da Família Média geral do PRMFC/F: 0,96 Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	0,70	Imp. Par. Sat.
	2	1,34	Imp. Sat.
	3	0,54	Imp. Par. Sat.
	4	1,07	Imp. Sat.
	5	0,93	Imp. Sat.
	6	1,30	Imp. Sat.
Relação do número médio de ACS/ Residentes que atuam nas unidades de Saúde da Família Média geral do PRMFC/F: 1,36 Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	1,03	Imp. Par. Sat.
	2	2,04	Imp. Par. Sat.
	3	1,49	Imp. Par. Sat.
	4	0,77	Imp. Insat.
	5	1,30	Imp. Par. Sat.
	6	1,61	Imp. Par. Sat.
Relação do número médio de consultórios com acesso a computador e rede intranet/ Residentes que atuam no CSF Média geral do PRMFC/F: 1,85 Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	1,28	Imp. Sat.
	2	2,47	Imp. Sat.
	3	1,82	Imp. Sat.
	4	1,15	Imp. Sat.
	5	1,70	Imp. Sat.
	6	2,87	Imp. Sat.
Relação do número médio de turnos semanais com disponibilidade de veículo para atividade comunitária/ Residentes que atuam no CSF Média geral do PRMFC/F: 1,16 Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	1,18	Imp. Sat.
	2	2,75	Imp. Sat.
	3	0,64	Imp. Parc.Sat.
	4	0,69	Imp. Parc.Sat.
	5	0,78	Imp. Parc.Sat.
	6	1,13	Imp. Sat.
Relação do número médio de consultórios apropriados para exames ginecológicos na unidade / Residentes que atuam no CSF Média geral do PRMFC/F: 0,45 Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	0,34	Imp. Insat.
	2	0,53	Imp. Parc.Sat.
	3	0,36	Imp. Insat.
	4	0,38	Imp. Insat.
	5	0,43	Imp. Insat.
	6	0,72	Imp. Parc.Sat.
Instrumento próprio para registro das visitas domiciliares % PRMFC/F: 52,94% (utilizam); 68,63% utilizam e em termos Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	82,35%	Imp. Sat.
	2	33,33%	Inc. insat.
	3	50,00%	Imp. Insat.
	4	20,00%	Inc. insat.
	5	87,50%	Imp. Sat.
	6	27,27%	Inc. insat.

Opinião sobre as condições de infra-estrutura da unidade em que atua % PRMFC/F: 46,3% (boa) Classificação do PRMFC/F: Implantado e insatisfatório	1	47,95	Imp.Insat.
	2	50,00	Imp.Insat.
	3	25,00	Inc.insat.
	4	80,00	Imp.Sat.
	5	25,00	Inc.insat.
	6	50,00	Imp.Insat.
Opinião sobre as condições de infra-estrutura da unidade em que atua % PRMFC/F: 81,21% (boa e regular) Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	76,45	Im. Parc. Sat.
	2	83,33	Imp.Sat
	3	50,00	Imp.Ins.
	4	100,00	Imp.Sat
	5	87,50	Imp.Sat
	6	90,21	Imp.Sat
Acesso a livros didáticos para leitura e consulta no próprio local % PRMFC/F: 68,63% ; Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	82,35	Imp. Sat.
	2	83,33	Imp. Sat.
	3	100,00	Imp. Sat.
	4	40,00	Imp. Insat.
	5	62,50	Imp. Parc.
	6	45,45	Imp. Insat.

(Imp. Sat.: Implantado e satisfatório; Imp. Parc. Sat.: implantado e parcialmente satisfatório; Imp. Insat.: Implantado e Insatisfatório; Inc. Insat.: Incipiente e Insatisfatório)

Fonte: Pesquisa

Quadro 12. Classificação quanto ao grau de implantação para os indicadores de processo para 1º nível de análise:

<i>Indicador</i>	<i>Média</i>	<i>% de respostas</i>	<i>Classificação</i>
A estratégia de acolhimento aos usuários no CSF está funcionando	NA	74,51%	Implantado e parcialmente satisfatório
Profissionais médicos (Residentes, Preceptores ou todos os médicos) que participam efetivamente e regularmente do acolhimento	NA	70,59%	Implantado e parcialmente satisfatório
Tempo médio decorrido entre a marcação de uma consulta e o atendimento médico no Unidade de Saúde da Família (até 7 dias)	4 a 7 dias	52,94%	Implantado e insatisfatório
Tempo médio decorrido entre a marcação de uma consulta e o atendimento médico no Unidade de Saúde da Família (até 30 dias)	7,61 dias	84,31%	Implantado e satisfatório
Número de reuniões de equipe realizadas no Centro de saúde por mês (mais de uma)	1 a 2 Reuniões /mês	76,47%	Implantado e parcialmente satisfatório
Em média, número de reuniões de equipe específicas para atividades de planejamento e/ou avaliação de dados do SIAB, realizadas nos Unidades de Saúde da Família por mês (mais de uma)	0 a 1 reunião /mês	54%	Implantado e insatisfatório
Utilização sistemática de algum instrumento padronizado para registro e análise de situação familiar	NA	50,98%	Implantado e insatisfatório
Realização de alguma análise de indicadores demográfico, epidemiológico e mapeamento da comunidade, identificando fatores de risco e proteção à saúde no ambiente comunitário do seu CSF, durante o período da residência:	NA	54,90%	Implantado e insatisfatório
Número de cursos, congressos ou eventos científicos que o residente participou nos últimos 12 meses (mais de um)	NA	94,12%	Implantado e satisfatório
Avaliação do Trabalho da Preceptoría do PRMFC/F no seu Unidade de Saúde da Família (CSF) (regular, boa e excelente)	NA	94,11%	Implantado e satisfatório
Avaliação do Trabalho da Preceptoría do PRMFC/F na seu Unidade de Saúde da Família (CSF) (boa e excelente)	NA	74,50%	Implantado e parcialmente satisfatório
Avaliação do trabalho da Coordenação e Gestão no CSF (boa e excelente)	NA	58,82%	Implantado e insatisfatório
Avaliação do trabalho da Coordenação e Gestão no CSF (regular, boa e excelente)	NA	78,43	Implantado e parcialmente satisfatório
Avaliação a tendência a qualificação do processo de trabalho médico no CSF, considerando o período de intercurso da residência (Tendeu a uma situação de melhoria de qualidade)	NA	84%	Implantado e satisfatório

Fonte: pesquisa

Quadro 13. Indicadores de processo do 2º nível de análise:

<i>Indicador</i>	<i>SER</i>	<i>% de respostas</i>	<i>Classificação</i>
A estratégia de acolhimento aos usuários no CSF está funcionando % PRMFC/F: 74,51% ; Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	70,58	Imp. Parc. Sat.
	2	100,00	Imp. Sat.
	3	25,00	Inc.insat.
	4	80,00	Imp. Sat.
	5	75,00	Imp. Parc. Sat.
	6	81,81	Imp. Sat.
Profissionais médicos (Residentes, Preceptores ou todos os médicos) que participam efetivamente e regularmente do acolhimento % PRMFC/F: 70,59% ; Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	94,11	Imp. Sat.
	2	66,66	Imp. Parc. Sat.
	3	50,00	Imp. Insat.
	4	20,00	Inc.insat.
	5	62,50	Imp. Parc. Sat.
	6	72,72	Imp. Parc. Sat.
Tempo médio decorrido entre a marcação de uma consulta e o atendimento médico no Unidade de Saúde da Família (até 7 dias) % PRMFC/F: 52,94% Classificação do PRMFC/F: Implantado e insatisfatório	1	64,70	Imp. Parc. Sat.
	2	33,30	Inc.insat.
	3	50,00	Imp. Insat.
	4	60,00	Imp. Parc. Sat.
	5	37,50	Inc.insat.
	6	54,54	Imp. Insat.
Tempo médio decorrido entre a marcação de uma consulta e o atendimento médico no Unidade de Saúde da Família (até 30 dias) % PRMFC/F: 84,31% (média 7,61 dias) Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	88,23	Imp. Sat.
	2	83,33	Imp. Sat.
	3	75,00	Imp. Parc. Sat.
	4	80,00	Imp. Sat.
	5	87,50	Imp. Sat.
	6	81,81	Imp. Sat.
Número de reuniões de equipe realizadas no Centro de saúde por mês (mais de uma) % PRMFC/F: 76,47% (1 a 2 reuniões/mês) Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	58,82	Imp. Insat.
	2	83,30	Imp. Sat.
	3	75,00	Imp. Parc. Sat.
	4	80,00	Imp. Sat.
	5	87,50	Imp. Sat.
	6	81,82	Imp. Sat.
Número de reuniões de equipe realizadas no Centro de saúde por mês (duas ou mais reuniões) % PRMFC/F: %	1	35,29	Inc. insat.
	2	83,30	Imp. Sat.

Classificação do PRMFC/F:	3	50,00	Imp. Insat.
Implantado e parcialmente satisfatório	4	20,00	Inc. insat.
	5	50,00	Imp. Insat.
	6	45,45	Imp. Insat.
Em média, número de reuniões de equipe específicas para atividades de planejamento e/ou avaliação de dados do SIAB, realizadas nos Unidades de Saúde da Família por mês (mais de uma) % PRMFC/F: 54% (0 a 1 reunião/mês) Classificação do PRMFC/F: Implantado e insatisfatório	1	37,50	Inc. insat.
	2	83,33	Imp. Sat.
	3	25,00	Inc. insat.
	4	40,00	Imp. Insat.
	5	62,50	Imp. Parc. Sat.
	6	27,27	Inc. insat.
Utilização sistemática de algum instrumento padronizado para registro e análise de situação familiar % PRMFC/F: 50,98% Classificação do PRMFC/F: Implantado e insatisfatório	1	82,35	Imp. Sat.
	2	50,00	Imp. Insat.
	3	25,00	Inc. insat.
	4	20,00	Inc. insat.
	5	37,50	Inc. insat.
	6	36,36	Inc. insat.
Realização de alguma análise de indicadores demográfico, epidemiológico e mapeamento da comunidade, identificando fatores de risco e proteção à saúde no ambiente comunitário do seu CSF, durante o período da residência: % PRMFC/F: 54,90% Classificação do PRMFC/F: Implantado e insatisfatório	1	58,82	Imp. Insat.
	2	66,66	Imp. Parc. Sat.
	3	75,00	Imp. Parc. Sat.
	4	80,00	Imp. Sat.
	5	25,00	Inc. insat.
	6	45,45	Imp. Insat.
Número de cursos, congressos ou eventos científicos que o residente participou nos últimos 12 meses (mais de um) % PRMFC/F: 94,12% Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	100,00	Imp. Sat.
	2	100,00	Imp. Sat.
	3	100,00	Imp. Sat.
	4	80,00	Imp. Sat.
	5	87,50	Imp. Sat.
	6	90,90	Imp. Sat.
Avaliação do Trabalho da Preceptoría do PRMFC/F na sua Unidade de Saúde da Família (CSF) (regular, boa e excelente) % PRMFC/F: 94,11% Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	100,00	Imp. Sat.
	2	100,00	Imp. Sat.
	3	100,00	Imp. Sat.
	4	100,00	Imp. Sat.
	5	87,50	Imp. Sat.
	6	81,82	Imp. Sat.
Avaliação do Trabalho da Preceptoría do PRMFC/F na sua	1	82,35	Imp. Sat.

Unidade de Saúde da Família (CSF) (boa e excelente) % PRMFC/F: 74,50% Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	2	83,83	Imp. Sat.
	3	50,00	Imp. Insat.
	4	100,00	Imp. Sat.
	5	62,50	Imp. Parc. sat.
	6	63,36	Imp. Parc. Sat. B
	Avaliação do trabalho da Coordenação e Gestão no CSF (boa e excelente) % PRMFC/F: 58,82% Classificação do PRMFC/F: Implantado e insatisfatório	1	70,58
2		66,67	Imp. Parc. sat.
3		25,00	Inc. Insat.
4		60,00	Imp. Parc. sat.
5		50,00	Imp. Insat.
6		54,55	Imp. Insat.
Avaliação do trabalho da Coordenação e Gestão no CSF (regular, boa e excelente) % PRMFC/F: 78,43% Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	82,35	Imp. Sat.
	2	83,33	Imp. Sat.
	3	75,00	Imp. Parc. sat.
	4	100,00	Imp. Sat.
	5	75,00	Imp. Parc. sat.
	6	63,64	Imp. Parc. sat.
Avaliação a tendência a qualificação do processo de trabalho médico no CSF, considerando o período de intercurso da residência (Tendeu a uma situação de melhoria de qualidade) % PRMFC/F: 84% Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	94,12	Imp. Sat.
	2	83,33	Imp. Sat.
	3	50,00	Imp. Insat.
	4	80,00	Imp. Sat.
	5	75,00	Imp. Parc. sat.
	6	90,00	Imp. Sat.

(Imp. Sat.: Implantado e satisfatório; Imp. Parc. Sat.: implantado e parcialmente satisfatório; Imp. Insat.: Implantado e Insatisfatório; Inc. Insat.: Incipiente e Insatisfatório)

Fonte: pesquisa

Quadro 14. Classificação quanto ao grau de implantação para os indicadores de resultado para 1º nível de análise:

<i>Indicador</i>	<i>Média</i>	<i>% de respostas</i>	<i>Classificação</i>
Número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana:	2,89	Mais de 3 84,31%	Implantado e satisfatório
Número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana, especificamente para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção:	2,54	Mais que 1 84,31%	Implantado e satisfatório
Número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana, especificamente para puerperas e recém nascidos:	1,67	Menos que 1 a 2 VDs 70,58%	Implantado e parcialmente satisfatório
Número de crianças de 0 a 2 anos atendidas mensalmente como puericultura:	22,46	Mais de 11 82,35%	Implantado e satisfatório
Número de exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados mensalmente pelos Médicos Residentes: (mais que cinco a dez):	NA	92%	Implantado e satisfatório
Número de exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados mensalmente pelos Médicos Residentes: (Mais que 1dez a vinte/mês)	NA	46%	Implantado e insatisfatório
Número médio de gestantes atendidas mensalmente para realização de consultas de Pré-natal: (mais do que 5 a 10 /mês)	NA	98%	Implantado e satisfatório
Número médio de gestantes atendidas mensalmente para realização de consultas de Pré-natal: (mais do que onze a vinte/mês)	NA	84,31%	Implantado e satisfatório
Número médio de acompanhamentos ou assistência ao trabalho de parto normal realizados no período de intercurso da residência: (Mais do que 5 a 10)	NA	44%	Implantado e insatisfatório
Número, em média, de pacientes com tuberculose acompanhados mensalmente pelos Médicos Residentes (Mais do que 1 a 3)	NA	84,32%	Implantado e satisfatório
Número de baciloscopias solicitadas por mês pelos Médicos Residentes para os pacientes sintomáticos respiratórios (mais do que uma a duas)	NA	91,20%	Implantado e satisfatório
Número de baciloscopias solicitadas por mês pelos Médicos Residentes para os pacientes sintomáticos respiratórios	NA	62,75%	Implantado e parcialmente satisfatório

(mais do que três a quatro)			
Número, em média, de casos novos de hanseníase diagnosticados pelos Médicos Residentes nos últimos três meses:	NA	Pelo menos um caso 62%	Implantado e parcialmente satisfatório
Número, em média, de pacientes com diabetes acompanhados pelos Residentes mensalmente		Onze ou mais 69.38%	Implantado e parcialmente satisfatório
Número, em média, de pacientes com Hipertensão arterial sistêmica (HAS) acompanhados pelos Residentes mensalmente (onze ou mais)		94%	Implantado e satisfatório
Número, em média, de pacientes com Hipertensão arterial sistêmica (HAS) acompanhados pelos Residentes mensalmente (mais de trinta)		76%	Implantado e parcialmente satisfatório
Número médio de consultas realizadas semanalmente pelos Médicos Residentes (mais de trinta)		92,16%	Implantado e satisfatório
Número médio de consultas realizadas semanalmente pelos Médicos Residentes (mais de sessenta)		60,79%	Implantado e parcialmente satisfatório
Número médio de encaminhamentos para outras especialidades realizados semanalmente pelos Médicos Residentes (até vinte)		91,20%	Implantado e satisfatório
Número médio de encaminhamentos para outras especialidades realizados semanalmente pelos Médicos Residentes (até dez)		71,59%	Implantado e parcialmente satisfatório
Número médio de receitas de benzodiazepínicos prescritos mensalmente (até dez)		94,12%	Implantado e satisfatório
Número médio de receitas de benzodiazepínicos prescritos mensalmente (até cinco)		76,47%	Implantado e parcialmente satisfatório

Fonte: pesquisa

Quadro 15. Indicadores de resultado do 2º nível de análise:

<i>Indicador</i>	<i>SER</i>	<i>% de respostas</i>	<i>Classificação</i>
Número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana: % PRMFC/F: 84,31% (três ou mais) Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	88,23	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
	3	50,00	Impl. Insat.
	4	100,00	Impl. Sat.
	5	62,50	Impl. Parc. Sat.
	6	90,90	Impl. Sat.
Número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana, especificamente para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção: % PRMFC/F: 84,31% (mais que uma) Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	88,23	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
	3	50,00	Impl. Insat.
	4	100,00	Impl. Sat.
	5	75,00	Impl. Parc. Sat.
	6	81,81	Impl. Sat.
Número médio de Visitas Domiciliares (VD) realizadas por semana, especificamente para puerperas e recém nascidos: % PRMFC/F: 70,58% Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	70,59	Impl. Parc. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
	3	25,00	Incip. Insat.
	4	100,00	Impl. Sat.
	5	62,50	Impl. Parc. Sat.
	6	63,63	Impl. Parc. Sat.
Número de crianças de 0 a 2 anos atendidas mensalmente como puericultura: (mais do que onze) % PRMFC/F: 82,35% Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	94,11	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
	3	50,00	Impl. Insat.
	4	60,00	Impl. Parc. Sat.
	5	87,5	Impl. Sat.
	6	72,72	Impl. Parc. Sat.
Número de exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados mensalmente pelos Médicos Residentes: % PRMFC/F: 92,00% (mais do que cinco a dez/mês) Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	94,11	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
	3	100,00	Impl. Sat.
	4	100,00	Impl. Sat.
	5	87,50	Impl. Sat.
	6	81,80	Impl. Sat.
Número médio de gestantes atendidas mensalmente para realização de consultas de Pré-natal: % PRMFC/F: 98,00% (mais do que cinco a	1	100,00	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
	3	100,00	Impl. Sat.

dez/mês)	4	100,00	Impl. Sat.
Classificação do PRMFC/F:	5	87,50	Impl. Sat.
Implantado e satisfatório	6	100,00	Impl. Sat.
Número médio de gestantes atendidas mensalmente para realização de consultas de Pré-natal:	1	88,23	Impl. Sat.
	2	83,33	Impl. Sat.
% PRMFC/F: 84,31% (mais do que onze a vinte/mês)	3	75,00	Impl. Parc. Sat.
	4	100,00	Impl. Sat.
Classificação do PRMFC/F:	5	50,00	Impl. Insat.
Implantado e satisfatório	6	100,00	Impl. Sat.
Número médio de acompanhamentos ou assistência ao trabalho de parto normal realizados no período de intercurso da residência:	1	23,53	Incip. Insat.
	2	50,00	Impl. Insat.
% PRMFC/F: 44,00% (mais do que cinco a dez)	3	50,00	Impl. Insat.
Classificação do PRMFC/F:	4	75,00	Impl. Parc. Sat
Implantado e insatisfatório	5	50,00	Impl. Insat.
	6	63,63	Impl. Parc. Sat
Número, em média, de pacientes com tuberculose acompanhados mensalmente pelos Médicos Residentes	1	82,35	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
% PRMFC/F: 84,32% (mais do que um a três)	3	100,00	Impl. Sat.
Classificação do PRMFC/F:	4	80,00	Impl. Sat.
Implantado e satisfatório	5	75,00	Impl. Parc. Sat.
	6	81,80	Impl. Sat.
Número de baciloscopias solicitadas por mês pelos Médicos Residentes para os pacientes sintomáticos respiratórios	1	94,11	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
% PRMFC/F: 91,20% (mais do que um a dois)	3	75,00	Impl. Parc. Sat.
Classificação do PRMFC/F:	4	60,00	Impl. Parc. Sat.
Implantado e satisfatório	5	100,00	Impl. Sat.
	6	90,90	Impl. Sat.
Número, em média, de casos novos de hanseníase diagnosticados pelos Médicos Residentes nos últimos três meses:	1	64,70	Impl. Parc. Sat.
	2	16,60	Não implantado
% PRMFC/F: 62,00% (mais do que um caso)	3	100,00	Imp. Sat.
Classificação do PRMFC/F:	4	60,00	Impl. Parc. Sat.
Implantado e parcialmente satisfatório	5	75,00	Impl. Parc. Sat.
	6	54,54	Impl. Insat.

Número, em média, de pacientes com diabetes acompanhados pelos Residentes mensalmente % PRMFC/F: 69,38% (onze ou mais) Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	56,25	Impl. Insat.
	2	66,6	Impl. Parc. Sat.
	3	75,00	Impl. Parc. Sat.
	4	75,00	Impl. Parc. Sat.
	5	75,00	Impl. Parc. Sat.
	6	81,82	Imp. Sat.
Número, em média, de pacientes com Hipertensão arterial sistêmica (HAS) acompanhados pelos Residentes mensalmente % PRMFC/F: 94,00% (onze ou mais) Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	93,75	Impl. Sat.
	2	83,30	Impl. Sat.
	3	100,00	Impl. Sat.
	4	100,00	Impl. Sat.
	5	100,00	Impl. Sat.
	6	100,00	Impl. Sat.
Número, em média, de pacientes com Hipertensão arterial sistêmica (HAS) acompanhados pelos Residentes mensalmente % PRMFC/F: 76,00% (mais de 30) Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	81,75	Impl. Sat.
	2	50,00	Impl. Insat.
	3	75,00	Impl. Parc. Sat.
	4	60,00	Impl. Parc. Sat.
	5	100,00	Impl. Sat.
	6	72,72	Impl. Parc. Sat.
Número médio de consultas realizadas semanalmente pelos Médicos Residentes % PRMFC/F: 92,16 % (mais de 30) Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	94,11	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
	3	100,00	Impl. Sat.
	4	80,00	Impl. Sat.
	5	87,50	Impl. Sat.
	6	90,90	Impl. Sat.
Número médio de consultas realizadas semanalmente pelos Médicos Residentes % PRMFC/F: 60,79% (mais de 60) Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	64,70	Impl. Parc. Sat.
	2	66,60	Impl. Parc. Sat.
	3	75,00	Impl. Parc. Sat.
	4	60,00	Impl. Parc. Sat.
	5	25,00	Incip. Insat.
	6	72,00	Impl. Parc. Sat.
Número médio de encaminhamentos para outras especialidades realizados semanalmente pelos Médicos Residentes % PRMFC/F: 91,20% (até 20) Classificação do PRMFC/F:	1	100,00	Impl. Sat.
	2	83,30	Impl. Sat.
	3	50,00	Impl. Insat.
	4	100,00	Impl. Sat.

Implantado e satisfatório	5	100,00	Impl. Sat.
	6	81,81	Impl. Sat.
Número médio de encaminhamentos para outras especialidades realizados semanalmente pelos Médicos Residentes % PRMFC/F: 71,59% (até 10) Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	76,47	Impl. Parc. Sat.
	2	83,30	Impl. Sat.
	3	25,00	Incip. Insat.
	4	80,00	Impl. Sat.
	5	87,50	Impl. Sat.
	6	54,54	Impl. Insat.
Número médio de receitas de benzodiazepínicos prescritos mensalmente % PRMFC/F: 94,12% (até 10) Classificação do PRMFC/F: Implantado e satisfatório	1	100,00	Impl. Sat.
	2	100,00	Impl. Sat.
	3	100,00	Impl. Sat.
	4	80,00	Impl. Sat.
	5	100,00	Impl. Sat.
	6	72,00	Impl. Parc. Sat.
Número médio de receitas de benzodiazepínicos prescritos mensalmente % PRMFC/F: 76,47% (até 5) Classificação do PRMFC/F: Implantado e parcialmente satisfatório	1	94,11	Impl. Sat.
	2	66,66	Impl. Parc. Sat.
	3	100,00	Impl. Sat.
	4	80,00	Impl. Sat.
	5	62,50	Impl. Parc. Sat.
	6	54,54	Impl. Insat.

(Imp. Sat.: Implantado e satisfatório; Imp. Parc. Sat.: implantado e parcialmente satisfatório; Imp. Insat.: Implantado e Insatisfatório; Inc. Insat.: Incipiente e Insatisfatório)

Fonte: pesquisa



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 16/09

Fortaleza, 20 de fevereiro de 2009

Protocolo COMEPE nº 12/ 09

Pesquisador responsável: Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Deptº./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/ UFC

Título do Projeto: "Avaliação da implantação de Programa de residência em medicina de família e comunidade em larga escala em capital do Nordeste"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 19 de fevereiro de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC