



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GECILDA RÉGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE

**RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE PALMAS -
TOCANTINS: UMA ANÁLISE DO PERFIL E FORMAÇÃO DOS SEUS EGRESSOS**

**JOÃO PESSOA - PB
2019**

GECILDA RÉGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE

RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE PALMAS -
TOCANTINS: UMA ANÁLISE DO PERFIL, ATUAÇÃO NO MERCADO DE
TRABALHO E FORMAÇÃO DOS SEUS EGRESSOS

Trabalho acadêmico de conclusão de curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba / Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Linha de pesquisa: Educação na Saúde.

Orientação: Professora Doutora Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa.

JOÃO PESSOA - PB
2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C376r Cavalcante, Gecilda Regia Ramalho Vale.
RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE
PALMAS ? TOCANTINS: uma análise do perfil e formação
dos seus egressos / Gecilda Regia Ramalho Vale
Cavalcante. - João Pessoa, 2019.
103 f.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção Primária a Saúde. Estratégia Saúde da Famí.
I. Título

UFPB/BC

GECILDA RÉGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE

RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE PALMAS -
TOCANTINS: UMA ANÁLISE DO PERFIL E FORMAÇÃO DOS SEUS
EGRESSOS

Trabalho apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

BANCA EXAMINADORA



Professora Doutora Talitha Rodrigues R. F. Pessoa
Universidade Federal da Paraíba



Professor Doutor Franklin Delano Soares Forte
Universidade Federal da Paraíba

Professor Doutor Thiago Gomes da Trindade
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Aprovado em: 23 de outubro de 2019.

Dedico este trabalho:

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

Aos meus pais (in memoriam) pelo amor e dedicação que prestaram à minha formação.

Ao meu marido Nilton pelo companheirismo, parceria, dedicação e apoio nessa nossa caminhada.

Aos meus três queridos e abençoados filhos: Nilton Filho, Rafael e Gabriel.

À minha irmã pela amizade e incentivo ao longo da vida e em especial nessa jornada.

Aos meus sobrinhos Gilberto Filho, Giselly e João Jurema pelo carinho e dedicação dispensados.

Às minhas amigas e companheiras de batalha: Andréa, Ana Paula, Anne, Fernanda, Katarina e Patrícia.

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar os meus passos, mostrando o caminho a ser percorrido para a realização deste sonho.

Ao meu marido, Nilton (gato) por esses trinta e oito anos de convivência, me incentivando a trilhar caminhos, ora com sua compreensão, carinho e zelo, ora por compartilhar de sua mão amiga nos momentos difíceis de angústias e dúvidas.

Ao meu Filho Rafael pela colaboração técnica e atenção prestada.

À minha irmã pelo companheirismo nas horas difíceis.

Ao afilhado e sobrinho, Gilberto Filho, por sua disponibilidade e atenção prestados.

Aos meus sobrinhos Giselly e João Jurema pela atenção, apoio e hospedagem nos encontros presencias do mestrado.

À minha orientadora, Professora Doutora Talitha Rodrigues R. F. Pessoa que, além de orientadora, demonstrou-se grande mestre, parceira e amiga.

Aos professores doutores Franklin Delano e Luciano Bezerra que colaboraram com suas orientações na banca de qualificação.

A todos os professores doutores do mestrado, pela paciência, sinceridade e empenho para o êxito deste curso.

Ao professor Doutor Thiago Gomes da Trindade pela disponibilidade de ausentar-se de sua cidade para abrilhantar a banca de defesa.

Aos meus colegas e companheiros do mestrado pela alegria que me proporcionaram com a nossa convivência.

À Maiara, Danielle e Aniele pela prestimosa dedicação com todos nós mestrandos.

Ao professor Mestre Flávio Dias Silva por ter me mostrado a beleza da Medicina da Família e Comunidade, principal motivo desta pesquisa.

Aos gestores de Palmas, em nome do secretário de saúde Daniel Zemuner e da presidente da FESP, Jaciela Margarida, por permitir este estudo.

À Juliana Bruno, Nésio Fernandes e Whisllay Bastos, ex-gestores de Palmas, pelo incentivo e apoio que deram à minha participação nesse mestrado.

As colegas de trabalho, Andreia Zanon, Anne Leites, Ana Paula Pedreira, Fernanda Rosa, Katarina Ferreira e Patrícia Pôvoa por formamos uma equipe forte, unida, e com objetivos comuns em defesa da formação médica.

A todos os egressos da RMFC que foram atores essenciais para realização desta

pesquisa.

Às Professoras Doutoras Lorena Dias e Eliane Franchi, pela prestatividade e amizade manifestada.

À Alderina e Francilene, colegas de trabalho que muito me ajudaram com os sistemas tecnológicos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste sonho.

“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar”

Nelson Mandela

“A sabedoria é a meta da alma humana: mas a pessoa, à medida que em seus conhecimentos avança, vê o horizonte do desconhecido cada vez mais longe”

Heráclito

RESUMO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica reconhecida por oferecer uma formação que garante os melhores padrões assistências à saúde da população baseados nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta perspectiva, Palmas - TO criou seus programas de MFC a partir do ano de 2012. Esta pesquisa objetivou caracterizar o perfil e a percepção sobre a formação em MFC dos egressos das Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da Fundação Escola Saúde Pública de Palmas (FESP) e Universidade Federal do Tocantins (UFT) em Palmas -TO. Tratou-se de estudo exploratório, descritivo e transversal com abordagem mista. Para a condução deste, foi utilizado questionário com perguntas fechadas e abertas aplicado aos 31 egressos que concluíram a RMFC até o ano de 2018. Os resultados são apresentados em dois artigos. No primeiro, com abordagem quantitativa, realizou-se análise descritiva e inferencial dos dados utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Cerca de 77, 4% (n=24) dos entrevistados eram do sexo feminino e 51, 6% (n=16) tinham menos de 30 anos. A maioria (51, 8%, n=18) desenvolvia seu trabalho em Palmas - TO. As principais contribuições da formação na RMFC foram a melhoria na organização e na segurança do processo de trabalho do egresso (32, 5%, n=10) a partir do conhecimento dos atributos da APS, assim como a humanização e o desenvolvimento pessoal (32, 5%, n=10). Todos os participantes declararam ser essencial cursar a RMFC para atuação médica na APS, assim como sinalizaram que a formação contribuiu para torná-los profissionais diferenciados, independente do campo de atuação atual em que estejam inseridos. As principais motivações para a especialidade foram a melhoria de seus conhecimentos na clínica ampliada (33, 3%, n=4), bem como a aquisição de bônus de 10% em outro concurso de residência. As insatisfações relacionaram-se à desvalorização do profissional e baixa remuneração (75%, n=12). O exercício da preceptoría foi significativamente relacionado ($p=0,001$) aos egressos que permaneceram na área de MFC. A avaliação do programa manteve-se entre boa e excelente (93, 6%, n=29). Para o segundo artigo, com abordagem qualitativa, as respostas foram analisadas e interpretadas com base na técnica de Análise de Conteúdo com abordagem temática de Bardin e os resultados constituíram quatro categorias empíricas: A formação em MFC no Processo de Trabalho do Egresso, Reconhecimento e Aplicação dos atributos da APS, Potências da Formação em MFC e Desafios da MFC. Os dados qualitativos apontaram que os Programas de Residência de MFC de Palmas - TO contribuíram com a prática profissional e com o perfil dos seus egressos por meio do fortalecimento e efetivação dos atributos da APS, estendendo-se para além da atuação na especialidade. A RMFC de Palmas - TO contribui não só para o aumento no provimento de profissionais qualificados para a MFC no estado, como também para a melhoria da qualidade técnica e desenvolvimento pessoal de seus egressos, o que se edifica por meio do fortalecimento da aplicação dos princípios da APS em suas práticas profissionais cotidianas.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação Médica. Residência Médica.

ABSTRACT

Family and Community Medicine (MFC) is the medical specialty recognized for offering the best standards of healthcare to the general population, based on the principles of Primary Health Care (PHC). Under this perspective, Palmas- TO has created its MFC residency programs from the year of 2012. This research aimed to characterize the profile and overall perception of the graduates from the Residencies of Family and Community Medicine (RMFC) of the Palmas School of Public Health Foundation (FESP) and the Federal University of Tocantins (UFT). This is an exploratory, descriptive and cross-sectional study with a mixed approach. In order to conduct this study, a questionnaire with closed and open questions was proposed to the 31 graduates who had completed the RMFC program by 2018. The results are presented in two articles. First, a quantitative approach held descriptive and inferential analysis of the data using the Chi-square Pearson test, with a level of significance of 5%. About 77.4% (n = 24) of respondents were female and 51.6% (n = 16) were under 30 years old. Most of them were currently working in Palmas – TO (51.8%, n = 18). The main contributions of the RMFC training were the improvement in the organization and safety of the egress's work process (32.5%, n = 10), acquired through the learning of the PHC attributes, as well as humanization and personal development (32.5%, n = 10). All participants stated that it is essential to attend the RMFC program in order to practice in PHC, as well as signalled that the training contributed to their growing as distinctive professionals, regardless of their current field of activity. The main motivations for the specialty choice were the improvement of their knowledge in the expanded clinic (33.3%, n = 4), as well as the acquisition of a 10% bonus in another residency program contest. Dissatisfaction was related to professional devaluation and low remuneration (75%, n = 12). Preceptorship exercise was significantly related ($p = 0.001$) to the graduates who remained in the CFM area. The program was mostly evaluated as good or excellent (93.6%, n = 29). For the second article, with a qualitative approach, the answers were analysed and interpreted based on Bardin's Thematic Content Analysis technique and the results constituted four empirical categories: The training in CFM in the Graduate's Work Process, Recognition and Application PHC attributes, MFC Training Powers and MFC Challenges. The qualitative data indicated that the Palmas-TO CFM Residency Programs contributed to the professional practice and the profile shaping of their graduates through the strengthening and effectiveness of PHC attributes, which surpassed the practice of the specialty. RMFC Palmas - TO contributes not only to the increase in the provision of qualified professionals for MFC in the state, but also to the improvement of the technical quality and personal development of its graduates, which are built through the strengthening of the PHC principles in their daily professional practices.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Medical education. Medical Residency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 Atenção primária à saúde	16
4.2 Estratégia Saúde da Família	18
4.3 Formação médica no Brasil	21
4.4 Residências de Medicina de Família e Comunidade	26
4.4.1 Residências de Medicina de Família e comunidade em Palmas - TO	28
5 METODOLOGIA	31
5.1 Desenho	31
5.2 Participantes do estudo	31
5.3 Coleta de dados	32
5.4 Análises dos dados	33
5.5 Aspectos éticos	34
6 RESULTADOS	35
6.1 ARTIGO 1: A Residência de Medicina de Família e Comunidade: reflexos do perfil, motivações e atual processo de trabalho de egressos	35
6.2 ARTIGO 2: Residência de Medicina de Família e Comunidade: Percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A - Questionário	79
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83
ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	87
ANEXO B - Orientações para submissão na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	94
ANEXO C- Orientações para submissão na Revista Ciência & Saúde Coletiva	98

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida também no Brasil como Atenção Básica (AB) é o ponto da rede atenção à saúde (RAS) correspondente à entrada preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para novas necessidades quanto para o seguimento de problemas crônicos de saúde. Ademais, tem o papel de coordenação e integração do cuidado dos seus usuários (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Apesar dos avanços da APS, a assistência à saúde brasileira ainda está muito focada no modelo de medicina individualista e tecnicista, centrado na concepção biológica e referenciado em sofisticação diagnóstica, no qual a clínica perde espaço para a valorização de médicos muito especializados, enquanto a demanda é no sentido oposto, apontando para a necessidade de médicos com formação geral, que atuem em trabalho de equipe e compreendam os diferentes determinantes da saúde (MENDES, 2012).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de reorganização assistencial da APS e considerada a porta preferencial de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia do acesso, o cuidado integral, longitudinal e coordenando, contribui sensivelmente para a satisfação dos usuários do sistema, impactando positivamente na saúde da população (IZECKSOHN, 2017).

Entretanto, evidências apontam para a existência de significativa distância entre o ideal, preconizado na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e nos principais documentos do SUS e a realidade vivenciada pela população.

Ainda nos dias atuais, pesquisa que analisou a formação do profissional médico por meio de respostas ao Módulo II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Estado do Paraná, ciclo I e/ou II, concluiu que os médicos consideram sua formação incompleta sobre o SUS e sobre o processo de trabalho em APS, necessitando de formação complementar para sua atuação profissional dos profissionais da saúde formativos sociais e regionais de caráter multiprofissional, e conseqüente melhoria na qualidade do SUS.

Numa análise ainda carente de um olhar mais reflexivo e aprofundado, os projetos pedagógicos de boa parte das residências de MFC têm, entre outras intencionalidades, a integração da academia com o ensino e a comunidade na perspectiva de um cenário de prática 'inovador' no qual a vivência reforça a

importância dessa prática na formação de profissionais médicos com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2014a). A temática deste estudo focaliza as RMFC da UFT e da FESP em Palmas, que têm como sua mais significativa expressão, o uso de metodologias ativas - concepções educacionais que colocam os alunos como o centro e principais agentes de seu processo ensino/aprendizado. Estes programas vêm se estruturando na perspectiva de uma educação transformadora, baseada nos princípios, fundamentos e finalidades da formação médica. (BRASIL, 2014b).

2 JUSTIFICATIVA

A minha trajetória profissional também reflete um pouco da minha expectativa. Sou graduada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), turma de 1986.2 e minha primeira pós-graduação foi a Residência em Pediatria, realizada entre 1988 e 1989 no Hospital Adventista Silvestre no Rio de Janeiro.

Em razão disso, até o ano de 2000 atuei exclusivamente como médica pediatra, tanto em serviços públicos quanto privados. Naquele ano fui convidada pelo Governo Municipal de Colinas do Tocantins, cidade onde morava, para atuar no então Programa Saúde da Família (PSF). Ao aceitar o desafio aos poucos fui me distanciando da pediatria e no mesmo passo fui “me apaixonando” pelo Programa que mais tarde passaria a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 2011, já morando em Palmas, capital do Tocantins, fui selecionada para a preceptoría do módulo de Saúde da Família e Comunidade do Internato Médico da UFT. Este acontecimento me estimulou a submeter-me à prova de título de especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Após aprovação, fui outorgada como Especialista nesta área. No ano de 2013, fui chamada para assumir como preceptora e assistente da supervisão da RMFC da UFT. Logo em seguida, com a criação da FESP e a concretização de uma parceria entre estas instituições, aceitei novo convite e assumi a coordenação dos dois programas, no qual estou até o presente momento.

Finalmente, em 2017, após a minha aposentadoria como médica do Governo do estado do Tocantins, fui convidada para atuar como professora do recém-criado curso de medicina do Centro Universitário, o Instituto Tocantinense Antônio Carlos - Palmas (ITPAC).

Assim, considerando minha aproximação com a academia nos últimos seis anos, a relevância e protagonismo da RMFC em Palmas, sua contribuição para a melhoria e estruturação da ESF não só na capital como no Estado do Tocantins como um todo, decidi cursar o Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPB/RENASF e fazer esta pesquisa, cujo objetivo foi descrever o perfil e formação dos egressos das Residências de Medicina de Família e Comunidade de Palmas - Tocantins.

Desde suas criações, as RMFC da UFT e da FESP-Palmas formaram 31 especialistas até o ano de 2018, não havendo até o ano de 2019 estudos que avaliem

o perfil de seus egressos para a ampliação do debate em torno das mudanças da educação médica, de acordo com os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) e das necessidades de saúde da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar o perfil, a atuação no mercado de trabalho e a percepção sobre a formação em Medicina da Família e Comunidade dos egressos das Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da FESP e UFT da cidade de Palmas - TO.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos egressos.
- Identificar seu campo de atuação no momento da pesquisa.
- Verificar se as RMFC da FESP e UFT de Palmas - TO contribuíram para o desenvolvimento do atual processo de trabalho do egresso, considerando os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) na Estratégia Saúde da Família.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Atenção Primária à Saúde

O Relatório Dawson, escrito em 1920 no Reino Unido, é marco inicial de uma concepção moderna de Atenção a Primária a Saúde (APS). Neste relatório preconiza-se a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis, dentre eles os centros de saúde primários. Este relatório contrapõe-se ao relatório Flexner, onde foi instituída a medicina científica com ênfase em especialidades médicas praticadas com base em alguns elementos ideológicos como o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo e voltados basicamente para o curativismo, estes ainda muito presentes na atualidade (MENDES, 2012; HONE *et al.*, 2018).

A expansão da institucionalização da APS no mundo ocorre a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Unicef (MENDES, 2012; HONE *et al.*, 2018).

A APS é o ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que se orienta por eixos estruturantes reconhecidos na literatura internacional como os atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2004). No Brasil, a APS também é reconhecida como Atenção Básica.

Por primeiro contato entende-se a identificação da APS como primeiro recurso para a saúde e, portanto, porta de entrada do sistema para novas necessidades e seguimento para problemas crônicos. Para isso, esta deve ser de fácil acesso e disponível conforme a realidade das populações. Longitudinalidade diz respeito à continuidade do acesso à atenção. Baseia-se na relação pessoal, ao longo do tempo, das pessoas com a equipe de saúde, implicando na diminuição da sobrecarga do sistema e da incidência de doenças preveníveis, bem como em maior satisfação em relação ao sistema por parte dos usuários (STARFIELD, 2004; DA SILVA *et al.*, 2015).

A APS fornece também uma atenção integral sobre a pessoa, independentemente da presença de enfermidades, norteando-se pelo princípio de redes de atenção, dentro das quais a mesma exerce o papel de coordenação dos fluxos, de forma a garantir que os problemas em saúde sejam reconhecidos e manejados de forma global e efetiva, com maior resolutividade e eficiência

(STARFIELD, 2004; DIOP, 2017).

No sentido de se adaptar aos diferentes contextos socioculturais, a APS ainda adota uma orientação familiar e comunitária, assim como valoriza a competência cultural, sendo estes fatores norteadores de suas ações e definidores do processo do cuidado. Assim, obtém-se um contato mais próximo com a população, a partir do entendimento de sua dinâmica coletiva e do funcionamento do seu tecido social (STARFIELD, 2004).

Os países que adotaram a APS como eixo estruturante do sistema de saúde mostraram mais equidade e acesso à saúde, melhores indicadores e menores gastos com a saúde (RODRIGUES *et al.*, 2017; HONE *et al.*, 2018). A orientação dos sistemas nacionais de saúde pelos princípios da APS está associada a melhores indicadores de saúde da população (IZECKSOHN *et al.*, 2017; DAMJI *et al.*, 2018). Logo, basear os Sistemas de Saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações (RODRIGUES *et al.*, 2017; STARFIELD, 2004).

Quando o sistema de saúde possuiu uma APS robusta e estruturada, os usuários sentem-se mais satisfeitos, o que gera uma série de impactos favoráveis na saúde da população, dentre eles: maior adesão a medidas preventivas; menor mortalidade materno-infantil, menor ocorrência de baixo peso ao nascer, aumento da expectativa de vida e menor mortalidade geral na população adulta (IZECKSOHN *et al.*, 2017). Além disso, uma APS estruturada é capaz de diminuir o número de internações hospitalares, garantindo menor utilização dos serviços de emergência. (IZECKSOHN *et al.*, 2017; HONE *et al.*, 2018).

Os profissionais que trabalham nesse nível de atenção devem ser aptos para lidar com diagnósticos imprecisos e com um vínculo próximo com a população, as famílias e as comunidades (CAVALLI; RIZZITOL, 2018). Médicos com formação em APS são profissionais mais bem capacitados para lidar com queixas inespecíficas, múltiplas doenças em um único paciente, assim como doenças que se transformam ao longo do tempo (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Baseados nessas características, a maioria dos países desenvolvidos escolheu médicos generalistas para atuar na APS (CAVALLI; RIZZITOL, 2018), uma vez que uma APS baseada em médicos generalistas apresenta melhores resultados em saúde, quando comparados a locais que contam prioritariamente com médicos não generalistas na sua organização (IZECKSOHN *et al.*, 2017).

Trabalho de pesquisa realizado por Almeida, Fausto e Giovanella (2011), visando analisar as ações empreendidas em quatro centros urbanos do Brasil para fortalecer a ESF, demonstrou que uma APS estruturada é capaz de promover melhorias no acesso, na resolutividade da assistência, na comunicação entre pontos da rede de atenção e na articulação entre ações de vigilância e assistência à saúde.

Da mesma forma, estudo realizado por Turci *et al* (2015) avaliou a Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da APS em Belo Horizonte - MG, concluindo que, tanto na visão dos profissionais de saúde como na dos gestores, os atributos da APS apresentam bom desempenho na ESF local. Entretanto, ambos trabalhos deixam claro que o atributo “acesso” ainda precisa de um olhar mais ampliado (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; TRUCI *et al.*, 2015).

4.2 Estratégia Saúde da Família

Na década de 1990, criou-se o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente reformulado e denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esta considerada ideal para reorientar o modelo ideal para reorientar a assistência à saúde e estruturar a APS no país (BRASIL, 2017; CAVALLI; RIZZITOL, 2018).

A ESF adota uma concepção ampliada de saúde e de entendimento dos seus determinantes. Propõe a articulação entre múltiplos saberes e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde. Prevê ainda uma responsabilização integral para a atenção às necessidades de saúde do conjunto da população, assim como prescreve uma reorganização do modelo assistencial de saúde brasileiro ancorada em princípios como universalidade, equidade e integralidade da atenção. (SORATTO *et al.*, 2015).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) 2006 assume a Saúde da Família como a estratégia que fortalece a mudança do modelo assistencial, estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede. (BRASIL, 2006; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A ESF gera um resultado assistencial diferenciado, ao incorporar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que inclui promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Valoriza a produção de vínculos, autonomização e acolhimento, em associação com o conhecimento científico estruturado, constituindo-se em um modelo

de baixa densidade tecnológica e alta resolubilidade (SORATTO *et al.*, 2015).

Entretanto, no Brasil apesar da grande expansão da APS, principalmente por meio da ESF, em muitos municípios ainda persistem também o modelo de Atenção básica (AB) tradicional, orientado pela biomedicina. Foram realizados estudos nas unidades de saúde da mesma região da metrópole de São Paulo, onde coexistem os dois modelos de atenção, objetivando comparar a presença e extensão dos atributos da APS nessas unidades por meio do PCA Tool (ELIAS *et al.*, 2006; MARTINS *et al.*, 2016).

Esses estudos obtiveram resultados semelhantes na percepção dos usuários de diferentes estratos sociais ao concluírem que, no geral a ESF é superior às UBS tradicionais. No entanto, as dimensões acessibilidade, enfoque familiar e comunitário são percebidos como sendo os piores atributos, ainda que nas duas últimas a ESF destacaram-se com índices ligeiramente superiores. Por outro lado, para ambas modalidades, às dimensões de porta de entrada, vínculo, serviços, coordenação e profissionais de saúde foram as mais bem avaliadas, apresentando situação próxima.

Em 2011, foi alterada a PNAB com ênfase para uma agenda política pública com medidas orientadas à diversificação do modelo de assistência saúde como a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Consultórios de Rua (BRASIL, 2011; COSTA, 2016).

Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuação da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas da APS apresentando melhores indicadores de saúde da população, menores taxas de mortalidade infantil, redução de internações por causas evitáveis e dos gastos hospitalares, redução de desigualdades socioeconômicas na saúde, e a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira (CARNEIRO *et al.*, 2016; MOROSIN, 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

As duas últimas décadas no Brasil foram caracterizadas por uma forte expansão do número de Equipes de Saúde da Família, implantadas nos últimos 20 anos, que segundo dados do Departamento de Atenção Básica, passaram de 2.054 em julho de 1998 para 43.174 em julho de 2019 com 63, 79% de cobertura da população. Entretanto, muitas dificuldades ainda se encontram presentes, como infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS), baixa capacidade administrativa municipal e insuficiente e alta rotação de profissionais (STORTI;

OLIVEIRA; XAVIER, 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Não obstante, apesar de ainda não ofertar cobertura assistencial para toda a população e de possuir algumas fragilidades, os reflexos de sua implantação têm sido muito positivos (SORATTO *et al.*, 2015).

Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuação da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas da APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira (MOROSIN, 2018).

Entretanto, a nova PNAB (2017) trouxe preocupações no seu texto, por apresentar novas alternativas para a configuração e implementação da Atenção Básica (AB), i baseadas em uma presunção de flexibilidade, a partir da argumentação da necessidade de atender especificidades locais. Assim o discurso da PNAB 2017 ocorre de modo ambivalente à medida que se utiliza verbos como sugerir e recomendar omitindo o caráter indutor e propositivo da política, demonstrando a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Deixando desse modo, em instabilidade os princípios da universalidade, da integralidade, a reorganização do processo de trabalho o que fragiliza a coordenação nacional da política. (BRASIL, 2017; MOROSINI, 2018).

Entidades que atuam em defesa da saúde criticam as alterações introduzidas pela reformulação da PNAB, por discordarem com o rompimento da centralidade da ESF na organização do SUS, com a instituição de financiamento específico para outros modelos de atenção que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com agentes comunitários de saúde (ACS), a implantação de modelo simplificado, ou reducionista de uma relação nacional de ações e serviços essenciais e estratégicos da APS. Como agravante, a política não passou para avaliação e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BOLETIM OAPS/CDV, 2017).

O presidente do CNS afirma em entrevista, que fortalecer a Atenção Básica como ordenadora do cuidado da rede e coordenadora do cuidado, com foco na tão sonhada regionalização é sim prioridade do CNS, mas desde que esta priorização ocorra com a permanente ampliação da escuta de todos os atores envolvidos no controle social e da sociedade em geral (ROSA, 2017).

Por outro lado, os presidentes das entidades políticas envolvidas, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de

Secretários Municipais de Saúde afirmam que as mudanças se faziam necessárias e refutam a ideia de nova proposta enfraqueça ESF, referindo que “A Nova PNAB” abre espaço para que os gestores trabalhem com suas especificidades e necessidades, não excluindo em momento algum, a prioridade da ESF na Atenção Básica (ROSA, 2017).

Sendo assim, a ESF, considerada eixo estruturante da APS no Brasil no que tange o cuidado e a atenção à saúde, representa uma iniciativa de reorganização do modelo de assistência. Essa proposta, no entanto, representa um grande desafio para a formação de profissionais na área (MATOS *et al.*, 2014).

4.3 Formação médica no Brasil

O modelo flexneriano influenciou a formação médica ocidental ao longo de boa parte do século XX. Ele se estrutura com base no mecanicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnicização do cuidado à saúde e ênfase na prática curativa. Caracteriza-se ainda pela fragmentação do ensino em disciplinas que não se comunicam entre si e por ser centrado no professor, com transmissão vertical do conhecimento e predomínio de aulas expositivas e avaliação somativa (CECIN; FEUERWERKER, 2004; FILISBINO; MORAES, 2013). Esse modelo influenciou a formação médica no Brasil, criando um paradigma que fragmenta o conhecimento, tornando o atendimento centrado no hospital, especializado, cientificista e individualista, distanciado do modelo humanista e da integralidade (CAVALLI; RIZZITOL, 2018).

Desta forma, a formação médica brasileira se construiu historicamente através de um modelo hospitalocêntrico, caracterizado por fragmentação em disciplinas e especialidades em hospitais-escola produzidos como campo de treinamento principal em serviço. A expansão do ensino médico ocorreu devido à necessidade de serviços para as práticas hospitalares, uma vez que a definição dos locais ocorreu de acordo com os interesses de cada especialidade, as quais organizaram tanto faculdades quanto serviços, formando um grande número de profissionais para atividades específicas em um mercado de trabalho geograficamente restrito (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

Esse modelo tradicional da medicina não consegue atender às necessidades de saúde da sociedade contemporânea em um mundo globalizado. Por essa razão,

nas últimas quatro décadas, a educação médica tem experimentado significativas mudanças em nível nacional e internacional, no sentido de uma formação que valorize o conhecimento geral e estimule o pensamento crítico e reflexivo (FILISBINO; MORAES, 2013).

No plano internacional, a Conferência de Alma Ata (1978) orientou a educação médica para a estratégia da Atenção Primária, e as Conferências Mundiais de Educação Médica, em Edimburgo (1988 e 1993), reorientaram a educação médica em face das mudanças da prática profissional (FILISBINO; MORAES, 2013).

A partir da década 1980, houve uma intensificação de Movimentos na tentativa de reorganizar o ensino médico no Brasil e no mundo. Em 1985, no XVIII Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica, firmou-se o compromisso das escolas de medicina com a "formação geral do médico" e não mais com a "formação do médico geral". Logo em seguida, com a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Edimburgo, na Escócia, no ano de 1988 foram propostas várias mudanças no ensino médico, para priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, organizar novo currículo mais voltado à realidade social, atuar em equipe, estimular o estudo mais independente e autodirigido (VAN ONSELEN; D'ELIA, 2006).

É visível o esforço do governo brasileiro, por meio dos seus Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), de Conselhos de Saúde a exemplo do CONASS e CONASEMS, que representam respectivamente, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e outros movimentos, em fomentar mudanças na formação médica que apontem para a possibilidade de corresponder às necessidades de saúde da população, estimulando as instituições de ensino tomar iniciativas de se integrar ao Sistema Único de Saúde (SUS), adotando novos currículos e estratégias pedagógicas inovadoras, destinando ao estudante o papel de sujeito e protagonista do seu processo ensino-aprendizagem" (CONASEMS, 2009).

Assim, de forma articulada por meio dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), o governo brasileiro incentivou e apoiou debates na formação na área de saúde. Como resultado, em 2001 foram criadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para os Cursos de Graduação em Medicina - DCNs (BRASIL, 2001/2014), o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina - PROMED (BRASIL, 2001), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005), o Programa

Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas -Pró-Residência (BRASIL, 2009), os cursos de especializações lato sensu realizados pelo Sistema Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS(BRASIL, 2013) e o Contrato Organizativo de Ação Pública Educação e Saúde - COAPES (BRASIL, 2014).

Todos estes incentivos deram sequência aos caminhos e possibilidades para estimular a integração entre academia, serviços de saúde e comunidade, trazendo importantes orientações para uma formação mais voltada para as necessidades de saúde da população e vinculada aos serviços de saúde, principalmente por meio da APS (BRASIL, 2008; SILVA, 2014; REZENDE, 2019).

Deste modo diversos esforços foram empreendidos para tornar os cursos de medicina mais voltados às orientações das DCN. No entanto, a desvalorização do ensino médico fora dos hospitais e o pouco conhecimento dos docentes sobre as atividades de ensino na APS dificultaram a implantação dessas diretrizes (FILISBINO; MORAES, 2013; STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017; REZENDE, 2019).

No ano de 2014 após a da lei dos mais médicos, foram divulgadas as novas DCNs para os cursos de Medicina, que entre outros aspectos, ressaltaram a necessidade de formação de profissionais segundo o modelo da integralidade para atuar na APS, e também a obrigatoriedade da implantação dessas novas diretrizes (REZENDE, 2019; BEGER, 2017).

Nesse sentido, a diretriz curricular de 2014 trouxe a necessidade das escolas médicas adotarem propostas que apostam na formação generalista, humanística, crítica e reflexiva de seus egressos, por meio da utilização de metodologia ativas de ensino-aprendizagem que promovam a construção de competências(conhecimentos habilidades e atitudes) que contemplem as áreas: de Atenção Integral à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em saúde, com base num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e trabalho em equipe, conforme o sistema de saúde vigente no país (BRASIL, 2014).

Assim o desafio é reconhecer a integração ensino-serviço como base estruturante de um novo olhar para ensino, onde possa ocorrer” um aprender e fazer efetivo para todos os envolvidos: docentes, discentes, gestores das instituições de ensino (IES) e do SUS, profissionais e população (VENDRUSCOLO, 2016).

A qualificação dos profissionais para atuação na APS deve começar na graduação, onde estudantes de Medicina precisam de contato precoce com os serviços de saúde, de forma a conhecer os seus problemas mais prevalentes, tanto

no âmbito individual como comunitário. Com este intuito a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vêm apoiando as escolas médicas na construção de seus processos de mudança de ensino da graduação, por meio da construção de diretrizes, baseadas nas DCNs e com foco no ensino para APS, que servem de orientação na reformulação e construção de seus projetos pedagógicos. Este apoio técnico e pedagógico, vem contribuindo para o desenvolvimento de uma prática clínica ampliada, integrada e baseada no real contexto do SUS (DERMAZO *et al.*, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2017).

A cooperação entre o Ministério da Saúde e da Educação para a formação e desenvolvimento dos profissionais para saúde, alicerçada neste novo modelo de ensino, resultou, para além das DCN, em outros projetos. Em 2005 foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), que contemplou inicialmente os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia e foi ampliado em 2007 para os demais cursos de graduação na área da saúde (VENDRUSCOLO, 2016; REZENDE, 2019).

Neste mesmo ano, surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que, por meio da formação de grupos tutoriais, tem seu foco na qualificação de estudantes de graduação na rede de serviços, por meio de estágios, vivências, iniciação ao trabalho e pesquisa com ações e atividades interprofissionais (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Entretanto, as mudanças nos cursos de graduação para a formação desses profissionais são lentas e heterogêneas, e torna necessária a formação também no âmbito de pós-graduação para o exercício competente da prática profissional (MATOS *et al.*, 2014).

Assim surgiram conjuntamente iniciativas governamentais que visavam, para além da capacitação de médicos recém-formados, provimento profissional para APS. Tais iniciativas foram o Programa de Valorização do profissional para Atenção Básica. (PROVAB), seguido do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). A partir deste último, o Brasil aposta no fortalecimento da Medicina de Família e Comunidade como a especialidade básica para a maioria dos médicos (BEGGER, 2017).

Ainda com o objetivo de fortalecer a APS para além da graduação, a parceria interministerial empreendeu apoio à estruturação de cursos de pós-graduação, como por exemplo, o curso *latu sensu* em Saúde da Família, a Residência em Medicina de

Família e Comunidade (RMFC) e as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (BRASIL, 2008).

A formação e a qualificação de profissionais de saúde podem facilitar ou dificultar as mudanças necessárias para o fortalecimento do SUS, na medida em que geram sinergias com o modelo de assistência ou distanciam o profissional dessa proposta de cuidado à saúde, uma vez que os recursos humanos são ferramentas capazes de gerar e conduzir processos transformadores no campo da saúde. Além disso, o próprio modelo assistencial proposto pelo SUS, com ênfase em uma atenção primária fortalecida, é fortemente dependente do perfil de formação e da prática (MATOS *et al.*, 2014).

Deste modo, ao mesmo tempo em que se modificaram os currículos das faculdades de medicina, e perante o impulso do Ministério da Saúde em formar profissionais aptos para atuar na APS, aumentou-se os números de vagas nas residências de medicina de família e comunidade que já existiam e criaram-se residências semelhantes por todo o Brasil, o que resulta no surgimento de experiências que trazem questões para reflexão e debate no campo da formação em saúde (BONET, 2015; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

4.4 Residências de Medicina de Família e Comunidade

A residência médica é uma forma de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização que se caracteriza por formação em serviço, com trabalho sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de outros profissionais médicos qualificados ética e profissionalmente (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017). A realização de residência médica é uma vertente de qualificação considerada padrão-ouro para a especialização médica (ANDERSON, 2011; GUSSO; LOPES, 2012; TRINDADE, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017).

O processo de expansão das RMFC e a ampliação das atividades da graduação na APS geram um debate quanto às estratégias pedagógicas e arranjos organizacionais necessários para garantir a qualidade do ensino num cenário com

características peculiares. A RMFC, com dois anos de duração, ocorre majoritariamente na unidade básica de saúde e compreende, além de atendimentos ambulatoriais, atividades comunitárias no território, utilizando, para esse fim, de 70 a 80% de sua carga-horária. Há campo de prática também nos níveis secundário e terciário da atenção (ambulatórios de especialidades, UPA/emergências e ambientes hospitalares), perfazendo 10% da carga-horária, com 10 a 20% do total destinado a atividades teóricas (BERGER *et al.*, 2017).

Em 2013, ocorreu no Brasil a promulgação da Lei 12.871, com a criação do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Trata-se, dentre outros pontos, de uma das iniciativas do Governo Federal para suprir as deficiências percebidas na formação médica brasileira, promovendo a ampliação da oferta de vagas de RMFC e o fortalecimento da especialidade como linha de base para a maioria dos médicos brasileiros. Com sua implementação, ocorreu uma expansão significativa na abertura de novas vagas para Residência Médica, partindo em 2013 de 2.546 vagas (R1 +R2) e atingindo, em 2015, 6.535 novas vagas (BERGER *et al.*, 2017).

Para concretização de bons Programas de Residência Médica (PRM), deve-se investir na melhoria e estruturação dos serviços da rede de saúde; na organização de apoio; na capacitação e remuneração de preceptores, supervisores e coordenadores, entre outros fatores (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Apesar das tentativas de expansão dos PRMFC, a busca pelas vagas em programas de residência ainda tem sido aquém do esperado, o que se deve a uma diversidade de fatores. Em relação ao reconhecimento da especialidade, a MFC no Brasil, no momento, não tem prestígio e reconhecimento por parte da população, que em grande parte acredita que os médicos de família não têm qualificação nem potencial suficiente para atender as suas demandas. Ao mesmo tempo, existe ainda entre os próprios médicos de família um “complexo de inferioridade” ao se compararem com seus colegas especialistas (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Desta forma, a percepção que muitos acadêmicos e internos têm quando fazem seus estágios em APS é de uma medicina praticada em unidades precárias, com pouca tecnologia, com profissionais pouco qualificados e pouco resolutivos. Este quadro, somado à atrativa oferta do mercado privado para especialistas do nível secundário, faz com que a MFC não seja comumente a primeira opção entre os estudantes (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Assim, a formação de médicos especialistas na atuação em Atenção Primária

é um grande desafio. A Residência Médica, sendo uma modalidade de formação que alia a experiência de trabalho supervisionado aos processos de formação e reflexão, é um modelo excelente de qualificação e constitui-se em uma possibilidade de indução à fixação do profissional (BERGER, *et al.*, 2017). Uma das estratégias adotadas por alguns PRMC para se tornarem mais atrativos é complementar a bolsa de residência com um valor adicional. Isso se dá, em alguns casos, com a concessão de bolsas de estímulo a pesquisa ou preceptoria por parte da instituição de ensino ou prefeitura ao qual o programa encontra-se ligado. Outro mecanismo atrativo é a busca por melhores unidades de saúde, tanto em relação ao acesso quanto à estrutura, e formação de preceptores qualificados. (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Em 2015 a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), regulamentou os requisitos mínimos para os PRMFC, definindo como termo equivalente a Medicina Geral de Família e Comunidade. Estabelecendo também os fundamentos da especialidade, os objetivos dos programas, suas competências e domínios além de outras providências que servirão de base para elaboração dos projetos pedagógicos dos programas da especialidade. (BRASIL, 2015)

A preceptoria em MFC é uma função desafiadora devido à abrangência e complexidade da atuação deste profissional. Para que o ensino desta especialidade se dê de forma satisfatória, é necessário que as condições de ensino e treinamento abranjam um caráter multidimensional e não estejam centradas apenas no diagnóstico biomédicos. Os preceptores dos programas de residência em MFC, devem ser de preferência especialistas certificados por meio de residência em MFC ou pela aprovação em prova de título realizada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (BRASIL, 2015; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

Algumas das barreiras para a preceptoria incluem unidades não preparadas para receber residentes; expectativas dos pacientes em serem atendidos pelo seu médico; desconforto do preceptor com o papel de professor; e curta experiência na função de preceptoria (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

Entretanto, com a finalidade de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de ampliação de vagas de residência o Ministério da Saúde Instituiu o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os PRMFC, no qual os residentes cursam a especialização paralelo a realização da residência e recebem uma bolsa que ajuda tanto como incentivo para realizar a residência, como serve de despertar para o desejo

de seguir a carreira de formação (BRASIL, 2015).

4.4.1 Residências de Medicina de Família e Comunidade em Palmas - TO

O primeiro programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) do Tocantins, foi criado na cidade de Palmas pela Universidade Federal do Tocantins (UFT) no ano de 2012, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SESAU) e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), ofertando inicialmente cinco vagas por ano.

Dois anos depois, objetivando aumentar o número de médicos especialistas com perfil de excelência para assistência à comunidade e fortalecer a produção científica na área da medicina de família e comunidade (MFC) no Tocantins, a SEMUS, por meio de seu recém-criado Sistema Integrado Saúde-Escola (SISE), embrião da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP), iniciou o seu PRMFC ofertando 15 vagas. A partir de então, a UFT e a FESP resolvem conduzir de maneira unificada os dois PRMFC ambos supervisionados pelo mesmo profissional (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2019).

Uma inovação dos PRMFC da UFT/FESP é sua articulação com o Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS) que nasceu a partir da aplicação de um conceito amplo de Educação Permanente em Saúde (EPS), como uma estratégia de fortalecimento de uma APS mais resolutiva e integrada a uma rede de referência e contra referência e guiada por relações assistenciais e de trabalho humanizados, no respeito às práticas populares e no diálogo entre ensino, serviço e comunidade como elementos da práxis de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2019).

Ademais, por meio do PIRS, o PRMFC é integrado ao Programa de Residências Multiprofissional em Saúde (PRMPS) que está vinculado à Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade Luterana do Brasil (COREMU ULBRA) e oferta vagas para profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, dentistas, assistentes sociais, educadores físicos, dentre outras categorias (PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS, 2019).

A Secretaria Municipal de Palmas -TO, por meio da FESP, oferta bolsas de pesquisa que complementam a renda dos residentes provenientes dos dois programas (FESP e UFT) como forma de estimular e tornar a residência mais atrativa financeiramente, como ocorre em outras experiências, a exemplo do município de

João Pessoa-PB (DE SOUZA SOARES *et al.*, 2018).

Apesar da inexistência de pesquisas publicadas avaliando esses programas, o monitoramento interno da SEMUS por meio do Sistema de Regulação (SIS-REG) de encaminhamentos, em 2017, percebeu uma maior resolutividade nas equipes da ESF compostas por residentes. A análise baseou-se no levantamento do número total de encaminhamentos para especialidades focais realizados pelos médicos da ESF do município, comparados ao número de encaminhamentos feitos individualmente pelos profissionais residentes e os não residentes, no entanto esta análise não foi publicada.

Dessa forma, após avaliação do PRMFC pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em 2017, a FESP ampliou o número de vagas do programa de 15 para 20.

Os campos de prática dos residentes são os Centros de Saúde da Comunidade espaços que, dentro do sistema municipal de saúde de Palmas, podem comportar até quatro equipes da ESF, além de outras especialidades tais como ginecologistas e pediatras, bem como os diversos profissionais de saúde que compõem os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Os residentes são alocados de dois em dois em cada equipe de saúde responsável por 4.000 pessoas, num total de duas equipes de residentes por unidade de saúde. O preceptor fica lotado no centro de saúde, porém, sem participar da assistência direta aos usuários. Este, além da atividade de preceptoria é responsável pela gestão da clínica da unidade de saúde. Cada unidade de saúde possui também um coordenador administrativo que não compõe a equipe de saúde.

O Projeto Pedagógico dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) têm como objetivo geral formar profissionais especialistas em medicina de família e comunidade, com capacidade crítico, reflexiva, comprometidos com a defesa dos Princípios e das Diretrizes do Sistema Único de Saúde e com potencial de se tornarem importantes atores no processo de aperfeiçoamento e desenvolvimento de práticas de cuidado pautadas nos atributos da APS (BRASIL, 2014a).

O PRMFC tem a duração de dois anos, com uma carga horária anual de 2.640 horas. Como outras residências médicas, o Programa é predominantemente prático, contabilizando 90% de atividades práticas e 10% de atividades teóricas, seguindo as orientações do Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

e a Resolução nº 1 da CNRM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015; BRASIL, 2018).

O processo ensino-aprendizagem nos PRMFC ocorre por meio de metodologias ativas, a partir das vivências em serviços de saúde, predominantemente na Atenção Primária à Saúde, em conformidade com o modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família.

A metodologia eleita deve possibilitar a ação-reflexão-ação, levando os preceptores e residentes a discutir a realidade, passando pela aquisição de uma consciência sanitária crítica, individual e coletiva. Assim, deseja-se formar profissionais com qualidade sócio-política, ético-humanística e de relações interpessoais, assim aptos a gerar impacto positivo no contexto loco-regional de construção do Sistema Único de Saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e transversal de abordagem quantitativa e qualitativa com foco no perfil e formação dos egressos dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) de Palmas (LAKATOS; MARCONE, 2003).

Para Minayo (2012), as experiências de trabalho com metodologia quantitativa e qualitativa mostram que: (1) elas não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto de pesquisa; (2) uma investigação de cunho quantitativo pode despertar questões que só possam ser desvendadas por estudos qualitativos, trazendo-lhe um acréscimo compreensivo e vice-versa; (3) que a estrutura qualitativa é a que melhor se harmoniza a estudo de situações particulares, de grupos específicos e universo simbólicos; (4) que todo o conhecimento do social (seja o método quanti ou qualitativo) sempre será um recorte, uma redução ou uma aproximação; (5) que ao invés de se oporem os estudos quantitativos e qualitativos quando feitos em conjunto demonstram uma mais elaborada e completa construção da realidade, possibilitando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas.

Os estudos transversais consistem em formas de descrever características em grupos populacionais específicos. Possuem baixo custo e exige menos tempo na operacionalização da coleta de dados por serem mais fáceis em termos logísticos. O objetivo principal desses estudos, também conhecidos como estudos de prevalência, é estudar os sujeitos em um ponto do tempo - corte transversal ou fotográfico (LAKATOS; MARCONE 2003)

O estudo foi desenvolvido por meio da aplicação de um questionário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas (APÊNDICE A).

5.2 Participantes do estudo

Tratou-se de um censo, que contou com a participação de todos os egressos do PRMFC da Fundação de Escola de Saúde Pública do município de Palmas (FESP-Palmas - TO) e da Universidade Federal do Tocantins (UFT) que concluíram a residência até fevereiro de 2018, totalizando trinta e um egressos, assim distribuídos:

cinco egressos que concluíram no ano de 2016, oito no ano de 2017 e dezoito no ano de 2018. Não havendo assim perdas.

5.3 Coleta de dados

O questionário foi inicialmente submetido a um estudo piloto que consistiu na aplicação do instrumento a 3 egressos do PRMFC da cidade de Gurupi, estado do Tocantins, não contemplado na amostra desse estudo. A partir desta etapa foi realizada uma avaliação dos questionários eletrônicos, que sofreu mínimas alterações na sua estrutura.

O convite para participação na pesquisa ocorreu por meio de correio eletrônico (*e-mail*, telefone ou redes sociais (*WhatsApp*®), de acordo com o tipo de contato disponível. Foram realizados até três contatos solicitando as respostas dentro do prazo estabelecido.

Para a coleta de dados, o questionário foi introduzido no aplicativo Google Forms, operado pelo serviço gratuito de armazenamento e sincronização Google Drive. O link para acesso ao questionário foi enviado aos participantes via correio eletrônico (*e-mails*), juntamente com o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido para aceite e posterior resposta ao questionário. Os dados foram coletados entre janeiro e fevereiro de 2019.

Estudo quantitativo

As respostas foram abordadas em eixos temáticos: perfil profissional, fatores sociodemográficos, influência da complementação de bolsa oferecida pelo programa, fatores motivadores e dificuldades encontradas na especialidade de MFC. Além disso, o instrumento consistiu de questionamentos sobre a formação dos egressos em relação aos conhecimentos dos atributos da APS e a contribuição destes no seu atual processo de trabalho e sobre o grau de satisfação desses egressos com o PRMFC.

Estudo qualitativo

As perguntas abertas foram divididas em dois blocos: o primeiro dirigido aos egressos que continuaram atuando na Medicina de Família e Comunidade (MFC) após a formação e o segundo, aos que estavam atuando em outra área (trabalhando em outra especialidade ou cursando outra residência).

As questões do primeiro bloco versaram sobre a decisão em seguir a MFC quando da matrícula na residência, sobre a influência da complementação de bolsa por parte do município na decisão de optar pela RMFC, a interferência da residência na decisão de persistir ou não na especialidade, a avaliação que o egresso faz do PRMFC que cursou, e a existência ou não na RMFC de alguma questão que o deixa insatisfeito com a especialidade. Esses egressos foram codificados e numerados aleatoriamente como “ESF”.

O segundo bloco de questões referiu-se a respostas sobre o motivo pelo qual o egresso está atuando em outra área, a decisão de cursar primeiro a RMFC, sobre a influência da complementação de bolsa por parte do município na decisão de optar em fazer RMFC antes de seguir a outra especialidade, a avaliação que o egresso faz do PRMFC que cursou e a percepção de que cursar inicialmente o PRMFC interferiu ou não, em sua atuação na especialidade atual. Aqui os egressos foram codificados e numerados aleatoriamente como “EOA”.

5.4 Análises dos dados

Estudo quantitativo

Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel e analisados pelo software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.

Para avaliar a possível associação entre as variáveis independentes (necessidade de continuar aprimorando-se na MFC; cursou, está cursando ou foi aprovado em outro processo seletivo para nova residência médica; se realiza alguma atividade de preceptoria de graduação ou residência; avaliação acerca do programa de RMFC que cursou) e a variável dependente (atual área de atuação), utilizou-se o teste não paramétrico Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%.

Vale ressaltar que se utilizou a Correlação de Continuidade de Yates, quando necessário, e que devido ao número de indivíduos entrevistados, foi necessário categorizar a variável “Atual área de atuação” em duas categorias, atuantes na área da Medicina de Família e Comunidade e atuantes em outra residência/especialidade

Estudo qualitativo

Aqui a análise e interpretação dos dados ocorreram por meio da técnica de Análise de Conteúdo com abordagem temática de Bardin, auxiliada pelo referencial

teórico. A Análise de Conteúdo com abordagem temática, na realidade “[...] é um conjunto de técnicas de análise de comunicação” (BARDIN, 2013) que contém informações sobre o comportamento humano atestado por uma fonte documental auxiliados pelo referencial teórico. Foram executadas as três fases distintas da técnica: pré-análise, com organização do material por meio de leitura flutuante da produção dos textos; Exploração do Material, recorrendo ao sistema de codificação e definição de categorias constituindo o corpus da pesquisa e, por fim, o Tratamento dos resultados com condensação e destaque das informações para análise, onde se fez uma interpretação dos significados em mais profundidade dos relatos apresentados.

5.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida inicialmente a Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da FESP-Palmas e com sua aprovação, foi encaminhada ao Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas-Universidade Luterana do Brasil (CEULP-ULBRA), sob número de CAAE 98818718.6.0000.5516, seguindo orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado sob número de parecer 2.963.327.

Foi solicitado consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) aos indivíduos para participarem do estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações e o seu anonimato. Assim como a sua participação foi isenta de despesas, e desta forma não lhe foi cobrado ressarcimento algum. Também lhe foi garantido tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais desta pesquisa.

6 RESULTADOS

Os resultados do estudo encontram-se estruturados em dois artigos científicos:

- “A Residência de Medicina de Família e Comunidade: reflexos do perfil, motivações e atual processo de trabalho de egressos”, com abordagem quantitativa caracteriza o perfil e identifica o campo de atuação dos egressos dos PRMFC de Palmas -TO. Foi enviado para a revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) e encontra-se em processo de avaliação entre pares.

- “Residência de Medicina de Família e Comunidade: Percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho”, com abordagem qualitativa, o qual identificou as contribuições da RMFC de Palmas -TO na formação e no desenvolvimento do atual processo de trabalho de seus egressos. Será enviado para revista Ciência & Saúde Coletiva.

6.1 Artigo Original 1

A Residência de Medicina de Família e Comunidade: reflexos do perfil, motivações e atual processo de trabalho de egressos

Family and Community Medicine Residency: afterthoughts about graduates profile, motivations and current work process

La especialidad de la Medicina familiar y Comunitaria: reflejos del perfil, las motivaciones y del proceso de trabajo actual de los graduados

Resumo

Introdução: A Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) é a especialidade médica que desenvolve os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, competências, habilidades e atitudes para a assistência às pessoas, à família e à comunidade de maneira continuada, íntegra e longitudinal e coordenada. A presente pesquisa objetiva caracterizar o perfil e a percepção sobre a formação dos egressos dessas residências da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - TO (FESP-TO) e Universidade Federal do Tocantins (UFT). Buscou-se identificar o atual campo de atuação deles e verificar se os programas da FESP contribuíram para o desenvolvimento dos atuais processos de trabalho desses médicos, considerando-se os atributos da APS. Trata-se de estudo exploratório, descritivo e transversal, com

abordagem quantitativa. Aplicou-se um questionário aos 31 egressos que concluíram a RMFC até o ano de 2018. Foi realizada análise descritiva e inferencial dos dados utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Cerca de 77, 4%(n=24) dos entrevistados eram do sexo feminino e 51, 6%(n=16) tinham menos de 30 anos. A maioria (51, 8%, n=18) desenvolvia seu trabalho em Palmas - TO. As principais contribuições decorrentes da formação na RMFC foram a melhoria na organização e na segurança do processo de trabalho do egresso (32, 5%, n=10) a partir do conhecimento dos atributos essenciais e derivados da APS, assim como a humanização e o desenvolvimento pessoal (32, 5%, n=10). Todos os participantes declararam ser essencial cursar a RMFC para atuação médica na APS, assim como perceberam que a formação contribuiu para torná-los profissionais diferenciados, independente do campo de atuação atual em que estejam inseridos. As principais motivações para a especialidade foram a melhoria de seus conhecimentos na clínica ampliada (33, 3%, n=4), bem como a aquisição de bônus de 10% em outro concurso de residência. As insatisfações relacionaram-se à desvalorização do profissional e baixa remuneração (75%, n=12). O exercício da preceptoría foi significativamente relacionado ($p=0,001$) pelos egressos que permaneceram na área de Medicina de Família e Comunidade (MFC). A avaliação do programa manteve-se entre boa e excelente (93, 6%, n=17). **Conclusão:** A RMFC de Palmas - TO contribui não só para o aumento no provimento de profissionais especializados em MFC como também para a melhoria de sua qualidade técnica e pessoal, o que se edifica por meio do fortalecimento da aplicação dos princípios da APS em suas práticas profissionais cotidianas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Educação Médica; Internato e Residência.

Abstract

Introduction: Family and Community Medicine Residency (RMFC) is the medical specialty course that develops competencies, skills and attitudes to assist people, families and the community in a continuous, whole and longitudinal way. This research aims to characterize the profile and the perception about their own graduation from RMFC graduates from the Palmas School of Public Health Foundation -TO (FESP) and the Federal University of Tocantins (UFT). We also sought to identify their current field of action and verify if the programs contributed to the development of their current work processes, considering the attributes of Primary Health Care (PMH). This is an exploratory, descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach. A questionnaire was applied to the 31 graduates who completed the RMFC by 2018. Descriptive and inferential data analysis was performed using Pearson's chi-square test, with a significance level of 5%. About 77.4% of all graduates were female and 51.6% were under 30 years old. Most of them (51.8%) were currently working in Palmas -TO. The main contributions resulting from RMFC training were the improvement in the organization and safety of the work process (32.5%) due to profound knowledge of PMC attributes, as well as humanization and personal development (32.5%). All participants stated that it is essential to attend the RMFC in order to practice in PHC, as well as think that the training contributed to make them better professionals, regardless of their current field of practice. The main motivations for the family and community medicine (FCH) specialty choice were the improvement

of knowledge in the expanded clinic (33.3%) as well as the acquisition of a 10% bonus in another residency selection, while dissatisfaction was related to professional devaluation and low wages (75%). Preceptorship exercise was significantly related ($p = 0.001$) to graduates remaining in the FCH area. The program was mainly evaluated as good and excellent (93.6%).

Conclusion: Palmas-TO RMFC contributes not only to the increase in provision of professionals, but also to the improvement of their technical and personal quality, which is built by strengthening the application of the PMH principles in their daily professional practices.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Medical education; Internship and Residence.

Resumen

Introducción: La Especialización de Medicina familiar y Comunitaria (EMFC) es la especialidad médica que desarrolla habilidades y acciones para ayudar a las personas, la FAMILIA y la comunidad de forma continua, integrada y longitudinal. Este estudio tiene como objetivo caracterizar el perfil y la percepción sobre la formación de graduados de las EMFC de la Fundación Escuela de Salud Pública de Palmas - TO (FESP) y la Universidad Federal do Tocantins. También buscamos identificar el campo de actividad actual y verificar si los programas contribuyeron al desarrollo de sus procesos de trabajo actuales, considerando los atributos de Atención Primaria de Salud (APS). Este es un estudio exploratorio, descriptivo y transversal con un enfoque cuantitativo. Se aplicó un cuestionario a los 31 graduados que completaron la EMFC hasta el año de 2018. El análisis de datos descriptivo e inferencial se realizó utilizando la prueba chi-cuadrada de Pearson, con un nivel de significancia del 5%. Alrededor del 77, 4% eran mujeres y el 51, 6% eran menores de 30 años. La mayoría (51, 8%) desarrolló su trabajo en Palmas - TO. Las principales contribuciones resultantes de la graduación en la EMFC fueron la mejora en la organización y seguridad del proceso de trabajo del graduado (32.5%) a partir del conocimiento de los atributos de la APS, así como la humanización y el desarrollo personal (32, 5%). Todos los participantes declararon que es esencial asistir a la EMFC para la práctica médica en APS y afirmaron que la capacitación contribuyó a convertirlos en profesionales diferenciados, independientemente del campo de actividad actual en el que se inserten. Las principales motivaciones para hacer la especialidad fueron la mejora de sus conocimientos en la clínica ampliada (33, 3%), así como la adquisición del 10% de bonificación en otro concurso de residencia, mientras que las insatisfacciones estaban relacionadas con la devaluación del profesional y la baja remuneración (75%). El ejercicio de preceptoría se relacionó significativamente ($p=0, 001$) con los graduados que permanecieron en el área de MFC. La evaluación del programa se mantuvo entre buena y excelente (93, 6%).

Conclusión: la EMFC de Palmas-TO contribuye no sólo al aumento de la provisión de profesionales, sino también a la mejora de su calidad técnica y personal, que se construye fortaleciendo la aplicación de los principios de APS en sus prácticas profesionales diarias.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud familiar; Educación Médica; Prácticas y Residencia.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), também reconhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), é o ponto preferencial de entrada na Rede Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) tanto para novas necessidades, quanto para o tratamento de problemas crônicos de saúde. ¹

Apesar dos avanços da APS, a assistência à saúde brasileira ainda está muito focada no modelo de medicina individualista e tecnicista centrado na concepção biológica e referenciado em sofisticação diagnóstica. Com esse sistema, a clínica perde espaço para a valorização de médicos muito especializados, enquanto a demanda segue no sentido oposto, apontando para a necessidade de médicos com formação geral, que atuem em trabalho de equipe e compreendam os diferentes determinantes da saúde. ²

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de reorganização assistencial da APS e considerada a porta preferencial de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia do acesso e o cuidado integral, longitudinal e coordenado contribuem sensivelmente para a satisfação dos usuários do sistema, impactando positivamente na saúde da população. ³

A Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) é a especialidade que desenvolve competências, habilidades e atitudes para a assistência às pessoas, à família e à comunidade, de maneira continuada, integral, longitudinal e abrangendo todas as idades e sexos. Esta especialidade proporciona ao médico condições de atender pessoas de forma integral, resolutiva, longitudinal e integrada com outras especialidades. ⁴ ¹ Mas muitos médicos consideram sua formação sobre o SUS e sobre o processo de trabalho em APS insuficientes e necessitam formação complementar para sua atuação profissional neste nível de atenção. ⁵

Seguindo esses pressupostos, em 2012 a Universidade Federal do Tocantins (UFT) criou seu Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), o primeiro do Estado do Tocantins, ofertando inicialmente cinco vagas por ano. Posteriormente, em 2014, a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - TO (FESP) criou seu Programa de Residência, incluindo entre outras a RMFC com o objetivo de intensificar esforços para aumentar o número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no âmbito estadual. Desde então, a UFT e a FESP firmaram uma parceria e passaram a coordenar coletivamente os dois programas.

O projeto pedagógico dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da UFT e FESP no âmbito de Palmas é efetivado a partir das vivências de cuidado no SUS. Os programas têm por base o modelo assistencial proposto pela ESF. Esse modelo visa desenvolver processos formativos sociais e regionais de caráter multiprofissional para melhoria na qualidade do SUS. O uso de metodologias ativas é predominante e tem como foco a educação transformadora baseada nos princípios, fundamentos e finalidades da formação em medicina.^{6 7}

Até o ano de 2018, as RMFC da UFT e da FESP em Palmas formaram 31 especialistas. Avaliar o perfil de seus egressos e como a formação influenciou sua prática e desempenho em MFC em relação aos atributos da Atenção Primária propicia reflexão sobre as atividades pedagógicas desses programas e sobre o impacto desta formação para a saúde da população. Esses dados também servem para subsidiar a tomada de decisão dos gestores no âmbito das Políticas Públicas de Saúde com ênfase na Interação Ensino-Serviço do Programa de Residências Médicas e na Estratégia Saúde da Família.

Levando isso em consideração, a presente pesquisa objetivou caracterizar o perfil e a percepção sobre a formação em Medicina da Família e Comunidade dos egressos das Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da FESP e UFT. Buscou-se ainda identificar o campo de atuação atual desses profissionais e verificar se os programas contribuíram para o desenvolvimento de seus atuais processos de trabalho, considerando os atributos da APS na ESF.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa focada no perfil e formação dos egressos dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) de Palmas.⁸

Participaram do estudo todos os egressos do PRMFC da Fundação de Escola de Saúde Pública do município de Palmas (FESP) e da Universidade Federal do Tocantins (UFT) que concluíram a residência até fevereiro de 2018, totalizando trinta e um egressos assim distribuídos: cinco egressos que concluíram no ano de 2016, oito no ano de 2017 e dezoito no ano de 2018.

Inicialmente foi realizado um estudo piloto que consistiu na aplicação do instrumento a 3 egressos do PRMFC da cidade de Gurupi - TO, não incluídos no

conjunto de sujeitos desse estudo. Após essa etapa, o questionário eletrônico sofreu mínimas alterações na sua estrutura.

O estudo foi desenvolvido por meio da aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas abordadas em eixos temáticos: perfil profissional, fatores sociodemográficos, influência da complementação de bolsa oferecida pelo programa, fatores motivadores e dificuldades encontradas na especialidade de MFC. Além disso, questionamentos sobre a formação dos egressos em relação aos conhecimentos dos atributos da APS e a contribuição destes no seu atual processo de trabalho dentro e fora da APS. Por fim, o grau de satisfação desses egressos com o PRMFC.

O convite para participação na pesquisa ocorreu por meio de *e-mail*, telefone ou redes sociais (*WhatsApp*) de acordo com o tipo de contato disponível. Foram realizados até três contatos solicitando as respostas dentro do prazo estabelecido.

Para a coleta de dados, o questionário foi introduzido no aplicativo Google Forms, operado pelo serviço gratuito de armazenamento e sincronização Google Drive. O link para acesso ao questionário foi enviado aos participantes via correio eletrônico (*e-mails*), juntamente com o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido para aceite e posterior resposta ao questionário. Os dados foram coletados entre janeiro e fevereiro de 2019.

Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel e analisados ao software SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20. Para avaliar a possível associação entre as variáveis independentes (necessidade de continuar aprimorando-se na MFC; cursou, está cursando ou foi aprovado em outro processo seletivo para nova residência médica; realiza alguma atividade de preceptoria de graduação ou residência; avaliação acerca do programa de RMFC que cursou) e as variáveis dependentes (atual área de atuação e ano de conclusão da residência), utilizou-se o teste não paramétrico Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Vale ressaltar que se utilizou a Correlação de Continuidade de Yates, quando necessário, e que devido ao número de indivíduos entrevistados, foi necessário categorizar a variável "Atual área de atuação" em duas categorias, atuantes na área da Medicina de Família e Comunidade e atuantes em outra residência/especialidade. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas da Universidade Luterana do Brasil (CEULP-ULBRA) sob número de CAAE 98818718.6.0000.5516, seguindo orientações da Resolução nº 466/2012 do

Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado sob número de parecer 2.963.327.

Resultados

A maioria dos egressos é do sexo feminino (77, 4%) e tinha menos de 30 anos de idade (51, 6 %) (Tabela 1). A maioria concluiu a graduação na Universidade Federal do Tocantins, com 41, 9%, seguida do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda, com 35, 5%.

Em relação à cidade onde estavam exercendo a profissão no período da coleta, observou-se que a maioria trabalhava em Palmas - TO (51, 8%), seguida das cidades de Araguaína - TO e São Paulo - SP, ambas com 6, 5%.

Tabela 1- Características sociodemográficas e atuação profissional dos egressos dos PRMFC de Palmas - TO, 2019.

Questões	N	%
Sexo		
<i>Masculino</i>	7	22, 6
<i>Feminino</i>	24	77, 4
Total	31	100
Faixa etária		
<i>Até 30 anos</i>	16	51, 6
<i>De 31 a 40 anos</i>	9	29
<i>41 anos ou mais</i>	6	19, 4
Total	31	100
Cidade de exercício profissional atual		
<i>Acreúna - GO</i>	1	3, 2
<i>Araguaína - TO</i>	2	6, 5
<i>Brasília - DF</i>	1	3, 2
<i>Brasília - DF</i>	1	3, 2
<i>Campinas - SP</i>	1	3, 2
<i>Cariri - TO</i>	1	3, 2
<i>Colinas do Tocantins - TO</i>	1	3, 2
<i>Itabuna e Ilhéus - BA</i>	1	3, 2
<i>Palmas - TO</i>	18	58, 1
<i>Porto Nacional - TO</i>	1	3, 2
<i>São Paulo - SP</i>	2	6, 5
<i>Uberlândia - MG</i>	1	3, 2
Total	31	100
Área seguida atualmente pelos egressos da RMFC		

<i>Medicina de Família e Comunidade</i>	19	61, 3
<i>Outra especialidade</i>	3	9, 7
<i>Outra residência</i>	9	29, 0
<i>Total</i>	31	100, 0
A complementação da bolsa (município) influenciou na decisão de optar pela RMFC		
<i>Sim</i>	29	93, 5
<i>Não</i>	2	6, 5
<i>Total</i>	31	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Quanto ao perfil de inserção profissional, 61, 3% dos egressos exercem a MFC, enquanto 29% estão cursando outro programa de residência e 9, 3% já estão atuando em outra especialidade. Pôde-se observar que a remuneração por meio de uma bolsa de estudo adicional influenciou na decisão de 93, 7% dos médicos ao escolher ingressar no PRMFC (Tabela 1).

Todos os participantes declararam ser essencial para um médico que deseja atuar na APS cursar PRMFC e foram unânimes em afirmar que ter cursado o PRMFC contribuiu para seu atual processo de trabalho, desde os aspectos relacionados à organização e segurança do mesmo (32, 5%) até aos que se relacionaram à humanização e desenvolvimento pessoal desenvolvidos pelos egressos durante a formação (32, 5%). Aspectos relacionados à melhoria de sua qualificação profissional e maior resolutividade dos problemas também foram citados, com 19, 5% e 9, 7% de frequência, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Posicionamento de todos os egressos quanto às contribuições RMFC e o conhecimento dos atributos da APS para a atuação na APS e atual processo de trabalho, 2019.

Questões	N	%
Essencial cursar a RMFC para atuação do médico na APS?		
<i>Sim</i>	31	100
<i>Não</i>	0	0
<i>Total</i>	31	100
Realização da RMFC e conhecimento dos atributos da APS contribuiu para o atual processo de trabalho?		
<i>Sim</i>	31	100
<i>Não</i>	0	0
<i>Total</i>	31	100
Descrição dos aspectos da contribuição da RMFC e o conhecimento dos atributos da APS para o atual processo de trabalho		
<i>Qualificação profissional para Atenção Básica</i>	6	19, 5
<i>Humanização e desenvolvimento pessoal</i>	10	32, 2
<i>Maior resolutividade</i>	3	9, 7
<i>Auxiliou na organização e segurança do processo de trabalho</i>	10	32, 2

<i>Respostas em Branco</i>	2	6, 4
Total	31	100

Legenda: RMFC= Residência em Medicina de Família e Comunidade; APS= Atenção Primária em Saúde.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Dos egressos que continuaram atuando na MFC, a maioria respondeu já ter escolhido permanecer na APS desde sua inscrição no programa (63, 2%), enquanto 36, 8% não tinham esta decisão. Entretanto, destes últimos, 94, 7% informaram que esta formação os motivou a permanecer na especialidade (Tabela 3).

Cerca de 84, 2% dos respondentes que permaneceram na MFC demonstraram algum tipo de insatisfação com a especialidade, dentre elas: desvalorização profissional e baixa remuneração (75%), interferências políticas na gestão de recursos (18, 75%) e sobrecarga de trabalho na APS (6, 3%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Percepções dos egressos que continuaram atuando na MFC em relação a essa especialidade, 2019.

Questões	N	%
Decisão de seguir a MFC quando se matriculou na residência?		
<i>Sim</i>	12	63, 2
<i>Não</i>	7	36, 8
Total	19	100
Influência da RMFC sobre a decisão e persistência em continuar na especialidade?		
<i>Sim</i>	18	94, 7
<i>Não</i>	1	5, 3
Total	19	100
Existência de alguma questão que deixa insatisfeitos aqueles que escolheram a especialidade MFC?		
<i>Sim</i>	16	84, 2
<i>Não</i>	3	15, 8
Total	19	100
Motivos de insatisfação daqueles que escolheram a especialidade MFC		
<i>Desvalorização do profissional na MFC e baixa remuneração</i>	12	75
<i>Sobrecarga de Trabalho</i>	1	6, 3
<i>Interferência Política e Gestão de Recursos</i>	3	18, 8
Total	16	100

Legenda: RMFC= Residência em Medicina de Família e Comunidade; Legenda: MFC= Medicina de Família e Comunidade.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Em ordem decrescente de frequência, os egressos que continuam atuando na

MFC classificaram a aplicação dos atributos da APS em sua prática profissional como boa (63, 2 %), excelente (26, 3 %) e regular (10, 5 %) (Tabela 4).

Quando questionados em relação aos atributos da APS com maior dificuldade de efetivação em sua prática clínica, o atributo “porta de entrada” (acesso) foi o mais citado (31, 6 %), conquanto 26, 3% indicaram a longitudinalidade do cuidado, seguidos pela coordenação do cuidado (21, 1%) e integralidade (10, 5%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação da aplicabilidade dos atributos da APS na prática em MFC e atributos com maior dificuldade para efetivação na AB segundo percepção dos egressos, 2019.

Questões	N	%
Avaliação da aplicação dos atributos da APS na sua prática profissional na MFC		
	N	%
<i>Excelente</i>	5	26, 3
<i>Bom</i>	12	63, 2
<i>Regular</i>	2	10, 5
<i>Total</i>	19	100
Atributos da APS que possuem dificuldades para serem efetivados na prática cotidiana na AB		
<i>Porta de entrada</i>	6	31, 6
<i>Integralidade</i>	2	10, 5
<i>Longitudinalidade do cuidado</i>	5	26, 3
<i>Coordenação do cuidado</i>	4	21, 1
<i>Porta de entrada e coordenação do cuidado</i>	1	5, 3
<i>Porta de entrada e integralidade</i>	1	5, 3
<i>Total</i>	19	100

Legenda: MFC= Medicina de Família e Comunidade; APS= Atenção Primária em Saúde; AB= Atenção Básica.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019

Dentre os egressos que estavam seguindo outra especialidade ou outra residência médica no momento da pesquisa, a metade referiu ter percebido aptidão para outra área, enquanto 25% encontraram remuneração melhor em outras especialidades. Apenas 8, 3% deixaram a Medicina de Família para ter uma especialidade mais reconhecida (Tabela 5).

Dentre os egressos que saíram da MFC, a grande maioria (83, 3%) já tinha intenção de seguir outra especialidade desde seu ingresso no PRMFC, enquanto 16, 7% não tinham essa ideia consolidada. Melhorar os conhecimentos na clínica ampliada (33, 3%) e adquirir bônus para ingresso em outro programa de residência (33, 3%) foram as principais motivações citadas por estes egressos para cursar primeiro a RMFC antes de seguir para outra especialidade ou outra residência (Tabela 5).

Os egressos que estavam atuando em outra especialidade ou cursando outra residência médica foram unânimes em afirmar que ter cursado primeiramente o

PRMFC influenciou positivamente no seu processo de trabalho na outra área e contribuiu para torná-los profissionais diferenciados (Tabela 5).

Tabela 5 - Motivações e percepções em relação à RMFC dos egressos que estão atuando em outra especialidade ou cursando outro programa de residência, 2019.

Questões	N	%
Motivo que levou seguir outra área		
<i>Por ter percebido falta de perfil para área</i>	2	16, 7
<i>Para ter uma especialidade mais conhecida</i>	1	8, 3
<i>Para melhorar o retorno financeiro</i>	3	25
<i>Afinidade com outra área</i>	6	50
Total	12	100
Planejamento em seguir outra área após a RMFC		
<i>Sim</i>	10	83, 3
<i>Não</i>	2	16, 7
Total	12	100
Motivação para cursar primeiro a RMFC		
<i>Melhorar os conhecimentos na clínica ampliada</i>	4	33, 3
<i>Disponibilidade financeira imediata</i>	2	16, 8
<i>Aquisição de bônus de 10% em outro concurso de residência</i>	4	33, 3
<i>Insegurança de recém-formado</i>	1	8, 3
<i>Outro</i>	1	8, 3
Total	12	100
Você acredita que ter cursado a RMFC pode ter contribuído de alguma forma para sua prática atual?		
<i>Sim</i>	12	100
<i>Não</i>	0	0
Total	12	100
Acha que a RMFC está fazendo ou vai fazer você um profissional diferenciado?		
<i>Sim</i>	12	100
<i>Não</i>	0	0
Total	12	100

Legenda: RMFC=Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019

Os dados da Tabela 6 comparam a ocorrência de determinados eventos entre dois grupos de egressos: daqueles que, no momento da resposta ao questionário, estavam trabalhando em MFC e os que estavam atuando em outra área. Não foi possível observar diferença estatisticamente significativa com relação à necessidade de continuar aprimorando-se na MFC, com ambos apontando de maneira positiva para esta necessidade (respectivamente 94, 7% e 87, 1%).

Entretanto foi observada diferença significativa ($p=0,001$) entre os dois grupos no que concerne ao relato de cursar, estar cursando ou ter sido aprovado em outro processo seletivo para nova residência médica, com maior prevalência no grupo que está atuando fora da MFC (75%).

A realização de alguma atividade de preceptoria de graduação ou residência obteve diferença significativa ($p=0,001$) entre os dois grupos, com maior prevalência no grupo de egressos atuantes na MFC (73,7%) em relação aos que não atuam (8,3%).

Tabela 6 - Comparação entre os egressos que atuam na MFC e que atuam em outra área com relação à necessidade de aprimoramento na MFC, à participação em nova residência, à atuação em preceptoria e à avaliação do programa de RMFC, 2019.

	MFC		Atual área de atuação Outra		Total		Qui ²	p-valor
	N	%	N	%	N	%		
Necessidade de continuar aprimorando-se na MFC								
<i>Sim</i>	18	94,7	9	75	27	87,1	2,549	0,110
<i>Não</i>	1	5,3	3	25	4	12,9		
Total	19	100	12	100	31	100		
Cursou, está cursando ou foi aprovado em outro processo seletivo para nova residência médica?								
<i>Sim</i>	2	10,5	9	75	11	35,5	10,687	0,001
<i>Não</i>	17	89,5	3	25	20	64,5		
Total	19	100	12	100	31	100		
Realização de alguma atividade de preceptoria de graduação ou Residência?								
<i>Sim</i>	14	73,7	1	8,3	15	48,4	10,097	0,001
<i>Não</i>	5	26,3	11	91,7	16	51,6		
Total	19	100	12	100	31	100		
Avaliação do Programa de RMFC								
<i>Excelente</i>	8	42,1	2	16,7	10	32,3	4,291	0,117
<i>Bom</i>	9	47,4	10	83,3	19	61,3		
<i>Regular</i>	2	10,5	0	0	2	6,5		
Total	19	100	12	100	31	100		

Legenda: MFC=Medicina de Família e Comunidade; Qui²=Qui-quadrado de Pearson; *Correção de Continuidade de Yates.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Não foi observada diferença entre os dois grupos quanto à avaliação do Programa de RMFC cursado. Observa-se que 61,3% e 32,3% do total de egressos consideram o Programa de RMFC como sendo bom e excelente, respectivamente (Tabela 6).

Discussão

Os resultados obtidos permitiram avaliar a perspectiva dos egressos dos programas de RMFC de Palmas - TO a respeito de si mesmos, suas aspirações pessoais e profissionais e, desta forma, delinear aspectos positivos e pontos a melhorar com relação à própria construção e continuidade dessas propostas formativas. Ademais, foram reconhecidos dois dos principais objetivos das RMFC nos programas: o aumento do provimento de profissionais capacitados para atuar em APS com fixação em territórios onde eles se fazem necessários; e a melhoria da qualidade destes profissionais, aqui avaliada por meio do fortalecimento dos atributos da APS em suas práticas diárias.⁹

Quanto ao perfil, os egressos são predominantemente do sexo feminino, jovens com menos de 30 anos e provenientes de faculdades locais (UFT e ITPAC). Estudos na área também apontam essa faixa etária como predominante. No entanto em relação ao sexo, pesquisas realizadas em anos semelhantes revelaram-se distintas.^{10'}

5' 11

A decisão de cursar a RFMC parece surgir por uma multiplicidade de questões que permeiam a atuação do jovem médico no Brasil. A escolha da carreira médica é influenciada por variáveis complexas, incluindo aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos.^{12' 13} Os aspectos financeiros salientam-se neste estudo quando 93, 7% dos respondentes dizem terem sido influenciados pela bolsa adicional fornecida pelos programas. Essa complementação como ferramenta para aumentar a atratividade dos PRMFC também foi observada em outras experiências^{14' 15} não só como forma de favorecer o ingresso dos alunos, mas também de fidelizá-lo ao programa ao permitir que este não precise de empregos paralelos para se sustentar enquanto se especializa.

Muitos parecem entrar na RMFC já pensando em outra especialidade, principalmente entre aqueles que não permaneceram trabalhando na APS. Entretanto no percurso de dois anos de Residência, alguns são por vezes seduzidos pela possibilidade de atuação na área, o que é o caso dos respondentes que estão atuando em APS e que antes de ingressar no programa não tinham essa intenção. Um fator para essa mudança pode ser a perspectiva de crescimento profissional por meio do desenvolvimento da atividade de preceptoria, esta última apontada por Izecksohn et. al.³ como essencial para a consolidação da APS no Brasil.

Percebe-se ainda, no programa de Residência estudado, a tendência de fixação do profissional no local de especialização e a maioria dos profissionais

atuando na própria cidade sede do PRMSC. Algo semelhante ao encontrado por Matos et al.¹¹ e Myhre et al.¹⁶

Isso pode ser devido à identificação com valores locais como cultura, família e sociedade.¹⁵ ¹⁷ Esse fato é especialmente importante uma vez que, embora Palmas seja a capital do estado e possua 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), antes dos primeiros egressos do PRMFC, só possuía dois médicos especialistas na área em toda APS. Essa tendência de fixação pode também significar que estes programas de residência estão sendo eficazes em fornecer um suporte para a prática médica, favorecendo um equilíbrio aceitável entre vida e trabalho que propicia a permanência desses profissionais.¹⁷

Como observado, circunstâncias não atreladas a um legítimo desejo de atuação futura enquanto médico(a) de família e comunidade podem estar interpostas ao Residente, tais como atratividade da bolsa e perspectiva de bônus em outro programa de residência. Apesar desse desinteresse também ser apontado em outros trabalhos¹⁸ ¹² ¹⁹, constatou-se por unanimidade dos egressos que a experiência da RMFC, e o conseqüente conhecimento dos atributos da APS que dela advém é engrandecedor, favorecendo a organização do processo de trabalho e humanização e resolutividade tanto para aqueles que seguiram na especialidade, quanto para os que dela saíram, o que corrobora os achados de Matos et al.¹¹ Os egressos foram também unânimes em reconhecer que cursar a RMFC é essencial para a atuação do médico na APS.

A análise da escolha de percurso profissional findada a RMFC, quanto à continuidade ou não da atuação em MFC, permitiu a construção de inferências interessantes. Primeiramente, a existência de uma necessidade de aprimoramento contínuo em MFC é percebida de maneira semelhante entre esses dois grupos, o que pode apontar para um interesse subjacente de permanecer ligado à APS que independe da atuação na área no momento da resposta ao questionário. Em si, isso representa um resultado positivo do PRMFC no sentido de fazer emergir nesses profissionais o interesse em se aprimorarem constantemente na área.

Também não foi verificada diferença significativa entre a boa avaliação do PRMFC feita pelo grupo de egressos que permaneceram na MFC e pelos que estavam atuando em outra especialidade ou residência. Isso aponta para o fato de que a impressão em relação à qualidade do programa não foi fator preponderante na tomada de decisão de abandonar a atuação em MFC.

Entretanto foi observada diferença significativa entre os grupos com relação à realização de atividade de preceptoria de graduação ou residência em sua atuação profissional. Percebe-se que aqueles que a realizam estavam muito mais sensibilizados a continuar na área de MFC, o que mostra que essa atividade pode estar atuando como fator atraente e fixador desses egressos na especialidade, algo que corrobora os achados de Izeckson.³ Adicionalmente, pôde-se presumir que a formação na RMFC contribuiu de maneira importante para que os egressos compreendam e estejam preparados para o papel de formador enquanto profissional do Sistema Único de Saúde, cumprindo o papel deste na ordenação de recursos humanos e a consequente integração ensino-serviço.

A diferença entre esses dois grupos em relação a cursar, estar cursando ou ter sido aprovado em outro processo seletivo para nova residência médica é emblemática e pode ser inclusive entendida como um fator causal dessa migração. Ou seja, a própria continuidade em outro programa de residência pode justificar a dispersão de boa parte dos egressos,¹ o que é particularmente curioso quando se observa que não há uma única especialidade escolhida como principal para a segunda residência.

A migração para outras especialidades pode ter como uma de suas justificativas a insatisfação com a própria MFC. Para aqueles que permaneceram na área, a maioria aponta alguma insatisfação com essa escolha, sendo a desvalorização profissional e a baixa remuneração os principais fatores reconhecidos por esses egressos, o que também foi observado por Cavalcante Neto.¹⁸

Um egresso da RMFC que “se perde para outra especialidade”, por vezes entendida por este como mais sedutora (maior prestígio profissional, melhor remuneração, maior afinidade pela área), não o faz sem carregar consigo uma experiência de formação transformadora. Este indivíduo é, por si só, uma vitória das políticas públicas brasileiras, porque certamente atuará como multiplicador de boas práticas, pela possibilidade de vir a ser um apoiador em momentos futuros como por exemplo; numa atividade de matriciamento, numa contrarreferência, na transição do cuidado, ajudando assim a qualificação da rede.

Na perspectiva do jovem profissional, as especialidades focais representam a oportunidade de ascensão no meio médico e perante à sociedade, tanto em termos financeiros como em status. Em verdade, os esforços em tornar a MFC um meio atraente para futuros profissionais permeia diversas outras variáveis, porém seria ingenuidade não reconhecer a importância da busca por melhores salários e prestígio

no processo de decisão de atuação na pós-graduação. Isso talvez escape àquilo que um programa de residência pode oferecer, pois envolve todo um pacto com a sociedade e o estado no que concerne à própria história da medicina e à consolidação de sua prática enquanto profissão no Brasil.

Mesmo que indiretamente, o programa de RMFC pode ter contribuído para a profissionalização desses jovens médicos, moldando-os para uma prática profissional sensível às necessidades do contexto de saúde pública brasileiro uma vez que mais de 90% dos respondentes considera a aplicação dos atributos da APS em suas atividades cotidianas como boa ou excelente. Entende-se isto como o cumprimento de um dos objetivos principais do PRMFC. A constatação de que os egressos avaliam de forma positiva sua capacidade de aplicar os atributos da atenção primária é um sinal de que os programas de residência têm sido efetivos em melhorar a qualificação dos médicos para a APS, corroborando o estudo de Leão e Caldeira.²⁰ Mais do que somente uma ferramenta de ensino, a residência torna-se ponte na teia da vida desses indivíduos, mudando invariavelmente suas vidas e contribuindo para a fortificação da rede de cuidado em APS.^{21' 22}

A dificuldade de aplicar os princípios da APS na prática profissional dos egressos é citada por boa parte dos respondentes, estando o acesso e a longitudinalidade em primeira posição na visão dos egressos. Esses atributos fazem da MFC uma especialidade bastante complexa uma vez que tal profissional se vê confrontado com a necessidade de lidar com um escopo largo de problemas muitas vezes não relacionados com a prática clínica em si. As barreiras em colocar em ação esses pilares teóricos na vida cotidiana podem também serem motivos que possibilitam que esses profissionais se encaminhem para outras especialidades.

Berger et al.⁹ apontam que a RFMC contribui na qualificação e no provimento de médicos para o SUS. Entretanto há que se ver no PRMFC mais do que apenas uma formação visando atender uma pura e simples demanda de suprimento profissional em Atenção Básica. A história da MFC no Brasil deixa claro que o processo de fortalecimento da APS e do SUS é não só gradual, como também depende da integração de forças e ações que atuam de maneira sinérgica e correlata, porém nem sempre lineares.^{14' 15}

A experiência estudada é ainda mais lisonjeira quando se considera que há pouco menos de uma década, o número de especialistas em MFC era ínfimo,

sobretudo em comparação a outras especialidades. Hoje a APS nesta cidade mostra-se robusta, com um programa de RMFC que se solidifica e se fortalece a cada ano.

Limitações do estudo podem estar atreladas à insuficiência de dados necessários para uma maior profundidade de análise da percepção dos egressos sobre a sua formação e atual prática profissional. Mesmo assim, os resultados revelam a importância significativa da qualificação profissional de médicos para a AB, a necessidade de continuidade de fomento para os PRMFC no Brasil e consequente garantia da aplicação racional e transformadora dos atributos neste nível de atuação da Rede de Atenção à Saúde.

Considerações Finais

Conclui-se, portanto, que a RMFC de Palmas - TO contribui não só para o aumento no provimento de profissionais na APS, que atuarão sobretudo na própria região onde foram formados, mas também para a melhora de sua qualidade técnica e para o alinhamento ao contexto de saúde brasileiro, o que se edifica por meio do fortalecimento da aplicação dos princípios da APS em suas práticas profissionais cotidianas. Não há como se pensar em estruturação da APS sem falar em formação profissional, o que, no campo de atuação médica, permeia a RMFC.

Bibliografia

1. Rodrigues E, Forster A, Santos L, Ferreira J, Falk J, Fabbro A. Perfil e trajetória profissional dos egressos da residência em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017; 41 (4): 604-614.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Izecksohn M, Teixeira Junior J, Stelet B, Jantsch A. Preceptoría em medicina de família e comunidade: desafios e realizações em uma atenção primária à saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22 (3): 737-746.

4. Gusso G, Lopes JMC, organizador. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. São Paulo: ArtMed; 2012.
5. Cavalli L, Rizzotto M. Formação dos médicos que atuam como líderes das equipes de atenção primária em saúde no Paraná. Revista Brasileira de Educação Médica. 2018; 42 (1): 31-39.
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2014 jun. 23; Seção 1. p. 8-11.
7. Programa da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Projeto pedagógico. Palmas, TO: Fundo Municipal de Saúde. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP); 2019.
8. Lakato EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
9. Berger C, Dallegrove D, De Castro Filho E, Pekelman R. A formação na modalidade residência médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2017; 12 (39): 1-10.
10. Castells MA, Campos CEA, Romano, VF. Residência em medicina de família e comunidade: atividades da preceptoria. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016; 40 (3): 461-469.
11. Matos F, Cerqueira M, Silva A, Veloso J, Morais K, Caldeira A. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. Revista Brasileira de Educação Médica. 2014; 38 (2): 198-204.
12. Mello G, Mattos A, Souto B, Fontanella B, Demarzo M. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009; 33 (3): 464-471.
13. Kost A, Bentley A, Phillips J, Kelly C, Prunuske J, Morley C. Graduating medical student perspectives on factors influencing specialty choice. Family Medicine. 2019; 51 (2): 129-136.
14. Justino A, Oliver L, Melo T. Implantação do Programa de Residência em Medicina

de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21 (5): 1471-1480.

15. Storti M, Oliveira F, Xavier A. A expansão de vagas de residência de medicina de família e comunidade por municípios e o programa mais médicos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2017; 21 (suppl 1): 1301-1314.

16. Myhre D, Szafran O, Schipper S, Dickinson J, Janke F. Scope of practice of family medicine graduates who completed a rural versus urban program. *Rural and Remote Health*; 2018.

17. Morken CBS, Kimberly Bruksch-Meck MBA, Byron Crouse MD, Kara Traxler BS. Factors influencing rural physician retention following completion of a rural training track family medicine residency program WMJ. December in 2018.

18. Cavalcante Neto P, Lira G, Miranda A. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33 (2): 198-204.

19. Alavi M, Ho T, Stisher C, Richardson E, Kelly C, McCrory K, et al. Factors that influence student choice in family medicine. *Family Medicine*. 2019; 51 (2): 143-148.

20. Leão C, Caldeira A. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (11): 4415-4423.

21. Soares R, Oliveira F, Melo Neto A, Barreto D, Carvalho A, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2018; 13 (40): 1-8.

22. Castro V, Nóbrega-Therrien S. Residência de medicina de família e comunidade: uma estratégia de qualificação. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33 (2): 211-220.

6.2 Artigo Original 2

Residência de Medicina de Família e Comunidade: Percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho.

Family and Community Medicine Residency: graduates insights about their education and work process.

Resumo

A Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) é o modelo de especialização médica responsável por formar médicos com melhor perfil para a Atenção Primária a Saúde (APS). Analisou-se como as duas RMFC de uma capital da região Norte do Brasil, iniciadas em 2012, contribuíram para a formação e o desenvolvimento do atual processo de trabalho de seus egressos. Estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem qualitativa focada nos 31 egressos até o ano de 2018. Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico com perguntas abertas. As respostas foram analisadas e interpretadas com base na técnica de Análise de Conteúdo com abordagem temática de Bardin a partir da qual foram constituídas quatro categorias empíricas: A formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Processo de Trabalho do Egresso, Reconhecimento e Aplicação dos atributos da APS, Potências da Formação em RMFC e os Desafios da especialidade. Os dados analisados apontam que os Programas de Residência de MFC estudados contribuem com a formação da prática profissional e com o perfil dos seus egressos por meio do fortalecimento e efetivação dos atributos da APS, inclusive estendendo-se para além da especialidade.

Palavras-chave:

Educação Médica. Residência Médica. Atenção Primária a Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Abstract:

Family and Community Medicine Residency (RMFC) is a gold-standard medical specialization method that trains doctors to properly work in Primary Health Care (PHC) settings. Palmas-Tocantins instituted its RMFC programs in 2012. This study aimed to establish whether or not the Palmas-Tocantins RMFC contributed to its graduates knowledge and current work process development. This is an exploratory, descriptive and cross-sectional study with a qualitative approach focused on the 31 students that had graduated by the year of 2018. Data were collected through a questionnaire with open questions. The answers were analyzed and interpreted based on the Content Analysis technique with Bardin thematic approach, from which four categories were established: Training in Family and Community Medicine (MFC) and the Graduate's Work Process; Recognition and Set up of the PHC attributes; MFC Training potentials that extend its scope, and the Specialty's Challenges. The data analyzed show that Palmas RMFC programs contribute to technical and practical training as well as to shaping the graduates profile through strengthening and use of PHC attributes. These contributions extend the limits of this specialty.

Keywords:

Medical Education. Medical Residency. Primary Health Care. Family Health Strategy.

Introdução

A formação médica no Brasil foi influenciada pelo modelo flexneriano, que predominou no ocidente ao longo de boa parte do século XX. Estruturado com base no mecanicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnicização do cuidado à saúde e ênfase na prática curativa.¹ Este modelo é caracterizado ainda pela fragmentação do conhecimento, tornando o atendimento centrado no hospital, distanciado de uma perspectiva humanista e de integralidade.²

Contraopondo-se a este, em 1920 no reino Unido, foi elaborado o Relatório Dawson, considerado marco inicial de uma concepção moderna de Atenção a Primária a Saúde (APS). Neste relatório, preconiza-se a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis, dentre eles os centros de saúde primários.^{3' 4}

Assim, a APS brasileira é o ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que se orienta por eixos estruturantes reconhecidos na literatura internacional como os atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.⁵

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como ação privilegiada para reorientar o modelo assistencial de saúde e estruturar a APS no país, em substituição ao modelo tradicional de organização do cuidado em saúde.² A ESF gerou um resultado assistencial diferenciado, ao incorporar um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que inclui promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.⁶

Corroborando, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é uma ferramenta importante na MFC, conhecida como uma competência na preparação dos médicos para uma visão holística dos usuários.^{7' 8}

A Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) é fundamental para formar profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes que capacitem o médico para abordar as pessoas e seus processos de saúde-adoecimento como fenômenos complexos, com sentidos e significados, reconhecidos como o paradigma da integralidade biopsicossocial.^{9' 10}

É nesse contexto que se inserem os Programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) de Palmas-TO. A RMFC da Fundação Escola de

Saúde Pública de Palmas (FESP) foi criada em 2014, possui atualmente 20 vagas por ano e desde seu início firmou parceria com o PRMFC da Universidade do Tocantins (UFT), criado em 2012 com 5 vagas por ano, e desde então possuem uma coordenação única.¹¹

Ademais, por meio do Programa Integrado de Residências da FESP-Palmas, o PRMFC é integrado ao Programa de Residências Multiprofissional em Saúde (PRMPS). A FESP, oferta bolsas de pesquisa que complementa a renda dos residentes de maneira estimuladora.¹¹

Os programas de residências de Palmas têm seus projetos pedagógicos efetivados a partir das vivências do serviço para o desempenho de ações de cuidado no SUS. Tem por base o currículo baseado por competências para a especialidade criado com a intencionalidade de homogeneizar a formação do MFC no Brasil, e a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem.^{12' 13' 14' 15}

Até o ano de 2018, as RMFC da UFT e da FESP em Palmas formaram 31 especialistas e esta investigação ancora-se na indagação sobre como a formação dos PRMFC influenciou a prática profissional de seus egressos e o seu desempenho em relação aos atributos da APS. Para tanto, objetivou-se investigar a contribuição das RMFC da FESP e UFT de Palmas - TO para a formação e o desenvolvimento do atual processo de trabalho de seus egressos na APS ou em outra área.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e transversal, utilizando abordagem qualitativa com foco na percepção dos egressos dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) de Palmas-TO.¹⁶

O estudo foi desenvolvido por meio da aplicação de um questionário, contendo perguntas abertas sobre o tema. Estas perguntas foram divididas em dois blocos: o primeiro dirigido aos egressos que continuaram atuando na Medicina de Família e Comunidade (MFC) após a formação e o segundo, aos que estavam atuando em outra área (trabalhando em outra especialidade ou cursando outra residência).

As questões do primeiro bloco versaram sobre a decisão em seguir a MFC quando da matrícula na residência, sobre a influência da complementação de bolsa por parte do município na decisão de optar pela RMFC, a interferência da residência na decisão de persistir ou não na especialidade, a avaliação que o egresso faz do

PRMFC que cursou, e a existência ou não na RMFC de alguma questão que o deixa insatisfeito com a especialidade. Esses egressos foram codificados e numerados aleatoriamente como “ESF”.

O segundo bloco de questões referiu-se a respostas sobre o motivo pelo qual o egresso está atuando em outra área, a decisão de cursar primeiro a RMFC, sobre a influência da complementação de bolsa por parte do município na decisão de optar em fazer RMFC antes de seguir a outra especialidade, a avaliação que o egresso faz do PRMFC que cursou e a percepção de que cursar inicialmente o PRMFC interferiu ou não, em sua atuação na especialidade atual. Aqui os egressos foram codificados e numerados aleatoriamente como “EOA”.

O questionário foi inicialmente submetido a um estudo piloto que se consistiu na aplicação do instrumento a 3 egressos de um PRMFC não pertencentes à amostra desse estudo. Após essa etapa, o questionário eletrônico sofreu mínimas alterações na sua estrutura. Em seguida, os questionários foram enviados por correio eletrônico (*e-mails*) aos participantes, tendo sido dado o prazo de um mês para o retorno das respostas.

Participaram do estudo todos os egressos do PRMFC da Fundação de Escola de Saúde Pública do município de Palmas (FESP) e da Universidade Federal do Tocantins (UFT) que concluíram a residência até fevereiro de 2018, perfazendo um total trinta e um egressos.

O convite para participação na pesquisa ocorreu por meio de *e-mail*, telefone ou redes sociais (WhatsApp), de acordo com o tipo de contato que estava disponível.

Para a coleta de dados, o questionário foi introduzido no aplicativo Google Forms, operado pelo serviço gratuito de armazenamento e sincronização Google Drive. O link para acesso ao questionário foi enviado aos participantes via correio eletrônico (*e-mails*), juntamente com o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido para aceite e posterior resposta ao questionário. Os dados foram coletados entre janeiro e fevereiro de 2019.

As respostas foram analisadas e interpretadas por meio da Análise de Conteúdo com abordagem temática de Bardin onde se adotou as três fases distintas da técnica: pré-análise, na qual se organizou o material por meio de leitura flutuante da produção dos textos; exploração do material recorrendo ao sistema de codificação e definição de categorias, constituindo o corpus da pesquisa e por fim o tratamento dos resultados com condensação e destaque das informações para análise, onde se

fez uma interpretação dos significados em mais profundidade dos relatos apresentados.¹⁷

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas da Universidade Luterana do Brasil (CEULP-ULBRA) sob número de CAAE 98818718.6.0000.5516, seguindo orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado sob número de parecer 2.928.816.

Resultados e Discussão

A partir da interpretação dos dados, foram estruturadas empiricamente quatro categorias de análise: A formação em MFC no Processo de Trabalho do Egresso, Reconhecimento e Aplicação dos atributos da APS, Potências da Formação em RMFC e os Desafios da MFC.

A Formação em MFC no processo de trabalho do egresso

Esta categoria reúne a análise de respostas de todos os egressos, independente da atual área de atuação e versa sobre sua visão sobre a contribuição da RMFC no seu processo atual de trabalho.

Assim, os egressos foram unânimes em afirmar que cursar este programa de residência contribuiu favoravelmente para sua formação e para seu processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Ressaltaram que a metodologia empregada possibilitou uma visão mais ampla e fundamentada dos serviços de assistência e dos cuidados em saúde aos usuários. Por meio da residência, capacitaram-se para oferecer uma atenção integral e eficiente aos usuários do sistema de saúde.

A RMFC me proporcionou melhor qualificação para atuação na atenção primária, além de possibilitar aprimorar os cuidados da saúde do paciente, de forma integral e bem fundamentada (ESF4).

Por meio da residência pude ter um maior conhecimento da prática médica (EOA3).

Após a RMFC me sinto muito mais preparada para atuar na atenção primária, para trabalhar em equipe (ESF6).

Assim, uma perspectiva positiva foi exposta em relação ao preparo e à formação proporcionados ao egresso por meio da RMFC. Os conceitos de 'preparação profissional', 'prática médica', e 'qualificação para atuação na atenção primária' são citados por respondentes distintos, porém em uma repetida ótica otimista que sugere satisfação.

Esses resultados corroboram os achados de Castro et al.¹⁸, em que a percepção dos residentes em RMFC salientou o significativo impacto do processo de formação da residência, e de suas estratégias de ensino-aprendizagem, necessário aos médicos que atuam na ESF no contexto do SUS.

Mais do que isso, revelam também uma perspectiva de reconhecimento do jovem médico frente à essa realidade, no sentido de reconhecer no PRMFC como uma etapa indispensável de ensino após a graduação, uma vez que os cursos de medicina no Brasil ainda são insipientes na formação de profissionais para a APS.^{2'} 19'

15

Grande parte dos egressos reconheceram a RMFC como uma potencialidade na preparação dos médicos para uma visão holística dos usuários, focada em demandas globais do paciente, da sua família e da comunidade em que está inserido, algo também relatado por Leão e Caldeira⁷ e Soares et al.⁸

Consigo aplicar a visão holística em demandas globais em saúde, que aprendi a ter sobre o paciente, seus familiares e comunidade (EOA2).

Ajudou a entender a medicina centrada na pessoa e a ser uma médica melhor tecnicamente (ESF9).

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) tem seu emprego entendido como uma tarefa elementar para alcançar uma abordagem integral aos problemas de saúde das populações,²⁰ e sua aplicação considerada imperiosa na prática do médico de família e comunidade.²¹ A percepção de segurança por parte dos egressos na aplicação do MCCP após a realização do PRMFC sinaliza, portanto, uma das grandes vitórias desta estratégia de ensino e do programa avaliado, em específico.

Alguns egressos referiram que, por meio da RMFC, conheceram o papel do MFC nesta especialidade, revelada por alguns como apaixonante”, contribuindo para a construção de uma identidade e identificação profissional que marca o processo de formação por residência, também encontrados por Rodrigues et al.²² Uma vez que boa parte dos formandos em medicina sentem-se desestimulados a trabalhar na área,²³ estas noções de engajamento exprimem outro aspecto precípua do programa estudado.

“[...] brindou a base de conhecimentos a qual necessitava para atuar na área apaixonante que é a MFC.” (ESF12)

“Melhorou minha atuação e sei da importância do papel da MFC” (ESF14).

Contribuiu muito, hoje tenho outra visão dos processos de trabalho, dos determinantes de saúde e doença” (EOA9)

Constatou-se que a formação adquirida nos dois anos de residência proporcionou aos egressos empoderamento técnico que fortalece a ideia do padrão ouro de formação, com consequente melhoria da capacidade resolutiva da assistência e posterior diminuição de encaminhamentos a média complexidade, aprimorando a prática assistencial como um todo.

“Diminui o número de encaminhamentos, maior resolução dos casos clínicos e melhoria na realização de atividades junto à equipe de saúde da família.” (ESF19)

“[...] a obtenção de conhecimento e aplicação na prática me fez entender a importância na resolutividade clínica. (EOA6)

Finalmente, os egressos que atualmente realizam preceptoria no PRMFC, destacaram que a residência também os preparou para docência por meio do curso de Especialização em Preceptores de Medicina de Família e Comunidade ofertado por intermédio do Ministério da Saúde com base no Plano Nacional de Formação de Preceptores, específico para os residentes que cursavam residência em medicina de família e comunidade.²⁴

“A capacitação em preceptoria de residência médica por meio do programa de residência, me deu empoderamento para hoje ser preceptora do programa” (ESF18)

O estímulo do exercício da preceptoria, tanto na graduação como pós-graduação, tem se mostrado bastante efetivo na criação de engajamento dos residentes de MFC com a própria especialidade, uma vez que surge como perspectiva de futuro para crescimento e atuação profissional, bem como favorece a multiplicação de boas práticas, cujo resultado final é um maior equilíbrio entre as responsabilidades de cuidado e de ensino.²⁵

Reconhecimento e aplicação dos atributos da APS

Os egressos mencionaram que cursar o PRMFC lhes proporcionou a oportunidade de conhecer todos os atributos da APS com foco na acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Desta forma, conhecer e aplicar os princípios da APS foi apontado como fundamental circunstância para atuação do médico no SUS, pelo entendimento sobre a importância dos atributos e de sua incorporação na prática assistencial do sistema de saúde.

“Com a formação na RMFC, tive a oportunidade de conhecer todos os atributos da APS com foco na acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Após concluir a residência iniciei atividades em outro município onde sou a única médica com esta visão”. (ESF16)

“Conhecer os atributos da atenção primária é fundamental para atuar no sistema único de saúde”(ESF8)

Esses resultados são de especial interesse quando se lembra que a APS fortalece os sistemas de saúde nos quais ela se desenvolve, ao facilitar o acesso da população a todo um conjunto de ações sanitárias que favorecem a qualidade de vida, promovendo e protegendo a saúde de maneira global.^{26, 27} Uma das maneiras de medir o fortalecimento da APS é avaliando seus atributos e a forma como eles são aplicados e entendidos pelos profissionais de saúde.²⁸

Os pesquisados apontaram que realizar um trabalho que valorize a integralidade, o acesso, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade da

assistência os sensibilizaram a prestar mais atenção aos seus pacientes e serem mais resolutos em suas decisões, melhorando a qualidade de vida da população. Observa-se aqui um eixo central na tomada de decisão que vai além do conhecimento e das evidências clínicas. Além disso, familiarizarem-se com os atributos da APS permitiu aos egressos a realização de atividades de promoção à saúde coletiva e individual, assim como a identificação nas comunidades dos determinantes sociais que influenciam diretamente no processo saúde-adoecimento.

[...] onde adquiri conhecimentos chaves para lidar com as intercorrências diárias na ABS e todos os seus atributos (ESF18).

[...] nos atendimentos trabalho vários atributos, como acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado. As reuniões para discussão de casos permitem aplicar tanto a integralidade quanto a longitudinalidade” (ESF3).

“Os atributos da APS norteiam todas as minhas condutas como médica de Família.... além de melhorar a qualidade de vida da população” (ESF2).

Haja vista que o contexto de saúde brasileiro abrange cenários heterogêneos, ²⁹ o grau de adequação dos serviços de ESF, e, por conseguinte, de seus profissionais, aos princípios da APS permite mensurar a real efetividade da atenção básica, ou seja, se ela atinge os objetivos que por ela propostos.³⁰ ²⁷ Fortalecer, identificar e avaliar esses atributos é, portanto, trabalho importante e alvo de grandes esforços exercidos pelos programas de RFMC.⁷

Outros relatos significantes se dirigiram à gestão da clínica, evidenciada aqui pelos egressos quando se referiram à construção da agenda de acordo com a demanda do território, a organização e preenchimento adequado do prontuário, ao monitoramento do cuidado continuado, à estratificação de riscos e à execução das linhas de cuidado.

“O reconhecimento dos atributos da atenção primária melhorou a organização do meu processo de trabalho, assim como execução dos programas de cuidado continuado” (ESF19)

[...] por meio da estratificação de risco dos pacientes e organização da linha do cuidado, da conscientização do levantamento do diagnóstico situacional do território, da

organização das agendas garantindo melhor acesso, do acolhimento e da integralidade do sujeito”. (ESF9)

Os princípios da gestão da clínica expressam conexões que permeiam gestão, atenção à saúde e educação em sistemas integrados, demandando uma consciência crítica no exercício da sua prática.³¹ Eles extrapolam o universo tradicional do exercício médico cuja dinâmica em geral envolve um cuidado individualista, centrado em problemas pontuais e desconexos, mascarando as reais necessidades dos pacientes e impondo-se como barreira para a conquista de uma real integralidade da atenção.³²

Destaca-se, por um egresso não atuante na MFC, a consideração de que os atributos da APS deveriam servir de guia para todas especialidades médicas:

“Os atributos de MFC deveriam ser norteadores para todas as áreas da medicina, só assim os médicos conseguiriam dar mais atenção aos seus pacientes e seriam mais resolutos em suas decisões”. (EOA12)

Essa percepção enaltece a interferência da formação em MFC e sua sensibilização para os atributos da APS de modo a transformar a prática médica em outra especialidade.

Potências da formação em MFC

Grande parte dos egressos afirmaram que a RMFC contribuiu favoravelmente para o desenvolvimento da sua formação pessoal, tornando-os mais maduros, seguros, confiantes, autônomos e responsáveis. Observa-se aqui o papel da RMFC em favorecer um aprendizado que envolve, desenvolvimento de atitudes e amadurecimento pessoal e profissional, por meio da tutoria e papel modelo, para além de habilidades técnicas, dimensões culturais que mesclam e superpõem conhecimentos e percepções.³³

[...] me possibilitou adquirir mais autonomia, empoderamento e segurança para minha atuação como médico de família (EOA4).

“Acredito que minha performance como médica adquiriu maturidade, humanidade e consistência após a residência” (EOA5).

A própria Sociedade Brasileira de Medicina e Família e Comunidade¹⁴ reconhece a importância da implementação das práticas integrativas, tanto na graduação quanto na pós-graduação em medicina, para a formação adequada de profissionais capacitados para atuar em APS. A Atenção Primária necessita de indivíduos com espírito crítico, agilidade de pensamento, adaptabilidade e reconhecimento de território,³⁴ e todas estas atitudes são favorecidas no ambiente de ensino que aplica as metodologias ativas, o que foi claramente expresso na visão dos alunos.

Foi apontada de forma consistente a relevância da relação médico-paciente com o estabelecimento de vínculo e confiança entre o profissional e a comunidade, proporcionando maior propriedade e resolutividade nos atendimentos. Por conseguinte, foi defendido pelos egressos que a relação médico-paciente se desenvolve desde o acolhimento até a tomada de condutas que priorizem o cuidado com a saúde e bem-estar do paciente, sendo este outro resultado exitoso obtido este PRMFC.

Me fez ser uma médica mais próxima dos meus pacientes (EOA9).

[...] ter o entendimento de que hoje a relação médico-paciente precisa ser aprimorada (ESF13).

Ademais, o estudo da relação médico-paciente, por ser transversal, serve de base para avaliar a progressão das habilidades de comunicação na medicina.³⁵ Ao assimilar e assumir a compreensão do outro, daquele que sofre, o médico se aproxima do paciente, recorrendo às várias fontes de explicação e compreensão das problemáticas, e lançando mão de estratégias individualizadas e adaptadas aos mais diversos contextos de cuidado em saúde.³⁶

Os egressos referiram ainda que as metodologias ativas e as técnicas de comunicação empregadas no currículo da RMFC subsidiaram de forma positiva o empoderamento na sua prática assistencial, onde perceberam a importância de sentirem-se capacitados para os enfrentamentos da APS, de vivenciar a proximidade com os pacientes e a busca constante de conhecimento para responder às expectativas dos usuários:

“[...] as metodologias ativas e as técnicas de comunicação auxiliaram bastante na minha formação pessoal. (ESF1)

“[...] e a residência em MFC me preparou para os enfrentamentos da APS (ESF5)

Essa percepção ilustra os achados de Paiva et al³⁷ e Mitre et al³⁸, na medida em que as metodologias ativas adquirem contornos próprios no trabalho em saúde, tendo em vista a interdependência entre teoria e prática, aliada ao desenvolvimento de uma visão integral das pessoas e a dilatação do conceito de cuidado, todos necessários para adequação das atitudes dos profissionais de saúde ao contexto das necessidades de saúde das pessoas.

Já os egressos que estão atuando em outra especialidade apontaram diversas contribuições da RMFC no seu processo de trabalho, mesmo que em outro campo de atuação. Uma delas está ligada à possibilidade de os mesmos entrarem em contato com outras especialidades no momento de sua passagem pelos rodízios nos ambulatorios de especialidades e esta socialização com outras áreas, os ajudaram a perceberem melhor suas afinidades profissionais.

“A residência nos possibilita experimentar o convívio com outras especialidades (EOA3).

“[...] e ainda, durante a prática na APS podemos identificar nossas afinidades melhor” (EOA7)

Neste contexto pode-se pensar que, nos rodízios nas especialidades focais, o jovem médico tem oportunidade de verificar vários aspectos dessas especialidades, o que pode interferir em sua opção no final da residência de MFC. Fazer opção por outra área perpassa, desde o fato da percepção dos pacientes que acham os especialistas focais mais qualificados, pela atrativa possibilidade financeira do mercado privado, pelo suposto status e até mesmo pela identificação de perfil para outra especialidade.^{39 40}

No entanto, os egressos acreditam que ter cursado a residência foi importante mesmo para seu trabalho fora da APS, perceberam que os próprios pacientes referem que têm um atendimento diferenciado dos demais especialistas.

“Já fui elogiado por mais de um paciente sobre meu processo de trabalho que se preocupa com o paciente além da área que estou atuando, e isso acredito que aprendi durante a Residência” (EOA11).

“Acredito que hoje na patologia, os vejo de mais perto, mas através das lentes do microscópio. Mesmo assim, por tudo que aprendi com a proximidade do paciente, com o viés da integralidade, nunca enxergarei apenas fragmentos” (EOA10).

“Proporcionou uma visão mais ampla que vai além do indivíduo, inclui pessoas, família, comunidade, social dentre outros” (EOA7).

Esta diferença é que torna a RMFC a especialidade prioritária para formar profissionais para cuidar de pessoas em diferentes momentos e ciclos da vida. Ou seja, torna-se necessário desenvolver competências centradas em uma nova perspectiva, reconhecida como o paradigma da racionalidade biopsicossocial. Portanto, percebe-se que a MFC contribuiu para formar o egresso para além da APS ao torná-los mais acolhedores e humanizado.⁹

Desafios da MFC

A dificuldade mais perceptível nas explicações dos respondentes diz respeito à falta de valorização profissional por parte dos colegas de outras áreas, passando pela gestão dos serviços públicos de saúde que não reconhecem a importância da especialidade e do trabalho do MFC. Por conseguinte, demonstrada também pelos pacientes-usuários do sistema de saúde.

“Falta de valorização por parte dos pacientes, colegas médicos e administração municipal” (ESF10).

“A baixa remuneração e pouco reconhecimento profissional” (ESF15).

“Preconceito dos colegas de outras especialidades” (ESF7).

A escolha da carreira médica é influenciada por variáveis complexas, incluindo aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos.⁴¹ Na perspectiva do jovem profissional, as especialidades focais representam a oportunidade de ascensão

no meio médico e perante à sociedade, tanto em termos financeiros como em prestígio.⁴⁰

Isso justifica um sentimento de insatisfação, também apresentado pelos egressos no momento de entrada no mercado de trabalho, ao se depararem com a baixa remuneração da especialidade.

Os esforços em tornar a MFC um meio atraente para futuros profissionais permeia diversas variáveis, porém a busca por melhores salários e status salienta-se no processo de decisão de atuação na pós-graduação, o que representa um entrave para que mais profissionais sejam atraídos e fixados na área.⁴² ⁴³ No entanto esta realidade vem mudando nas últimas décadas onde vários concursos tem sido realizados para especialistas em RMFC e com salários satisfatórios como foi o caso recente de Brasília-Distrito Federal e Porto Nacional aqui no Tocantins, distando 100 quilômetros de Palmas.

Desconfortos foram relatados pelos egressos decorrentes das interferências políticas por parte da gestão, que refletem diretamente nas atividades do programa de residência, já que os principais campos de atuação do médico residente e do especialista em MFC são as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município.

“Dependência dos recursos e dos gestores dos municípios” (EOA2).

“Interferência política da gestão nos centros de saúde que influenciam nas questões da residência” (ESF15).

A necessidade de priorização da gestão, com investimento responsável na estrutura e na organização dos serviços ofertados para os usuários é apontada como fonte de insatisfação por parte dos profissionais da APS, interpondo-se ao acesso universal e equânime à rede de saúde.⁴⁴ Apesar desses relatos as residências aqui em Palmas são vistas com bons olhos pela gestão municipal que reconhece que a formação é o diferencial capaz de mobilizar os profissionais e transformá-los, como eles próprios relatam, tornando-os assim, indispensável para desenvolvimento da APS municipal.

A sobrecarga de trabalho no programa de residência de MFC emergiu nas respostas de poucos egressos.

“Sobrecarga de trabalho” (ESF14).

Esta sobrecarga pode estar relacionada às características próprias desta residência, particularmente o seu amplo escopo de atuação, a frequente incerteza diagnóstica, a exigência emocional da relação com usuários e comunidade, e a rápida necessidade de se adquirir autonomia.⁴⁵

Esta pesquisa possibilitou reflexões sobre as atividades pedagógicas desses programas e o impacto dessa formação para a saúde da população. Esses dados também servem para subsidiar a tomada de decisão dos gestores no âmbito das Políticas Públicas de Saúde com ênfase na Interação Ensino-Serviço do Programa de Residências Médicas e na Estratégia Saúde da Família.

Limitações do estudo podem estar vinculadas a insuficiência de dados para uma avaliação mais profunda, considerando-se que a análise foi baseada em materiais escritos na ausência do pesquisador, perdendo-se assim, possíveis emoções e aprofundamentos manifestados por meio da linguagem corporal. Mesmo assim, os resultados demonstraram a relevância da residência de Medicina de Família e Comunidade na formação de profissionais aptos a efetivarem os atributos da APS brasileira e a necessidade de políticas públicas que apoiem e ampliem esta formação.

Considerações Finais

Conclui-se que os programas de RMFC de Palmas -TO contribuem com a formação da prática profissional de seu egresso por meio do fortalecimento e efetivação dos atributos da APS, assim como para a transformação do seu perfil pessoal. Portanto cursar o PRMFC promove o desenvolvimento de cuidados em saúde mais resolutivos e alinhados ao contexto das necessidades de saúde da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, de acordo com os princípios estabelecidos na Atenção Primária.

Desta forma para estruturação da APS é necessário a qualificação profissional, o que no âmbito da medicina, perpassa primordialmente pela RMFC.

Referências Bibliográficas

1 Filisbino MA, Moraes VA. A graduação médica e a prática profissional na perspectiva de discentes. *Rev Bras Educ Med* 2013; 37(4):540-548.

2 Cavalli L, Rizzotto M. Formação dos Médicos que Atuam como Líderes das Equipes de Atenção Primária em Saúde no Paraná. *Rev Bras Educ Med* 2018; 42(1):31-39.

3 Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

4 Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?. *The Lancet* 2018; 392(10156):1461-1472.

5 Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCOBrasil, Ministério da Saúde; 2004.

6 Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(2): 584-92.

7 Leão C, Caldeira A. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Cien Saude Colet* 2011;16(11):4415-4423.

8 Soares R, Oliveira F, Neto AM, Barreto D, Carvalho A, Sampaio J. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2018;13(40):1-8.

9 Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2011; 6(18):19-20.

10 Berger CB, Dallegrave D, Filho EDC, Pekelman R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2017; 12(39):1-10.

11 Prefeitura Municipal de Palmas, Secretaria da Saúde, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Sistema Integrado Saúde-Escola do SUS. *Plano Integrado de Residência em Saúde*. Palmas; 2019. (Caderno dos Programas de Residência em Saúde).

12 Programa da Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Projeto pedagógico*. Palmas, TO: Fundo Municipal de Saúde, Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP); 2019.

13 Brasil. Resolução nº 1 de 25 de Maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2015; 26 maio.

14 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Desafios do

Ensino e da Aprendizagem da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade na Graduação e Pós-Graduação em Medicina. In: *Relatório de Oficina. 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM)*, 2007; Uberlândia, MG. 19 p.

15 Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!. *Cien Saude Colet* 2016; (21):2667-2669.

16 Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos de metodologia científica*. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2017.

17 Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2013.

18 Castro V, Nóbrega-Therrien S. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. *Rev Bras Educ Med* 2009; 33(2):211-220.

19 Rezende VLM, Rocha BS, Naghettini AV, Pereira ERS. Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde. *Interface* [periódico na Internet] 2019 [acessado 2019 Jul 12]; 23(Supl. 1): e170896. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170896>

20 Lopes JMC, Ribeiro JAR. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2019 Jul 12]; 10(34):1-13. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)870](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)870)

21 Stewart M. *Paciente-centered medicine: transforming the clinical method*. 2ª ed. Abingdon, United Kingdom: Redcliffe Medical; 2003.

22 Rodrigues E, Forster A, Santos L, Ferreira J, Falk J, Fabbro A. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. *Rev Bras Educ Med* 2017; 41(4):604-614.

23 Neto PC, Lira G, Miranda A. Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Rev Bras Educ Med* 2009; 33(2):198-204.

24 BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de Setembro de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União* 2015; 01 out.

25 Izecksohn M, Teixeira Junior J, Stelet B, Jantsch A. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):737-746.

26 Starfield B. Is primary care essential?. *The lancet* 1994; 344(8930):1129-1133.

- 27 Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria* 2012; (26):20-26.
- 28 Harzheim E, Oliveira M, Agostinho M, Hauser L, Stein A, Gonçalves M, Trindade T, Berra S, Duncan B, Starfield B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. ***Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*** [periódico na Internet]. 2013 Out 4; [acesso 2019 Jun 13]; 8(29):274-284. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829>
- 29 Mattos R. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009; 13(suppl 1):771-780.
- 30 Ministério da Saúde. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde* Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília - DF; 2010.
- 31 Padilha R, Gomes R, Lima V, Soeiro E, Oliveira J, Schiesari L et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(12):4249-4257.
- 32 Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate* 2017; 41(115):1177-1186.
- 33 Bonet O. Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina de família. *Horizontes Antropológicos* 2015; (44):253-277.
- 34 Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas* 2011; 32(1):25-40.
- 35 Padilla MEM, Sarmiento-Medina P, Ramirez-Jaramillo A. Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. *Rev Salud Pública* 2014;16(4):585-96.
- 36 Caprara A, Franco A. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saude Publica* 1999; 15(3):647-654.
- 37 Paiva MRF, Parente JRF, Brandão IR, Queiroz AHB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. *SANARE-Revista de Políticas Públicas* 2016; 15(2):145-153.
- 38 Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2008 Dec [acessado 2019 Ago 15]; 13(Suppl 2): 2133-2144. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000900018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>.
- 39 Justino A, Oliver L, Melo T. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1471-1480.

40 Martins J, Rodriguez F, Coelho I, Silva E. Fatores que Influenciam a Escolha da Especialização Médica pelos Estudantes de Medicina em uma Instituição de Ensino de Curitiba (PR). *Rev Bras Educ Med* 2019; 43(2):152-158.

41 Inbaraj L, Raghavendran S. Do family physicians suffer an identity crisis? A perspective of family physicians in Bangalore city. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018; 7(6):1274.

42 Mello G, Mattos A, Souto B, Fontanella B, Demarzo M. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev Bras Educ Med* 2009; 33(3):464-471.

43 Kost A, Bentley A, Phillips J, Kelly C, Prunuske J, Morley C. Graduating Medical Student Perspectives on Factors Influencing Specialty Choice. *Family Medicine* 2019; 51(2):129-136.

44 Lima S, Silva M, Carvalho E, Pessoa E, Brito E, Braga J. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2015; 25(2):635-656.

45 Santos SCR, Viegas AIF, Morgado CIMO, Ramos CSV, Soares CND, Roxo HMCJ. Prevalência de burnout em médicos residentes de Medicina Geral e familiar em Portugal. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2017; 12(39):1-9.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os PRMFC de Palmas - TO têm contribuído para o aumento no provimento de profissionais na APS, favorecendo a fixação desses profissionais na região em que foram formados. Esta formação tem potencializado a qualidade técnica do processo de trabalho profissional alinhado ao contexto de saúde brasileiro, o que se edifica por meio do fortalecimento da aplicação dos princípios da APS em suas práticas profissionais cotidianas.

A formação em MFC desenvolveu competências e habilidades humanas e relacionais em seus egressos, aplicadas dentro e fora da especialidade. O estudo também foi capaz de identificar as potências e fragilidades desta área de atuação.

Assim, para estruturação da APS é necessário a qualificação profissional, que no âmbito da medicina, perpassa pela priorização da formação em Medicina de Família e Comunidade.

Para as instituições envolvidas: FESP-Palmas e UFT, estes resultados servirão como parâmetro para avaliar como estão sendo desenvolvidas as atividades pedagógicas desses programas de residências de MFC com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão, por parte da gestão, no âmbito das Políticas Públicas de Saúde com ênfase na Interação Ensino-Serviço, do Programa de Residência de MFC e na Estratégia Saúde da Família (ESF). Fica aqui ainda perguntas que poderão servir para novas pesquisas:

- 1) Como os preceptores compreendem seu papel na formação de seus alunos?
- 2) Qual a percepção que os demais atores da unidade de saúde têm da atuação da residência de medicina de FAMÍLIA e comunidade no contexto da ESF?

Ademais, espero ainda que este estudo possa colaborar com os demais programas de residência em Medicina de Família e Comunidade da Região Amazônica, do Estado do Tocantins e quem sabe até do nosso país.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; RODRIGUES, Ricardo Donato. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 19-20, 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2013.
- BERGER, Carla Baumvol *et al.* A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.
- BOLETIM OAPS/CDV. **Projeto Análises de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017)**. ano 03, n. 13, set./out. 2017
- BONET, Octavio. Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina de família. **Horizontes Antropológicos**, n. 44, p. 253-277, 2015.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. [S.l.: s.n.], 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** (Pnab). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **1º Relatório de Atividades**. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** (Pnab). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Coordenação Geral de Hospitais Universitários e de Residências em Saúde. Comissão Nacional de Residências Multiprofissional em Saúde. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência de Medicina de Família** (RMFC) [S.l.: s.n.] 2014a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 3/2014. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014b. Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção: 1, Brasília, DF, edição: 183, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 3 de janeiro de 2018. Dispõe sobre transferência de médicos residentes nos Programas de Residência Médica no Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília DF, n. 4, p. 18, 5 jan. 2018.

CASTELLS, Maria Alicia; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; ROMANO, Valéria Ferreira. Residência em Medicina de Família e Comunidade: atividades da preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 461-469, 2016.

CAVALLI, Luciana Osorio; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Formation of Medical Acting as Leaders of the Teams of Primary Health in Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 31-39, 2018.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade. **Cad Saúde Pública**, 2004.

COSTA, Nilson do Rosário. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1389-1398, 2016.

DA SILVA, Simone Albino; BAITILO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015.

DE SOUSA SOARES, Ricardo *et al.* Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1613-1624, 2013.

DIOP, Mamadou *et al.* Does enrollment in multidisciplinary team-based primary care practice improve adherence to guideline-recommended processes of care? Quebec's Family Medicine Groups, 2002-2010. **Health Policy**, v. 121, n. 4, p. 378-388, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FILISBINO, Marcos Augusto; MORAES, Vardeli Alves de. A graduação médica e a prática profissional na perspectiva de discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 540-548, 2013.

FINI, Maria Inês. Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. *In*: BICUDO, Maria Aparecida Viggiani; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha. **A pesquisa qualitativa em educação**: um enfoque fenomenológico. [S.l.: s.n.] 1994. v. 2.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. São Paulo: ArtMed, 2012.

HONE, Thomas; MACINKO, James; MILLETT, Christopher. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?. **The Lancet**, v. 392, n. 10156, p. 1461-1472, 2018.

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 737-746, 2017.

JUSTINO, André Luis Andrade; OLIVER, Lourdes Luzón; MELO, ThaysePalhano de. Implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1471-1480, 2016.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. [S.l.: s.n.] 2003. v.5.

MATOS, Fabrícia Vieira de *et al.* Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 198-204, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS. Secretaria da Saúde. Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. Sistema Integrado Saúde-Escola do SUS. **Plano Integrado de Residência em Saúde**. Palmas, TO, 2019. (Caderno dos Programas de Residência em Saúde).

REZENDE, V. L. M.; ROCHA, B. S.; NAGHETTINI, A. V. *et al.* Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, (Botucatu). v. 23, (Supl. 1), 2019.

RODRIGUES, Elisa Toffoli *et al.* Perfil e trajetória profissional dos egressos da residência em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 604-614, out./dez., 2017.

ROSA, T. O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica. **Consensus**, v. 24, 2017.

SILVA, Flavio Dias da. **Ensino das Competências para o Trabalho Médico em Atenção Primária à Saúde no Internato das Universidades Públicas da região norte**. 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde)-Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e comunidade**. [S.l.: s.n.] fev. 2015.

SORATTO, Jacks *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCOBrasil; Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. **The milbankquarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STORTI, Moysés Martins Tosta; OLIVEIRA, Felipe Proença de; XAVIER, Aline Lima. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios eo Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1301-1314, 2017.

STORTI, Moysés Martins Tosta *et al.* **A expansão de vagas de residência de Medicina**. [S.l.: s.n.] 2018.

TRINDADE, Thiago Gomes; BATISTA, Sandro Rodrigues. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2667-2669, 2016.

TOURINHO, Emmanuel Zagury. **As universidades federais são mais eficientes que o Banco Mundial**. 2017. Disponível em: <http://www.andifes.org.br/universidades-federais-sao-mais-eficientes-que-o-banco-mundial/>. Acesso em: 08 mar. 2018.

TURCI, Maria Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1941-1952, 2015.

VENDRUSCOLO, Carine; PRADO, Marta Lenise do; KLEBA, Maria Elisabeth. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2949-2960, 2016.

APÊNDICE A - Questionário

Você poderá optar por marcar mais de um item se os mesmos se enquadrarem nas suas respostas.

Sexo: () masculino () feminino

Idade _____

Faculdade onde concluiu o curso de medicina _____

Ano da Formatura: _____

Cidade e estado onde atua no momento da pesquisa _____

Ano de conclusão da residência? _____

Em que área está atuando?

() Medicina de Família e Comunidade (MFC) () Outra especialidade.

Em caso de outra especialidade especifique qual: _____

Submeteu-se a prova de título para MFC?

() sim () não

Sente necessidade de continuar aprimorando-se na MFC?

() sim () Não

Cursou ou está cursando outra residência?

() sim () não

Se sim qual: _____

Realiza ou realizou alguma pós-graduação *stricto sensu*?

Se sim, qual atividade: _____

Realiza alguma atividade de preceptoria?

sim não

Se sim, especifique: _____

Para ser respondido por quem está atuando na MFC.

Você já estava decidido a seguir a MFC desde que se matriculou na residência?

sim não

A complementação de bolsa por parte do município influenciou na sua decisão de optar pela RMFC?

sim não

A residência influenciou na sua decisão ou na sua persistência na especialidade

sim não

Como você avalia o PRMFC que cursou?

excelente bom regular ruim muito ruim

Existe na RMF alguma questão que o deixa insatisfeito em ter escolhido a especialidade?

sim não

Se sim, o quê?

Para ser respondido por quem está atuando em outra especialidade.

Por que está trabalhando em outra atividade?

- falta de oportunidade de trabalho na área
- por ter encontrado remuneração melhor em outra área
- por ter percebido falta de perfil para área.

Já tinha este plano quando iniciou a RMFC?

sim não

Por que resolveu primeiro fazer RMFC?

melhorar meus conhecimentos na clínica ampliada

pela possibilidade financeira imediata

por insegurança de recém-formado

outra

Se outra resposta qual?

A complementação de bolsa por parte do município influenciou na sua decisão de fazer primeiro, RMFC?

sim não

Como você avalia o PRMFC que cursou?

excelente Bom regular ruim muito ruim

Acha que a RMFC está fazendo você um profissional diferenciado no seu campo de atuação?

sim não

Por favor, justifique _____

Para ser respondido por quem fez ou está fazendo outra residência médica

O que o levou você a cursar outra residência?

falta de oportunidade de trabalho na área

por ter percebido falta de perfil para área.

para ter uma especialidade mais reconhecida

para melhorar o retorno financeiro.

Já tinha este plano quando iniciou a RMFC?

sim não

Por que optou primeiro por fazer RMFC?

melhoram meu conhecimento em clinica ampliada

- pela possibilidade financeira imediata
- por insegurança de recém-formado
- para adquirir o bônus de 10% em outro concurso de residência.

Se outra resposta qual? _____

A complementação de bolsa por parte do município influenciou na sua decisão de fazer primeiro, RMFC?

- sim não

Como você avalia o PRMFC que cursou?

- excelente Bom regular ruim muito ruim

Acha que a RMFC está fazendo ou vai fazer você um especialista focal diferenciado?

- sim não.

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA											
Trabalho de Conclusão do Mestrado em Saúde da Família-RENASF-UFPB											
Título do Projeto: RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE PALMAS-TO: uma análise do perfil dos seus egressos											
Área do Conhecimento: EDUCAÇÃO EM SAÚDE.				Número de Participantes:			Total:		31		
Curso: MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA REDE RENASF-				Unidade: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA-UFPB							
Projeto Multicêntrico		Sim	x	Não	Nacional	Internacional	Cooperação Estrangeira		Sim	x	Não
Patrocinador da pesquisa: O PRÓPRIO PESQUISADOR											
Instituição onde será realizado: FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS -TO											
Pesquisador responsável: GECILDA RÉGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE											
Profissão: MÉDICA				CRM: 639-TO							
Endereço: QD. 208 SUL AL, 17, CASA 44, PLANO DIRETOR SUL-PALMAS-TO											

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA			
Nome:		Data de Nasc.:	Sexo:
Nacionalidade:		Estado Civil:	Profissão:
Telefone Fixo:		Telefone CEL.	E-mail:
Endereço:			

Rubrica do Participante Rubrica do pesquisador responsável

Eu _____ participante da

pesquisa, abaixo assinado (a), após receber informações e esclarecimento sobre o projeto de pesquisa, acima identificado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) e estou ciente que:

A relevância deste trabalho está, no fato do mesmo ocorrer num momento em que o Ministério da Saúde e da Educação juntam esforços para minimizar o distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e as práticas de atenção a saúde desenvolvidas no país em relação às reais necessidades de saúde do Sistema Único de Saúde. Enquanto que desde suas criações, as RMFC da UFT e da FESP em Palmas formaram 33 especialistas e até o momento verifica-se que nenhuma pesquisa foi feita para avaliar seus egressos que colaborem para a ampliação do debate em torno das mudanças da educação médica, de acordo com os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) e das necessidades de saúde da população. Assim, considerando minha aproximação com a academia nos últimos seis anos, a relevância e protagonismo da RMFC em Palmas, sua contribuição para a melhoria e estruturação da ESF não só na capital como no Estado do Tocantins como um todo, decidi cursar o Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFP objetivo desta pesquisa será avaliar o perfil dos residentes egressos dos três últimos anos das Residências de Medicina de Família e Comunidade da Fundação Escola de saúde Pública de Palmas(FESP) e Universidade Federal do Tocantins (UFT) da cidade de Palmas -TO.

Ao participar da pesquisa o entrevistado estará contribuindo para a ampliação do debate em torno das mudanças da educação médica, de acordo como atributos da APS e das necessidades de saúde da nossa população.

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, transversal com foco no perfil dos egressos dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) de Palmas, Tocantins.

O instrumento de coleta de dados será composto por questionário com perguntas fechadas coletados por meio eletrônico e serão enviados por *e-mails*. Em seguida a pesquisa será ampliada por meio de entrevista semiestruturada aplicada conforme amostra por conveniência para aprofundamento dos resultados.

Rubrica do Participante Rubrica do pesquisador responsável

Serão realizadas gravações das falas dos sujeitos além de um diário de campo onde

serão feitas anotações das percepções do entrevistador. A entrevista terá duração em torno de 30 minutos com perguntas inseridas pelo pesquisador à medida que o mesmo se sente instigado a reconhecer até que ponto o projeto pedagógico e RMFC influenciam e contribui no desenvolvimento de habilidades e atitudes do médico residente, o que será enfatizado pela saturação das falas.

Os dados coletados por meio dos questionários serão descartados após conclusão e apresentação da pesquisa.

O questionário eletrônico poderá ocasionar incomodo para o participante com relação a disponibilização de seu tempo, o que será amenizado pelo fato de um prazo negociável com a agenda do mesmo.

A entrevista semiestruturada poderá trazer desconforto para o entrevistado e risco de constrangimento os quais serão minimizados pelo agendamento da entrevista, garantia de um ambiente reservado, tranquilo, sem interrupções e exposições.

Ademais, espero ainda que este estudo possa colaborar com os demais programas de residência em Medicina de Família e Comunidade da Região Amazônica, do Estado do Tocantins e quem sabe até do nosso país.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo e confidencialidade, mas concordo que sejam divulgados e apresentados em eventos acadêmico-científicos locais, regionais, nacionais e socializados com a comunidade em geral e a acadêmica em particular, a partir da defesa da dissertação, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Reservo-me ao direito e a liberdade de negar-me a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-me a qualquer momento, sem que isto me traga constrangimento. A minha participação será isenta de despesas e desta forma não me será cobrado ressarcimento algum. Tenho a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais, desta pesquisa. Para tanto, poderei consultar a pesquisadora responsável, Gecilda Régia Ramalho Vale Cavalcante, fone (63)984783530. Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pela pesquisadora, de discordância com os

Rubrica do Participante Rubrica do pesquisador responsável
procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética poderei ainda contatar o **Comitê**

de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da ULBRA Canoas (RS), com endereço na Rua Farroupilha, 8001 - Prédio 14 - Sala 224, Bairro São José, CEP 92425-900 - telefone (51) 3477-9217, e-mail comitedeetica@ulbra.br.

Tenho ciência que todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegado e pelo participante/responsável legal no espaço reservado no final de cada página deste termo. (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d)

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse e a outra enviada de volta ao pesquisador.

_____, _____ de _____ de 2018.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Participante da Pesquisa e/ou Responsável

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESIDENCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE PALMAS - TOCANTINS: uma análise do perfil e formação dos seus egressos.

Pesquisador: GECILDA REGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 98818718.6.0000.5516

Instituição Proponente: Centro Universitário Luterano de Palmas

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.963.327

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram copiadas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1216600 de 11/10/2018 e do projeto.

Projeto de Pesquisa apresentado à Secretaria de Saúde de Palmas – Plano Operacional de Pesquisa Aplicada ao SUS, em atendimento aos requisitos do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família Rede RENASF.

Desenho do estudo: Trata-se de estudo exploratório, descritivo e transversal de abordagem quantitativa e qualitativa.

Local e período de realização: A pesquisa acontecerá no município de Palmas no entanto os participantes responderão aos questionários via email. Um segundo momento ocorrerá em Palmas.

População e amostra: O estudo contará com os egressos do PRMFC da Fundação de Escola de Saúde Pública do município de Palmas(FESP-Palmas)-TO e da Universidade Federal do Tocantins

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.019-900
UF: TO Município: PALMAS

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Projeto: 2.963.327

(UFT), totalizando trinta e um egressos, assim distribuídos: cinco egressos que concluíram no ano de 2016, oito no ano de 2017 e dezoito no ano de 2018.

Os Critérios de Inclusão:

Os questionários serão enviados para os 31 egressos do PRMFC da UFT e FESP que concluíram nos anos de 2016, 2017 e 2018. A amostra para as entrevistas serão definidas por conveniência seguindo alguns critérios de inclusão: egressos de turmas distintas, atuando dentro e fora da Estratégia Saúde da Família, cursando ou não outras residências, além de outros aspectos que poderão ser incluídos após análise dos questionários

Critérios de Exclusão:

Serão excluídos os egressos que não forem localizados e/ou aqueles que não responderem os questionários enviados por email, whatsapp e ligações dentro do prazo necessário para a pesquisa.

As Variáveis são:

Numa primeira etapa será utilizado um questionário com perguntas fechadas e abertas visando à coleta de informações que serão agrupadas nos seguintes blocos de variáveis: dados sociodemográficos, formação acadêmica, situação profissional atual, situação após a residência, avaliação do programa de residência e necessidade de aprimoramento.

Num segundo momento, serão aplicadas entrevistas semi-estruturadas, com duração em torno de 30 minutos, e gravação das falas dos sujeitos, além da utilização de um diário de campo onde serão anotadas as percepções do entrevistador acerca de práticas, hábitos, crenças, valores, linguagens e significados percebidos

O Instrumento: Serão aplicados dois questionários, um com questões objetivas e um semi-estruturado por meio de entrevista.

Procedimento de Coleta: Numa primeira etapa será utilizado um questionário com perguntas fechadas e abertas visando à coleta de informações que serão agrupadas nos seguintes blocos de variáveis: dados sociodemográficos, formação acadêmica, situação profissional atual, situação após a residência, avaliação do programa de residência e necessidade de aprimoramento. O questionário será submetido a um estudo piloto que consistirá na aplicação do instrumento a 3 a 5 egressos de outras RMFC do estado do Tocantins não pertencentes à amostra desse estudo.

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.019-900
UF: TO Município: PALMAS

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Projeto: 2.963.327

Havendo necessidade verificada nesta etapa, o questionário será adaptado para uma melhor compreensão e aplicabilidade do estudo. Após o estudo piloto, os questionários serão enviados por correio eletrônico (e-mails) a todos os médicos que concluíram a residência de Medicina de Família e Comunidade de Palmas até a data de fevereiro de 2018. O convite para participação na pesquisa ocorrerá além de e-mail, por telefone ou redes sociais (Whatsapp), de acordo com o tipo de contato disponível. Será feita uma avaliação e validação dos questionários eletrônicos, a qual servirá de base para um aprofundamento da pesquisa posteriormente. Num segundo momento, olhar mais próximo do fenômeno em estudo, serão aplicadas entrevistas semi-estruturadas, com duração em torno de 30 minutos, e gravação das falas dos sujeitos, além da utilização de um diário de campo onde serão anotadas as percepções do entrevistador acerca de práticas, hábitos, crenças, valores, linguagens e significados percebidos. Nas entrevistas serão também inseridas perguntas pelo pesquisador à medida que o mesmo se sente instigado a reconhecer até que ponto o projeto pedagógico da RMFC influencia e contribui no desenvolvimento de habilidades e atitudes do médico residente egresso. Os questionários serão encerrados no momento da saturação das falas dos entrevistados.

Análise dos dados: Na análise dos dados quantitativos será utilizada a planilha de Excel para sua tabulação, sendo que as variáveis colhidas serão representadas em gráficos e/ou tabelas. O material coletado no Diário de Campo e na transcrição das entrevistas serão analisados e interpretados com base no referencial teórico e auxiliados pela técnica de Análise de Conteúdo com abordagem temática que, na realidade “[...] é um conjunto de técnicas de análise de comunicação (Bardin, 2011) que contém informações sobre o comportamento humano atestado por uma fonte documental”. Desta forma se adotará as três fases distintas da Técnica: Pré-análise-organização do material (leitura flutuante da produção dos textos); Exploração do Material-sistema de codificação e definição de categorias (constituição do corpus); e Tratamento dos resultados-condensação e destaque das informações para análise (interpretação dos significados em profundidade dos discursos apresentados). Os resultados da pesquisa serão devidamente apresentados em eventos acadêmico-científicos locais, regionais, nacionais e socializados com a comunidade em geral e a acadêmica em particular, a partir da defesa da dissertação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar o perfil e formação dos egressos das Residências de Medicina de Família e Comunidade

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.019-900
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (63)3219-8076 Fax: (63)3219-8005 e-mail: etica@ceup.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Pírcipar: 2.963.327

dos signatários. As informações prestadas são compatíveis com as do protocolo. A identificação das assinaturas contém, com clareza, o nome completo e a função de quem assinou, bem como está indicada por carimbo.

- Orçamento financeiro – detalha os recursos e destinação, apresentado em moeda nacional e entre os valores do projeto e do que está na PB

- Cronograma - Cronograma que descreva a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, com compromisso explícito do pesquisador de que a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação pelo Sistema CEP.

- TCLE: Elaborado em forma de convite, inclui informações quanto à justificativa, os objetivos e os procedimentos; explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentou as providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; está explícito a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Refere ser elaborado em duas vias, garantiu espaços em todas as páginas para colher assinaturas do convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, bem como do pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), com identificação do endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local. Cumpriu as exigências éticas expressas na CNS nº 466/12.

- TALE: não se aplica

- TCUBD: não se aplica

- Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável - devidamente assinada e declarando que prezará pela ética instituída pela CNS nº 466/12 e suas complementares, entre elas destaca a Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP nº 001/13.

- Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo – emitido pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas-TO, assinada e carimbado

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541

Bairro: Plano Diretor Sul

CEP: 77.019-000

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3219-8076

Fax: (63)3219-8005

E-mail: etica@caup.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA**



Continuação do Parecer: 2.963.327

pelo responsável institucional.

- Projeto de pesquisa - anexado de forma correta.
- Instrumentos de coleta – construídos em conformidade com os objetivos da pesquisa.
- Os currículos das pesquisadoras atendem as exigências para esta pesquisa.

Recomendações:

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destacamos apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1216600.pdf	11/10/2018 19:11:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_ alterado.pdf	11/10/2018 19:10:56	GECILDA REGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_ alterado.pdf	11/10/2018 19:09:35	GECILDA REGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/09/2018	GECILDA REGIA	Aceito

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
 Bairro: Plano Diretor Sul Cep: 77.019-900
 UF: TO Município: PALMAS
 Telefone: (85)3219-8076 Fax: (85)3219-8005 e-mail: etica@ceup.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Parecer: 2.963.327

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	17:50:56	RAMALHO VALE CAVALCANTE	Aceito
Outros	roteiro_de_coletadadedados.pdf	11/09/2018 15:23:29	GECILDA REGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE	Aceito
Outros	questionario_um.pdf	11/09/2018 15:20:55	GECILDA REGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE	Aceito
Outros	parecer_da_fesp.pdf	06/09/2018 19:22:41	GECILDA REGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE	Aceito
Outros	declaracao_do_pesquisador_responsavel.pdf	06/09/2018 19:20:30	GECILDA REGIA RAMALHO VALE CAVALCANTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 16 de Outubro de 2018

Assinado por:

Fernando Rodrigues Peixoto Quareema
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul CEP: 77.019-900
UF: TO Município: PALMAS
Telefone: (83)3219-8076 Fax: (83)3219-8005 E-mail: etica@ceulp.edu.br

ANEXO B - Orientações para submissão na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Preparo do manuscrito

Os manuscritos devem ser submetidos à RBMFC em formato ODT, DOC ou DOCX. A página deve ter formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm. Os parágrafos devem ter entrelinhas de 1,5 linha, com fonte Arial, tamanho 12. Preferencialmente, os manuscritos devem vir com numeração automática das linhas e numeração automática das páginas, no rodapé.

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês. Além das instruções listadas nas Políticas de Seção, cada manuscrito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar o título.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: “[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

Os manuscritos em geral, mas principalmente aqueles da seção Artigos de Pesquisas, devem seguir as recomendações do ICMJE (com a exceção das instruções sobre a folha de rosto, “title page”).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de

Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7, 0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

Conforme descrito em Assegurando a avaliação pelos pares cega, o manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores devem substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo CSE e pelo ICMJE.

Declarações. Além do manuscrito principal, os autores deverão submeter um documento suplementar (“Declarações”) contendo as seguintes informações:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRediT) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

Submissão do manuscrito

A RBMFC recebe submissões exclusivamente através de sua plataforma eletrônica,

em <https://rbmfc.org.br/>. Para submeter o manuscrito, o autor deve estar cadastrado e “logado” na plataforma eletrônica. De uma forma geral, o formulário de submissão é autoexplicativo, mas vale a pena ler antes as Condições de Submissão para evitar contratemplos. O campo “Comentários para o editor” deve mencionar quaisquer publicações prévias semelhantes ou redundantes, bem como qualquer informação revelante para a decisão de enviar ou não o manuscrito para avaliação por pares.

Uma dica importante é lembrar-se de informar os metadados referentes *todos* os autores durante a submissão; o botão “Incluir autor” se encontra logo abaixo dos metadados do primeiro autor. Não se deve usar CAIXA ALTA ao informar autoria ou título do manuscrito.

A “instituição/afiliação” deve seguir o formato: “Nome da Instituição (SIGLA). Cidade, Estado”. Trata-se da organização no âmbito da qual o trabalho foi desenvolvido, usualmente um vínculo empregatício ou instituição onde o autor estuda.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. O manuscrito atende ao foco e escopo da RBMFC.
2. O manuscrito não foi publicado, nem se encontra em análise para publicação em qualquer periódico avaliador por pares.
3. O manuscrito foi publicado de acordo com a política de seção correspondente.
4. Os autores concordam com a Declaração de Direito Autoral.
5. Para preenchimento do formulário de submissão, a pessoa que realiza a submissão dispõe de todos os dados sobre cada um dos autores: nome completo, ORCID iD, URL do currículo Lattes (brasileiros), instituição/afiliação, declaração de conflitos de interesse e breve biografia profissional.
6. Todas as pessoas listadas como autoras atendem aos critérios de autoria, e todas as pessoas atendendo aos quatro critérios de autoria estão listadas como autoras.
7. Todas as pessoas que atendam a um ou mais critérios de autoria tiveram sua contribuição descrita em uma declaração a ser submetida como documento suplementar, como descrito em Preparo do manuscrito.
8. O documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa (ou equivalente se fora do Brasil) está pronto para ser enviado como documento suplementar; ou o manuscrito não relata pesquisas com seres humanos.
9. Autores possuem consentimento por escrito assinado pelos participantes da pesquisa ou seus responsáveis; ou o manuscrito não relata pesquisa com sujeitos humanos; ou um comitê de ética em pesquisa isentou os pesquisadores de obter consentimento por escrito.
10. Os autores possuem consentimento por escrito assinado pelo paciente ou seu responsável, autorizando a publicação do caso clínico; ou o manuscrito não relata um caso clínico.

11. Os métodos do manuscrito possuem plano de compartilhamento de dados, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.
12. Os métodos do manuscrito atestam o uso de dados de compartilhamento de acordo com quaisquer termos acordados no recebimento dos dados, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata uma análise secundária de dados de compartilhamento de um ensaio clínico.
13. O manuscrito foi redigido conforme as diretrizes e extensões relevantes da *EQUATOR Network*, conforme descrito em Dados abertos e reprodutibilidade; ou não se aplica.
14. A pesquisa foi incluída em um registro público antes de inscrever seu primeiro participante, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.
15. O manuscrito atende às diretrizes aos autores.

Declaração de Direito Autoral

Ao submeterem um manuscrito à RBMFC, os autores mantêm a titularidade dos direitos autorais sobre o artigo, e autorizam a RBMFC a publicar esse manuscrito sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 e identificar-se como veículo de sua publicação original.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO C - Orientações para submissão na Revista Ciência & Saúde Coletiva



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer

outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2, 5 cm, formato Word (de preferência na extensão.doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois

autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50, 000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.

Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.