

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

ATENÇÃO, EDUCAÇÃO E GESTÃO

Volume 1

PRODUÇÕES DA REDE PROFSAÚDE

Carla Pacheco Teixeira
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Marta Quintanilha Gomes
Patty Fidelis de Almeida

ORGANIZADORAS

Carla Pacheco Teixeira
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Marta Quintanilha Gomes
Patty Fidelis de Almeida
ORGANIZADORAS

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde

ATENÇÃO, EDUCAÇÃO E GESTÃO

PRODUÇÕES DA REDE PROFSAÚDE

Volume 1

1ª Edição
Porto Alegre
2020

editora

redeunida



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Àngel Martínez-Hernáez** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

Este livro é uma parceria do **PROFSAÚDE, revista Interface e Rede Unida**. Os artigos publicados nesta edição são trabalhos de conclusão de curso da primeira turma do PROFSAÚDE que foram aprovados para publicação, mediante avaliação por pares, coordenada por editores convidados e editores da revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

Editores e Editores convidados que coordenaram o processo de avaliação por pares:

Antonio Pithon Cyrino, editor chefe
Cesar Augusto Orazem Favoreto, editor convidado

Avaliadores:

Ana Claudia Gastal Fassa - Universidade Federal de Pelotas – UFPEL;
Antonio de Padua Pithon Cyrino - Universidade Estadual Paulista – UNESP;
Aylene Emilia Moraes Bousquat - Universidade de São Paulo – USP;
Carla Pacheco Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz/ Rio de Janeiro – FIOCRUZ;
Cesar Augusto Orazem Favoreto - Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ;
Charles Dalcanale Tesser - Universidade Estadual de Santa Catarina – UFSC;
Claudia Regina Santos Ribeiro - Universidade Federal Fluminense – UFF;
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento - Fundação Oswaldo Cruz/Mato Grosso do Sul – FIOCRUZ/MS;
Divanise Suruagy Correia - Universidade Federal de Alagoas – UFAL;
Eliana Goldfarb Cyrino - Universidade Estadual Paulista – UNESP;
Fernando Lopes e Silva Júnior - Universidade Federal do Piauí – UFPI;
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto - Fundação Oswaldo Cruz/Ceará – FIOCRUZ/CE;
João Marcos Bernardes - Universidade Estadual Paulista – UNESP;
José Ivo dos Santos Pedrosa - Universidade Federal do Piauí – UFPI;
Lina Rodrigues de Faria - Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB;
Maria Cristina Rodrigues Guilam - Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro – FIOCRUZ;
Maria de Fátima Antero Sousa Machado - Fundação Oswaldo Cruz/Ceará – FIOCRUZ/CE;
Maria Dionísia do Amaral Dias - Universidade Estadual Paulista – UNESP;
Marilene Cabral do Nascimento - Universidade Federal Fluminense – UFF;
Miriam Celi Porto Foresti - Universidade Estadual Paulista – UNESP;
Rosuita Frattari Bonito - Universidade Federal de Uberlândia – UFU;
Simone Mainieri Paulon - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
Stela Nazareth Meneghel - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS;

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos
Danielle Cristine Alves

Foto Capa

Araquém de Alcântara
(Acervo Casa de Oswaldo Cruz)

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Tupped Serviços Editoriais (São Paulo, SP)

T266a Teixeira, Carla Pacheco (org.) et al.

Atenção, Educação e Gestão: Produções da Rede Profsaúde / Organizadores: Carla Pacheco Teixeira, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Marta Quintanilha Gomes e Patty Fidelis de Almeida; Prefácio de Luiz Augusto Facchini e Nísia Trindade de Lima. – 1. ed. – Porto Alegre : Rede Unida, 2020.

318 p. : il. – (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde)

ISBN: 978-65-87180-15-1

DOI: 10.18310/9786587180151

1. Atenção em Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Práticas Interprofissionais. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

20-30180014

CDD 610:362.8

CDU 64.044.22

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
----------------	---

Luiz Augusto Facchini, Nísia Trindade de Lima

APRESENTAÇÃO.....	14
-------------------	----

Carla Pacheco Teixeira, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Marta Quintanilha Gomes, Patty Fidelis de Almeida

O PROFSAUDE COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A FORMAÇÃO E PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES NO SUS.....	16
---	----

Vinicius Nunes Azevedo, Musa Denaise de Sousa Morais de Melo, Adriana Fortaleza Rocha da Silva, José Rodrigues Freire Filho, Bárbara Ferreira Leite

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL E EXPECTATIVAS EDUCACIONAIS E PROFISSIONAIS DOS ESTUDANTES	20
--	----

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Ana Luiza Machado Pinto, Carla Pacheco Teixeira, Maria Cristina Rodrigues Guilam, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira

PARTE I - EIXO DE ATENÇÃO.....	37
--------------------------------	----

DESAFIOS DA PESQUISA DE SABERES E PRÁTICAS DO CUIDADO NA APS	38
---	----

Cesar Augusto Orazem Favoreto, Maria Eugenia Bresolin Pinto

PERCEPÇÃO DE VIDA, SAÚDE E ENVELHECIMENTO DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE RURAL NA BAHIA - BRASIL	43
--	----

Glaucele do Amaral Souza, Jane Mary de Medeiros Guimarães, Lina Faria

OBSTÁCULOS À DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER POR PARCEIRO ÍNTIMO NA PRÁTICA MÉDICA.....	60
---	----

Paula Rafaela Pegorer Geromini, Antonio de Padua Pithon Cyrino, Dinair Ferreira Machado

O CUIDADO À CRIANÇA COM SOBREPESO/OBESIDADE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	76
--	----

Marina Bollini e Silva, Cátia Regina Branco da Fonseca, Eliana Goldfarb Cyrino

PERCEPÇÃO DE IMIGRANTES HAITIANOS FRENTE ÀS QUESTÕES DE SAÚDE EM UMA GRANDE CIDADE BRASILEIRA	93
---	----

Bruno Denes Cesário Pereira, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Sabrina Stefanello

ADICÇÃO EM INTERNET E CHECAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES	108
---	-----

Ana Maria Ribeiro Nogueira, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, Lucinéia de Pinho, Marise Fagundes Silveira, Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira, Alexandre Botelho Brito, Lorena Soares David, Joanna Ribeiro Nogueira, Daniela Araújo Veloso Popoff

A SATISFAÇÃO E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS	127
--	-----

Renata Paula Lima Beltrão, Francisco Jander de Sousa Nogueira, Augusto César Beltrão da Silva, Alba Angélica Nunes Mouta

PARTE II - EIXO DE EDUCAÇÃO.....	144
----------------------------------	-----

EDUCAÇÃO COMO ESPAÇO VIVO DE PRÁTICAS DE FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE NO SUS.....	145
--	-----

Eliana Goldfarb Cyrino, Nildo Alves Batista

PLANO DE FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	150
---	-----

Anderson Milfont Feitosa de Oliveira, Samyra Paula Lustoza Xavier, Vanira Matos Pessoa, Maria Rosilene Cândido Moreira, Maria de Fátima Antero Sousa Machado

COMPREENSÃO DA LONGITUDINALIDADE DENTRO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	168
---	-----

Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Pedro Coniã Szewczak Camelo, Priscilla Barbosa Silva Chaves, Sabrina Stefanello

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO FAMILIAR NA PRECEPTORIA MÉDICA DE UM INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA.....	185
---	-----

Fabiane Budel, Denise Silva da Silveira, Eda Shwartz

AVALIAÇÃO DO CENÁRIO E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ESTUDANTES DE MEDICINA	202
--	-----

Juliana Maria Nascimento Souza, Maximiliano Ribeiro Guerra, Isabel Cristina Gonçalves Leite, Débora Carvalho Ferreira, Lívia Machado Rigolon, Marcos Vinicius Dias da Silva

DA APRENDIZAGEM FRAGMENTADA AO DESAFIO DE UMA FORMAÇÃO INTEGRAL: NARRATIVAS DA CONSTRUÇÃO DO SABER.....	218
---	-----

João Felix Leandro de Souza Araújo, Fernando Sfair Kinker

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A INSERÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES NO SERVIÇO	236
---	-----

Jandira Arlete Cunegundes de Freitas, Rilva Lopes de Sousa Muñoz, Ligiane Medeiros Diógenes, Débora Maria Marques Bezerra

PRECEPTOR EM RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMPREENDENDO A SINGULARIDADE DESSE PROFISSIONAL	253
--	-----

Lucas Gaspar Ribeiro, Marina Lemos Villardi, Antônio Pazin Filho, Eliana Goldfarb Cyrino

PARTE III - EIXO DE GESTÃO.....	269
DESAFIOS DA GESTÃO SOB O OLHAR DO PROFSAUDE.....	270
<i>Patty Fidelis de Almeida, Aluisio Gomes da Silva Junior</i>	
RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA	273
<i>Rilva Lopes de Sousa Muñoz, Jandira Arlete Cunegundes de Freitas, André Luis Bonifácio de Carvalho</i>	
MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: UMA ANÁLISE DA PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA.....	293
<i>Philippe Meneses Benevides, Alexandre José de Melo Neto, Maria Emilia Chaves Tenório, Isabelle Cristina Borba da Silva, Gabriella Barreto Soares, Juliana Sampaio</i>	
SOBRE OS AUTORES.....	307

PREFÁCIO

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA -PROFSAÚDE E OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO DE DOCENTES E PRECEPTORES

Luiz Augusto Facchini
Nísia Trindade Lima

Em 26 anos de história, a Estratégia Saúde da Família (ESF) alcançou reconhecimento nacional e internacional por sua contribuição à organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e à melhoria da saúde da população brasileira. Uma farta documentação registra a expansão da ESF no país, uma das maiores experiências sistêmicas de Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo. As evidências indicam seu efeito expressivo na ampliação equitativa do acesso e da utilização de serviços e ações de saúde, na redução da mortalidade infantil e de internações hospitalares por condições sensíveis à APS, entre tantos exemplos pertinentes (Facchini *et al.*, 2018; Facchini *et al.*, 2006; Macinko *et al.*, 2006; Nedel *et al.*, 2008; Aquino *et al.*, 2009; Guanais & Macinko, 2009).

Na atualidade, cerca de 45.000 equipes multiprofissionais da ESF são a porta de entrada no sistema e fonte de cuidado continuado de populações definidas em territórios específicos. Ao integrar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, em associação às características fundamentais do modelo de atenção, a ESF representa uma das inovações mais significativas na APS desde Alma Ata (Facchini *et al.*, 2018; Cueto, 2004).

Apesar dos avanços inegáveis, a literatura científica igualmente destaca problemas sistemáticos na qualidade de serviços e ações da ESF, que requerem enfrentamento competente e obstinado (Giovanella *et al.*, 2018; Facchini *et al.*, 2018). A formação profissional em Saúde da Família (SF) encontra-se entre os principais desafios que afetam o cotidiano da APS no país e requer tanto a garantia de acesso à especialização e à residência para a totalidade da força de trabalho da ESF quanto à preparação de docentes e preceptores para os cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde.

Tradicionalmente, o contato dos estudantes de graduação de áreas da saúde com a população era pequeno em decorrência de uma escassa inserção na rede básica de saúde, em especial na ESF. Esta situação foi gradualmente modificada a partir de 2001 com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), inicialmente para os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, e posteriormente para as 14 profissões da área de saúde, considerando a valorização da saúde coletiva e a APS nos currículos de graduação (Costa *et al.*, 2018; Ferreira *et al.*, 2019). Neste contexto, a necessidade de dispor de docentes e preceptores com formação em SF destaca-se por sua relevância à formação e à educação permanente de profissionais com competências adequadas para atuar na APS (Demarzo *et al.*, 2011; Costa *et al.*, 2018).

No período 2003-2016, o Brasil experimentou uma expansão marcante da cobertura da ESF, com o incentivo de diversos programas de fortalecimento do SUS e da atenção básica, como por exemplo, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Brasil, 2011; Pinto *et al.*, 2014), o Requalifica UBS e o Programa Mais Médicos (PMM) (Facchini *et al.*, 2018; Giovanella *et al.*, 2018). Entretanto, a escassez de profissionais e de docentes com formação em SF continuava a desafiar a capacidade de resposta dos cursos universitários e das equipes da ESF.

Em 2013, o PMM marcou avanço importante no provimento de profissionais em número e formação adequada para atender com qualidade às necessidades de saúde da população. O Programa caracterizou-se como a mais abrangente intervenção para ampliação do acesso à atenção médica na ESF, com cerca de 18 mil médicos em atividade no seu momento culminante, combinada com intervenções na melhoria da infraestrutura dos serviços e na formação e educação permanente dos médicos (Facchini *et al.*, 2016; Girardi *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2015; Facchini *et al.*, 2020).

Em 2017, o lançamento do PROFSAÚDE, o Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, em Rede Nacional interinstitucional, marcou uma inflexão significativa no enfrentamento da carência histórica na formação de docentes para a APS no SUS. Resultado de um debate público iniciado em maio de 2014 em Porto Seguro, na sede da Universidade Federal do Sul da Bahia, no bojo da discussão do PMM, a iniciativa é uma contribuição para a consolidação do modelo da ESF, a promoção da integração ensino-serviço-comunidade e a afirmação do papel do SUS como campo de práticas formativas. Com a liderança

da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (<http://profsaude-abrasco.fiocruz.br/>), o PROFSAÚDE é oferecido por 22 instituições de Ensino e Pesquisa de todas as regiões do país, constituindo-se no mais extenso Programa de formação docente em Saúde da Família no país (Guilam *et al.*, 2020).

Em sua primeira edição, o PROFSAÚDE disponibilizou 200 vagas no país para médicos, com financiamento do Ministério da Saúde associado ao eixo educacional do PMM e titulóu 170 profissionais em cerimônia emocionante realizada na FIOCRUZ Rio de Janeiro, em 30 de agosto de 2019. No mesmo ano ocorreu o ingresso de 197 médicos da segunda turma do Programa e em 2020 se iniciou a terceira turma. Este grupo mais recente inclui 210 profissionais de medicina, enfermagem e odontologia e marca a efetivação do propósito do Programa na formação de docentes e preceptores vinculados a equipes da ESF, conceito central do modelo prioritário de APS no Brasil.

A proposta educacional do PROFSAÚDE articula teoria e prática, integra e contextualiza disciplinas e saberes, utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem e valoriza o raciocínio e a experiência profissional dos mestrandos para responder às necessidades de saúde da população (Guilam *et al.*, 2020). De modo sintético, a inovação se revela tanto na constituição da Rede Nacional quanto na ampla utilização da Educação a Distância (EaD). A combinação de ambas as estratégias aponta para a superação qualificada do limite de escala dos programas isolados e das barreiras da formação presencial em um contexto de dificuldade dos alunos para o afastamento amíúde de seus serviços e de suas famílias. A revolução educacional delineada mostra fôlego para enfrentar a falta de financiamento regular de longo prazo, os problemas na liberação dos mestrandos para participar de encontros presenciais e a escassez de recursos tecnológicos e de conectividade adequada de Internet para viabilizar as atividades remotas.

Em tempo recorde, o PROFSAÚDE se consolida como uma experiência bem-sucedida e relevante na formação profissional e também na produção de conhecimento. O presente livro é uma comemoração deste processo e expressa com destaque a qualidade de projetos e dissertações apresentadas na primeira turma de egressos. Os capítulos abordam experiências de pesquisa e intervenção realizadas em diversos cenários e contextos de implementação do SUS e particularmente da ESF no país. A leitora e o leitor certamente terão prazer e motivação em desfrutar

dos três eixos de agregação dos capítulos — atenção, educação e gestão —, que refletem os fundamentos conceituais do Programa.

A coletânea compõe um painel diversificado de temáticas e estratégias de estudo, permitindo um balanço crítico de potencialidades e desafios enfrentados no cotidiano dos serviços e na formação de profissionais para a ESF. Revelam a dialética da formação profissional e da produção de conhecimento com compromisso social e acadêmico, com capacidade de promover o diálogo entre as disciplinas científicas e estas com o desenvolvimento integral do SUS. É, em consequência, um texto valioso à leitora e ao leitor, pronto a instigar o debate e subsidiar a prática educacional e profissional.

Com dedicação e criatividade, Maria Cristina Rodrigues Guilam e Carla Pacheco Teixeira — respectivamente, coordenadora acadêmica nacional e coordenadora executiva nacional do PROFSAÚDE na FIOCRUZ Rio de Janeiro —, bem como as professoras Maria de Fátima Antero Sousa Machado (FIOCRUZ Ceará), Marta Quintanilha Gomes (UFCSA) e Patty Fidelis de Almeida (UFF), lideraram a organização da obra, a composição dos textos em blocos temáticos, conforme eixos condutores do curso e o trabalho editorial. O livro fortalece as bases conceituais do PROFSAÚDE e projeta o alcance da proposta original ao vislumbrar a ampliação do escopo de futuras edições com a inclusão de contribuições de médicos, enfermeiros e odontólogos em um necessário diálogo interprofissional nas equipes da ESF. Gestado em período anterior à COVID-19, o livro reflete o potencial da ESF para enfrentar os desafios da pandemia no país.

Em um contexto de elevada demanda de uso das tecnologias de informação e comunicação voltadas para a integração das atividades clínicas com o planejamento e a epidemiologia (vigilância e monitoramento integrados no território), o PROFSAÚDE está mobilizado em defesa das melhores condições de trabalho dos profissionais da ESF e de cuidado da população brasileira.

Referências

- Aquino, R., Oliveira, N. F., & Barreto, M. L. (2009). Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, 99(1):87-93.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável — PAB Variável. *Diário Oficial da União*. 19 Jul. 2011.

- Costa, D. A. S., Silva, R. F., Lima, V. V., & Ribeiro, E. C. O. (2018). Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface (Botucatu)*, 22(67):1183-95.
- Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American journal of public health*, 94(11):1864-74.
- Demarzo, M. M. P. et al. (2011). Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 6, n. 19, p. 145-150, maio.
- Facchini, L. A., Batista, S. R., Silva Jr, A. G., & Giovanella, L. (2016). O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet*, 21(9):2652.
- Facchini, L. A., Florencio, A. S. R., Nunes, B. P., Silva, M. R. M., Rosales, C., Alfaro, G., Rocha, T. A. H., & Molina, J. (2020). Contribuições do Programa Mais Médicos ao desempenho de equipes de Saúde da Família na atenção à hipertensão e ao diabetes no Brasil, 2012 a 2015. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 44, p. 1-9.
- Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., Siqueira, F. V., et al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*, 2006; 11 (3): 669–81. 41.
- Facchini, L. A., Tomasi, E., & Dilélio, A. S. (2018). Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *SAÚDE EM DEBATE*, v. 42, p. 208-223.
- Ferreira, M. M., Ribeiro, K. G., Almeida, M. M. et al. (2019). Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface: Botucatu*, 23 (supl. 1)
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Medina, M. G., Lima, J. G., Fausto, M. C. R., Seidl, H. M., Andrade, G. C. L., & Facchini, L. A. (2018). Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça, M. H. M., Matta, G., Gondim, & R., Giovanella, L. (Org.). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas*. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. v. 1, p.569-610.
- Girardi, S. N., Stralen, A. C. S., Cella, J. N, et al. (2016). Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian primary healthcare. *Cienc Saúde Colet*, 21(9):2675-84.
- Guanais, F., & Macinko, J. (2009). Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage*, 32(2):115-22.
- Guilam, M. C. R., Teixeira, C. P., Machado, M. D. F. A. S., Fassa, A. G.; Fassa, M. E. G.; Gomes, M. Q., & Facchini, L. A. (2020). Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 24. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832020000200251&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 de ago. 2020.
- Macinko, J., Guanais, F. C., & Souza, M. D. F. M. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health*, 60(1):13-9.
- Nedel, F. B., Facchini, L. A., Martín-Mateo, M., Vieira, L. A. S., & Thumé, E. (2008). Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1041-1052.
- Pinto, H. A., Sousa, A. N. A., & Ferla, A. A. (2014). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*, out; 38(esp):358-372.
- Santos, L. M. P., Costa, A. M., & Girardi, S. N. (2015). Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Cienc Saúde Colet*, 20(11):3547-52.

APRESENTAÇÃO

O MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE, tem a satisfação de trazer à comunidade científica, aos gestores, profissionais, docentes e preceptores e demais atores envolvidos na Atenção Primária à Saúde este livro temático intitulado “ATENÇÃO, EDUCAÇÃO E GESTÃO: PRODUÇÕES DA REDE PROFSAÚDE”, resultado dos trabalhos desenvolvidos no mestrado.

O curso, ofertado em rede nacional, busca aproximar instituições acadêmicas, profissionais e gestores da saúde pública à produção de conhecimentos e inovações para a Atenção Primária à Saúde. A rede atualmente é constituída por 22 Instituições Públicas de Ensino Superior distribuídas nas diferentes regiões, capilarizando e ampliando a formação profissional no Brasil.

A formação dos profissionais de saúde, alunos do PROFSAÚDE, ocorre de forma articulada com a prática, bem como com o exercício na docência e na supervisão dos profissionais da rede básica de saúde. Trata-se de uma estratégia importante de qualificação dos processos vinculados à Atenção Primária, em consonância com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde — SUS.

A formação e a produção de conhecimento no PROFSAÚDE ocorrem a partir das diversidades regionais e locais e das distintas realidades socioeconômicas e sanitárias. Os contextos de atuação dos profissionais de saúde são problematizados, estudados e transformados a partir das reflexões e proposições dos trabalhos desenvolvidos no âmbito do mestrado profissional.

A obra está organizada em três eixos, os quais são condutores da proposta pedagógica do PROFSAÚDE: Atenção, Gestão e Educação. Deste modo, contempla a produção desenvolvida no escopo da formação almejada no curso. O livro apresenta ainda dois artigos que qualificam mais ainda esta obra, a saber: o manuscrito elaborado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Ministério da Saúde (DEGES/SGTES/MS), que traz iniciativas da Política de Educação Permanente para a formação dos profissionais da saúde com destaque para o PROFSAUDE, e outro manuscrito

que contempla pesquisa descrevendo o perfil dos alunos do curso coordenada pela Fiocruz/Mato Grosso do Sul. Precedendo o conjunto de artigos, autores convidados apresentam reflexões que nos ajudam a compreender os textos no âmbito de cada eixo e a integrá-los no conjunto da obra. Os trabalhos de conclusão de curso da primeira turma do PROFSAÚDE, constituída por médicos atuantes na APS, são pesquisas empíricas ou intervenções. Os trabalhos publicados foram avaliados e aprovados pelo comitê científico constituído para a elaboração do suplemento especial PROFSAÚDE, da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

A muitas mãos, foram tecidas as reflexões que culminam na produção do conhecimento expresso nessa coletânea. Esta produção tem como objetivo fortalecer a divulgação do conhecimento da Rede PROFSAÚDE e contribuir para mudanças nas práticas profissionais, gestão e organização das ações e serviços de APS. Mais do que convicções, esperamos que este livro suscite debates em torno das possibilidades e também dos limites enfrentados pelas equipes de APS em suas práticas cotidianas, operadas no diversificado território nacional, apresentando experiências, subsídios e ferramentas que podem multiplicar as ações transformadoras no e para o SUS.

Por fim, é importante destacar que o livro está sendo produzido e publicado em contexto epidemiológico extremamente singular. Estamos em meio à pandemia de Covid-19 e sabemos da importância do SUS para a mitigação dos efeitos da doença em nossa população. Em maior ou menor grau, todos os docentes e discentes do curso estão atuando em importantes frentes de combate à pandemia.

Agradecemos a todo o corpo docente, ao corpo discente, aos coordenadores das IES Associadas, a SGTES/ Ministério da Saúde, ao Ministério da Educação e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Desejamos uma boa leitura!

As Organizadoras

Carla Pacheco Teixeira (FIOCRUZ)
Maria Cristina Rodrigues Guilam (FIOCRUZ)
Maria de Fátima Antero Sousa Machado (FIOCRUZ CE)
Marta Quintanilha Gomes (UFCSPA)
Patty Fidelis de Almeida (UFF)



O PROFSAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA A FORMAÇÃO E PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES NO SUS

Vinícius Nunes Azevedo
Musa Denaise de Sousa Morais de Melo
Adriana Fortaleza Rocha da Silva
José Rodrigues Freire Filho
Bárbara Ferreira Leite

As iniciativas para indução do processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil envolvem um vasto conjunto de programas, projetos e atividades com o propósito de contribuir com a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

No tocante às prerrogativas previstas para o Ministério da Saúde, que contemplam em seu arcabouço normativo a elaboração e proposição de políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde, assim como o acompanhamento da sua execução e a promoção de experiências inovadoras em gestão e educação na saúde, diversas ações, com resultados expressivos e com contribuições relevantes para a reorientação da educação e do trabalho em saúde no país, foram realizadas ao longo dos anos (Brasil, 2019).

Com a criação, no ano de 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que passa a integrar a estrutura regimental do Ministério da Saúde, viabilizou-se a institucionalização da política de educação na saúde e a proposição de iniciativas relacionadas ao fortalecimento da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), os serviços de saúde e a comunidade (Brasil, 2019).

Instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004 e com suas diretrizes

de implementação, publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem como pressuposto a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo de competência da SGTES a gestão, o monitoramento e a avaliação dessa política (Brasil, 2017).

Ao longo dos anos, diversas iniciativas relativas ao processo formativo, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores do SUS foram realizadas, com o objetivo de fortalecer a formação em saúde, destacando-se o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), os mestrados profissionais em ensino na saúde e outras modalidades, como o da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE) e, mais recentemente, o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), para a integração ensino-serviço visando à qualificação do processo formativo e à adequação da formação profissional às necessidades em saúde.

Com o advento da crise sanitária mundial em decorrência da pandemia do novo coronavírus, em março de 2020, o Ministério da Saúde instituiu a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo – Acadêmicos”. Instituída pela Portaria nº 492, de 23 de março de 2020, a iniciativa é voltada aos alunos dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia e farmácia, com o objetivo de otimizar a disponibilização de serviços de saúde no âmbito do SUS para contenção da pandemia da COVID-19, de forma integrada com as atividades de graduação na área da saúde (Brasil, 2020).

Para tanto, no âmbito da ação estratégica, alunos dos cursos contemplados tiveram a oportunidade de realização de estágio curricular em serviços de saúde definidos pela gestão municipal e estadual, o que possibilitou processos de aprendizagem pautados na integração ensino-serviço-comunidade, atuando nas áreas de clínica médica, pediatria e saúde coletiva, sob a supervisão de profissionais de saúde indicados pelos gestores.

“O Brasil Conta Comigo – Acadêmico”, sob a gestão da SGTES, é tido como uma experiência exitosa, ancorada nos pressupostos da PNEPS, tendo-se

em vista a possibilidade de formação do aluno sobre manejo clínico da Covid-19 na realidade do trabalho em saúde, bem como a qualificação do profissional de saúde com o perfil de supervisor, a partir de oferta de curso para a realização das atividades a serem desempenhadas na ação estratégica.

Considerando as competências normativas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) na implementação da PNEPS, diversas iniciativas são desenvolvidas, como, por exemplo, “O Brasil Conta Comigo – Acadêmico”.

Destaca-se ainda o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), que consiste em uma estratégia de formação que visa a atender a expansão da graduação e pós-graduação no país, a partir de conhecimentos relacionados à Atenção Primária em Saúde, à gestão e à educação em saúde. Classificado como um programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, o PROFSAÚDE foi aprovado no ano de 2016, sendo oferecido por 22 (vinte e duas) instituições públicas de ensino superior. A iniciativa apresenta efeitos positivos na realidade do trabalho em saúde no país, considerado exemplo de boas práticas de inovação na área de educação e trabalho em saúde para a implementação da PNEPS.

PROFSAÚDE e as contribuições para a implementação da PNEPS

Sustentado por marcos teóricos e metodológicos da educação permanente e demandado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o PROFSAÚDE foi estruturado por meio de mecanismos curriculares que viabilizam o aprendizado profissional em saúde, nos preceitos da educação baseada por competências, valorizando a trajetória de experiências e conhecimentos da atuação no contexto do trabalho.

Sistematizado nos eixos pedagógicos de Atenção, Educação e Gestão em Saúde, o programa aborda temáticas de interesse do aluno/profissional, favorecendo a formação para o exercício de atividades relacionadas à docência e preceptoria, além do inovador estímulo à produção de conhecimento por meio de desenvolvimento de pesquisas e intervenção.

Objeto desta publicação, a coletânea de experiências de pesquisa e intervenção produzida pelos participantes da 1ª turma do PROFSAÚDE demonstra a relevância do programa e suas contribuições para a área de educação, gestão e atenção à saúde do país, sendo uma iniciativa que contribui para o

processo de implementação da PNEPS, por possibilitar o desenvolvimento de ações educacionais pautadas na realidade do trabalho em saúde.

Referências

- Brasil (2019). Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 maio 2019.
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2. Anexo XL, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>. Acesso em: 26 agosto 2020.
- Brasil (2020). Ministério da Saúde. Portaria nº 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União: seção 1 – Extra, Brasília, DF, 23 março 2020.
- Guilam, M. C. R., Teixeira, C. P., Machado, M. D. F. A. S., Fassa, A. G.; Fassa, M. E. G.; Gomes, M. Q., & Facchini, L. A. (2020). Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 24. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832020000200251&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26 de ago. 2020.

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL E EXPECTATIVAS EDUCACIONAIS E PROFISSIONAIS DOS ESTUDANTES

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Ana Luiza Machado Pinto
Carla Pacheco Teixeira
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira

Introdução

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) depende diretamente da formação de profissionais especialistas em práticas e cuidados primários em saúde, com foco na atenção individual, familiar, comunitária e territorial. Entretanto, os processos formativos no Brasil, em parte, ainda se pautam nos modelos hegemônicos de formação médica tradicional, o que ocasiona uma estratificação técnica e social do trabalho.

A formação dos profissionais de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os atributos essenciais e derivados da APS, requer a inserção destes profissionais nos cenários de prática, no contexto da APS, com vistas a uma maior ampliação e aproximação do processo de ensino-aprendizagem ao cotidiano do SUS (Trajman *et al.*, 2009; Peixoto *et al.*, 2019). Esta orientação de formação no campo da saúde foi referendada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos na área da saúde que passou a considerar a APS como um importante cenário no processo ensino-aprendizagem, para a construção e consolidação de conhecimentos, habilidades e atitudes (Costa *et al.*, 2018) necessários para atuação profissional neste nível de atenção.

Apesar da necessidade e relevância de uma formação profissional voltada para a consolidação do modelo de atenção na lógica da APS como a Estratégia Saúde da Família (ESF), é notório que as mudanças nos cursos de graduação para este enfoque, especialmente na medicina, não se dão de forma simultânea e são lentas e heterogêneas entre as diferentes instituições de ensino superior. Para acompanhar a qualificação dos profissionais frente a crescente expansão da

ESF, faz-se necessário apoiar e incentivar o desenvolvimento de cursos de pós-graduação, como forma de equalizar este descompasso (Leão & Caldeira, 2011).

Neste sentido, como proposta para qualificação de profissionais com este perfil de formação e diante da expansão dos cursos de graduação em medicina no país, o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) foi idealizado, tomando como base as experiências anteriores de Mestrados Profissionais em Saúde da Família existentes no Brasil, a partir da demanda e financiamento dos Ministérios da Saúde e da Educação. O PROFSAÚDE está constituído por 22 instituições de ensino lideradas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e conta com a retaguarda do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), instituição que tem por finalidade atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS.

A organização curricular do PROFSAÚDE baseia-se nos referenciais da educação por competência, contemplando três eixos pedagógicos: atenção, educação e gestão. Objetiva a formação de profissionais de saúde para exercerem atividades de atenção à saúde, docência e preceptoria, produção de conhecimento e gestão em Saúde da Família; o fortalecimento das atividades educacionais de atenção à saúde, produção de conhecimento e de gestão em Saúde da Família nas diversas regiões do Brasil; a articulação da educação, atenção, gestão e investigação no aprimoramento da ESF e o estabelecimento de uma relação integradora entre o serviço, os trabalhadores, os estudantes da área da saúde e os usuários.

O curso é oferecido na modalidade à distância (EaD), com encontros presenciais e atividades desenvolvidas em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). A primeira turma do PROFSAÚDE teve início em 2017, foi constituída exclusivamente por médicos e contou com a participação de 182 mestrandos.

Este estudo tem como objetivo analisar o perfil e as expectativas educacionais e profissionais de estudantes da primeira turma do PROFSAÚDE.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quanti-qualitativa, ancorado no marco teórico-metodológico da Saúde Coletiva. O estudo foi realizado por meio de um questionário eletrônico autoaplicável, com questões objetivas e

dissertativas, disponibilizado na plataforma virtual de aprendizagem do curso durante o mês de maio de 2017, no ingresso do estudante no PROFSAÚDE.

Responderam ao questionário 116 dos 182 profissionais aprovados no processo seletivo, todos com formação em medicina, representando 63,7% do total de ingressos.

Os dados coletados versaram sobre aspectos sociodemográficos e profissionais como idade, sexo, estado civil, formação profissional, local de formação, tempo de formação, tempo de atuação na APS e outros vínculos empregatícios. Os dados dissertativos foram constituídos a partir das motivações, expectativas, contribuições esperadas e as diferentes temáticas a serem abordadas na dissertação.

Os dados qualitativos oriundos das questões dissertativas foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), a partir da organização das respostas e divisão em etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e; c) tratamento dos resultados.

A análise estatística dos dados quantitativos foi realizada no programa Microsoft Excel e no programa *Epi Info 7 (Centers of Disease Control)*, com descrição de frequência simples.

Todos os pós-graduandos foram convidados a participar mediante leitura e concordância expressa no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e excluídos os que não preencheram o TCLE eletronicamente ou não submeteram as respostas.

O estudo atendeu aos requisitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado sob o parecer 1.989.975.

Resultados e Discussão

As mudanças na formação em saúde têm sido pauta na agenda política do Estado Brasileiro, tanto no campo metodológico como no campo pedagógico, dada a necessidade objetiva de uma maior aproximação das instituições de ensino com as práticas de serviço (Abrahão & Merhy, 2014). O Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAÚDE, ao trazer esta articulação entre as principais discussões teóricas do campo da saúde da família, a partir da realidade vivenciada no cotidiano dos serviços, tem sido uma aposta bastante inovadora e importante para a formação em medicina de família e comunidade.

O perfil dos egressos revela uma maioria de mulheres 54,3% (63/116), com variação de idade entre 26-59 anos, média de 39 ($\pm 7,4$), em sua maioria casada 75% (87/116) e tempo de formação do profissional variou de 1-34 anos, com uma média de 11,4 anos. A inserção no mundo do trabalho é plena e com no mínimo dois vínculos, em diferentes áreas de atuação.

A Tabela 1 apresenta as características da formação dos mestrandos do PROFSAÚDE. A formação de pós-graduação *lato sensu* em diferentes áreas e/ou especialidades é uma realidade entre os mestrandos (81,9%), sendo que 41,1% pertencem ao eixo de Saúde da Família e medicina de família. Entretanto, a experiência em pesquisa, a partir da prévia experiência em programas de iniciação científica é baixa (26,2%), enquanto a inserção no mundo do trabalho como aluno na residência médica correspondeu a 58,7% e a realização de cursos de pós-graduação *lato sensu* foi de 85,0% (Tabela 1).

Tabela 1- Características da formação dos mestrandos do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, 2020, Brasil.

Variáveis (N)	n (%)
Iniciação científica na graduação (N=103)	27(26,2)
Cursou graduação em instituição pública (N= 116)	71(61,2)
Experiência em curso à distância (EaD) (N= 116)	87(75,0)
Especialização prévia (N=112)	95(85,0)
Medicina de Família e Comunidade	21(22,1)
Saúde da Família	18(19,0)
Ginecologia e Obstetrícia	2(2,1)
Pediatria	5(5,2)
Clínica Geral	3(3,2)
Outras especialidades	46(48,4)
Realizou Residência Médica (N=114)	67(58,7)
Medicina de Família e Comunidade	43(64,2)
Ginecologia e Obstetrícia	3(4,5)
Pediatria	9(13,4)
Clínica Geral (clínica médica)	7(10,4)
Outras especialidades	5(7,5)

Fonte: As autoras.

É notório que o incentivo nacional de ampliação dos programas de residência em medicina de família e comunidade pode ter sido um fator relevante para que 64,2% dos estudantes do mestrado tivessem realizado residência nesta especialidade. Este perfil de formação é bastante promissor e alinhado com a lógica esperada nos objetivos do mestrado profissional do PROFSAÚDE e para a consolidação de progressão de carreira no âmbito do SUS.

Observa-se ainda a inserção de outras especialidades médicas como ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica geral. É possível que a expansão tardia da ESF e a falta de incentivo para a formação em residência em medicina de família sejam fatores que possam ter contribuído para estes achados.

Outro aspecto analisado no presente estudo foram os temas da dissertação propostos no momento do ingresso dos mestrados. As temáticas foram agrupadas segundo as linhas de pesquisa do programa (Tabela 2) e estão relacionadas aos ciclos de vida e grupos vulneráveis, seguido de abordagens relativas à educação e saúde e atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde.

Vale ressaltar que um dos participantes do estudo indicou duas temáticas distintas como possíveis temas a serem desenvolvidos, totalizando assim 117 respostas para esta pergunta.

Tabela 2 — Temas de dissertação propostos na inserção do mestrado, segundo as linhas de pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família — PROFSAÚDE, 2020, Brasil.

Temas por linhas de pesquisa	n (%)
Educação e Saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional	29(24,8)
Gestão e avaliação dos serviços na ESF/AB	15(12,8)
Informação e saúde	3(2,6)
Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis	39(33,3)
Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde	16(13,7)
Pesquisa clínica: interesse da AB	0(0)
Vigilância em Saúde	2(1,7)
Outras temáticas	12(10,2)
Não respondeu	1(0,9)
Total	117(100)

Fonte: As autoras.

Conforme se observa na Tabela 2, as temáticas escolhidas pelos ingressos no mestrado profissional estão relacionadas, em sua maioria, com as realidades vivenciadas no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, destacando-se a atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis (33,3%) e atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica à Saúde (13,7%) e gestão e avaliação dos serviços na ESF/AB (12,8%). Destaca-se também a escolha por temáticas relacionadas à educação em saúde (24,8%), corroborando com um dos objetivos do PROFSAÚDE na formação para preceptoria e educação/formação em serviço. Cabe ressaltar o desinteresse pelo eixo da pesquisa clínica.

As escolhas das temáticas a serem desenvolvidas nas dissertações também foram justificadas pelos mestrados, conforme relatos como:

A dificuldade diária nas unidades onde trabalho e a escassez de material abordando os temas. (Rastreamento em Medicina de Família e Comunidade-M3)

Afinidade com o tema e prevalência na área de atuação. (Câncer pele em idosos-M17)

Por fazer parte da minha atuação profissional nos últimos anos. (Prevenção do Câncer de colo uterino-M30)

A observação de crianças muito pequenas e já obesas na minha área de atuação do PSF. (Obesidade infantil-M22)

Estas afirmativas evidenciam que a formação em questão permite a produção centrada na articulação dos diferentes saberes, conhecimento e aprendizagem, no território da vivência (Abrahão & Merhy, 2014).

A narrativa a seguir também reforça o quanto o cenário de prática inspira o aprofundamento em temáticas que dialogam com o trabalho em equipe e com as dificuldades no manejo do cuidado em saúde.

Certo dia, uma ACS [agente comunitária de saúde] da Unidade de Saúde onde trabalho chegou triste informando que um paciente muito querido da área havia falecido por infarto agudo do miocárdio. Mostrou-me um vídeo do senhor dançando forró na maior alegria dias antes do fato. Compartilhando do mesmo sentimento, ouvi daquela mulher algo que me fez pensar: “Poxa, Dr^a, a pressão dele só vivia boa, controlada”.

Então, eu expliquei: “não é só a pressão que determina a probabilidade de a pessoa ter um ataque cardíaco”. Peguei uma tabelinha do escore de risco cardiovascular e fomos calcular o risco do nosso conhecido. A ACS percebeu que não havia surpresa alguma, era previsível... Como alguém diante de uma grande descoberta, foi calcular a estimativa do seu próprio risco cardiovascular e notou que era moderado. Séria, questionou: “Como posso mudar isso, Drª?”. A partir daí, interiorizou conceitos que antes só ouvia falar ou não havia percebido que faziam parte da sua vida sem perceber [...] O tema hipertensão é muito lugar-comum, porém maltratado. Aplicar o escore de risco de Framingham/escore de risco global é preconizado, mas não é uma rotina nas unidades de saúde [...]. (Risco cardiovascular global- M89)

A articulação do mundo do trabalho com o mundo do ensino requer conhecimentos clínicos e também pedagógicos para promover a aprendizagem significativa a partir de experiências vivenciadas no campo profissional, sendo de fundamental importância uma consistente fundamentação didático-pedagógica dos temas relativos aos principais modelos e estratégias de ensino em saúde, planejamento curricular, problematização, avaliação da aprendizagem e suas diferentes formas, uso de tecnologias de informação e comunicação (Missaka, 2010). Trata-se ainda de um fazer-ensinar saúde pautado na lógica do indivíduo-família-comunidade e nas tecnologias leves do cuidado, na perspectiva das relações, da produção da comunicação, do acolhimento, do vínculo, essenciais para o fortalecimento da APS.

É também por meio da interação de subjetividades dos sujeitos implicados no cuidar que se consolidam processos mais resolutivos de planejamento e produção do cuidado, para além de protocolos e normas instituídas, contemplando, principalmente, a interação entre a técnica e os encontros terapêuticos, privilegiando por sua vez, aspectos valiosos no tocante a atenção à saúde de indivíduos e das coletividades.

A necessidade de produzir conhecimento na área escolhida e o desejo de contribuir para a formação dos médicos no contexto do SUS, a partir da qualificação docente, fez-se presente entre os mestrados, evidenciando inclusive a percepção dos atuais médicos dos serviços acerca da fragilidade e do distanciamento da educação médica com a APS e as DCN:

O interesse em estudar melhor o tema e contribuir futuramente com o ensino médico, conhecendo as potencialidades e as fragilidades da inserção do acadêmico de medicina na Atenção Primária e de que forma essa experiência contribui para a formação do médico e sua visão sobre a Atenção Primária em saúde. (Educação na saúde-M26)

[...] nos cursos de medicina que atuo, a maioria dos colegas docentes, principalmente médicos, desconhecem os objetivos da DCN e desconhecem a Atenção Primária e a necessidade de uma formação generalista. (Formação docente-M46)

As questões assistenciais e gerenciais de difícil manejo no cotidiano da prática, também se tornaram objeto de investigação, com vistas à melhoria do processo de trabalho e cuidado em saúde:

A dificuldade que temos em manejar o acesso na área onde atuo. (Acesso do usuário- M78)

A sensação de que no modus operandi da ESF atual não contribuímos suficientemente para mudanças reais e estruturais na comunidade. (Redes solidárias no território- M85)

A vinculação das atividades de ensino-aprendizagem à realidade estimula o processo reflexivo do mestrando e aponta para a responsabilização do cuidado e das dinâmicas apresentadas no território, sendo um importante pressuposto para a formação em saúde, sobretudo do médico (Peixoto *et al.*, 2019).

A maioria dos mestrados apresentou uma proposta de intervenção ou de pesquisa parcialmente estruturada; no entanto, é possível identificar outros que ainda estão em busca de seus objetos de estudo, numa perspectiva positiva e de impacto pessoal e coletivo:

Algo que venha a contribuir, ter um efeito positivo na minha vida e na vida de outras pessoas. (Não definido-M33).

Quanto à percepção dos mestrados acerca da capacidade profissional individual para desenvolver e realizar ações no contexto da APS/ESF, a tabela 3 demonstra que 74% dos mestrados consideram-se muito capaz (32,7%) e capaz

(41,3%) para a atuação em equipe interdisciplinar. A lógica do trabalho em equipe parece ser uma problemática enfrentada pela maioria dos mestrandos.

Tabela 3- Percepção da capacidade profissional atual acerca da gestão, educação e atenção à saúde dos mestrandos do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família — PROFSAÚDE, 2020, Brasil.

	Muito capaz N (%)	Capaz N (%)	P o u c o capaz N (%)	Incapaz N (%)
Coordenar atividades de docência e preceptoria (n=116)	29(25,0)	54(46,5)	28(24,2)	5(4,3)
Desenvolver Projetos de pesquisa e de Intervenção Territorial (n=115)	11(9,5)	47(40,8)	51(44,4)	6(5,3)
Produzir conhecimento no campo da saúde da família a partir da prática no serviço (N=116)	18(15,5)	54(46,5)	36(31,0)	8(6,9)
Utilizar informações em saúde para tomada de decisão (N=116)	26(22,4)	63(54,3)	17(14,6)	10(8,6)
Desenvolver atividades reconhecendo saberes e práticas existentes no território(N=116)	25(21,5)	63(54,3)	18(15,5)	10(8,6)
Desenvolver ações em equipe interdisciplinar(N=116)	38(32,7)	48(41,3)	21(18,1)	9(7,7)
Desenvolver ações intersetoriais(N=115)	15(13,0)	53(46,0)	37(32,1)	10(8,7)
Realizar gestão da clínica e a coordenação do cuidado na Atenção primária (n=115)	31(26,9)	50 (43,4)	21 (18,2)	13(11,3)
Articular e integrar a Rede de Atenção à Saúde (n=115)	20 (17,3)	51 (44,3)	35 (30,4)	9 (7,8)

Fonte: As autoras.

Ainda que as informações em saúde configurem-se como elementos centrais para as tomadas de decisão de planejamento de ações efetivas para a realidade local e, por vezes, este ponto seja criticado por diversos autores ao questionarem que as decisões em saúde ainda são bastante descoladas das necessidades reais da população, a maioria dos mestrandos (n=89) considera-

se “muito capaz” e “capaz” de utilizar as informações do seu território para o planejamento das ações em saúde. Observe-se que o tema “Informação e Saúde” foi objeto de poucos projetos de dissertação (Tabela 2).

No que tange a coordenação das atividades de docência e preceptoria, grande parte dos estudantes considera-se “capaz” ou “muito capaz” de realizar tais atividades. Este dado pode estar relacionado com o perfil de formação dos mestrandos, no qual 64,2% dos entrevistados são médicos de família e comunidade. A presença de preceptores de medicina de família e comunidade nos diversos cenários de prática pode ter sido um fator positivo para a aproximação destes estudantes com o processo de ensino-serviço.

Dentre os principais desafios apontados no estudo, destaca-se a dificuldade no desenvolvimento de ações intersetoriais e de gestão da clínica e da coordenação do cuidado. De forma similar, os mestrandos também consideram desafiador a articulação e integração da Rede de Atenção à Saúde. Cabe, neste sentido, reforçar o papel da APS no reordenamento da rede e na construção de um trabalho compartilhado e integral com os demais níveis de atenção.

A análise do material empírico dos dados qualitativos possibilitou a identificação de cinco núcleos de sentido relacionados às motivações e expectativas pessoais e profissionais para a realização do mestrado, a saber: 1) aprimorar a prática na Atenção Primária à Saúde; 2) qualificar a docência nos cursos de medicina; 3) participar de um programa que articula ensino-serviço; 4) produzir conhecimento na área da saúde e 5) buscar novas perspectivas profissionais.

Aprimorar a prática na Atenção Primária à Saúde

Os resultados demonstram que o mestrado profissional foi uma escolha dos médicos em busca de aperfeiçoamento, qualificação e capacitação profissional, a fim de aprimorar a prática assistencial, especialmente na APS:

[...] Espero poder me instrumentalizar na tarefa de transformar a análise da realidade na APS e as experiências de trabalho em produção e que isso possa ser transformador da minha prática e de outras pelo país. Por fim aprimorar meu papel enquanto ator na transformação e desenvolvimento do SUS. (M23)

Espero que eu desenvolva habilidades pedagógicas e que eu consiga qualificar o atendimento ofertado para a população no território onde trabalho. (M48)

[...] aprofundar meus conhecimentos para dar melhores respostas ao SUS no meu território [...] (M59)

O desejo de contribuir para a qualificação da gestão, também ficou evidenciado nos discursos:

Melhores práticas e práticas de excelência para atenção aos usuários do SUS na Atenção Primária; estratégias para a melhoria do trabalho dentro da equipe de ESF; ferramentas para melhoria do meu processo de trabalho dentro da APS; intervenções que visem solucionar problemas encontrados e busquem a melhoria dos serviços ofertados; ferramentas de gestão e avaliação do cuidado aos usuários do SUS. (M79)

Aprimorar conhecimento em legislação, organização em rede, instrumentos de gestão e avaliação da atenção primária. (M41)

Tais relatos corroboram os achados em estudo sobre preceptoría em ensino-serviço. Em um estudo exploratório descritivo realizado com preceptores do Programa de Residência Médica do município do Rio de Janeiro, a gestão do serviço é um tema crítico para a agenda do preceptor. Nesta compreensão, a gestão é vista como bastante relevante para a formação dos profissionais e, também, como uma maneira de fortalecer a organização do ensino (Castells, 2016).

Qualificar a docência nos cursos de medicina

A atividade docente integra o tripé ensino, pesquisa e extensão e, neste sentido, a motivação e expectativa de se qualificar para docência foi fortemente evidenciada nos excertos, tanto para os que já atuam, como para os que almejam esta atividade profissional:

O interesse em me aprofundar em pesquisa e docência, buscando a excelência no papel de educadora e contribuindo para formação dos futuros profissionais de saúde [...] a melhoria do SUS. (M26)

O que motivou minha busca pelo PROFSAÚDE foi minha própria inserção no SUS, frente à necessidade de capacitação pedagógica voltada para a preceptoría na atenção básica, dados os novos rumos do currículo de medicina. (M93)

Neste sentido, cabe ressaltar a necessidade de formação de profissionais médicos que possam olhar para o território e para as questões históricas, culturais e sociais que permeiam as vidas das pessoas. Este desafio é ainda mais complicado quando se trata de formação de preceptores, considerando o contexto de uma APS em construção (Izecksohn, 2017).

Aquisição de habilidades e competências para a prática do ensino médico, com ênfase na atuação na Atenção Primária. (M53)

Não se trata, portanto de um saber meramente clínico, mas de construção de habilidade e competência para a prática do cuidado em saúde, pautadas nas realidades locais e nas necessidades dos serviços.

Participar de um programa que articula ensino-serviço

A possibilidade de conciliar o estudo com o mundo do trabalho apareceu como um elemento bastante valorizado pelos mestrados, conforme o relato:

A oportunidade de aprofundar o conhecimento a respeito da Atenção Primária e a possibilidade de conciliar estudos e trabalho. (M71)

A carga horária de trabalho dos profissionais inseridos nas equipes de saúde da família dificulta a adesão a cursos de mestrado e doutorado. Os novos métodos de ensino aprendizagem à distância surgem para discutir com o modelo educacional formal e tradicional. Nesta perspectiva, podemos citar os cursos de especialização e extensão da UNA-SUS como ferramentas potentes e democratizante de qualificação de profissionais, oportunizando a formação em serviço e a adequação à realidade local (Cezar *et al.*, 2019).

A aproximação das temáticas abordadas com o cotidiano dos serviços também surgiu como um ponto bastante relevante para os mestrados, evidenciado pelas seguintes falas:

Interesse acadêmico e o edital demonstrando aplicabilidade prática. (M81);

Consciência pedagógica no momento de ensino; interesse em produzir pesquisa a partir de vivências práticas diárias; olhar crítico aguçado; maior engajamento sociopolítico. (M43)

O enfoque da correlação do mestrado profissional com a gestão:

Produção científica, docência e ampliação de conhecimento principalmente em gestão. (M54)

A preocupação com a gestão por parte dos mestrandos parece ser um elemento indicativo de que a organização do serviço pode contribuir para a construção e discussão dos modelos assistenciais do serviço (Castells *et al.*, 2016), fundamental para que os cenários de prática sejam adequados para o processo ensino-aprendizagem.

A qualidade e o reconhecimento das instituições e docentes que integram o programa também ficaram evidentes no excerto:

[...] possibilidade de realizar o mestrado paralelamente à atividade profissional; identificação de importantes Universidades envolvidas no processo. (M82)

O fato de o mestrado profissional em saúde da família PROFSAÚDE ser oferecido por uma rede nacional de 22 instituições de ensino superior público e liderado pela FIOCRUZ mostrou-se como um ponto bastante valorizado pelos mestrandos, que reconhecem os potenciais de formação destas instituições.

Estou bastante ansioso tanto pela interação com professores muito bem qualificados quanto pela troca de experiências com os demais colegas de curso. (M103)

Produzir conhecimento na área da saúde

A valorização e o anseio dos mestrandos pelo desenvolvimento de pesquisas científicas, que possam colaborar com a produção do conhecimento

na área da saúde, são demonstrados como competências que buscam desenvolver contribuições para oferecer ao SUS:

Trabalho há muito tempo e nunca publiquei nada. Tenho a necessidade de compartilhar minhas ações e atuações como Médica de Família e como Preceptora de uma faculdade, melhorando minhas orientações com meus estagiários [...]. (M91)

Aprendizado e operacionalização de aspectos relacionados à produção de conhecimento em serviço. (M112)

O fortalecimento da APS depende também do incentivo em pesquisas e produção científica que, além de evidenciar os resultados e efetividade deste nível de atenção, também permita o compartilhamento de experiências vivenciadas entre os serviços como propostas de indução de transformações. Entretanto, a produção do mundo das políticas e serviços de saúde ainda se organiza, sobretudo, para a construção de protocolos e manuais generalistas e distantes das especificidades dos territórios (Morais *et al.*, 2018).

Morais e colaboradores (2018) apontam como fatores que dificultam a produção científica na APS, a falta de interesse e estímulo dos gestores e a atuação isolada entre as universidades e os serviços. O PROFSAÚDE é uma iniciativa que permite favorecer a intensificação de produção científica, pois, além de todos os objetivos do programa, também permite uma maior aproximação das instituições de ensino com os serviços.

Aguçar meu senso crítico, dobrar minha bagagem acadêmica, ser líder embasada cientificamente no meu local de trabalho, contribuindo para mudança da realidade local, autonomia da equipe e dos sujeitos (empoderamento), escrever e publicar pelo menos três artigos científicos e capacitar-me para doutorado na USP/Oxford. (M89)

Desenvolver competências relacionadas a realização de projetos de pesquisa na Atenção Primária à Saúde. (M77)

Buscar novas perspectivas profissionais

A realização do mestrado profissional mostrou-se potente não apenas para a ampliação do conhecimento e oportunidades de atuação profissional

vislumbradas pelos estudantes, mas também pelo reconhecimento profissional e financeiro que podem advir, a partir desta formação e da titulação:

Tenho expectativas que os conhecimentos e habilidades adquiridos no curso de mestrado possibilitariam a realização de um melhor trabalho com conseqüente ascensão pessoal e profissional. (M9)

Coordenação de ensino do curso de medicina da IES onde atuo [...] (M14)

Abrir portas para o ensino em universidades e preceptoria do Programa Mais Médicos. (M28)

As diferentes expectativas das contribuições a partir das questões discursivas dos questionários aproximam-se com os conceitos-ferramentas articulados em quatro tensões propostos por Abrahão e Merhy (2014): formação como movimento de produzir-se; formação como território vivo; formação como experimentar e formação como criação. As tensões constitutivas vivenciadas nos cenários de prática, no caso do PROFSAÚDE, na APS, estimulam potências e disputas entre os modos de ensinar e aprender e ao se trabalhar sobre estas tensões, promove-se uma problematização sobre os conceitos e sobre o campo de experiência. Trata-se, portanto, de utilizar estes conceitos-ferramentas com vistas ao potencial criativo do trabalho vivo da formação em saúde.

Conforme observado ao longo das diferentes narrativas do estudo, é possível identificar que a inserção plena dos estudantes no cotidiano dos serviços da APS, permite a problematização das situações e experiências do trabalho e seu potencial transformador, com vistas à qualificação do serviço e na perspectiva dos eixos pedagógicos do programa.

Considerações finais

A expansão e fortalecimento da APS devem ser acompanhados por um processo de formação em saúde que seja sólido e próximo da realidade dos serviços e com enfoque no olhar para o território e para as questões culturais, sociais e afetivas do contexto local, de forma a consolidar e fortalecer os atributos essenciais e derivados da APS. Conhecer o perfil e as expectativas educacionais e profissionais de cada mestrando favorece a avaliação, a caracterização de seu perfil e o acompanhamento dos mesmos ao longo de todo processo formativo.

Este estudo evidenciou que as expectativas dos mestrandos são condizentes com os pilares do PROFSAÚDE — atenção, educação e gestão — e que a estruturação do programa também está articulada e integrada com a pesquisa, assim como, oportuniza a continuidade das atividades profissionais pelos ingressantes. Estes elementos foram fundamentais para escolha do programa.

O PROFSAÚDE, além de transformar a prática e qualificar o contexto em que os mestrandos estão inseridos, busca estimular o aprimoramento na APS e ser um indutor para a qualificação da docência dos cursos de medicina, na medida em que articula o mundo do ensino com o mundo do serviço, contribuindo assim para o processo ensino aprendizagem em saúde e para a melhoria e qualificação da assistência nos serviços primários de saúde.

Considerando que próximas edições do curso serão oferecidas a um público multiprofissional, é importante que a pesquisa desenvolvida com ingressos da primeira turma seja também aplicada às próximas turmas, explorando-se, assim, as especificidades das profissões de saúde envolvidas na iniciativa.

Referências

- Abrahão, A. L., & Merhy, E. E. (2014). Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface*, 18 (49), 313-324. DOI: 10.1590/1807-57622013.0166
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Castells, M. A., Campos, C. E. A. & Romano, V. F. (2016). Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da preceptoria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40 (3), 461-469. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n3e02862014.
- Cezar, D. M., Paz, A. A., Costa, M. R., Pinto, M. E. B., & Magalhães, C. R. (2019). Percepções dos médicos sobre a educação à distância e a contribuição da especialização em Saúde da Família. *Interface*, (23). DOI: 10.159/Interface.180037.
- Izeckson, M. M. V., Junior, J. E. T., Stelet, B. P., & Jantsch, A. G. (2017). Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 737-746. DOI: 10.1590/1413-81232017223.332372016.
- Leão, C. D. A., & Caldeira, A. P. (2011). Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4415-4423. DOI: 10.1590/S1413-81232011001200014.
- Missaka, H. (2010). *A prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Morais, J. B., Jorge, M. S. B., Bezerra, I. C., Paula, M. L., & Brilhante, A. P. C. R. (2018). Avaliação das pesquisas nos cenários de atenção primária à saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados. *Saúde e Sociedade*, 27 (3), 783-793. DOI: 10.1590/s0104-12902018180211.

Peixoto, M. T., Jesus, W. L. A., Carvalho, R. C., & Assis, M. M. A. (2019). Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. *Interface*, 23 (1). DOI: 10.159/interf.170794.

Trajman, A., Assunção, N., Tobias, D., Toschi, W., & Brant, V. (2009). A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, 24-32. DOI: 10.1590/S0100-55022009000100004.



PARTE I
EIXO DE ATENÇÃO

DESAFIOS DA PESQUISA DE SABERES E PRÁTICAS DO CUIDADO NA APS

Cesar Augusto Orazem Favoreto
Maria Eugênia Bresolin Pinto

A singularidade e especificidade da pesquisa sobre o cuidado na APS

O desenvolvimento da produção do conhecimento sobre o cuidado na Atenção Primária está relacionado não só à expansão da pesquisa, mas à própria qualificação da APS. Este é um campo de estudos recente cujo crescimento acompanhou a implantação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Foi um crescimento muito relacionado aos serviços, ao trabalho dos profissionais das equipes básicas e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e à gestão do cuidado individual, familiar e comunitário. A relação com os contextos de práticas e com os atributos essenciais e derivados da APS implicam em especificidades que têm se organizado como um novo e fundamental campo de investigação.

A APS ao constituir-se como primeiro acesso e garantir a longitudinalidade e integralidade na atenção à saúde lida com uma grande heterogeneidade de demandas e de necessidades dos usuários, assim como, de intervenções realizadas por equipes das unidades de atenção básica. A perspectiva da integralidade e da orientação familiar e comunitária faz da APS uma estratégia responsável pela atenção de pessoas e famílias em diferentes ciclos de vida e pertencentes a diferentes e contrastantes grupos socioeconômicos e culturais da população dos territórios.

O fato do cuidado não estar centrado em doenças, não se estabelecer a partir de procedimentos ou ser delimitado por características homogêneas de idade, gênero, sociais, culturais e econômicas, dificulta a aplicação de métodos de pesquisa que partem da homogeneidade dos sujeitos pesquisados e na repetição dos eventos estudados. Por ser um campo de produção de saberes intimamente integrado aos contextos das práticas, emergem para os profissionais e pesquisadores, novas questões, novos cenários exigindo novas metodologias para pesquisa.

As questões de pesquisa se organizam, principalmente, a partir dos impasses, das dificuldades, das apreensões que emergem das relações entre o profissional de

saúde com os pacientes, seus familiares, os territórios que vivem e a equipe que realiza o cuidado. Assim, o vetor de observação parte do local para o geral. Não se trataria, por exemplo, de saber qual melhor anti-hipertensivo, mas: como idosos morando sozinhos conseguem aderir a uma polifarmácia que envolve o manejo da hipertensão entre outras morbidades; qual a influência da família para a adesão aos projetos terapêuticos; ou qual a repercussão da violência na comunidade no controle da hipertensão. Pela visão ampliada da atenção à saúde inerente à APS, o cuidado envolve diferentes variáveis que muitas vezes são desconsideradas pela pesquisa focada na patologia ou no uso de tecnologias duras.

Os sujeitos e os problemas de pesquisa, em geral, deixam de ser coortes de pacientes agrupados por agravos ou intervenções e cujas informações são analisadas a partir de grandes bancos de dados populacionais. Na APS, os sujeitos, que são heterogêneos em suas características físicas, etárias e socioeconômicas, estão dispersos nos múltiplos e diversos territórios e expostos a processos distintos nas unidades e equipes de saúde. Como realizar pesquisas que tenham a condição de abranger esta visão ampliada da APS? As informações precisam ser advindas de diferentes fontes que são, geralmente, dados locais e de uma análise ecológica.

A mescla de metodologias e análises enriquecem e detalham os resultados e possibilitam maior proximidade deles dos contextos de saúde e adoecimento e de atenção. Nesta perspectiva, os problemas a serem examinados estão relacionados a como alcançar a efetividade do cuidado das intervenções preventivas e curativas, que em tese são gerais e homogêneas, frente à singularidade de pessoas, famílias e territórios sob responsabilidade dos profissionais. Com este tipo de reflexão/investigação busca-se explorar a efetividade das intervenções, isto é, como elas se comportam na realidade, no cotidiano das relações entre sujeitos e objetos envolvidos nas intervenções diagnósticas e terapêuticas e nas práticas de promoção/educação em saúde.

Além da perspectiva de um olhar a partir da dimensão local, singular e heterogênea das necessidades em saúde, a pesquisa da APS precisa estar dirigida pela responsabilidade sanitária e social, pois os pesquisadores são também os cuidadores. Embora os agentes da pesquisa precisem ter uma visão distanciada, também estão diretamente vinculados a fatores como realidade de vida, saúde e atenção da população que investiga. Forma-se um ciclo retroalimentado, nele quem cuida e se responsabiliza também problematiza a realidade que vivencia, organiza

questões a serem investigadas, busca as respostas no campo onde atua e retorna ao cuidado de modo mais qualificado. O resultado desse modelo de pesquisa, portanto, se implica diretamente como agente de mudança da realidade.

A partir dessa perspectiva de dar respostas a problemas vividos, os projetos de pesquisa sobre o cuidado — mesmo questionando ou avaliando a aplicação de determinadas intervenções objetivas — são movidos a integrar outras dimensões como o processo de trabalho e de gestão, a qualificação profissional, as relações interprofissionais e com os usuários no desenho e na análise das investigações. Assim, o campo de pesquisa na APS representa uma fusão de horizontes epistêmicos ligados a áreas tradicionais do conhecimento da área da saúde como a biomedicina, epidemiologia, as ciências sociais em saúde, a psicologia social, educação entre outras. Estas áreas se integram através de uma práxis e do desenvolvimento de uma curiosidade epistêmica, como proposto por Paulo Freire (1996).

Essa visão sobre a pesquisa na APS partiria, portanto, da fusão de diferentes saberes interagindo reflexivamente com a realidade e a responsabilidade social do trabalho e do trabalhador da atenção primária.

O desenvolvimento das pesquisas na APS no Profsaude

Os trabalhos sobre atenção à saúde apresentados nesta publicação trazem temáticas que são claramente oriundas de problemas antigos e novos vividos no cotidiano das práticas na APS.

A integralidade nas abordagens de temas como o envelhecimento, a saúde de crianças e adolescentes ou de portadores de SIDA/AIDS é percebida pela integração entre questões objetivas e subjetivas assim como entre aspectos biomédicos e psicossociais. As pesquisas também se caracterizaram por dirigir o olhar para a relação entre os agravos e as relações sociais e familiares.

A especificidade deste foco está presente ao abordar a vulnerabilidade e as percepções sobre o envelhecimento, assim como na abordagem dos problemas cognitivos, buscando reconhecer a relação destes com as condições de vida dos idosos. A busca por um olhar integral é observada na pesquisa sobre obesidade infantil ou na que aborda a saúde mental dos adolescentes e sua relação com as novas tecnologias de comunicação.

A violência íntima e a migração são dois temas muito relevantes e ainda pouco desenvolvidos a partir do referencial da APS. Estas são situações de grande vulnerabilidade e que, muitas vezes, estão na origem das demandas por atenção, porém são invisíveis a abordagens centradas na queixa/doença. São situações que se tornam visíveis na APS em virtude do cuidado centrado na pessoa e nas possibilidades de criação de vínculo de confiança entre profissionais e usuários.

Trabalhos como estes que integram esta publicação foram viabilizados devido a estruturação de programas de pós-graduação *strictu sensu* em Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade como, neste caso, do Mestrado Profissional em Saúde da Família em rede nacional — PROFSAÚDE. Estes programas contribuem de forma positiva para a ampliação da produção de pesquisas realizadas no cenário da APS por indivíduos que atuam diretamente nesses serviços.

Em artigo, onde avaliam a organização de programas de pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade, Wenceslau & cols (2020) reconheceram que ainda são poucos os cursos de mestrado em APS e Medicina de Família no Brasil, a maioria com menos de dez anos de evolução e que têm currículos heterogêneos entre si. Estes cursos têm enfrentado o desafio de formação e de desenvolvimento de pesquisas voltadas para o cuidado na APS através da integração de diferentes saberes e construção de um processo reflexivo sobre as práticas de cuidado individuais, familiares e comunitárias.

Este investimento na formação pós-graduada dirigida à APS é imperioso para responder à necessidade de qualificação da atenção, de formação de novos profissionais para o ensino nas graduações e nas residências e a organização dos processos de trabalho e de gestão das unidades básicas de saúde.

Referências

- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Ed Paz e Terra.
- Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, Petek D, Rurik I, Soler Jk, Stoffers He, Topsever P, Ungan M, & Van Royen P. (2009). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 1. Background and methodology. *Eur J Gen Pract*; 15(4):243-250 <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.29802019>.



Liaw, W., & Westfall, J. M. (October 2016). Primary Care Research Should Be Done in Primary Care Settings, *Academic Medicine*: - Volume 91 - Issue 10 - p 1329 doi: 10.1097/ACM.0000000000001337.

Shi, Leiyu. "The impact of primary care: a focused review." *Scientifica* vol. 2012 (2012): 432892. doi:10.6064/2012/432892.

Wenceslau, L. D.; Sarti, T. D., & Trindade, T. G. (abr. 2020). Reflexões e propostas para a estruturação de programas de Mestrado em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1281-1292. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401281&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 ago. 2020. Epub 06-Abr-2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.29802019>.

PERCEÇÃO DE VIDA, SAÚDE E ENVELHECIMENTO DE IDOSOS RESIDENTES EM UMA COMUNIDADE RURAL NA BAHIA - BRASIL

Glauciele do Amaral Souza
Jane Mary de Medeiros Guimarães
Lina Faria

Introdução

O prolongamento da expectativa de vida das populações tem gerado modificações não apenas no perfil demográfico no mundo, mas também na percepção da pessoa em relação à velhice, saúde, doença, finitude e suas relações com o processo de envelhecimento (Bezerra, Almeida, & Nóbrega-Therrien, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), esse processo reflete alterações de origem biológica, antropológica, social e cultural, devendo ser, segundo Freitas, Queiroz e Souza (2010, p. 408) "entendida como uma etapa do curso da vida na qual, em decorrência da avançada idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com o seu contexto social".

O envelhecimento é complexo não apenas em sua conceituação; se apresenta distinto nas diferentes culturas, no tempo e no espaço, redefinindo-se mediante as trajetórias construídas individual e coletivamente. O processo de envelhecimento apresenta singularidades de acordo com a classe social e as condições socioeconômicas e pode repercutir nos ciclos de vida de diferentes maneiras (Moreira & Nóbrega, 2008).

Nesse aspecto, o entendimento da velhice, considerando-se o aspecto biológico, não é suficiente para exprimir a percepção que o idoso tem de si, de sua vida e de seu processo de envelhecimento, sendo necessária ampla avaliação individual e coletiva sobre os valores e práticas que caracterizam as representações sociais e a percepção do indivíduo sobre o envelhecimento (Areosa & Freitas, 2018).

Faria e Castro Santos (2016) apontam para os significados que as representações sociais têm no processo de envelhecimento, entendendo que o meio onde o indivíduo está inserido, o compartilhar das características dessa

comunidade, os aspectos culturais e os recursos sociais disponíveis direcionam comportamentos e caracterizam as identidades pessoais e sociais.

De acordo com a literatura, populações idosas que vivem em áreas rurais envelhecem à semelhança daquelas em área urbana, contudo, os idosos moradores em áreas rurais possuem características peculiares que podem afetar positivamente a sua percepção da velhice, da saúde e da doença (Bertuzzi, Paskulin, & Morais (2012).

O IBGE (2010) define municípios rurais como sendo aqueles que possuem população entre 3.000 e 50.000 habitantes em área de ocupação densa, com grau de urbanização abaixo de 75%. Nesta diferenciação entre os espaços rurais e urbanos, tende-se a pensar apenas na causalidade gerada pelos processos de migração que ocorrem. Contudo, outros fatores estão relacionados à caracterização dos modos de viver, pensar e agir nestes espaços, interceptados pelas ligações urbano-rurais, representadas pela dinâmica das relações interpessoais, bens e serviços, trabalho e recursos naturais, tecnologia e informação, promovendo conexão e diferenças entre esses espaços.

Neste sentido, o processo de envelhecimento nos diferentes locais de moradia evidencia distinção na percepção (positiva ou negativa) acerca do envelhecimento e a influência que as vivências urbanas e rurais exercem no cotidiano dos idosos (Hespanhol, 2013).

Segundo Marmé (2015), na área rural há predomínio das relações com a natureza e com as atividades domésticas e agrícolas, pouca competitividade econômica e fortes laços familiares nas relações de trabalho e sustento. Entre as atividades de lazer, as festividades promovidas pela igreja são predominantes, além das visitas aos amigos, vizinhos e familiares.

Estudos mostram que muitos idosos são responsáveis pela manutenção da família e se encontram integrados à vida social e familiar. Coabitam e compartilham a residência com filhos (as) e netos (as). Essa característica é observada tanto entre famílias que residem nas áreas rurais quanto as que residem nas áreas urbanas; contudo, na área rural, a participação dos idosos nas despesas é maior. No meio rural, homens (acima de 60 anos) e mulheres (acima de 55 anos), que comprovem qualquer tipo de trabalho agrícola de sustento passam a ter acesso a uma aposentadoria no valor de um salário mínimo. Com esta receita adicional, o idoso também passa a ser ator importante na organização financeira do lar, já que

contribui mensalmente e de maneira significativa. Porém, mesmo que comecem a receber o benefício financeiro, muitos idosos continuam trabalhando, devido a gastos que vão além do valor recebido, como forma de complementar sua renda (Tavares, Teixeira, Wajnman & Loreto, 2011).

A família é importante fonte de apoio para o idoso residente em área rural. Bertuzzi *et al.* (2012) identificaram diversos arranjos familiares, com predomínio dos “trigeracionais”, ou seja, idosos, filhos e netos morando na mesma residência. Segundo Rosa e Areosa (2019) o envelhecimento carrega consigo alterações na estrutura familiar e isso se dá também pela participação do idoso na renda familiar. Dessa forma, tanto os idosos quanto os familiares que coabitam constroem relações de responsabilidade mútua, relações emocionais, de cuidado e também, financeiras (Missio & Portela, 2003).

Além dos laços familiares, estudos têm demonstrado que nas comunidades rurais os laços de afetividade entre vizinhos e amigos são mais sólidos e contribuem para melhoria da percepção de saúde. Segundo Tavares, Teixeira, Wajnman e Loreto (2011), as relações pessoais em comunidades rurais são determinadas por laços de afetividade e pertencimento com mais proximidade, portanto, entre vizinhos e parentes, indicando menos isolamento social.

Ainda segundo os autores, ambos os grupos (idosos residentes de área rural e residentes no meio urbano) avaliam a qualidade de vida positivamente, provavelmente por ser mensurada de maneira subjetiva, não tendo interferência quanto ao local de residência ou ambiente onde vivem. Contudo, os idosos residentes de área rural estabelecem relações sociais mais duradouras e desenvolvem menos problemas relacionados à saúde e às alterações funcionais e psicológicas.

As atividades sociais têm papel fundamental para melhoria da percepção de saúde física, emocional e mental no processo de envelhecimento. Em comunidades rurais, muitas dessas atividades são proporcionadas pelas igrejas locais, estabelecendo estreitamento de relacionamentos e convívio entre as famílias. O contexto religioso interfere na concepção que o idoso tem sobre saúde, envelhecimento, vida e finitude. Cabe destacar que a finitude na velhice se torna mais próxima e real. A morte de parentes e amigos remete imediatamente à própria morte. O reforço de práticas religiosas passa a ser mais evidente, sendo percebida por muitos como indispensável para evitar o isolamento social (Tonezer, 2015).

Sobre o contexto dos idosos do meio rural em Alcobaça, Bahia, buscou-se conhecer os significados e as simbologias atribuídos à velhice e à experiência de envelhecer para idosos moradores no município. O desejo de conhecer e refletir sobre a percepção dos idosos vislumbra-se na tentativa de melhorar o cuidado e planejar ações de assistência direcionadas a essa parcela populacional.

Neste sentido, o estudo buscou entender o contexto social e de saúde no qual vivem esses idosos e a percepção do que é ser idoso no contexto rural, com base nos modos de vida e subjetividades, considerando principalmente as representações sociais do envelhecimento em torno de um espaço de pertencimento e de identidade, que é o espaço onde essa população vive. Desta forma, com o objetivo de entender esse processo, além das relações dos idosos com seus familiares, com a comunidade e com o trabalho, o estudo foi norteado pela seguinte questão: O que é ser idoso no contexto rural?

Metodologia

O presente estudo se propôs a realizar uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e, com base nos procedimentos técnicos utilizados, a pesquisa se classifica como estudo de caso. Buscou-se entender o contexto social e cultural de uma população idosa residente na área rural do município de Alcobaça, no Estado da Bahia, por meio da discussão e análise crítica sobre as condições do processo de envelhecimento no meio rural e a percepção dos idosos sobre suas condições de saúde, vivências cotidianas, relacionamentos interpessoais e intergeracionais. Segundo Gil (2002), este tipo de trabalho tem como principal objetivo o aprimoramento de ideias e seu planejamento é bastante flexível, de modo a possibilitar a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Isto envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que têm relação com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão dos fatos.

O estudo foi realizado com idosos residentes em uma comunidade rural de São José, município de Alcobaça. A amostra foi constituída por 11 idosos, correspondendo à 7% da população de pessoas com idade superior ou igual a 60 anos da localidade, de ambos os sexos, sendo dois homens e nove mulheres,

cadastrados e acompanhados pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família, localizada na mesma comunidade. Os idosos foram selecionados por conveniência, mediante o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019 por meio de entrevistas realizadas em encontros com os idosos na unidade de saúde e, também, em suas residências, de modo que o ambiente familiar pudesse ser observado para melhor compreensão dos significados e das relações que o idoso estabelece com o meio rural. As respostas dos idosos foram gravadas em áudio e os encontros não contaram com a participação de cuidadores ou familiares.

A entrevista semiestruturada seguiu um roteiro de perguntas abertas e fechadas, como técnica qualitativa para descrever uma amostra e um cenário de cuidado — o sentido da velhice rural — privilegiando a percepção do idoso sobre condições de vida, saúde e envelhecimento, com base nos modos de vida e suas subjetividades (Strauss, 2008).

Após a coleta de dados, as respostas das entrevistas foram transcritas e, posteriormente, submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2016) para verificação das categorias e subcategorias referentes às vivências no meio rural presentes nos depoimentos. Na perspectiva da Análise de Conteúdo, o presente estudo buscou, por meio da codificação das categorias de análise, que se relacionam com as subcategorias, formar explicações sobre o fenômeno que se quer investigar — o sentido da velhice rural. Na codificação dos eixos analíticos buscou-se relacionar as categorias às subcategorias e entender como elas se entrecruzaram, na tentativa de responder às perguntas de pesquisa sobre o fenômeno analisado, ou seja, o problema. Num primeiro momento, identificou-se a variedade de condições, ações, interações e consequências associadas com o fenômeno e, em seguida, realizou-se o cruzamento das categorias e subcategorias.

Foram utilizadas também as análises hierárquicas descendentes, análises de similitude entre as palavras e a nuvem de palavras, que permitem a visualização da conexidade entre as palavras e identificam sua maior frequência e coocorrência no *corpus* por meio do software R, especificamente com o uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que se baseia na teoria dos grafos. Essa análise é

processada por indicadores estatísticos que apresentam uma árvore de palavras com ramificações fundamentadas nas relações que uma possui com a outra, permitindo a visualização da conexidade entre as palavras, na estrutura dos relatos e no agrupamento de um conjunto de palavras e suas conexões. (Camargo & Justo, 2013). Segundo Souza, Wall, Thyler, Lowen e Peres (2018) esse software é considerado uma ferramenta de processamento dos dados e não um método de pesquisa, mas pode ser utilizado como auxiliar no processo de tratamento de dados, contudo não substitui a análise profunda das falas e respostas realizada pelo pesquisador. Seus resultados se configuram como instrumentos de exploração, busca e associação em material de pesquisa.

Resultados

No presente estudo foram entrevistados 11 idosos com média de idade de 69,5 anos, sendo três do sexo masculino. Quanto ao estado civil, seis casados, dois viúvos, dois divorciados e um mantinha união estável. Ainda, dez eram aposentados, sendo que oito deles desenvolviam atividades e um trabalhava na agricultura como lavrador. Quanto à renda, variou em menos de um salário mínimo (um idoso), um salário (quatro idosos) e dois salários (seis idosos). Quanto à escolaridade, seis tinham o primeiro grau incompleto, um tinha o segundo grau incompleto e quatro eram analfabetos. Em relação à religião, sete se declararam católicos e quatro protestantes. A maioria dos idosos residia com mais uma pessoa; dois sozinhos e dois com mais de três pessoas na mesma casa. O número de cômodos da casa variou entre quatro e dez cômodos.

As análises das entrevistas identificaram quatro categorias. A categoria “Processo de envelhecimento e o idoso na comunidade rural” refere-se ao envelhecimento na área rural e suas peculiaridades. A partir dessa categoria identificaram-se as seguintes subcategorias: a) Aposentadoria e manutenção de atividade laborativa; b) Arranjos familiares; c) Inclusão do idoso na família e na comunidade e d) Experiência do envelhecimento no meio rural. A segunda categoria, “Percepção de Saúde”, refere-se ao entendimento sobre cuidados com a saúde e acesso aos serviços e identificou a subcategoria a) Percepção sobre o processo saúde/doença. A terceira categoria de análise, “Envelhecimento: ganhos e perdas”, refere-se à percepção que o idoso tem de

si e de sua velhice e destacaram-se as subcategorias: a) Significação social da velhice e b) Aspectos relevantes do envelhecimento. Finalmente, a quarta categoria, “Percepção sobre qualidade de vida”, refere-se às condições e estilos de vida e, a partir dessa categoria foram identificadas duas subcategorias: a) Conceituação de qualidade de vida e b) Percepção sobre qualidade de vida.

Partindo-se da análise qualitativa de dados textuais, foram localizadas 11 respostas. Na descrição dos resultados apresentados pelo IRAMUTEQ, as principais características da análise foram: 11 números de textos; 78 números de segmentos de textos; 2.598 números de formas distintas; 691 números de ocorrências; 10,5 frequência média das formas por segmentos; 4 números de classes; 403 retenção de segmentos de texto (58,32%).

De maneira geral, o *corpus* analisado no estudo é composto de 78 unidades de contexto inicial (UCI) e foi dividido em 47 unidades de contexto elementar (UCE), sendo retido para análise 73,4% do *corpus*.

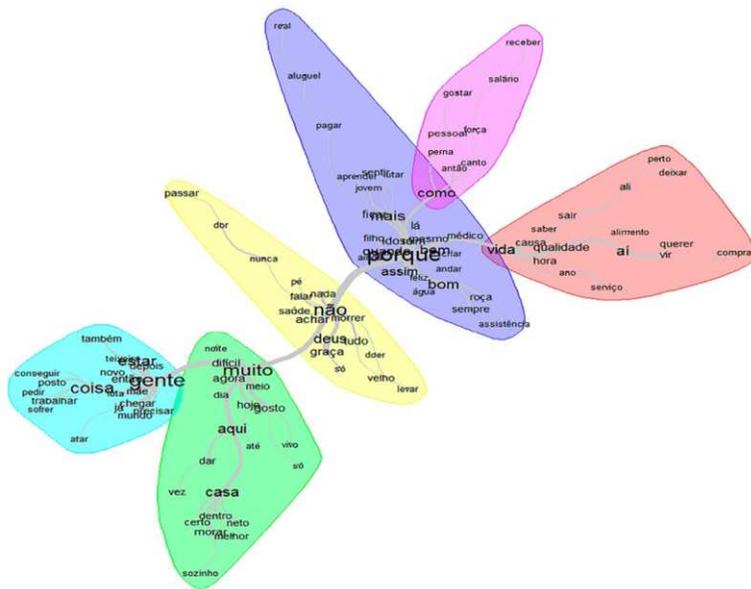
Da análise hierárquica descendente resultou a distribuição de classes ou contextos temáticos, a qual apresenta o primeiro subcorpus, composto pela classe 1 que se refere à “Percepção de saúde”. O outro subcorpus é composto pelas classes 2 e 3. A classe 2 refere-se à busca por um sentido existencial dos idosos, enquanto a classe 3 refere-se ao apego que os idosos têm pelo local onde residem (Alcobaça).

Pela “Análise de Similitude entre as Palavras” (figura 1) foi possível identificar a conexidade entre as palavras relatadas nas respostas dos participantes e colaborou com uma boa indicação da sua estrutura representada graficamente.

O estudo gerou um leque semântico de palavras mais frequentes nos textos, percebendo que os léxicos “porque”, “não”, “muito” e “gente” foram os que tiveram maior destaque, acompanhados por “coisa”, “Deus”, “aqui”, “casa”, “bom” e “vida”. Após uma análise geral desta árvore de similitude, foi possível inferir que as conexões entre laços afetivos e de pertencimento com o lugar onde moram estão associadas, além da percepção da qualidade de vida, à identidade dos idosos e às relações sociais que estabelecem com amigos, familiares e vizinhos que partilham determinadas particularidades do viver rural. Ademais, as palavras “Deus”, “gente”, “graça” e “velho” apareceram associadas, demonstrando que os idosos valorizam aspectos religiosos do viver local e, também, o impacto positivo da espiritualidade, em especial nas áreas rurais, em diferentes aspectos do envelhecimento.

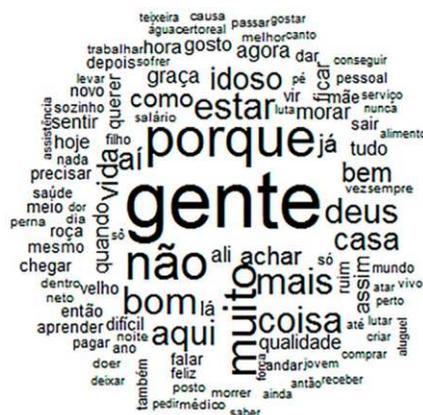
Na “Nuvem de Palavras” (figura 2) observou-se que a palavra “gente” aparece na fala dos participantes relacionada a si mesmo e ao outro. A velhice é percebida como boa, ressaltando a vinculação com os aspectos religiosos e com o convívio social.

Figura 1 — Análise de Similitude entre as Palavras



Fonte: As autoras.

Figura 2 — Nuvem de Palavras



Fonte: As autoras.

Referencial teórico e discussão

Conhecer as características sociodemográficas e as redes de apoio familiar de uma comunidade permite à equipe de saúde que a assiste adquirir maior conhecimento sobre suas especificidades e as demandas que mais preocupam e acometem aquela população, possibilitando eficiência de ações de promoção de saúde e fortalecimento de vínculos e laços de compromisso e responsabilidade no cuidado integral (Cabral, Oliveira, Vargas & Neves, 2010).

O presente estudo reforçou esta visão ao analisar as características sociodemográficas de uma população de idosos residentes na área rural, com predomínio de idosos casados (54,5%), que residem com companheiro/a (63,3%), com baixo nível de escolaridade sendo 36,4% de analfabetos ou com o primeiro grau incompleto (54,5%).

Diferentemente dos resultados do estudo de Bertuzzi et al (2012) que indicam a predominância de estrutura familiar intergeracional, o presente estudo mostrou que os arranjos familiares, na comunidade do São José são, na sua maioria, entre casais de idosos, prevalecendo a manutenção da estrutura familiar parietal ou com poucos familiares. Os autores identificam que, apesar de certo distanciamento físico entre os familiares, as relações familiares influenciam na rede de apoio ao idoso e com implicações na percepção de saúde e qualidade de vida. A maioria mantém fortes laços familiares com pessoas da família que moram em outras localidades ou próximas à sua casa. O êxodo rural da população jovem não foi percebido como algo negativo pelos idosos, ao contrário, entenderam como conquistas alcançadas pelos filhos e netos.

Estudos indicam que a satisfação com o local de moradia, o suporte familiar e a integração social influenciam positivamente na percepção de qualidade de vida e envelhecimento saudável. Isso sugere que idosos que estão satisfeitos com suas relações interpessoais e com as redes de suporte social apresentam melhor qualidade de vida (Ramos, 2003; Dias, Carvalho & Araújo, 2013).

O estudo de Veloso (2015) mostra a conexão entre os laços de solidariedade e modos de cuidado entre vizinhos e pessoas próximas nas comunidades rurais. Os dados do presente estudo também indicaram a relação interpessoal como característica marcante no espaço de convívio na área rural e revelou que os laços entre outras pessoas pertencentes à comunidade também estão relacionados

à percepção de qualidade de vida. A palavra “gente” está em posição central na caracterização da “Nuvem de Palavras” e está relacionada ao fato de como o idoso percebe a si mesmo e sua relação com o outro, ponto fundamental para a caracterização de sua identidade e pertencimento, expressas nas falas a seguir.

A gente chegou novo aqui e tá ficando velho. Que nem agora mesmo, eu estou com 81 anos. Cheguei aqui bem nova. Eu gosto, né. Gosto dos vizinho, de todos meu vizinho. Tem minha filha que mora ali. Tem dia, quase todo dia, elas vem me visitar. Essa vizinha daqui e de cá. Vem cá sempre me dar bom dia (R7R).

Apesar do idoso que reside em comunidade rural manter, por mais tempo, as atividades laborativas como os trabalhos em horta e o cuidado de animais²⁷, a aposentadoria é o principal provento para manutenção do custeio e subsistência da casa. Além disso, Jardim, Medeiros & Brito (2006) evidenciam a importância da independência financeira como fator positivo na velhice, auxiliando na redefinição dos papéis sociais do idoso. As atividades laborativas têm pouca influência no total da renda familiar, contudo, impactam positivamente na percepção de boa condição física e de renovação da saúde. No presente estudo, identificou-se a predominância da renda de um salário mínimo e apenas um idoso não possuía aposentadoria, mas recebia auxílio doença. As palavras “trabalhar”, presente na classe 1, e “serviço” na classe 4, juntamente com a descrição das falas a seguir, expressaram à manutenção das atividades laborativas na velhice, a influência na renda familiar, assim como a percepção de bem-estar, saúde e qualidade.

Eu sou aposentado, mas mantenho a profissão de lavrador o dia que eu posso. A idade não me permite mais... quando a agente vende, tenho uma rendazinha com a criação e, de vez em quando, com o gado (E1RR).

Minha profissão é doméstica mesmo. A gente trabalha é zona rural... E continua até hoje ainda trabaiano. Eu, ainda agorinha, tava na roça (R8R).

Da mesma maneira, Bertuzzi *et al* (2012) enfatizam que, para a população idosa residente da área rural a ausência da manutenção das atividades laborativas e das relações cotidianas com seus pares podem contribuir para o adoecimento e sentimento de perda de suas capacidades funcional, cognitiva e afetiva.

Muitos idosos têm forte relação com o lugar onde residem. A sensação de pertencimento e de identificação com o local de moradia influencia na percepção de envelhecimento bem-sucedido. Além disso, contribui para manutenção das atividades relacionadas ao cultivo da terra, às experiências da vida e o contato íntimo com sua própria história familiar (Tonezer, Trzcinsk & Dalmagro, 2017).

Nas falas abaixo ficou evidente que a história pessoal e familiar agrega valor para aumento da afetividade com o local de residência e com os laços culturais, definindo assim sua identidade cultural.

Eu gosto de envelhecer aqui. Porque fui criado aqui, na redondeza. Foi onde meu pai e minha mãe me criaram...Meu pai morreu aqui mesmo (R6R).

Pra mim é bom porque eu nasci aqui em Alcobaça. Nasci, criei, casei, ganhei os filho (filhos), tem neto e bisneto. Posso dizer que é bom, né (R10R).

O estudo de Farias e Santos (2012) chama atenção para o impacto da religiosidade entre a população idosa residente em área rural e como as crenças pessoais dão maior significado às vidas desses idosos e influenciam o envelhecimento bem-sucedido. No presente estudo, identificou-se significativa influência da religiosidade no cotidiano dos idosos entrevistados; todos eram religiosos e a maioria se declarou praticante da religião católica (63,6%).

Quando aos questionados sobre atividades de lazer, boa parte dos idosos correlacionou as atividades religiosas como a única forma de divertimento e socialização entre os moradores de São José. A religiosidade também auxilia no enfrentamento de problemas relacionados à saúde, cooperando com a percepção de satisfação (Dias, Carvalho & Araújo, 2013):

Eu vou à missa, né. No domingo tem culto. As vezes tem no sábado o terço e agente também vai. E quando a gente tem alguma coisa (celebração, festa da padroeira) a gente tá junto... (R3R).

A gente faz a festa da igreja sempre e é muito alegre. Sempre tem o grupo da igreja. Fizemos a semana da família e comemoramos nas casas... Muita alegria... Eu gosto muito. (R4R).

Os autores também identificam que a percepção de saúde e qualidade de vida do idoso sofre, portanto, influência das crenças que o idoso preserva. Neste estudo o sentido de ser idoso e a satisfação com a velhice se correlacionaram com a determinação e influência da divindade, expressas na análise de similitude de palavras e nas falas dos idosos.

Eu tô satisfeita porque a gente só tem aquilo, a gente só aguenta carregar aquilo que Deus nos dá... Ele tá me ajudando a carregar. Aquilo que eu vejo que num tô aguentano, eu confio... É dessa maneira (R2R).

Cabe destacar que, idosos que residem em área rural também podem apresentar singularidades que interferem negativamente sua vida e saúde. A baixa escolaridade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em função das distâncias geográficas e tempo necessários para os deslocamentos, são preditores de baixa qualidade de vida. Estes fatores têm impactos diferentes sobre pessoas que residem na área rural e urbana (Tavares, Arduini, Martins, Dias & Ferreira, 2015; Garbaccio, Tonaco, Estêvão, Barcelos, 2018). A fala a seguir evidencia a dificuldade de acesso aos cuidados à saúde na ausência de médico na Unidade de Saúde da Família, dificultando o acesso aos serviços de saúde, diante do deslocamento desnecessário das pessoas. Este fato ratifica os itens básicos do dia a dia representadas na classe 1 do dendograma cujas palavras evidenciadas, dentre outras, foram: “médico” e “posto”. Essas características são relevantes para a percepção de envelhecimento bem-sucedido quanto ao acesso aos cuidados adequados à saúde.

Eu, gosto assim... Agora não é muito bom porque sempre falta as coisas. Principalmente agora, nessa idade, tem aquela história quanto tem médicos no posto, tudo bem! É bem servido. Mas, se de repente, precisa tirar pra fora (sair) de transporte, qualquer coisa, não tinha. Eu tenho que ir à Teixeira buscar. Se, as vezes, a gente precisa ir em Alcobaça, a gente precisa pegar um lotação porque ônibus, para na rodoviária, e a gente não tem condição de acabar de chegar até lá de pé. Daí a dificuldade pra gente (R2R).

A literatura de modo geral indica que as políticas públicas voltadas para pessoas idosas não acompanham o processo de envelhecimento da população brasileira. Pouca atenção é dada às necessidades dessa população. Há ineficiência

de serviços de saúde e de políticas públicas principalmente no meio rural, onde o acesso aos serviços de saúde, é precário e, em alguns municípios, os serviços são inexistentes (Alcântara, 2002; Silva, Portela, Medeiros, Cavaltante & Costa, 2018). O testemunho a seguir expressa a dimensão de percepção de saúde frente às dificuldades encontradas.

Precisa melhorar, sim. Principalmente na parte da limpeza da cidade... assistência na cidade. As ruas muito escura, cheia de buraco. Às vezes, a gente tá andando no meio da rua, como eu já manco com a perna, a bengala tá tropeçando e tá caindo no meio da rua. E tudo isso fica horrível pra gente, né. [...]. Se quer comprar alguma coisa mais em conta tem que sair fora também... Muitas coisas falta aqui no São José. E a assistência, assistência política. Tem esse lado também. De estar olhando o que precisa, aquela coisa. É muito difícil pra gente. A gente não recebe visita de ninguém. A gente só vê um político quando eles precisa (R2R).

Alguns idosos que residiram em áreas urbanas estabelecem comparações entre o meio rural e urbano quando o tema é a violência, outro aspecto de grande relevância para manutenção de qualidade de vida na área rural (Motta, 2002). A violência urbana está relacionada à multiplicidade de fatores relacionados aos modos e estilo de vida nas grandes cidades e se manifestam de várias formas, por meio de abusos, maus-tratos, negligência e discriminações, além de agressões físicas. A população idosa é uma das mais atingidas por atos violentos em função de suas vulnerabilidades e fragilidades. Para Santana, Coutinho, Vasconcelos & Coutinho (2015) a violência também se manifesta por meio do desrespeito em transportes público, precarização das aposentadorias e falhas do poder público na execução de programas e políticas de proteção específicas para essa população.

Segundo Motta (2002), as percepções dos idosos refletem a construção de sua identidade. A ambivalência existente entre o corpo envelhecido e o seu funcionamento não reflete a representação que a idade representa para o idoso e para a sociedade. Neste estudo, alguns idosos entrevistados correlacionaram identidade com longevidade. Contudo, outros relatos não indicam relação entre velhice e idade cronológica. Para muitos, o envelhecimento é considerado sinônimo de amadurecimento:

Idoso, quem que é idoso? Eu num sinto idosa. Me sinto amadurecida, aprendi muito. Cada dia eu aprendo mais. Aprendi a entender as pessoas. Que nós, quando era jovem, era muito mal criada. Aprendi a suportar certas coisas na dificuldade... Então, pra mim, não sou idosa. Eu sou aprendiz. Aprendiz de idoso, vou aprendendo mais (R9R).

Idoso? Ter mais idade? Eu tiro por mim. Porque eu estou com 60 anos e sinto que eu estou novo ainda. (R6R)

Cótica (2011) afirma que o envelhecimento possibilita aos indivíduos a aquisição de sabedoria, experiências, vivências, sobriedade, austeridade, de modo que também propicia o amadurecimento da pessoa. O termo “amadurecer” é bastante utilizado pelos idosos e significa a sucessão de mudanças ocorridas no organismo e a conquista de papéis sociais e de comportamentos considerados próprios da pessoa mais velha. (Neri, 2001).

Conclusão

O tipo de vida adotado pela pessoa idosa afeta diretamente o seu processo de envelhecimento, bem como, os fatores sociais, econômicos, culturais e biológicos ao longo da vida. Esses fatores têm impactos diferentes sobre pessoas da zona rural e da zona urbana e irão influenciar na saúde, na qualidade de vida e no acesso aos serviços de saúde.

O estudo descreveu a percepção social do processo de envelhecimento e as experiências e vivências no contexto da comunidade rural de São José, município de Alcobaça. As particularidades dessa comunidade, o cotidiano, a construção das identidades, relações familiares e sociais que interferem diretamente na percepção que o idoso tem de si e de sua saúde.

Concluiu-se que o envelhecimento na comunidade rural de São José identifica aspectos negativos sobre o lugar, caracterizada pela dificuldade de acesso aos serviços básicos e de saúde, contudo, os idosos ainda preferem desfrutar da velhice no ambiente rural, caracterizado como ambiente de identidade e pertencimento.

A representação social sobre o envelhecimento tem conotação positiva para muitos idosos moradores dessa área rural remetendo à convivência social, familiar e religiosa como pontos centrais nesta representatividade. Conhecer as

condições de saúde, as vivências cotidianas e percepção sobre a velhice de idosos residentes na comunidade rural de São José, assistida por uma equipe da ESF, possibilita melhoria nas práticas assistenciais, bem como a formulação de políticas públicas voltadas para o bem-estar social.

Referências

- Alcântara, A. O. (2002). Envelhecer no contexto rural: a vida depois do aposento. In Alcântara, A. O., Camarano, A. A., & Giacomini, K. (Org.). Política Nacional dos Idosos: Velhas e Novas Questões (pp. 323-342). Rio de Janeiro: Ipea.
- Areosa, S. V. C., & Freitas, C. D. R. (2018). Representações sociais de idosos e condições de vida no meio rural. *Revista Ciências Humanas — Educação e Desenvolvimento Humano (Unitau)*, 11(2), pp. 71 – 82. Recuperado em 23 abril, 2019, de <https://doi.org/10.32813/rchv11n22018artigo6>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (1a ed., Reto L. A., Trad.). São Paulo: Pinheiro. (Obra original publicada em 1977).
- Bertuzzi, D., Paskulin, L. G. M., & Morais, E. P. (2012). Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(1), pp. 158-166. Recuperado em 21 dezembro, 2019, de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100018>.
- Bezerra, F. C., Almeida, M. I., & Nóbrega-Therrien, S. M. (2012). Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), pp. 155-167. Recuperado em 18 julho, 2019, de doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000100017>.
- Cabral, S. O. L., Oliveira, C. C. C., Vargas, M. M., & Neves, A. C. S. (2010). Condições de ambiente e saúde em idosos residentes em zonas rurais e urbanas em um município da região Nordeste. *Geriatr Gerontol Aging*, 4(2), pp. 76-84. Recuperado em 23 abril, 2019 de file:///C:/Users/User/Downloads/v4n2a05%20(2).pdf.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol (Ribeirão Preto)*, 21(2), pp. 513-518. Recuperado em 23 abril, 2019, de <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
- Cótica, C. S. (2011). *Percepção de Envelhecimento e Finitude no Final da vida Adulta Tardia: um estudo num grupo da melhor idade*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Disponível em <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v5n4a05.pdf>.
- Dias, D. S. G., Carvalho, C. S., & Araújo, C. V. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol (Rio de Janeiro)*, 16(1), pp. 127-138. Recuperado em 24 abril, 2019 de <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100013>.
- Faria, L., & Castro-Santos, L. A. (2016). Sense of coherence: o sentido de coerência nos caminhos do envelhecimento. In: Faria, L., Calábria, L., Alvez, W. (Ed. 1), *Envelhecimento um olhar interdisciplinar* (pp. 19-42). São Paulo: Hucitec.
- Farias, R. G., & Santos, S. M. A. (2012). Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto contexto – enferm (Florianópolis)*, 21(1), pp. 167-176. Recuperado em 8 abril, 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100019>.
- Freitas, M. C., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. V. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev. Esc. Enferm*, 44(2), pp.407-412. Recuperado em 31 março, 2019,

- de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200024&lng=en&nrm=iso.
- Garbaccio, J. L., Tonaco, L. A. B., Estêvão, W. G., & Barcelos, B. J. (2018). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos em áreas rurais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (Supl. 2), pp.724-732. Recuperado em 8 abril, 2019 de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>.
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Hespanhol, R. A. M. (2013). Campo e cidade, rural e urbano no Brasil contemporâneo. *Mercator*, 12(2), pp. 103-112. Recuperado em 30 março, 2020, de <file:///C:/Users/User/Downloads/1177-1-4745-3-10-20131022.pdf>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE (2010). *Características urbanísticas do entorno dos domicílios*. Rio de Janeiro. Recuperado em 03 de dezembro, 2019, de https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/96/cd_2010_entorno_domicilios.pdf.
- Jardim, V. C. F. S., Medeiros, B. F., & Brito, A. M. (2006). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Rev Bras Geriatr Gerontol* (Rio de Janeiro), 9(2), pp. 25-34. Recuperado em 24 julho, 2020 de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100019>.
- Marmé, S. M. R. R. (2015). *O idoso no contexto rural: um exemplo de Penela*. Dissertação inédita de mestrado. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível: <http://hdl.handle.net/10316/30172>.
- Missio, M., & Portella, M. R. (2003). Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. *Boletim da saúde*, 17(2), pp. 25-36. Recuperado em 09 janeiro, 2020 de http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140521085734v17n2_06atencaoidosos.pdf.
- Moreira, V., & Nogueira, F. N. N. (2008). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicologia USP*, 19(1), pp. 59-79. Recuperado em 09 abril, 2020, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000100009>.
- Motta, A. B. (2002). Envelhecimento e sentimento do corpo. In Minayo, M. C. S., Coimbra, J. C.E.A. (Org.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* [online] (pp. 37-49). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Neri, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento (2001). In A. L. Neri (Org.). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais* (pp.11-52). Campinas: Papyrus.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Recuperado em 23 de abril, 2018, de <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
- Ramos L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), pp. 793-797. Recuperado em 9 fevereiro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>.
- Rosa, D. L. F.; Areosa, S. V. C. Caracterização socioeconômica de idosos residentes do meio rural. Santa Cruz do Sul. *Revista Jovens Pesquisadores*, 9(1), pp. 81-91. Recuperado em 25 de julho, 2020, de <https://dx.doi.org/10.17058/rjp.v9i1.13332>.
- Santana, I. O., Coutinho, M. P. L., Vasconcelos, D. C., & Coutinho, M. L. (2015). Representações sociais sobre violência urbana: um estudo no contexto do envelhecimento. *Revista Kairós Gerontologia* (São Paulo), 18(4), pp. 247-268. Recuperado em 30 março, 2019 de <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i4p247-268>.
- Silva, E. M., Portela, R. A., Medeiros, A. L. de F., Cavalcante, M. C. W., & Costa, R. T. de A. (2018). Os desafios no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família em área rural: Revisão Integrativa. *Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 14(28), pp. 1 — 12. Recuperado em 15 abril, 2019 de <https://doi.org/10.14393/Hygeia142801>.
- Souza, M. A. R. de, Wall, M. L., Thuler, A. C. de M. C., Lowen, I. M. V., & Peres, A. M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03353. Recuperado em 8 abril, 2018, de <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>.
- Strauss, A. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamental* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida* (Dissertação inédita de mestrado) Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Tavares, D. M. dos S., Arduini, G. O., Martins, N. P. F., Dias, F. A., & Ferreira, L. A. (2015). Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(3), pp. 21-27. Recuperado em 24 abril, 2019 de <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.45470>.
- Tavares, V. O., Teixeira, K. M. D., Wajnman, S., & Loreto, M. D. S. (2011). Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. *Textos & Contextos*, 10(1), pp. 94-108. Recuperado em 30 janeiro, 2019, de <http://www.oalib.com/paper/2255808#.XwaMDihKjIU>.
- Tonezer, C., Trzcinsk, C., & Dalmagro M. (2017). As vulnerabilidades da velhice rural: um estudo de casos múltiplos no Rio Grande do Sul. *Desenvolvimento em Questão*, 15(40), pp. 7-38. Recuperado em 21 dezembro, 2019, de <http://dx.doi.org/10.21527/2237-6453.2017.40.7-38>.

OBSTÁCULOS À DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER POR PARCEIRO ÍNTIMO NA PRÁTICA MÉDICA

Paula Rafaela Pegorer Geromini
Antonio de Padua Pithon Cyrino
Dinair Ferreira Machado

Introdução

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, dado os potenciais anos de vida perdidos, a morbimortalidade, os danos físicos e mentais. Contudo, ainda há invisibilidade do problema nos serviços de saúde, especialmente nos de Atenção Primária à Saúde (APS) (Schraiber, 2001; Kiss & Schraiber, 2011).

A violência praticada contra a mulher por parceiro íntimo (VCMPI) é entendida como qualquer ato que cause dano físico, sexual ou psicológico dentro de uma relação íntima. No Brasil, em 2006, foi instituída a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) que incorporou a VCMPI no âmbito da violência doméstica, tornando a prática crime e prevendo punição ao agressor (Câmara dos Deputados, 2006).

Em estudo multipaíses sobre a violência doméstica contra a mulher foram identificados entre 6% e 59% de relatos de mulheres que foram vítimas de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo no decorrer de suas vidas (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2005). No Brasil, a proporção de mulheres (entre 15 e 49 anos) agredidas por seus parceiros em algum momento de sua vida foi de 27%, na cidade de São Paulo e 34% em cidades da Zona da Mata de Pernambuco e, respectivamente, de 8% e 13%, quando a ocorrência se referiu aos últimos 12 meses (Mathias, Bedone, Osis & Fernandes, 2013).

As mulheres que sofrem algum tipo de violência estão mais propensas a desenvolver transtornos mentais comuns, depressão, tentativas de suicídio, síndrome do pânico, transtorno do estresse pós-traumático, distúrbios do sono e alimentares, comportamentos de risco como uso abusivo de álcool e outras drogas, doenças ginecológicas, maior risco de contrair HIV e DSTs, sentimentos

de baixa autoestima, solidão, comprometimento da sexualidade feminina, doenças crônicas como câncer, diabetes e acidentes vasculares, além das injúrias físicas imediatas (Mendonça & Ludermit, 2017; Silva & Oliveira, 2015).

Em decorrência destes desfechos, as mulheres em situação de violência passam a usuárias assíduas dos serviços de saúde, em especial os de APS apresentado queixa de insônia, estresse, ansiedade, tristeza, desânimo que são automaticamente destacadas como de saúde mental e tratadas sintomaticamente por meio da prescrição de psicotrópicos. Tal contexto impede o enfrentamento da causa da violência e ao mesmo tempo a torna invisível nos serviços de saúde dificultando assim o diagnóstico e detecção da VCMPI (Mendonça & Ludermit, 2017; Saletti-Cuesta, Aizenberg & Ricci-Cabello, 2018; Machado, McLellan, Murta-Nascimento, Castanheira & Almeida, 2016).

Esta situação pode ser explicada pela ótica da naturalização que profissionais e vítimas imprimem às situações de violência por parceiro íntimo, vivenciadas pelas mulheres. Dado o caráter sociocultural da VCMPI e a perspectiva medicocentrada que ainda prevalece nos serviços de APS, tanto as usuárias como os profissionais muitas vezes não reconhecem situações de agressão às mulheres como sendo um ato violento e reconhecem menos ainda, os serviços de saúde como espaços de enfrentamento e auxílio das vítimas (Mathias *et al.*, 2013; Machado *et al.*, 2016; Organização Mundial da Saúde, 2015).

Este cenário desencadeia outros fatores que impedem e/ou dificultam o diagnóstico e a detecção da VCPMI nos serviços de APS, como: a falta de capacitação dos profissionais de saúde para uma abordagem ampliada que vá além dos sintomas físicos e das queixas imediatas; o não reconhecimento da violência como um problema de saúde pública pelos profissionais de saúde; e a crença de que este tipo de violência deve ser resolvida na esfera íntima (Pedrosa & Spink, 2011; Pedrosa & Zanello, 2014; D'Oliveira, Schraiber, Hanada, & Durand, 2009).

Além disso, diferentes estudos apontam a medicalização do corpo e dos sintomas sob a perspectiva biomédica, clínica e pontual, como um dos principais obstáculos à detecção da VCMPI na prática médica. Esta abordagem limita a construção do nexos causal entre os sintomas, o adoecimento, as condições sociais e a violência contra a mulher. Portanto, uma assistência que reduz essa questão às manifestações do corpo e desconsidera a estrutura social, cultural e de gênero

limita sobremaneira as possibilidades de detecção da violência contra a mulher (Machado *et al.*, 2016; D’Oliveira *et al.*, 2009).

Uma das propostas para estruturar a abordagem deste tema e proceder ao acolhimento mais direcionado da VCMPI, consiste na utilização de uma tecnologia de atendimento para identificação de casos de violência contra mulher por parceiro íntimo, o qual foi denominado pelas idealizadoras como Protocolo de Orientação para Conflitos Familiares Difíceis (CONFAD) que constitui numa tecnologia de acolhimento e escuta em saúde que fomenta o reconhecimento do problema, sua abordagem e a orientação da vítima (Schraiber & D’Oliveira, 2003).

É importante destacar que a experiência aqui apresentada envolveu todas as dimensões propostas no CONFAD, que vão além do diagnóstico e detecção da violência e incorporam o trabalho intersetorial e em equipe. Dada a dificuldade de diagnóstico e detecção deste fenômeno por médicos, como já apontado pela literatura (Machado *et al.*, 2016; D’Oliveira *et al.*, 2009), este artigo sistematiza e analisa a experiência com ênfase no reconhecimento dos obstáculos à detecção da VCMPI na consulta médica.

Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa que teve como orientação metodológica a sistematização de experiência, a qual possibilita ao profissional, que também é ator da pesquisa, repensar sua prática e responder a novas situações de modo reflexivo, permitindo a construção de um novo conhecimento integrado e coerente com os saberes prévios. A experiência, objeto do estudo, possibilita a construção do conhecimento prático por meio de sua sistematização ao possibilitar a organização e fundamentação dos saberes adquiridos durante a prática, de modo a enriquecer o saber teórico que também o embasa (Bernechea, González, & Morgan, 2009).

O método requer um diagnóstico situacional que traga à tona os problemas da realidade na qual se pretende intervir, bem como objetivos claros para caracterizar o caminho a ser percorrido durante o processo de intervenção (Bernechea *et al.*, 2009). Nesse sentido, a primeira etapa da experiência desenvolvida foi a sensibilização da equipe da unidade de saúde da família (USF), campo deste estudo, sobre o problema da violência contra a mulher por parceiro íntimo (VCMPI) e da necessidade de acolhimento dessas mulheres.¹

¹ O trabalho de sensibilização foi realizado por profissionais — enfermeira, psicóloga e médica — da própria equipe.

A USF também desenvolveu nos últimos anos um trabalho de sensibilização da comunidade em equipamentos sociais e empresas da região acerca do problema da VCMPI. Ao final desses encontros, ofertava-se um cartão com a frase “preciso conversar”, como forma de estimular a busca por atendimento sigiloso na USF. Ao dirigirem-se a USF com este cartão, o profissional da recepção, imediatamente e sem questionar o usuário, encaminhava para a enfermeira, psicóloga, ou médica para acolhimento ou atendimento.

Neste estudo foi sistematizada a experiência de atendimentos médicos realizado com mulheres, por meio da incorporação do Instrumento Conflitos Familiares Difíceis (CONFAD) nas consultas médicas. Como comentamos acima, o CONFAD é um instrumento de escuta qualificada que visa potencializar a detecção da violência contra mulher por parceiro íntimo, com a finalidade de produzir análise reflexiva sobre esta técnica, enriquecendo a prática médica e os conceitos teóricos sobre o tema (Schraiber & D’Oliveira, 2003).

A experiência aqui estudada desenvolveu-se em USF do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma população adscrita de 5.300 pessoas, localizada em região de maior vulnerabilidade econômica e social de município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo, Brasil.

A experiência estudada realizou-se mediante o atendimento a mulheres por médica de família², primeira autora desse artigo, que incorporou o uso do CONFAD a suas consultas (Schraiber & D’Oliveira, 2003).

O CONFAD foi aplicado durante consultas médicas de rotina ou eventual a todas às mulheres maiores de 18 anos que apresentaram sinais e/ou sintomas sugestivos de violência, conforme indicado pela literatura, como por exemplo: transtornos crônicos, vagos e repetitivos; entrada tardia no pré-natal; infecção urinária de repetição; dor pélvica crônica; sintomas de ansiedade e depressão; lesões físicas que não se explicam de forma adequada; transtornos de sexualidade; complicações em gestações anteriores, abortos de repetição; história de tentativa de suicídio e síndrome do intestino irritável (Silva & Oliveira, 2015; Saletti-Cuesta *et al.*, 2018; Machado *et al.*, 2016; Pedrosa & Zanello, 2014; D’Oliveira *et al.*, 2009).

Mediante a aplicação destes critérios, no período de oito meses (novembro de 2017 a junho de 2018), foram diagnosticadas 16 mulheres em situação de

² Cabe observar que a médica de família participou de curso de especialização sobre os “impactos da violência na saúde” durante parte do período de desenvolvimento dessa experiência.

violência por parceiro íntimo. Por fim, o estudo foi realizado com 12 mulheres, pois quatro foram excluídas: duas que não retornaram para seguimento e duas que não aceitaram participar do estudo.

Para qualificar o processo de sistematização e análise dessa experiência registraram-se os diálogos dos encontros clínicos, em caderno de campo, durante ou logo após as consultas de todas as mulheres em que houve a suspeita de violência doméstica. O diário de campo, por sua vez, foi elaborado a partir dos registros do caderno de campo, no mesmo dia ou nos dias subsequentes. O olhar e o ouvir foram os primeiros elementos utilizados de forma disciplinada e contextualizada para produção do diário de campo (Oliveira, 1996). O escrever representou a etapa final, fora do consultório, na qual a textualização da experiência se fez mediante a interpretação dos dados produzidos, apoiados pela bibliografia (Oliveira, 1996).

Todo material produzido por meio do CONFAD e do diário de campo foi organizado em subtemas para melhor sistematizar a experiência por meio da análise temática de conteúdo (Bardin, 2009).

Os registros do roteiro, do caderno e diário de campo não foram incluídos nos prontuários das participantes e não foram arquivados na USF para preservar o sigilo das informações produzidas. Os nomes das mulheres e alguns detalhes de suas histórias também foram alterados, visando à preservação de suas identidades.

Esta investigação seguiu todos os preceitos éticos com anuência dos participantes em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (processo nº 77927517.7.0000.5411).

Após análise minuciosa do que foi produzido por meio da aplicação do CONFAD e do diário de campo foi possível identificar dois eixos temáticos, que são Abrindo as portas para questões sensíveis: A consulta médica com o CONFAD e Obstáculos ao diagnóstico da violência doméstica na prática clínica na APS.

Abrindo as portas para questões sensíveis³: A consulta médica com o CONFAD⁴

Quando o assunto é detecção de violência contra a mulher por parceiro íntimo, é importante abordar alguns conceitos para melhor contextualizar a problemática. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Presidência da República, 2011) define os tipos de violência contra as mulheres de acordo com o que preconiza a *Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006* (2006), intitulada Lei Maria da Penha (Câmara dos Deputados, 2006), que define a violência doméstica, como:

[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Além disso, destaca cinco tipos de violência que se enquadram na violência doméstica: 1) violência física: entendida como qualquer conduta que atinja a saúde corporal podendo deixar sequelas física e/ou levar a morte; 2) violência psicológica: qualquer situação que cause dano emocional como baixa autoestima, controle emocional por meio de humilhação, xingamento, manipulação, chantagens, limitação da autonomia, isolamento, perseguição, entre outros; 3) violência sexual: qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto; 4) violência patrimonial: conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; e 5) a violência moral: entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Presidência da República, 2011; Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, 2006).

³ O sensível aqui é usado no sentido de “propenso a participar das dores alheias” (Caldas Aulete, n.d.).

⁴ Usa-se neste tópico a primeira pessoa do singular para marcar o caráter pessoal dessa experiência de atenção às mulheres realizada pela primeira autora.

É importante ressaltar que a violência contra a mulher, por ter um caráter sociocultural, se apresenta de diferentes maneiras e com distintas complexidades, especialmente nos consultórios médicos, onde se busca tratamento para um sintoma ou adoecimento.

No Estado de São Paulo, as prevalências dos tipos de violência praticadas por parceiro íntimo durante a vida entre mulheres usuárias de unidades básicas de saúde foram de 53,8% para psicológica, 32,2% para física e 12,4% para a sexual (Machado *et al.*, 2018; Mathias *et al.*, 2013).

É a violência psicológica que mais acompanha as outras formas de violência, física ou sexual, detectadas em relatos de mulheres num estudo de base populacional brasileiro, assim como a maior taxa de ocorrência exclusiva (Schraiber, 2001; Mendonça & Ludermir, 2017; Pedrosa & Zanello, 2014). Esta forma de violência pode provocar o isolamento social da vítima, dificultando a busca por instituições que possam lhe ajudar. Muitas vezes, também resultado do próprio comportamento controlador do parceiro, com proibições de sair de casa ou visitar parentes, o que contribui para o desenvolvimento ou piora de quadros depressivos. Este isolamento pode também ter como motivo a vergonha e o medo de outras atitudes violentas dos companheiros (Albuquerque, Moura, Araujo, Souza & Silva, 2017).

Onze e meia: Sara⁵ entrou no consultório com os olhos inchados de tanto chorar e em companhia de sua prima. [...] Perguntei: o que está acontecendo? Ela simplesmente olhou para a prima e disse: “eu não sei explicar”. Larguei a caneta ao perceber que a consulta iria demandar certo tempo para que eu pudesse entender o caso. Ela não conseguia se expressar, só olhava pra mim, chorava e dizia que não conseguia conversar com as pessoas por causa de um sentimento ruim.⁶

A epígrafe acima expressa bem a sutileza das situações vivenciadas no consultório, sendo possível reconhecer em que medida a aplicação do instrumento CONFAD contribuiu para que tais situações pudessem “abrir a porta” para a detecção de situações de violência perpetrada por parceiro íntimo.

Para relacionar a demanda trazida com a etapa “suspeitando do problema” — preconizada pelo instrumento CONFAD — foi importante descrever os motivos pelos

5 Todos os nomes das participantes deste estudo foram substituídos para preservar a identidade delas.

6 Trecho extraído do diário de campo.

quais as mulheres procuraram a unidade de saúde (Schraiber & D’Oliveira, 2003). Por exemplo, em algumas consultas as queixas e os sintomas iniciais — choro fácil, dificuldade para dormir, irritabilidade, nervosismo, ideação suicida, baixa autoestima — foram sugestivos de quadro depressivo ou de ansiedade, mas quando a conversa foi aprofundada a violência provocada por parceiro íntimo se desvelava.

Sara apresentava choro fácil no momento da consulta e precisou que uma acompanhante lhe acompanhasse até a USF. Sua história é representativa do que reconhecemos na etapa “suspeitando do problema” dado os sintomas depressivos e a história anterior de tentativa de suicídio, relatada pela acompanhante. Todavia, o diagnóstico de violência não foi feito pelo questionamento direto, mas, ao responder sobre o tempo de manifestação dos sintomas, relatou brigas frequentes com seu companheiro e a agressão sofrida em uma dessas discussões.

Já Adriele deixou evidente sua ansiedade ao solicitar sem rodeios um medicamento para dormir. O diagnóstico se fez imediatamente após ser questionada sobre o motivo da insônia: “Estou sendo ameaçada de morte pelo meu ex” [marido].

O mesmo ocorreu com Maria, que chegou com uma queixa de dor nos joelhos e, como seu médico estava de férias, me falou:

Eu queria te contar uma coisa que não falo pro outro doutor porque tenho vergonha e medo dele me achar louca. Estou estranha já faz um tempo doutora. Eu me olho no espelho e tenho me achado muito gorda e feia, choro toda hora, estou muito irritada com as pessoas e às vezes com vontade de me matar. Nem durmo!

Os motivos que Maria apontou como desencadeadores dos sintomas depressivos foram a morte do pai, a traição e as ameaças do marido: “Ele me disse que se eu largasse dele ninguém ia querer uma mulher assim feia como eu. Nossa isso ficou pra sempre na minha cabeça. Não consigo esquecer”.

Com Raquel, a investigação da situação de violência ocorreu com o questionamento direto sobre o problema, mas ela precisou sinalizá-lo antes. Ao final da consulta, de cabeça baixa preenchendo papéis, escuto: “E ainda tem o namorado pra ajudar...”. A primeira coisa que me passou na cabeça foi tratar-se de mais um caso de violência doméstica e lhe perguntei: “Como assim? Ele tem brigado com você?” e a resposta foi positiva.

A identificação das situações de violência nestes quatro primeiros casos foi realizada de forma indireta a partir da investigação dos sintomas de ansiedade e/ou depressão. Ainda que estivesse devidamente sensibilizada para o tema e munida de um instrumento para acolher/investigar as mulheres com suspeita de serem vítimas de violência, as ações desenvolvidas se assemelharam a de outros profissionais de saúde diante de mulheres em situação de violência: muitos valorizam as queixas físicas frente a dificuldade de lidar com questões psicossociais, não contempladas satisfatoriamente numa formação profissional na graduação que reduz as “necessidades de saúde às patologias” (Kiss & Schraiber, 2011; Pedrosa & Spink, 2011; Pedrosa & Zanello, 2014; Saletti-Cuesta *et al.*, 2018; D’Oliveira *et al.*, 2020 p.11).

Deste modo, os atendimentos às mulheres em situação de violência permanecem paliativos e pontuais, não dão conta da complexidade do problema que requer intervenção intersectorial entre os diferentes setores de saúde, segurança pública e assistência social (Machado *et al.*, 2016; Machado *et al.*, 2018; Leite *et al.*, 2017).

Além disso, a literatura aponta a crescente necessidade de priorizar relações mais simétricas entre profissionais e usuárias a fim de possibilitar o acolhimento das mulheres nestas condições. Deve-se priorizar, além da técnica, uma postura profissional mais respeitosa, que permita o diálogo e o reconhecimento do outro como sujeito (Machado *et al.*, 2016; Machado *et al.*, 2018; Leite *et al.*, 2017).

Débora procurou a USF para resolver um problema na pele, seu sintoma inicial não se encaixava na etapa “suspeitando do problema”. Como a conhecia há muito tempo, em meio a conversa corriqueira sobre os filhos, o relato veio de maneira espontânea, ela se sentiu à vontade para contar detalhes sobre sua vida e foi possível identificar a violência psicológica que o ex-companheiro lhe provocava.

Para Marta, Diná, Lia e Talita os motivos para a busca da USF foram as sequelas físicas e emocionais, a dor e o isolamento social que estavam diretamente relacionados à violência doméstica, recente ou pregressa, de que foram vítimas. Marta queria tratamento para uma sequela motora decorrente de um golpe desferido no pé pelo ex-parceiro e Diná queixava-se de dor nas costas devido aos socos que recebeu do companheiro.

A identificação das situações de violência perpetrada por parceiro íntimo de Lia e Talita foi realizada por intermédio da equipe. Após várias faltas nas consultas de pré-natal com o obstetra do serviço, mediante busca ativa, a enfermeira descobriu o motivo dessas faltas: ciúmes do marido em ter a esposa atendida por um médico. Em uma sociedade patriarcal marcada pelas relações desiguais de gênero em que o poder de dominação do homem e a submissão da mulher são legitimados social e culturalmente, muitas vezes o sentimento de ciúmes é tomado como cuidado e zelo. Deste modo, a relação e o amor são medidos pela intensidade do ciúme demonstrado, deixando-se de percebê-lo como forma de controle e violência psicológica, tanto pela mulher quanto pelos que a cercam (Fonseca & Gomes, 2009).

Noemi, Eunice e Judite estavam em tratamento para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Faziam consulta de rotina para seguimento dessas comorbidades quando as situações de violência foram identificadas.

O atendimento a Noemi foi o primeiro que chamou a atenção para a possível associação entre violência doméstica e descontrole de tais comorbidades crônicas. O motivo foi a descoberta de relação extraconjugal mantida pelo marido e seu comportamento agressivo, chegando a ameaçá-la de morte com arma branca⁷. A violência que sofria de seu esposo aparece ao investigar os motivos para Eunice não alcançar um resultado clínico esperado no controle de sua HAS, mesmo usando corretamente quatro classes de medicações anti-hipertensivas.

A identificação dessas situações de violência só foi possível com a escuta atenta das queixas iniciais e pelo desdobramento investigativo a partir delas, que orientou as suspeitas. O conhecimento proporcionado pelo instrumento norteador, CONFAD, deu segurança para aprofundar a investigação a partir dos sinais e sintomas, sugestivos ou não de VCMPI.

O CONFAD instrumentalizou-me no espaço de escuta para que pudesse identificar o problema. Além dos recursos que permitiram alcançar um sucesso técnico, outras dimensões contribuíram para o sucesso prático como: o reconhecimento do outro como pessoa, o acolhimento das mulheres em sofrimento e o não julgamento moral de suas vidas (Schraiber & D’Oliveira, 2003; Schraiber, 2011).

⁷ Arma branca aqui é entendido como qualquer objeto que possa ser utilizado para atacar ou se defender de alguém, mas que a princípio não tem esta finalidade.

Em síntese, a análise empreendida neste tópico permitiu elencar diferentes obstáculos à detecção da violência contra a mulher no atendimento médico, como: o caráter velado da violência doméstica e o tempo das consultas; os valores morais e os estereótipos do profissional; a difícil suspeição de VD em mulheres com dificuldade de controle de HAS e DM e, a convivência profissional com a vítima e o abusador.

Obstáculos ao diagnóstico da violência doméstica na prática clínica na APS⁸

Ao longo do período deste trabalho foi possível perceber diferentes obstáculos que limitaram a capacidade de identificar a ocorrência de VCMPI na prática cotidiana de atenção às mulheres, tais como: valores morais, éticos e culturais dos profissionais de saúde; o atendimento pelo mesmo profissional da vítima e do agressor; o caráter velado da violência doméstica e a dificuldade de correlacionar a violência doméstica com as queixas das interlocutoras e o pouco tempo das consultas.

Quando Sara e sua acompanhante entraram no consultório, a primeira coisa que chamou a atenção foi a qualidade das suas roupas, a maquiagem e os acessórios que ela usava. Aparentava ter uma condição socioeconômica melhor que a maioria das pessoas atendidas na unidade, o que me fez descartar de antemão a possibilidade de haver alguma situação de violência perpetrada por parceiro íntimo.

É importante ressaltar que os valores morais e culturais dos profissionais de saúde têm sido apontados em estudos como um dos obstáculos para detecção e abordagem da violência contra a mulher nos atendimentos. Dentre esses valores, podem ser citados: a condição de pobreza, a etnia e a religião, ou seja, se a mulher aparentar um bom nível socioeconômico e não pertencer à determinada etnia ou grupo religioso, sob a crença dos profissionais de saúde automaticamente ela estará livre de sofrer violência doméstica (Machado *et al.*, 2016; Mathias *et al.*, 2013; Leite *et al.*, 2017).

Tal pensamento tende a colocar a pobreza, a etnia e a religião como fatores de risco e não como vulnerabilidade para a situação de violência. Enquanto problema de saúde pública a violência doméstica atinge todos os estratos sociais, grupos religiosos e as diferentes etnias. Determinados perfis e estereótipos para a situação de violência

⁸ Se usa neste tópico a primeira pessoa do singular para marcar o caráter pessoal dessa experiência de atenção às mulheres realizada pela primeira autora.

doméstica contribui para a discriminação de determinados grupos de mulheres, enquanto torna outros imunes ao problema (Machado *et al.*, 2016; Machado *et al.*, 2018).

Este problema pode ser melhor compreendido por estudo que aponta que médicos e médicas brancos, com bom nível socioeconômico e sem experiência pessoal com a violência doméstica, geralmente acreditavam que as mulheres com características semelhantes às suas tinham baixo risco de sofrer violência doméstica (Sugg & Inui, 1992).

Com Adriele também foi possível constatar o quanto os preconceitos e julgamentos morais do profissional tornam a violência doméstica invisível nas consultas, pois a história da paciente — de perda da guarda das filhas, de desocupada e vivendo à custa de terceiros — impediu correlacionar a insônia frequente à violência doméstica. Mesmo sabendo que o baixo nível socioeconômico é uma das vulnerabilidades para a ocorrência da violência doméstica, não foi cogitada a possibilidade de ela ser a vítima. O diagnóstico da violência só ocorreu na investigação sobre os motivos da privação do sono, momento em que relatou as ameaças e perseguições que estava recebendo do ex-parceiro.

Situação semelhante ocorreu no atendimento de Noemi, cujo esposo também era meu paciente e para o qual a imagem de um perpetrador de violência não correspondia à daquele senhor idoso e gentil que costumava acompanhar a esposa ao serviço de saúde. Como já apontando em estudo americano, atender vítima e agressor na mesma unidade de saúde pode ser uma barreira para o reconhecimento das situações de violência doméstica contra a mulher (Sugg & Inui, 1992).

Além disso, o caráter velado da violência doméstica na história das mulheres em situação de violência impõe uma barreira para que os profissionais de saúde compreendam que as demandas relacionadas a violência não são trazidas nas consultas médicas de forma explícita, aparecendo apenas seus efeitos como a “ponta do iceberg” (Schraiber, 2001).

Percebi na vivência clínica cotidiana como a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo pode gerar inúmeras demandas que eu ainda não compreendia como intrínsecas a esse problema. Dentre elas, o papel do profissional de saúde em romper o silêncio em torno da violência, dado que as minhas interlocutoras não o exporiam caso não as tivesse interrogado direta ou indiretamente a respeito.

Com Noemi, Eunice e a Judite foram maiores as dificuldades para reconhecer a história de violência a partir de suas queixas e demandas. Após anos de acompanhamento de suas condições crônicas, não foi possível correlacionar o descontrole da hipertensão e do diabetes com suas histórias de vida, dado o olhar médico centrado no tratamento clínico destas condições com medicamentos, dietas e orientação para atividade física. Para uma delas, o sinal de alerta foi ligado com o relato de relacionamento extraconjugal mantido pelo marido, o que permitiu associar o estresse advindo da violência doméstica ao descontrole dessas comorbidades.

A violência doméstica pode ser considerada um importante determinante do estresse para estas mulheres, constituindo-se um obstáculo ao cuidado de si para quem vive com diabetes (Fisher *et al.*, 2007; Cyrino, 2009; Borges & Moreira, 2010-2011).

Atender Judite depois da Noemi permitiu-me correlacionar mais facilmente a situação de violência com as condições crônicas. Além do diabetes e da hipertensão, Judite era portadora de dislipidemia e de dores crônicas generalizadas. A presença concomitante de duas ou mais comorbidades crônicas com a HAS, também representa um entrave à adesão ao tratamento, dado o maior número de efeitos adversos decorrentes das interações medicamentosas, impactando na comorbidade e na qualidade de vida e reduzindo para o profissional a visibilidade da violência (Cyrino, 2009; Borges & Moreira, 2010-2011).

A investigação e o diagnóstico de violência doméstica sofrida por essas mulheres com condições crônicas em situação de descontrole clínico só foram possíveis depois de incorporada a abordagem da violência. Já o controle de suas condições só se fez possível ao reconhecer a violência como um obstáculo que limita o cuidado de si dessas mulheres (Cyrino, 2009).

O pouco tempo, muitas vezes, disponível para as consultas médicas foi um obstáculo para o diagnóstico da violência doméstica na prática clínica (Sugg & Inui, 1992). Reconhecer a situação de violência contra a mulher por parceiro íntimo requer, portanto, um maior tempo de consulta, uma maior disposição de escuta, a investigação de sinais e sintomas e um maior conhecimento da história de vida de cada mulher. Na literatura internacional, a falta de tempo do profissional para a investigação da violência doméstica foi também apontada como uma barreira para ao diagnóstico (Sugg & Inui, 1992; D'Oliveira et al., 2020).

Considerações finais

Estar devidamente sensibilizada para o tema e possuir especialização em violência na área da saúde foram os fatores facilitadores para utilizar e aplicar o CONFAD, mas não impediu que a profissional experimentasse diversos obstáculos na detecção da VCMPI.

A detecção das situações de violência por parceiro íntimo pode ocorrer por meio de relatos espontâneos, de questionamento direto ou indireto diante da suspeição do problema ou mediante investigação de rotina. Quando realizada de rotina, durante as consultas, a investigação é sem dúvida o caminho com maior poder para detecção dessas situações. A escuta foi o fator primordial para o diagnóstico de violência contra mulher.

No entanto, para que a escuta possa se fazer com o devido acolhimento das mulheres com suspeita de violência por parceiro íntimo e adequada investigação de rotina é necessário que se faça a educação permanente da equipe de saúde. Tal processo deve incluir a sensibilização inicial dos profissionais quanto a complexidade do problema e da atenção requerida e a subsequente formação dos profissionais para uma adequada abordagem das diferentes dimensões envolvidas no cuidado dessas mulheres.

Os serviços de APS, porta de entrada para as demandas relacionadas à violência por parceiro íntimo, tem um papel estratégico para o enfrentamento dessa forma de violência. Todavia, o enfrentamento da VCMPI e o cuidado integral de suas vítimas, que compreende reconhecer, acolher, encaminhar e acompanhar os casos diagnosticados, requer a construção e fortalecimento de uma rede intersetorial de atenção e proteção às mulheres vítimas de violência.

Referências

- Albuquerque, L., Neto, Moura, M. A. V., Araujo, C. L. F., Souza, M. H. N. & Silva, G. F. (2017). Social support networks for women in situations of violence by an intimate partner. *Texto & Contexto — Enfermagem*, 26(2), e07120015.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernechea, M. M., González, E., & Morgan, M. L. (2009). La producción de conocimientos en sistematización. *Diálogo Saberes*, (3), 104-117.
- Borges, J. W. P., & Moreira, T. M. M. (2010-2011). Variáveis relacionadas à adesão e não adesão ao tratamento da hipertensão: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, 6-7 (6-7), 221-240.
- Caldas Aulete (n.d.) Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa.

- Câmara dos Deputados. Procuradoria Especial da Mulher (2006). *Lei Maria da Penha: Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher* (Série ação parlamentar, n. 422). Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara.
- Cyrino, A. P. (2009). *Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes*. São Paulo: Ed. UNESP.
- D’Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B., Hanada, H., & Durand, J. (2009). Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1037-1050.
- D’Oliveira, A. F. P. L., Pereira, S., Schraiber, L. B., Graglia, C. G. V., Aguiar, J. M. de, Sousa, P. C. de, & Bonin, R. G. (2020). Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190164. Epub 08 de junho de 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/interface.190164>.
- Fisher, E. B., Thorpe, C. T., Devellis, B. M., & Devellis, R. F. (2007). Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educator*, 33(6), 1080-1103.
- Fonseca, A. D., & Gomes, V. L. O. (2009). Relação entre ciúme e violência na percepção de agentes comunitários de saúde. *VITTALLE — Revista de Ciências da Saúde*, 19(2), 11-27.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005). WHO Multi-country study on women’s health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization.
- Kiss, L. B., & Schraiber, L. B. (2011). Temas médicos-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(3), 1943-1952.
- Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: 8 Ago.
- Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Wehrmeister, F. C., & Gigante, D. P. (2017). Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(33), 1-12.
- Machado, D. F., Almeida, M. A. S., Dias, A., Bernardes, J. M., & Castanheira, E. R. L. (2018). Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada? *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(2), 483-494.
- Machado, D. F., McLellan, K. C. P., Murta-Nascimento, C., Castanheira, E. R. L., & Almeida, M. A. S. (2016). Abordagem da violência contra mulher no ensino médico: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(3), 511-520.
- Mathias, A. K. R. A., Bedone, A. J., Osis, M. J. D., & Fernandes, A. M. S. (2013). Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 35(4), 185-191.
- Mathias, A. K. R. A., Bedone, A. J., Osis, M. J. D., & Fernandes, A. M. S. (2013). Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 35(4), 185-191.
- Mendonça, M. F. S., & Ludermir, A. B. (2017). Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Revista de Saúde Pública*, 51, 32.
- Oliveira, R. C. (1996). O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Revista de Antropologia*, 39(1), 13-37.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014*. (Núcleo de Estudos da Violência, Trad.). São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo.
- Pedrosa, C. M., & Spink, M. J. P. (2011). A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 124-135.
- Pedrosa, M. & Zanello, V. (2014). (In) visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(spe), e32-e214.
- Presidência da República (2011). *Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres.
- Saletti-Cuesta, L., Aizenberg, L., & Ricci-Cabello, I. (2018). Opinions and experiences of primary healthcare providers regarding violence against women: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Family Violence*, 33(6), 405-420.
- Schraiber, L. B. (2001). Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*, (51), 104-113.
- Schraiber, L. B., & D’Oliveira, A. F. P. L. (2003). *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. São Paulo: Ed. USP.
- Schraiber, L. B. (2011). Quando o “êxito técnico” se recobre de “sucesso prático”: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), 3041-3042, 2011.
- Silva, L. E. L., & Oliveira, M. L. C. (2015). Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(11), 3523-3532.
- Sugg, N. K., & Inui, T. (1992). Primary care physicians’ response to domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 267(23), 3157-3160.

O CUIDADO À CRIANÇA COM SOBREPESO/ OBESIDADE: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Marina Bollini e Silva
Cátia Regina Branco da Fonseca
Eliana Goldfarb Cyrino

Introdução

A obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade e é esperado para 2025 que cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade, e que o número de crianças com excesso de peso possa atingir os 75 milhões caso políticas públicas não sejam adotadas (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2016).

No mundo, o número de crianças e adolescentes obesos entre 5 e 19 anos cresceu mais de dez vezes, de 11 milhões, em 1975, para 124 milhões, em 2016. No Brasil, mais de 50% da população e 15% das crianças apresentam sobrepeso e obesidade. A grande importância e preocupação é a associação da obesidade com alterações metabólicas, consideradas fatores de risco para o diabetes mellitus tipo 2 e as doenças cardiovasculares (Organização Pan-americana da Saúde [OPAS], 2017).

No Brasil, com a intensa redução da desnutrição infantil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ampliar ações voltadas aos determinantes da saúde e nutrição, reconhecendo o contexto do aumento do sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias e assimilar novos conceitos e novas práticas para ampliar ações no tocante à promoção de uma alimentação saudável e a prevenção e controle das doenças metabólicas da infância.

Compreender as percepções de médicos e enfermeiros a respeito das práticas de cuidado da ESF diante do sobrepeso e da obesidade infantil é relevante para que se possa delinear como esses problemas da infância são reconhecidos e enfrentados na atenção básica, contribuindo para a reflexão sobre as políticas públicas na área e para a melhoria da qualidade das ações de saúde dirigidas às crianças e à comunidade.

Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar a percepção e a atuação profissional de médicos e enfermeiros no cuidado da criança com sobrepeso e obesidade na cidade de Botucatu-SP em relação às dificuldades clínicas e de estrutura dos serviços para a abordagem das crianças; à presença do trabalho multiprofissional e do trabalho em equipe na atenção à saúde e, ao entendimento da necessidade de uma rede de atenção à saúde atuante no cuidado integral das crianças.

Referencial teórico/Revisão de literatura

Segundo a Organização Mundial da Saúde, há iniciativas de intervenções de saúde pública para promover uma dieta saudável e atividade física para adultos, porém, intervenções para reduzir o risco de obesidade em/para jovens e crianças ainda não foram significativamente priorizadas (Organización De Las Naciones Unidas Para La Alimentación. La Agricultura & La Organización Panamericana De La Salud Santiago, 2017).

Ainda que fatores genéticos possam influenciar a susceptibilidade ao ganho de peso, o consenso é que um estilo de vida sedentário, práticas alimentares inadequadas e mudanças na estrutura familiar contribuem para esta epidemia (Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2014). Outras questões referem-se à urbanização, ao ambiente e aos hábitos alimentares dos pais (Martín *et al.*, 2016).

Além do conhecimento sobre a associação da obesidade com as doenças crônicas, o excesso de peso traz também a preocupação do conceito do “modelo de corpo perfeito” e isso pode gerar maior grau de ansiedade nos que se apresentam acima do peso (Tassara, Carvalho & Marques, 2010; Tinoco & Sirelli, 2014).

Os profissionais de saúde têm um importante papel na promoção de hábitos e alimentação saudáveis, prevenção, identificação de riscos e detecção precoce da obesidade, devendo considerar a família como núcleo de atendimento à criança (Araújo *et al.*, 2012).

Em revisão sobre o problema da obesidade infantil no mundo, Barlow (2007) reconhece a importância da atenção primária à saúde na avaliação de crianças quanto ao risco de obesidade para melhorar a identificação precoce do IMC elevado. Recomenda que o IMC deva ser calculado anualmente e que esta classificação deva “ser integrada a outras informações, como padrão de

crescimento, obesidade familiar e risco de doenças para avaliar o risco de obesidade da criança” (p.164). Para prevenção, as recomendações incluem ações voltadas à alimentação e atividade física, “que provavelmente promovem a manutenção do peso saudável, mas também o uso de técnicas de aconselhamento centradas no paciente, como entrevistas que ajudem as famílias a identificar sua própria motivação para mudar” (Barlow, 2007, p.164).

Rhee *et al.* (2018), em estudo realizado em San Diego, revelaram a ausência de estudos e a necessidade de abordar mais amplamente a questão do cuidado à obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde (APS). Reconhecem que médicos e enfermeiros apresentam dificuldades no cuidado à criança obesa e revelam a falta de tempo e a dificuldade na comunicação e recursos limitados para efetivamente conduzir essa problemática. Explicitam a necessidade de aumentar a motivação das famílias para envolver-se no tratamento, de identificar recursos na comunidade que as famílias tenham acesso e do desenvolvimento de programas específicos para este grupo populacional na comunidade.

Método

Foi realizado estudo baseado nos princípios da pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, com a participação de 14 médicos e de 15 enfermeiros da ESF da cidade de Botucatu-SP, no total foram 29 profissionais entrevistados.

Todos os profissionais das ESF foram convidados e todos aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, constando de 19 questões, com identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa. As entrevistas foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora, com aplicação individual e no local de trabalho dos participantes, nas unidades da ESF. Os dados foram coletados durante 10 meses, em 2018.

As entrevistas foram guiadas por questões que tiveram por objetivo estimular os respondentes a refletirem sobre a questão do sobrepeso/obesidade em seus atendimentos e buscaram caracterizar a rotina de atendimento à criança com sobrepeso e obesidade e identificar as percepções destes profissionais acerca

da atenção à saúde e importância da abordagem e manejo desta questão na atenção primária.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os conteúdos das entrevistas foram analisados a partir da metodologia proposta por Bardin (1977), seguindo as três etapas preconizadas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Foram assim construídas categorias temáticas a partir dos temas que emergiram nas entrevistas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) sob o parecer nº 79790417.4.0000.5411/2017.

Resultados e discussão

1. Sujeitos da pesquisa

Entre os 15 enfermeiros e 14 médicos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (69%), tinha idade entre 25 e 40 anos (69%) e 51,7% atuava por menos de 10 anos na APS.

Observou-se que 51% dos profissionais realizaram especialização e/ou residência em Saúde da Família, 31% tinham pós-graduação *stricto sensu* (mestrado) e nenhum deles fez doutorado.

Verificou-se que 69% dos entrevistados sentiam-se capacitados para atuar na APS ao término da graduação. Esse dado diverge de dois estudos nacionais. Lopes e Bousquat (2011) constataram que apenas 15% dos médicos atuantes na ESF do município de Praia Grande/SP tiveram informações sobre a ESF durante sua graduação. Gonçalves *et al.* (2009) investigaram a formação de profissionais médicos da ESF de Botucatu-SP e a unanimidade dos entrevistados, referiu falta de enfoque na graduação sobre a experiência prática longitudinal na rede de saúde e sobre obter na formação acadêmica uma visão abrangente do trabalho na APS.

No presente estudo, 24% dos entrevistados referiram ter tido experiência prática no atendimento à criança com sobrepeso/obesidade durante sua graduação.

2. Análise do conteúdo

A análise dos dados das entrevistas nos levaram as seguintes categorias temáticas:

2.1. A obesidade infantil é um problema, mas não é uma prioridade do cuidado para médicos e enfermeiros

O tema da obesidade infantil é identificado como um problema recorrente por parte significativa dos entrevistados, mas poucos relataram atenção prioritária ao mesmo. Na realidade poucos o consideram uma questão de destaque no seu dia a dia.

Porque não temos experiência, a gente não tem nada específico de conhecimento para realizar esse tipo de atendimento. (Médico 1)

A gente não tem um foco na obesidade infantil, é meio que trabalhado para hipertensão arterial, diabetes, a gente não tem obesidade infantil como critério. (Enfermeiro 12)

Na verdade não tem nenhum programa que faz alguma coisa, que vê alguma coisa em relação à criança. Saindo da faixa etária que entra a puericultura a gente não exerce nenhuma atividade. (Médico 4)

Foi possível perceber que, embora haja a identificação da obesidade infantil como um problema de saúde, os entrevistados não reconhecem o trabalho clínico voltado para essa problemática na sua prática profissional na APS.

Apesar de existir o reconhecimento da importância desse tema, a alta demanda de atendimento nas unidades de saúde da cidade é um fator que também deve ser levado em consideração quando pensamos em abordar adequadamente o sobrepeso e a obesidade infantil, devido ao tempo que demanda dos profissionais.

Dificuldade que eu vejo é em relação ao excesso de paciente que a gente atende aqui na unidade impede que a gente tenha mais tempo para sentar e conversar com essa criança, se houvesse mais tempo, acredito que nossas medidas seriam mais eficazes. (Médico 12)

2.2. Os pais como o centro do cuidado da criança com sobrepeso ou obesidade

Dentre os relatos houve a percepção de que os pais têm um papel fundamental a desempenhar para ajudar seus filhos a desenvolver hábitos alimentares saudáveis, uma vez que a criança não apresenta capacidade de compreender as orientações dos profissionais.

De acordo com os entrevistados, parece não haver dúvida de que a prevenção e controle da obesidade estão relacionados com estratégias de mudanças de hábitos alimentares que envolvem toda a família.

A abordagem principal, o foco, é nos pais. A gente coloca as orientações para os pais, não em cima da criança em si, lógico que a gente faz orientação para a criança, mas acaba colocando mais a responsabilidade nos pais. (Médico 4)

O ambiente familiar, a estrutura e o funcionamento da família são importantes para o sucesso na abordagem da obesidade infantil (Golan & Crow, 2004). As intervenções neste ambiente parecem motivar os pais a mudarem seu comportamento alimentar e em relação a atividades físicas. O “Expert Committee for Obesity Evaluation and Treatment” recomenda que a abordagem da obesidade infantil seja iniciada precocemente e que envolva a família (OPAS, 2017). Esta possui resultados mais benéficos, em comparação a que envolve pais e crianças de forma isolada (Carvalho, Carmo, Breda & Rito, 2011).

Os profissionais valorizaram o trabalho com a família na perspectiva de um cuidado adequado à criança com a obesidade e enfatizaram o diálogo com os pais como algo primordial para lidar com a situação.

Tento ajustar a questão da mãe diminuir a oferta de carboidratos, de refrigerantes [...] (Enfermeiro 11)

A mãe, como cuidadora principal, é quem se responsabiliza pelos cuidados de alimentação, higiene e educação dos filhos na maioria das vezes. Zehle *et al.* (2007) relataram que apesar das mães estarem bem informadas a respeito do que é considerado uma alimentação saudável, na prática isso não acontece.

A oportunidade apresentada pela ESF, de superação em direção a uma prática de atenção à saúde com foco na família, é única. Pelo convívio com as famílias, os profissionais da equipe podem perceber as demandas, ansiedades, sofrimentos e potenciais que possam interferir nas propostas terapêuticas apresentadas.

2.3. Percepção da família a respeito da dificuldade de aderir aos cuidados em relação ao sobrepeso e à obesidade

Alguns profissionais consideraram que a família reconhece o problema, mas demonstra dificuldade de envolvimento e comprometimento com as orientações e enfrenta barreiras socioeconômicas para que a criança tenha suporte para alcançar bons resultados na proposta terapêutica.

A mãe não aceita, não tem vontade de mudar, ou por questão social, que a gente tem muito aqui, às vezes não tem acesso ou prefere comprar mais pão, porcarrias, que às vezes é mais barata. (Enfermeiro 14)

A dificuldade financeira da família foi relatada por alguns como um entrave para a adesão às propostas terapêuticas.

Acho que a maior dificuldade, que eu acabei relatando, fora isso é a questão financeira né? Eles não têm dinheiro para comprar uma dieta mais saudável [...] (Enfermeiro7)

Segundo a literatura, a preferência por alimentos de alta densidade calórica deve-se ao fato de serem itens mais acessíveis às condições socioeconômicas da população, além de serem agradáveis ao paladar. Deve-se levar em consideração que os hábitos alimentares são resultantes de experiências apreendidas ao longo da vida (Grejanin *et al.*, 2007).

Vale ressaltar também que o ato de consumir é uma forma de o ser humano saciar seus anseios pessoais e, também, de incluir-se socialmente. Ocorre que a massificação do consumo, a produção em série e a globalização fizeram com que o consumidor se moldasse às ofertas do mercado, buscando saciar seus anseios pessoais e, também, os do grupo social em que está inserido.

De acordo com os entrevistados, parece não haver dúvida de que a prevenção e controle da obesidade estão relacionados com estratégias de mudanças de hábitos alimentares e de consumo que envolvem toda a família.

Camargo, Barros, Antonio e Giglio (2013) identificaram como fundamental o papel dos pais, mães e familiares no sentido de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.

A falta de compreensão e consciência dos pais frente ao problema do sobrepeso e obesidade infantil para se engajarem na proposta terapêutica foi outro ponto citado pelos profissionais.

A mãe não a vê como uma criança obesa, ela não aceita que a criança está correndo risco, que a saúde dela está sendo colocada em risco pela obesidade. A mãe é obesa também. (Médico 6)

Os pais sofrem a ação de um conjunto de situações e fatores que os levam a construir sua percepção de um determinado fato e o modo como irão agir em relação a este fato, como no caso, o estado nutricional de seus filhos.

Um fator que pode influenciar negativamente a mudança na reorientação alimentar das crianças refere-se à percepção dos pais sobre o estado nutricional do filho. Muitas vezes os mesmos não reconhecem o sobrepeso como um problema de saúde e assim não identificam como adequada a perspectiva do profissional de saúde (Grejanin *et al.*, 2007). No Canadá um estudo realizado em 2007 concluiu que grande parte da amostra estudada de pais não reconheceu que seus filhos estavam acima do peso ou com obesidade, ainda, 22% classificaram como baixo peso as crianças que apresentavam peso normal e 63% como excesso de peso crianças com obesidade. O estudo sugeriu que estratégias de saúde pública para aumentar a consciência dos pais do estado de peso de seus filhos pode ser o primeiro passo no esforço para prevenir a obesidade na infância (Wake, Nicholson, Hardy & Smith, 2007).

2.4. Sentimentos da família em relação à criança obesa

Conforme discutem Cash e Pruzinski (1990), “a imagem corporal pode ser interpretada como a forma que o corpo se apresenta para os indivíduos, tanto com relação a eles mesmos, quanto aos outros indivíduos do seu meio” (p. 51).

Durante as entrevistas foi possível identificar falas que carregavam certo preconceito e compreensão limitada em relação à presença da obesidade na criança ou na família.

Temos que convencer os pais que eles estão agindo de forma errada ou inadequada inconscientemente, cedendo quando não devem ceder aos gostos da criança, e sempre oriento a ter disciplina em relação à alimentação. (Médico 2)

Observou-se pouca reflexão por parte dos profissionais em relação à dificuldade da família de agir diante da obesidade, culpando-a pelo insucesso dos resultados de maneira muito enfática.

Às vezes acredito que a gente está falando por falar, esperam que o médico resolva isso, em relação à obesidade, que pegue na mão. A gente até orienta, mas não dá para ir até a casa para falar o que é ou não para dar. (Médico 5)

Eu acho que as mães não têm muita noção, apesar de ter vários filhos, se bem que essa aqui tinha um filho só, mas elas não percebem e acabam educando errado. (Médico 9)

Foram relatadas atitudes negativas do indivíduo obeso e sua família em relação aos hábitos alimentares pelos profissionais de saúde durante as entrevistas.

Pessoas com obesidade ainda são rotuladas como os grandes comedores, que não se controlam e comem mais do que deveriam, refletindo uma interpretação moralista e carregada de preconceito. Os profissionais demonstraram também, por meio de suas falas, que acreditam que a família do obeso age de forma errada e é vista como indisciplinada em relação aos hábitos alimentares.

Os pais também comem errado. Os próprios pais não comem o quanto deveria e querem que a criança coma ou acham que não é importante. (Médico 9)

Os problemas apontados sinalizam dificuldades no enfrentamento da obesidade, que extrapolam os muros institucionais. Segundo Kirk, *et al.* (2014) o estigma da obesidade culmina na manutenção de um sistema médico vigente que não consegue tratar de maneira efetiva o excesso de peso. Poderíamos acrescentar que a questão é muito maior e que não se trata de um problema apenas do campo da saúde, pois a força da mídia, como no caso do refrigerante, está muito relacionada à própria sociedade capitalista e modelo de consumo não só alimentar.

2.5. Desencontros no diagnóstico da criança com sobrepeso e obesidade

Uma das principais questões observadas foi a divergência do modo como os profissionais diagnosticam o sobrepeso e a obesidade infantil.

Enquanto alguns profissionais relatam o uso de instrumentos, como aplicativos de celular, para o diagnóstico nutricional, outros não têm a preocupação de utilizar nenhum instrumento disponibilizado pelo serviço para este diagnóstico.

A gente também trabalha com esse aplicativo de celular específico que dá essa margem pra gente, né? (Enfermeiro 8)

Eu não utilizo gráfico. (Médico 5)

Eu coloco na curva do gráfico que a gente tem impresso e coloco no aplicativo Ped (z) para ver exatamente quanto que é o percentil e o score Z da criança, do IMC, do peso e da altura e aí eu checo pela idade se está em risco de sobrepeso ou obesidade. (Médico 12)

Em um estudo realizado por Soletto, Colugnati e Taddei (2004), comparando a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças entre 6 e 10 anos segundo três diferentes critérios diagnósticos, foram encontrados diferentes resultados, com grandes variações entre os critérios. Esses autores sugerem que um critério único para diagnóstico do problema seja recomendado de forma consensual, e que este seja capaz de, além de identificar indivíduos com maiores probabilidades de excesso de peso, outros critérios sejam utilizados para avaliação de riscos e comorbidades.

O reconhecimento desta percepção nos discursos dos profissionais da ESF é preocupante, pois o não diagnóstico gera uma não abordagem e orientação dos pais e das crianças em relação ao sobrepeso e a obesidade infantil. Esta percepção apresenta ainda maior importância considerando que a APS deve ser organizadora do cuidado e também disponibilizar tecnologias para abordagem integral à saúde (Andrade, Barreto & Bezerra, 2006).

2.6. Sensibilização em relação à obesidade infantil como problema

Os relatos de enfermeiros e médicos de uma mesma unidade podem refletir sobre o perfil profissional, e também sua experiência. Assim, encontramos divergências quanto à identificação de problemas de saúde nas crianças da sua área de abrangência e na sua prática clínica. Um identificou o sobrepeso e a obesidade como problemas frequentes naquela área e o outro relatou ser pouco frequente.

Principalmente problemas de nutrição, como risco de sobrepeso e obesidade, os dois principais. (Médico 3)

A gente percebe muitos problemas das mães não conseguirem lidar com as crianças, falta de limite e a questão nutricional é importante, mas obesidade não tem muito. (Enfermeira 3)

Estudos mostram que profissionais de saúde enfrentam dificuldades no diagnóstico e no enfrentamento de alguns problemas relacionados com a área de atuação. Essas dificuldades estão relacionadas à lacuna de alguns temas na formação profissional, à reprodução de padrões culturais no não envolvimento em assuntos que seriam familiares, à descrença na efetividade dos órgãos competentes, às experiências negativas anteriores e a aspectos pessoais. Indicam também a necessidade de programas de capacitação para os profissionais e apontam algumas sugestões sobre o que um programa deveria conter, assim como sua forma, abrangência e níveis profissionais envolvidos (Navarro, Guimarães & Garanhani, 2013).

Não basta ter somente conhecimentos técnicos, científicos e habilidades. Os conceitos e as vivências construídos durante tanto a vida pessoal quanto profissional sensibilizam os indivíduos de várias formas e intensidades, o que interfere na maneira como vão agir diante de um caso, desde o diagnóstico, que muitas vezes passa despercebido, até o cuidado do paciente (Bannwart, 2011).

Rhee *et al.* (2018) apontam que, se de fato queremos implementar ações voltadas ao cuidado e a prevenção da obesidade na infância na atenção primária, precisamos mudar o fluxo de trabalho, “desenvolver diretrizes para melhores práticas, facilitar a documentação, padronizar recursos e folhetos, reunir informações de nível familiar” (p.5) e ainda no nível da organização do trabalho ter clareza nas diretrizes de manejo da obesidade, abordagem de equipe e mais treinamento das equipes.

2.7. Potencialidades e dificuldades do trabalho em equipe na ESF para o enfrentamento da obesidade infantil

Um dos aspectos elencados pelos profissionais foi a presença do trabalho em equipe na unidade em que atuam, considerando este imprescindível para o funcionamento do serviço.

A gente tem que realizar o trabalho em equipe, senão o trabalho não funciona dentro da atenção primária. (Enfermeiro 9)

Alguns profissionais negaram exercer trabalho em equipe na unidade de atuação e consideram que não realizam o trabalho como uma equipe e apontam a falta de tempo como motivo.

Olha, a gente tem tentado né, mas eu acredito que isso seja uma coisa difícil, não só nesta unidade, mas também em outras. Acho que é uma questão bastante difícil, uma questão que precisa ser trabalhada mais. Eu acho que as pessoas trabalham muito como grupo, mas não como equipe mesmo. (Enfermeiro 3)

Devido à falta de disponibilidade de tempo a gente não faz nenhum trabalho em equipe. (Médico 4)

As percepções destes profissionais sobre o que é trabalho em equipe sugerem que eles têm dificuldade em trabalhar em conjunto, não têm habilidade necessária para realizar troca de informações e conhecimentos e para o estabelecimento de metas e objetivos compartilhados.

Eu acho que quando a gente pensa em trabalho em equipe, um paciente que chega à unidade de saúde, e aí quando a gente vê a recepção, trazendo prontuário com os exames já impressos, e aí a pré consulta chama esse paciente e a gente vai atender e a farmácia identifica alguma questão, vem conversar com a gente, discutir alguma situação específica que não ficou bem entendida, a pós-consulta que tem alguma outra preocupação, já encaminha para vacina para checar a vacina desse paciente, tudo bem organizado. (Enfermeiro 1)

Outros profissionais afirmam que o trabalho em equipe garante organização, harmonia e é fundamental para o atendimento na atenção primária, especialmente na Estratégia da Saúde da Família.

Praticamente toda nossa atuação é desenvolvida em equipe, em conjunto com o médico, a gente não consegue exercer praticamente nenhuma atividade individual, porque sempre envolve outros profissionais para uma assistência mais completa. (Enfermeiro 10)

Os profissionais relatam que o trabalho em equipe garante a integralidade do cuidado, criação de vínculos e corresponsabilização e acolhimento na relação entre trabalhadores e usuários. E torna-se pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade às necessidades dos usuários. É relevante reconhecer que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novos agrupamentos diante de cada situação que se apresenta, sendo que sempre trazem consigo suas representações e vivências anteriores.

Pereira, Rivera e Artmann (2013) investigaram o trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. A maioria dos entrevistados faz referência a situações nas quais existem complementaridade e interdependência entre os trabalhos, além de articulação entre ações. Os relatos falam da necessidade do trabalho do outro como forma de garantir a continuidade do atendimento, ou seja, existe o reconhecimento do trabalho do outro, assim como, ao mesmo tempo, descrevem as ligações existentes entre os trabalhos com base no processo de divisão de trabalho.

Segundo Gonçalves *et al.* (2009) quase todos os médicos da ESF de Botucatu-SP, no ano de 2008, também reconheceram o trabalho em equipe e consideraram ter um relacionamento excelente com a equipe, dando ênfase especial aos profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

2.8. Intersetorialidade: presenças e ausências no cuidado ao sobrepeso/obesidade infantil

O enfrentamento das doenças não transmissíveis requer a articulação com políticas públicas de saúde de outros setores como educação, agricultura, esporte, transportes, comunicação, planejamento urbano, meio ambiente, trabalho e emprego, indústria e comércio, finanças, assistência social, entre outros. Parcerias multissetoriais são fundamentais no apoio às políticas de prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Ministério da Saúde, 2011).

Pensando em rede de apoio como uma integração entre os setores, a gente tem algumas parcerias com o CRAS, que para pensar em algumas atividades físicas, tem algumas ações específicas para a saúde dos

adolescentes, saúde da criança, desde aula de hip hop... (Médico 3)

Não há rede de apoio na área onde eu atuo... Às vezes a gente acaba tendo alguns casos que encaminhamos para o CRAS, ou mesmo para o conselho tutelar que está acompanhando aquela família, mas são casos raros, mas podem acontecer, mas não existe rede de apoio. (Enfermeiro 9)

A falta de relação entre as unidades de saúde e outros setores, como as escolas, os centros de referência de assistência social, os projetos sociais e outros é percebida pelo fato dos profissionais terem negado existir serviços de apoio na área onde atuam. Os entrevistados citaram o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) como sua principal rede de apoio. Foram citados também o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS (Centro Especializado de Assistência Social).

Não, atualmente eu não tenho apoio, o apoio que eu tenho no momento é do NASF mesmo, o educador físico, o nutricionista. (Enfermeiro 5)

A intersetorialidade é uma estratégia importante para o enfrentamento da obesidade entre adolescentes e crianças, avançando na implementação de espaços saudáveis, ciclovias, ações de informação, educação e comunicação, incentivo ao aleitamento materno, em ações nas escolas, na regulamentação da propaganda de alimentos e no estímulo à prática de atividades físicas, entre outros (Malta *et al.*, 2016).

Segundo Maximiano (2016), que investigou a “Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade” pesquisa realizada também na cidade de Botucatu-SP, as Secretarias tentam buscar o trabalho intersetorial e a transversalidade das ações nos serviços. No entanto, revelam também a dificuldade de realizar a intersetorialidade no município.

Os relatos dos entrevistados deste estudo mostram que existem algumas ações conjuntas, agregando não mais que duas secretarias em ações de prevenção à obesidade em grupos específicos da população. A partir dos relatos, inferiu-se que a intersetorialidade e a transversalidade entre as secretarias apresentam-se fragmentadas, visto que cada qual relatou apenas as ações realizadas no âmbito da secretaria de saúde do município em questão.

Para o enfrentamento da obesidade é necessária uma proposta de cuidado interdisciplinar, exigindo um trabalho integral, e para isto é preciso garantir o adequado funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (Almeida, Campos, Randow & Guerra, 2017). Nota-se a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no controle deste problema, sendo necessário criar, organizar, monitorar e avaliar os programas de intervenção, bem como a necessidade de gerenciar um processo de mudança, reorganizando os serviços, programas e ações para um apropriado atendimento a essas crianças (Ministério da Saúde, 2014).

Conclusão/Considerações finais

Assim como outro estudo qualitativo realizado recentemente por Rhee *et al.* (2018), a presente pesquisa demonstrou que, embora os profissionais da ESF afirmem reconhecer a obesidade infantil como um problema de saúde pública, como um problema relevante na ESF, esses mesmos profissionais não apresentam ferramentas efetivas para lidar com o problema.

O estudo permitiu apontar fatores que se mostraram determinantes no cuidado à criança com obesidade na atuação do profissional na ESF como a percepção de que os pais reconhecem o problema e têm um papel fundamental a desempenhar para ajudar seus filhos a desenvolver hábitos de vida saudáveis, porém demonstram dificuldade de envolvimento e comprometimento com as orientações. Os profissionais demonstraram acreditar que a família do obeso age de forma errada e é vista como indisciplinada em relação aos hábitos alimentares.

O uso não padronizado de instrumentos para o diagnóstico nutricional das crianças foi outra constatação do estudo. Além disso, foi visto que o trabalho em equipe foi considerado imprescindível para o enfrentamento da obesidade infantil, entretanto, houve falta de reconhecimento da presença e da importância do trabalho intersetorial pelos profissionais.

Os relatos dos entrevistados são fruto de experiências distintas diante do tema e trazem grande relevância para o entendimento do problema por parte destes profissionais da ESF e para a aproximação da realidade por parte dos gestores do município estudado.

Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para o conhecimento da atenção à criança com sobrepeso e obesidade na Estratégia de Saúde da Família trazendo as características dessa atenção na percepção de médicos e enfermeiros que atuam na APS, ficando clara a necessidade de formação adequada de profissionais de saúde nesse campo e fornecimento de ferramentas para esse fim.

Referências

- Almeida L. M., Campos K. F. C., Randow R. & Guerra V. A. (2017). Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. *Rev Eletronica Gest Saude*, 8(1):114-39.
- Andrade L. O. M., Barreto I. C. H. C. & Bezerra R. C. (2006). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *Tratado de saúde coletiva*, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, p.783-836.
- Araújo S. N. M., Luz M. H. B. A., Rocha S. S., Silva G. R. F., Duarte M. R. & Sandes N. M. (2012). Obesidade infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da Atenção Básica. *Enfermagem em Foco*, 3(3):139-42.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2016). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade*, 4a ed. São Paulo, 4a ed.
- Bannwart T. H. (2011). Sensibilização de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) para notificação de violência contra criança e adolescente: um estudo de caso. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6025>.
- Bardin L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70.
- Barlow S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*, 120 Suppl 4:S164-92.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Guia alimentar para a população brasileira 2*. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 156 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2011). Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargo A. P. P. M., Barros Filho A. A., Antonio M. A. R. G. M. & Giglio J. S. (2013). A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Cienc Saude Colet.*, 18(2):323-33.
- Carvalho M. A., Carmo I., Breda J. & Rito A. I. (2011). Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Rev Port Saude Publica*, 29(2):148-56.
- Cash T. F. & Pruzinsky T. (1990). Body images: development, deviance and change. *New York: The Guilford Press*, p. 51.
- Golan M. & Crow S. (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obes Res*, 12(2):357-61.
- Gonçalves, R. J., Soares, R. A., Troll, T. & Cyrino, E. G. (2009). Ser medico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, p. 393-403.



- Grejanin D. K. M., Pezzo T. H., Nastri V., Sanches V. P. P., Nascimento D. D. G. & Quevedo M. P. (2007). As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 17(3):37-47.
- Kirk S. F. L., Price S. L., Penney T. L., Rehman L., Lyons R. F. & Piccinini-Vallis H. (2014). Blame, shame, and lack of support: a multilevel study on obesity management. *Qual Health Res.*, 24(6):780-800.
- Lopes E. Z. & Bousquat A. E. M. (2011). Fixação de enfermeiros e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 6(19):118-24.
- Malta D.C. *et al.* (2016). A cobertura da estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cienc Saude Colet*, 21(2):327-38.
- Martín I. S. M., Vilar E. G., Rol M. C., Molina P. D., Cevallos V. & Ordúñez D. P. (2016). Exceso ponderal infantil y adolescente: factores modificables, herencia genética y percepción de la imagen corporal. *Rev Pediatr Aten Prim*, 18(72):e199-208.
- Maximiano T. O. (2016). Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/150314>.
- Navarro A. S. S., Guimarães R. L. S. & Garanhani M. L. (2013). Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *REME Rev Min Enferm.*, 17(1):61-8.
- Ogden C. L., Carroll M. D., Kit B. K. & Flegal K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*; 311(8):806-14.
- Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2017). *Organização Mundial Da Saúde: Imperial College London e da OMS*. Brasília: OPAS.
- Organización De Las Naciones Unidas Para La Alimentación. La Agricultura (2017). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional: sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. *La Organización Panamericana De La Salud Santiago*, Santiago: FAO, OPAS.
- Pereira R. C. A., Rivera F. J. U. & Artmann E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface*, Botucatu, SP, 17(45):327-40.
- Rhee K. E., Kessl S., Lindback S., Littman M. & El-Kareh R. E. (2018). Provider views on childhood obesity management in primary care settings: a mixed methods analysis. *BMC Health Serv Res.*, 18(1):55.
- Soletto Y. O. M., Colugnati F. A. B. & Taddei J. A. A. C. (2004). Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. *Cad Saude Publica*, 20(1):233-40.
- Tassara V., Carvalho N. R. & Marques W. E. U. (2010). Importância do contexto sócio familiar na abordagem de crianças obesas. *Rev Paul Pediatría*, 28(3):309-14.
- Tinoco D. L. & Sirelli N. M. (2014). O corpo a serviço de um ideal: subjetividade e cultura. *Psicanal Barroco Rev*, 12(1):148-71.
- Wake M., Nicholson J. M., Hardy P. & Smith K. (2007). Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian national population study. *Pediatrics*, 120(6):e1520-7.
- Zehle K., Wen L. M., Orr N. & Rissel C. (2007). “It’s not an issue at the moment”: a qualitative study of mothers about childhood obesity. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 32(1):36-41.

PERCEPÇÃO DE IMIGRANTES HAITIANOS FRENTE ÀS QUESTÕES DE SAÚDE EM UMA GRANDE CIDADE BRASILEIRA

Bruno Denes Cesário Pereira
Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Sabrina Stefanello

Introdução

O processo de migração humana é um fenômeno com características, causas e consequências variáveis. Pode ser voluntário ou involuntário e traz impactos demográficos, econômicos e sociológicos.

Nas últimas décadas têm crescido os estudos que discorrem sobre a influência da migração nos sistemas de saúde, já que há um aumento da demanda dentro desses serviços e os questionamentos à qualidade dos mesmos são crescentes (Idehen, 2018). Afirmam que não há garantias de utilização igualitária ao serviço de saúde por parte dos imigrantes e isso se daria por questões associadas à migração, como baixo nível educacional, a ocupação de subempregos, baixa proficiência da língua, falta de conhecimento e/ou entendimento sobre rastreamentos médicos, experiências prévias ruins por parte dos imigrantes e a incapacidade de se orientar e obter informações dentro do sistema de saúde. A partir dessa demanda, surge a importância de conscientizar-se sobre o tema, contribuindo no reconhecimento de prioridades para as populações de imigrantes dentro da atenção primária (Benerjee & Shah, 2018).

Considerando o que foi apresentado, bem como a escassez de informações sobre esse crescente grupo populacional, definiu-se como objetivo compreender como se dá o processo de saúde-doença em imigrantes haitianos residentes na cidade de Curitiba e região, no estado do Paraná.

Revisão de Literatura

O processo migratório implica em mudanças que trazem impactos na saúde pública. As transformações podem ser individuais, por conta das alterações

nas condições e modo de vida das pessoas, e/ou populacionais, por conta do perfil dinâmico que as doenças infecciosas e crônicas podem apresentar (Azerkan & Zendeheh, 2008). Desse modo, modelos diferenciados de cuidados devem ser considerados para os imigrantes (Oyarte, 2018).

Como impactos principais da migração, têm-se os demográficos, econômicos e sociológicos. A migração exige, quer aos países de origem, quer aos países receptores, um esforço constante de reorganização interna, política e social, de forma a responder às necessidades e às expectativas das populações migrantes (Topa & Neves, 2013).

Para exemplificar a importância de se reconhecer a influência do movimento migratório em um sistema de saúde, pode-se citar Idehen (2018), que destaca as disparidades raciais e étnicas no rastreamento de patologias cervicais na Finlândia (tido como um serviço universal dentro desse sistema de saúde), refletindo em números de menor participação de imigrantes russos, somalianos e curdos em relação à população finlandesa. Os autores concluem que, mesmo havendo direitos ou igual acesso, não há garantias de utilização igualitária ao serviço, e isso se daria por questões associadas à migração, como nível educacional baixo, subempregos, baixa proficiência da língua, falta de conhecimento e/ou entendimento sobre rastreamentos médicos, experiências prévias ruins com o serviço de rastreamento, incapacidade de se orientar dentro do sistema de saúde e de obter informações sobre saúde.

Uma realidade semelhante é observada em outros trabalhos internacionais sobre as dificuldades que imigrantes têm para o acesso aos serviços de saúde. Ochieng (2012) assenta as barreiras que a comunidade africana subsaariana enfrenta no Reino Unido, tais como a barreira da língua, pouca ajuda por partes dos profissionais de saúde frente a questões emocionais e a irregularidade de voluntários bilíngues ofertados para a população-alvo. No Canadá, Redditt (2015) conclui seu estudo destacando a quantidade notável de doenças crônicas que são trazidas pelos imigrantes, como anemia, alterações nos níveis tensionais e glicêmicos, bem como irregularidades nos achados citológicos cervicais. Sendo assim, a autora reforça a importância do sistema em compreender e dar acesso a esses indivíduos e destaca por fim a relevância em se triar para doenças crônicas e mentais.

Ventura (2018) reitera que a condição de saúde dos imigrantes interfere na sua inserção e integração à sociedade e que para isso é fundamental compreender

o processo saúde-doença e cuidado desses grupos, refletindo sobre as respectivas responsabilidades dos Estados. A mesma autora, juntamente com Guerra (2017), pontua a necessidade de pensar nas consequências negativas que a imigração traz para a saúde e, novamente, põe em cheque as responsabilidades dos Estados para com a saúde desta população.

Paralelamente a esse contexto, observa-se o aumento dos fluxos migratórios de estrangeiros para o Brasil. Dados da Polícia Federal (Brasil, 2017) estimam um aumento de 160% na quantidade de imigrantes no país, no período de 2006 a 2015, especialmente os imigrantes haitianos. Porém, no último ano, a entrada de imigrantes no Brasil se deu principalmente por sírios, congoleses, angolanos e colombianos. Os principais serviços públicos acessados por esses imigrantes são a obtenção de documentos (CPF, registro nacional de estrangeiro – RNE e carteira de trabalho), serviços educacionais (41%) e de saúde (91%), dados esses da pesquisa sobre o perfil socioeconômico dos refugiados no Brasil (2018-2019), reconhecida pelo Comitê Nacional para Refugiados (UNHCR/ACNUR, 2019).

No Brasil, o acesso formal à saúde é garantido de forma universal no art. 196 da Constituição Federal (1988). Isso significa que toda e qualquer pessoa, independente da nacionalidade, pode ter acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a um simples cadastro prévio (Faleiros, 2012). Entretanto, a salvaguarda na lei não garante ausência de barreiras ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde públicos no Brasil (Santos, 2016).

Como forma de amenizar as possíveis restrições de acesso aos serviços de saúde, o Estado brasileiro tem criado programas a fim de garantir que os imigrantes tenham acesso de fato a um bom atendimento, além de simples garantia em lei. São exemplos a criação do Sistema Integrado de Saúde nas fronteiras (SIS fronteiras) e a Nova lei de Imigração nº 13445/2017, a qual dispõe sobre os direitos e os deveres do imigrante e do visitante, regula a entrada e estada do imigrante no país e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas voltadas ao imigrante.

Considerando todas essas realidades do processo migratório no Brasil e no mundo, surge a indagação de como toda essa conjuntura influencia no modo de vida do próprio migrante, em especial no âmbito da saúde. Ressalta-se aqui não somente o ponto de vista técnico de levantamento de dados, além dos sociais,

econômicos e demográficos, mas principalmente de sua visão e experiência no seu próprio processo de saúde-doença. Em outras palavras, o que significa ter saúde para o indivíduo migrante? O que, para ele, contribui na manutenção de uma “boa” saúde? O que significa estar doente e o que favorece o seu próprio adoecimento?

Todos esses questionamentos são importantes visto que os imigrantes passam por processos de mudanças e adaptações em sua vida ao migrar e isso pode afetar inclusive sua saúde (Waldman, 2011).

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, do tipo qualitativo em que se utilizou um roteiro semiestruturado. O trabalho de campo foi realizado na cidade de Curitiba, no período de maio a novembro de 2018. A procura pelos participantes iniciou-se dentro do próprio meio acadêmico da Universidade Federal do Paraná por meio de perguntas e especulações. Então, dentro da reitoria da Universidade Federal do Paraná achou-se o Programa Política Migratória e Universidade Brasileira (PMUB) e PBMIH (Português Brasileiro Para Imigração Humanitária), um projeto de extensão organizado pelo curso de Letras e pelo Centro de Línguas e Interculturalidade (CELIN – UFPR) que tem como objetivo oferecer aulas de português para refugiados e migrantes em vulnerabilidade social e também promover atividades culturais que auxiliam na integração social. O acesso ao PBMIH foi conseguido via contato telefônico com a direção do mesmo, marcado um encontro para falar sobre a pesquisa e mostrar o projeto escrito. De antemão a diretoria esclareceu sobre as dificuldades de pessoas de fora em conseguir conversar com os imigrantes, mas que a equipe se prontificaria em ajudar, o que fora muito bem-vindo.

Durante os encontros aos sábados, a equipe avisava sempre os alunos imigrantes sobre o pesquisador e o projeto e os convidava para participarem das conversas. Em troca, o pesquisador dava orientações sobre temas relacionados à saúde e o funcionamento do sistema de saúde da cidade. No começo houve uma resistência por parte dos imigrantes, que inicialmente só aceitaram fazer parte da pesquisa por intermédio da diretora do programa, a qual tinham grande estima e confiança.

Os critérios de inclusão utilizados para os participantes foram: imigrantes haitianos maiores de 18 anos, residentes no Estado do Paraná,

relato de estarem no Brasil há pelo menos um ano, que referiram ter utilizado algum serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), que se sentiram adoecidos de alguma forma. Critério de exclusão foi déficit cognitivo aparente. Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma vez assinado, as entrevistas eram prontamente realizadas, salvo duas, que foram agendadas para a semana seguinte por preferência dos participantes. Todas as entrevistas foram realizadas por um mesmo pesquisador. A amostra foi limitada pelo método de saturação, pois apesar da análise de conteúdo não se amparar especificamente em uma amostra quantificável, alguns autores propõem o critério de saturação das informações como necessário para a delimitação do olhar investigativo (Turato, 2005).

Todas as entrevistas foram integralmente gravadas e os registros áudio-digitais foram transcritos *ipsis litteris* para posterior análise. As identidades dos participantes foram preservadas e trocadas por número (Entrevistado 1, 2, 3, ...), quaisquer informações que pudessem incorrer em identificação foram alteradas ou suprimidas quando não eram relevantes à pesquisa. Para análise dos mesmos, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo, que pode ser usada enquanto método de organização e análise dos dados, permitindo qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (Bardin, 2014). A partir da análise das transcrições foram criadas categorias e, dentro dessas, núcleos argumentais, os quais foram criados a partir das repetições dos discursos dos participantes. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Paraná número de registro na Plataforma Brasil (CAAE 80355317.0.0000.0102).

Resultados

Foram realizadas seis entrevistas (sistematizadas na tabela 1) com nove potenciais participantes selecionados (dois acabaram não preenchendo os critérios de inclusão e um desistiu por motivos pessoais durante depoimento). As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos cada e as características gerais dos entrevistados encontram-se na tabela 1, abaixo.

Tabela 1 — Especificações dos entrevistados

Entrevistado	Idade	Gênero	Tempo no Brasil (anos)	Profissão atual	Profissão no Haiti
1	28	Masculino	5 anos	Engenheiro	Professor
2	25	Masculino	5 anos	Estudante de Direito	Estudante
3	24	Feminino	4 anos	Do lar	Estudante de Medicina
4	58	Masculino	3 anos	Garçom	Professor
5	26	Masculino	5 anos	Técnico em Eletrônica	Estudante
6	26	Masculino	1,5 ano	Desempregado	Estudante

Fonte: Pesquisa de campo, 2018. Elaborada pelo autor.

Todos os participantes estavam vinculados ao PBMIH na época das entrevistas, com exceção de um, que foi indicado a participar por um colega. Os participantes eram residentes da grande Curitiba (capital somada à região metropolitana).

A análise das entrevistas permitiu a criação de três categorias de discurso: a percepção de estar/ser doente, o acesso à rede e a experiência de tratamento de saúde no Brasil – Haiti.

Da percepção de ser/estar doente

Para os entrevistados, houve uma ideia de que doença é algo que saía de um estado de “normalidade”, do padrão comparado à própria consciência sobre se sentir bem. O processo de adoecimento era visto como algo difícil de lidar ou até mesmo explicar. A doença era comparada à saúde, ou a falta dela.

Pra mim estar doente é... tem uma coisa que não é normal. É um pouco difícil de explicar, mas é quando você está fora do normal [...]. Ter saúde é cuidar de você mesmo e ter controle da situação (Ent. 2)

Os relatos identificaram o adoecimento ou ter doença à ideia de dor, limitando-se sua conceituação a isso. Era somente dor majoritariamente física, sentida organicamente, em alguma parte do corpo. Na complementação da noção de dor à doença, esta acabava sendo exemplificada para uma melhor explicação.

[...] quando estou doente, é alguma dor, né? (Ent. 1)

A gente pode ter uma dor no estômago, na perna, na cabeça. (Ent. 6)

Pareceu haver uma associação de adoecimento e da doença com suas atividades, tanto laborais quanto cotidianas e o quanto essa associação influenciava em suas rotinas. Essa associação era negativa, como um fator limitante no viver e na realização das atividades, contudo a função laboral em si ou as condições de trabalho implícitas acabavam sendo um contexto maior dentro do processo e não eram identificadas explicitamente como corresponsáveis.

[...] a gente precisa de saúde pra trabalhar. Quando eu fico doente, eu fico muito estressada, porque eu não consigo trabalhar, eu não consigo ajudar minha filha, não consigo dar conta em casa (Ent. 3)

No meu trabalho, quando eu faço bastante movimento, chega em casa estou doente. (Ent. 4)

Os relatos fizeram uma ligação entre a doença e uma medida resolutiva, como ir ao hospital ou à unidade de saúde, estando sempre sujeito a uma avaliação profissional.

Essa dor, eu procuro o hospital que está aberto no momento. (Ent. 1)

Não houve relatos relacionando a doença ou estar doente com o sofrimento mental, aflições da alma ou espirituais.

Acesso à rede de saúde brasileira

Segundo os relatos, o primeiro contato com a rede foi prioritariamente em serviços de urgência e emergência, não na atenção primária. A palavra “hospital” foi predominante em todos os discursos, mesmo quando estavam se referindo às unidades de pronto atendimento (UPAs).

Quando você se sente doente, tem que ir pro hospital, fazer uma consulta. (Ent. 2)

Quando perguntados sobre como se deu o acesso à rede de saúde, exemplificaram suas repostas com experiências próprias ou de semelhantes, enfocando as dificuldades dentro do funcionamento do sistema. No que tange essas dificuldades, eram citados o horário de chegada ao local (independente se unidade de saúde, de pronto atendimento ou hospital), o número limitado de consultas (sem mencionar um valor numérico) e o tempo de espera. Relataram também mais dificuldades de acesso, às vezes estruturais e outras, humanas. Referiam sentir que os profissionais de saúde brasileiros não os escutam, não apenas do ponto de vista linguístico, mas do lugar que ocupam na suposta relação profissional de saúde/paciente, onde suas opiniões não são consideradas ou ouvidas.

Várias vezes que eu fui levar alguém pra fazer consulta, tem alguns postos que se você não chega umas 7 horas da manhã, eles falam que não tem mais consulta. (Ent. 1)

[...] tem pessoas com muito racismo também, já aconteceu muito racismo comigo. Lá no posto tem bastante haitiano que falam isso também. Lá no posto tem muito racismo. (Ent. 3)

Ter o primeiro acesso para atendimento atrelada à uma unidade básica de saúde baseada em sua territorialização e geolocalização, na experiência dos haitianos foi visto como algo de grande sacrifício, com dificuldade de aceitação por eles mesmos. A alternativa encontrada pelos participantes da pesquisa era tentar outros pontos da rede, mesmo que isso significasse ir a um local mais distante.

Precisa levantar muito cedo, a gente não consegue pegar fila, tem que levantar 4 horas da manhã, mas não dá conta pra levantar muito cedo, tem bandido na rua, não é fácil. Nós tenta levar lá em um posto que é diferente, lá as pessoas é boa. Mas se não, nós tenta lá no outro, porque é dois posto sempre que nós tenta. (Ent.4)

Também há uma procura pelos serviços de saúde por questões mais pontuais, que demandam resolutividade mais rápida, para um único problema e discursos de potenciais melhorias dentro do acesso à rede e ao próprio sistema são constantes.

[...] eu só frequento lá quando acontece um problema que precisa nesse dia... aí depois que acabou nem volto mais. (Ent. 1)

Eu acho, que se tiver uma coisa que o país precisa melhorar, tem que reduzir o tempo de atendimento no posto de saúde e UPA, porque eu também soffro com isso. (Ent. 5)

Tratamento no Brasil e no Haiti

Os discursos inferiram comparações dos sistemas de saúde entre o Brasil e o Haiti, especialmente no que se refere ao acesso à rede e seu funcionamento. Nesse aspecto, o poder aquisitivo foi apontado como determinante no acesso ao serviço haitiano, sendo este ponto uma desvantagem quando comparado ao SUS.

[...] no Haiti, pra ir no hospital ou posto de saúde tem que ter dinheiro. Se você não tem dinheiro, você não tem direito pra ir pro hospital. E por isso eu acho bom aqui, porque quando eu estou doente, não precisa dinheiro pra ir pro hospital. [...] no Haiti tem hospitais públicos e tem hospitais privados, mas nos públicos falta também médicos pra consulta. (Ent. 4)

No que se refere a questões culturais, houve uma caracterização importante do quanto tais questões interviam no modo em que se adoce e que se lida com o adoecimento. Questões essas relacionadas a costumes e modos de viver que não poderiam ser reproduzidos exatamente como no Haiti, pelo fato do Brasil ter um sistema e modo de vida diferentes. Considera-se a medicina no Haiti mais “tradicional” no sentido de mais simples do que a medicina no Brasil em termos estruturais e de procedimentos e por se basear muito também em credences e valores religiosos.

Tem alguns costumes que eu acho que não vai ser tão fácil de trazer pra cá, porque é um outro país, é um outro sistema, outra cultura. (Ent. 2)

No Haiti [...] a questão de saúde é mais tradicional. Não é como médico no Brasil... cirurgia, exame... (Ent.5)

Discussão

Com o objetivo de compreender o processo de saúde-doença dos imigrantes haitianos, as análises a seguir devem ser interpretadas inserindo-as no contexto da realidade dos próprios indivíduos.

Atualmente o modelo biomédico predomina como modelo explicativo do processo de saúde, doença e cuidado. Ferreira (2014) destaca a priorização das doenças em oposição ao indivíduo que adoece, ao mesmo tempo em que se busca fundamentar diagnósticos e manejos considerados adequados. Complementam também a padronização e repetição de sintomas como “doenças” sem considerar a variabilidade do indivíduo frente ao adoecimento, e complementam com o consequente fato de que a doença passa a ser interpretada como um desvio dentro do organismo normal, passível de diagnóstico e tratamento. Sendo assim, torna-se lógica a ideia por parte da população migrante haitiana de que estar doente é algo fora do normal, representada muitas vezes pela dor como sintoma, dependendo quase sempre da avaliação médica para ser abordada, uma vez que nessa inserção de modelo biomédico está incluso também o modelo hospitalocêntrico. Por conseguinte, fica lógico pensar que essa ideia seja complementada por uma noção herdada do sistema de saúde haitiano. Sistemas de saúde menos organizados e com pouco financiamento, como será abordado mais posteriormente, tradicionalmente investem mais em hospitais, como reforça Buss (2007) sobre como a baixa qualidade da política e da administração de governos de países em desenvolvimento acabam sendo causa de desaproveitamento de recursos e de ineficiência de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

No que concerne à concepção do adoecimento atrelado negativamente às atividades laborais, pauta-se uma grande preocupação frente ao sustento do indivíduo migrante. Portanto, garantir uma boa saúde para tal torna-se impreterível, surgindo daí a relação entre saúde e trabalho. Na prática, o contexto é diferente: para Santos (2016) os imigrantes, por serem mais vulneráveis social e economicamente, sobretudo os recém-chegados, se submetem mais facilmente a postos de trabalho insalubres, a salários baixos e a moradias precárias. Leão (2017) aponta registros da situação de saúde de trabalhadores haitianos em Mato Grosso e enfocam a situação de precariedade social, econômica e laboral desse grupo.

Na pesquisa sobre o perfil socioeconômico dos refugiados no Brasil (UNHCR/ACNUR, 2019), reconhecida pelo Comitê Nacional para Refugiados, 57,5% dos refugiados entrevistados estão trabalhando, enquanto que 19,5% estão procurando por um emprego. Quase 6% estão desocupados (não trabalham e não têm outra atividade). Sendo assim, mais de um quarto estão fora do mercado de trabalho (25,2%). Na mesma pesquisa, avaliou-se que a maioria não tem conseguido se valer de suas capacidades técnicas (68,2%), pois precisam validar seus diplomas.

A impressão de não haver uma consciência do imigrante sobre em que local do sistema de saúde deve acontecer a inserção ou, por mais que haja, é sobreposta por uma dificuldade de aceitação, também Santos (2016) corrobora que tais fatos acontecem devido à desconfiança corrente que os leva a evitar contatos de cunho institucional, pois temem que isso possa repercutir negativamente na obtenção de seus vistos permanentes, evitando também ser fotografados. A autora ainda justifica o acesso desorganizado e pontual por parte dos haitianos citando Wamai e Larkin (2011), que descrevem o funcionamento dos serviços de saúde do Haiti como uma “colcha de retalhos”:

A maior parte dos serviços de saúde é privada, com grande contingente de clínicos trabalhando por conta própria e um grande número de ONGs e obras missionárias prestando atendimentos emergenciais. Por esse motivo, a frequência aos serviços de saúde não é uma prática comum entre os haitianos, que procuram as unidades apenas em situações que consideram graves. (Wamai & Larkin, 2011)

Ao mesmo tempo, outro ponto que merece destaque frente ao acesso desorganizado dos imigrantes haitianos é a herança de um sistema de saúde menos robusto, com uma oferta de atendimento inadequada na atenção primária, uma infraestrutura precária e falta de reconhecimento quanto à qualidade ofertada por parte dos gestores. Khoury *et al.* (2012) analisam modelos explanatórios da prática do vodu no Haiti como um “obstáculo” a tratamento psiquiátricos no Haiti. Pontuam que o nível de cuidado psiquiátrico é inadequado, bem como a infraestrutura e os recursos parcos ofertados por um estado fraco e incapaz de prover alternativas de serviços orientados biomedicamente, deixando o indivíduo doente a mercê de buscas alternativas de cuidado.

As caracterizações dos relatos sobre obstáculos interpessoais merecem atenção especial no que tange ao desenvolvimento de métodos para facilitar o acesso aos serviços de saúde. Temáticas de racismo, xenofobia e outras formas de preconceito não somente podem desestimular o imigrante a procurar atendimento, mas deixá-lo ainda mais vulnerável. Matos e Tourinho (2018) destacam que o racismo leva a restrições materiais, espaciais e sociais, dificultando o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do serviço. Além disso, desinformação por parte de profissionais em relação aos direitos dos migrantes, incidência dos fluxos do SUS, a não inclusão de programas preventivos, obstáculos linguísticos e a falta de empatia a questões culturais e religiosas são dificuldades extras que o imigrante enfrenta (Sampaio, 2013).

A apreciação, nas narrativas, de seus modos de vida permite uma análise, nas entrelinhas, sobre suas raízes culturais e religiosas e como isso pode afetar no acesso e na experiência do adoecimento. Por exemplo, Martes (2013) inclui o papel da família na formação de padrões específicos de cuidados com doenças e procura de tratamentos. Ela pode intermediar o acesso às redes informais de cuidados, de informações e/ou referências, ou até financiar os recursos para cobrir os tratamentos, quando necessários. Santos (2016) exemplifica a tentativa de triagem dos imigrantes do Amazonas para AIDS, cólera e filariose (até então preocupações epidemiológicas quando do aumento significativo do fluxo) e suas dificuldades nesse processo visto a barreira linguística e a conotação que a agulha tinha para os haitianos, já que são usadas pelos mesmos em práticas da religião.

Novamente, as análises e discussões devem ser inseridas também no atual contexto da política migratória do país. Em janeiro de 2019, o Brasil, representado pelo ministro das Relações Exteriores Ernesto Araújo, deixou o Pacto Global para Migração Segura da Organização das Nações Unidas (ONU), que havia sido firmado oficialmente em dezembro de 2018 com a assinatura de 160 países (UNHCR/ACNUR, 2019). Esse pacto lida com questões como “soberania do Estado, compartilhamento de responsabilidade e não discriminação de direitos humanos”, na tentativa de proteger melhor os migrantes, integrá-los à sociedade e criar regras para enviá-los de volta ao seu país de origem.

Essa medida pode trazer potenciais e grandes mudanças no modo de tratamento do imigrante e até na sua limitação e inclusão dentro do sistema de saúde brasileiro – o SUS, piorando suas já precárias situações de saúde, sociais e econômicas.

Conclusão

O fenômeno da imigração é um algo mundial que repercute em âmbitos sociais, econômicos e demográficos. A migração de diversas populações para o Brasil, em especial a haitiana, é um fato presente no contexto da saúde pública no país e na cidade de Curitiba. Isso traz influências diretas na quantidade e na qualidade das demandas dentro do sistema de saúde.

A população de imigrantes haitianos procura os serviços de saúde de acordo com as suas necessidades, quase sempre pontuais, sem a ciência de um fluxo pré-estruturado. Dificuldades de acesso aos serviços e a aspectos culturais de como o indivíduo imigrante lida com o adoecimento em sua realidade são fatores notáveis que ajudam a fundamentar tais características. Por conseguinte, em sua abordagem durante o atendimento, não há construção de vínculo capaz de abranger toda a integralidade de suas necessidades.

Tendo menos acesso aos serviços de saúde, os haitianos tornam-se mais expostos e vulneráveis a fatores sociais e biológicos capazes de prejudicar seu estado de saúde. Observa-se na prática indivíduos desassistidos, sub-diagnosticados e sem seguimento adequado para condições crônicas.

Faz-se relevante o reconhecimento dessa situação pela gestão pública de saúde e dos profissionais que nela atuam, bem como a criação de estratégias para abordagem integral capazes de absorver as demandas originadas por esse fenômeno social, estratégias essas que não reforcem a visão hospitalocêntrica que os imigrantes fazem sobre o adoecimento e que potencializem seu acesso dentro da atenção primária. Algumas podem ser aqui consideradas visto os achados na presente pesquisa: o treinamento dos profissionais de saúde; ampliação de rastreamento de doenças mais prevalentes nessa população; a elaboração de material informativo/educativo no dialeto da população migrante sobre questões de saúde; trabalho e serviços sociais disponíveis; adoção de práticas educativas que identifiquem e diminuam situações de exclusão social como o racismo e a xenofobia; melhoria de condições e práticas de trabalho através de políticas de treinamento dentro das empresas e busca de apoio da comunidade no intuito de uma integração cultural (palestras, workshops etc.). Essas estratégias poderão auxiliar na oferta de um serviço de saúde de melhor qualidade e mais receptivo aos imigrantes, contribuindo para o desenvolvimento de uma autoconsciência do seu processo de

adoecimento, tornando-os corresponsáveis pelo seu cuidado e fornecendo suporte para que sejam transformadores de sua realidade em benefício próprio.

Referências

- Azerkan, F, Zendeheh, K, Tillgren, P, Faxelid, E. (2008). Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden, from 1968 to 2004. *Int J Cancer*, 123(11): 2664-70.
- Bardin, L. (2011) Análise de conteúdo. São Paulo: Editora Almedina, São Paulo, Brasil.
- Benerjee, T., Shah, B. R. (2018). Epidemiology Differences in prevalence of diabetes among immigrants to Canada from South Asian countries. *Diabet Medicine*, 35 (7): 937-943.
- Brasil. (2016) Ministério das Relações Exteriores. Política externa: Refugiados e CONARE. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/paz-e-seguranca-internacionais/153-refugiados-e-o-conare>>. Acesso em: 29 jun. 2017.
- Buss, P. M. Globalização, pobreza e saúde. (2007) *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6):1575-1589.
- Faleiros, S. M. (2012) Universalidade e políticas públicas: a experiência dos imigrantes no acesso à saúde. Dissertação de mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- Ferreira, D.C. *et al.* (2014) A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. *Revista Brasileira de Educação Médica* 38 (2): 283 – 288.
- Guerra, K., Ventura, M. (2017) Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cad. Saúde Colet.* 25(1): 123-129.
- Idehen, E. E., *et al.* (2018). Disparities in cervical screening participation: a comparison of Russian, Somali and Kurdish immigrants with the general Finnish population. *International Journal for Equity in Health*. 17(56).
- Khoury, Nayla & Kaiser, Bonnie & Keys, Hunter & Brewster-Trudeau, Aimée-Rika & Kohrt, Brandon. (2012). Explanatory Models and Mental Health Treatment: Is Vodou an Obstacle to Psychiatric Treatment in Rural Haiti?. *Culture, medicine and psychiatry*. 36: 514-34.
- Leão, L. H. C. *et al.* (2017) Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 33(7): 1-7.
- Martes, A.C.B. (2013) Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc.* São Paulo, 22 (2): 351-364.
- Matos, C.C.S.A e Tourinho, F.S.V. (2018) Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 13(40):1-12.
- Ochieng, B.M.N. (2012) Black African migrants: the barriers with accessing and utilizing health promotion services in the UK. *European Journal of Public Health*. 23.
- Oyarte, M., Delgado, I. Pedrero, V., Agar, L., & Cabieses, B. (2018). Hospitalizations for cancer in international migrants versus local population in Chile. *Revista de Saúde Pública*, 52, 36.
- Redditt, V. J. *et al.* (2015) Health status of newly arrived refugees in Toronto. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*. 61: 303-309.
- Sampaio, C. Migração e Saúde: um testemunho. (2013) *Rev. Inter. Mob. Hum.*, Brasília, Ano XXI, 40: 245-250.
- Santos, F. V. dos. (2016) A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos na Amazônia. *Historia, VCIencias, Saude – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 23(2): 477-494.
- Topa, J., Neves, S., & Nogueira, C. (2013) Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Soc.* 22 (2): 328-341.
- Turato, E. R. *et al.* (2005) Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27.
- UNHCR/ACNUR. (2019) Agência da ONU para refugiados. Resumo Executivo Perfil Socioeconômico dos refugiados no Brasil, 2019. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/05/Resumo-Executivo-Versão-Online.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.
- Waldman, T.C. (2011) Movimentos migratórios sob a Perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 12(1): 90-114.
- Wamai, R. G.; Larkin, C. (2011) Health development experiences in Haiti: what can be learned from the past to find a way forward? *Japan Medical Association Journal*, 54(1): 56-67.
- Ventura, Miriam. (2018). Imigração, saúde global e direitos humanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4).

ADICÇÃO EM INTERNET E CHECAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES

Ana Maria Ribeiro Nogueira
Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito
Lucinéia de Pinho
Marise Fagundes Silveira
Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira
Alexandre Botelho Brito
Lorena Soares David
Joanna Ribeiro Nogueira
Daniela Araújo Veloso Popoff

Introdução

Adolescência é fase de grandes descobertas e oportunidades e igualmente um período crítico, quando ocorrem mudanças na esfera física e nos aspectos sociais, emocionais e mentais. Inicia-se com as alterações corporais da puberdade e culmina na consolidação do crescimento e personalidade do indivíduo, ao obter progressivamente independência econômica e integração social. Nessa trajetória rumo à identidade, emerge o distanciamento dos pais e, percebendo-se seres dissociados desses, buscam referenciais, elegendo ídolos (Tanner, 1962).

Independentemente do ciclo de vida, fatores socioculturais influenciam na (in)satisfação com a imagem corporal, podendo o jovem revestir-se de representações sociais (Costa & Machado, 2014). Nesse sentido, as mudanças corporais verificadas na adolescência e a distância existente entre o real e o “corpo ideal” podem gerar insatisfação com o *self*, advindo sintomas depressivos e/ou comportamentos não saudáveis (Costa, Lima & Pegolo, 2016). Ao contrário da população idosa e das crianças, a vulnerabilidade a que os adolescentes estão expostos está diretamente relacionada aos hábitos e comportamentos frequentes nessa faixa etária (WHO, 1986).

Imagem Corporal (IC) é a realidade subjetiva do corpo percebida e vivenciada pelo indivíduo (Bandeira, Mendes, Cavalcante & Arruda, 2016). A IC é constituída por fatores atitudinais, emocionais, cognitivos e comportamentais,

gerando práticas e hábitos saudáveis quando partem de valores positivos (Ciampo & Ciampo, 2010). Se presentes valores negativos, além de baixa autoestima, há associação com diversas condições patológicas (Teixeira, Schneider, Wolpe & Sperandio, 2015). Os indivíduos que possuem inquietação com as medidas e aparência corporais podem apresentar Hábito de Checagem Corporal (HCC) (Shafran, Fairbun, Robinson & Lask, 2004). Tal ritualística retroalimenta insatisfação com o próprio corpo (Shafran, Fairbun, Robinson & Lask, 2004) e distorção da percepção do *self* (Reas, Grilo, Masheb & Wilson, 2005), o que, em qualquer época da vida, mas especialmente a adolescência, configura-se como grave problema (Gonçalves, Moreira, Trindade & Fiates, 2013).

As mudanças físicas da adolescência podem determinar distúrbios de autoimagem, carreando transtornos alimentares (Scherer *et al.*, 2010; Duarte, Pinto-Gouveia & Stubbs, 2017) e, similarmente, sintomas depressivos podem estar relacionados à bulimia nervosa (Gonçalves, Moreira, Trindade & Fiates, 2013). História familiar de depressão, introspecção e baixa autoestima, consequente à imagem corporal distorcida, podem predispor a sintomas depressivos entre os jovens, sobretudo do gênero feminino (Lopes *et al.*, 2011; Cunha, Bastos & Duca, 2012; Ferreira & Tavares, 2013).

A Síndrome de *Burnout* caracteriza-se pela perda progressiva da energia, idealismo, perspectivas, entusiasmo, prazer e envolvimento no trabalho ou estudo. Ao buscar o desenvolvimento da identidade, o adolescente necessita relacionar-se com seus pares, sendo a despersonalização um fator pernicioso à construção de sua singularidade. Desta forma, é lícito considerar a Síndrome de *Burnout* como resposta prolongada e persistente a estressores interpessoais (Maslach, 1993), sinalizando a presença de autoconceito negativo e atitudes inapropriadas em relação às atividades profissionais/estudantis e aos que se correlacionam com o ambiente laboral (Tamayo & Tróccoli, 2009).

A Adicção em Internet (AI) é um conceito relativamente novo em psiquiatria. Contudo, sintomas depressivos, ansiedade, baixa autoestima e isolamento social tem sido relacionado à AI, posto que as relações daí advindas fossem apenas virtuais (Yoo, Cho & Cha, 2014; Yau *et al.*, 2014). O HCC coadjuva com perpetuidade da insatisfação com o corpo e com baixa autoestima, sendo retratada sua associação com AI, demonstrando necessidade sentida pelo

indivíduo de evitação corporal e de se manter distante dos olhares dos outros (Seabra *et al.*, 2017).

É indiscutível a utilidade da internet, contudo, na adolescência seu uso em demasia se torna mais injurioso em razão da relação inversa existente entre o tempo de uso e o convívio social (Flisher, 2010). A IC sofre impacto de diversos fatores, dentre eles amigos, família e mídia — este último, o mais pervasivo, justificando a proposta do estudo de avaliar o hábito de checagem corporal em escolares do ensino médio e fatores associados, dentre eles aspectos emocionais como a AI (Smolak, 2004).

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico, parte da pesquisa intitulada “Estudantes *online*: uso e dependência da internet”. Foi realizado na zona urbana do município de Montes Claros, Minas Gerais, cuja amostra aleatória foi constituída por estudantes do ensino médio e superior regularmente matriculados em instituições públicas e privadas da zona urbana do município.

Para este estudo, foi considerada a população de escolares do ensino médio e do sexo feminino que participaram do estudo original e presentes no dia da coleta de dados. O cálculo do tamanho amostral considerou a prevalência do evento checagem corporal de 50%, nível de confiança de 95% e erro padrão de 5%. Foi adotada a correção para o efeito de delineamento ($Deff=1,5$) e acrescido 15% para possíveis perdas, estimando um tamanho amostral mínimo de 596 escolares do sexo feminino. Adotou-se, também, poder do estudo de 80%, na perspectiva de estimar razão de prevalência (RP =1,4) e probabilidade 0,28 de alta checagem corporal entre os expostos (uso problemático da internet ou adictos).

No ensino médio a seleção da amostra foi do tipo probabilística por conglomerado em um único estágio. Por probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), foi realizado o sorteio das instituições de ensino (cinco do ensino médio) e selecionadas todas as turmas das instituições sorteadas. Todas as alunas das turmas selecionadas foram convidadas a participar.

O instrumento de coleta de dados foi testado previamente em um estudo piloto. As instituições de ensino sorteadas foram visitadas pelos pesquisadores para esclarecimentos e obtenção da autorização dos responsáveis. A coleta de

dados foi realizada entre o segundo semestre de 2016 e o primeiro de 2017 e se deu em cada sala de aula sorteada, sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis.

O questionário aplicado contemplava características sociodemográficas (idade, classe econômica, escolaridade dos pais), aspectos clínico-emocionais (estado nutricional, adicção em internet, sintomas depressivos e síndrome de *Burnout*), relação socioafetiva (interação afetiva, interação dialogada, uso de redes sociais), hábitos de vida (atividade física e alimentação balanceada) e a variável dependente Hábito de Checagem Corporal.

A idade foi avaliada em anos e dicotomizada em 15 a 17 anos e maiores de 18 anos. Para a classe econômica, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) — 2015. O CCEB, 2015 classifica as famílias considerando patrimônio econômico, poder aquisitivo e grau de instrução do chefe da família, estabelecendo os seguintes estratos: A1 (42 a 46 pontos), A2 (35 a 41 pontos), B1 (29 a 34 pontos), B2 (23 a 28 pontos), C1 (18 a 22 pontos), C2 (14 a 17 pontos), D (8 a 13 pontos) e E (0 a 7 pontos), os quais foram recategorizados em A (A1 e A2); B (B1 e B2); C (C1 e C2); D/E.

A escolaridade dos pais foi averiguada pelo nível de ensino e depois categorizada em: analfabeto/ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo e ensino médio incompleto; ensino médio completo/ensino superior incompleto/completo.

AI foi avaliada pelo instrumento validado *Internet Addiction Test* (IAT), composto por 20 itens em escala de *Likert*, com escores que variam de 20 a 100 pontos. Consoante à pontuação obtida, as estudantes foram classificadas em usuária mediana (20 a 39 pontos), problemática (40 a 69 pontos) e com adicção à internet ≥ 70 pontos (Young, 1998).

Para avaliação dos sintomas depressivos, foi utilizado o *Beck's Depression Inventory* (BDI), validado no Brasil. O BDI é composto por 21 itens em escala de *Likert* de cinco pontos, que englobam aspectos comportamentais característicos de quadros depressivos: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa e de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite e de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Os escores

variam de zero a 63, sendo que até 11 pontos o indivíduo apresenta mínimos sintomas depressivos (Gorenstein & Andrade, 1998). Entre os adolescentes, foi estabelecido como ponto de corte, pontuação maior ou igual a 12 (quadro leve) (Barroilhet *et al.*, 2012).

Para avaliação da Síndrome de *Burnout* adotou-se o instrumento *Maslach Burnout Inventory – Student Survey* (MBI-SS), o qual foi adaptado e validado por Schaufelli *et al.* (2002), tendo por base estudos anteriores (Balogun, Helgemoe, Pellegrini & Hoerberlein, 1995). Neste é solicitado ao escolar que avalie com que frequência vivencia os sentimentos e emoções expressos em proposições (Maroco & Tecedeiro, 2009). O MBI-SS apresenta três subescalas: vivência de exaustão, descrença e percepção de estar sendo incompetente como estudante. O MBI-SS é constituído por 15 questões em escala de frequência do tipo *Likert* que varia de 0 a 6 pontos. A classificação das subescalas segue a seguinte pontuação: exaustão emocional baixa até 9, moderada até 14 e >14 alta. Quanto à descrença, considera-se baixa até 1, moderada de 2 a 6 e > 6 alta. A eficácia profissional baixa é tida quando a pontuação ≤ 22, moderada entre 23 a 27 e alta se ≥28 (Carlotto, Nakamura & Câmara, 2006).

Embora a Síndrome de *Burnout* possa ser considerada presente atendendo ao critério tridimensional (três subescalas), ou pelo critério bidimensional considerando-se apenas a exaustão e descrença (Campos & Maroco, 2012), o presente estudo utilizou o critério tridimensional, ou seja: exaustão emocional > 14, descrença > 6 e eficácia profissional < 23. Posteriormente, foi categorizada em presente e ausente.

Para as variáveis socioafetivas (interação afetiva e interação dialogada) e de estilo de vida (alimentação balanceada e atividade física) utilizou-se o questionário validado “Estilo de Vida Fantástico”, que considera o comportamento dos indivíduos nos últimos 30 dias (Rodrigues, Reis & Petroski, 2008). Este instrumento é composto por 20 questões, com uma escala de frequência do tipo *Likert* que varia de 0 a 4 pontos. Na presente pesquisa, foram utilizadas apenas as questões de interesse que abrangiam os aspectos das variáveis supracitadas.

A interação dialogada se referiu à frequência em que o pesquisado conversava assuntos importantes para ele com familiares e amigos e as respostas foram categorizadas em: prejudicada (em quase nunca/raramente/algumas vezes) e preservada (com relativa frequência/quase sempre). A interação afetiva foi averiguada a partir da frequência em que o entrevistado relatava doar e receber afeto

de familiares e amigos e as respostas agrupadas em: prejudicada (em quase nunca/raramente/algumas vezes) e preservada (com relativa frequência/quase sempre).

O consumo de alimentação balanceada foi avaliado pela frequência de sua ingestão, conforme instruções do instrumento sobre o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos alimentares. Essa frequência foi categorizada em insuficiente (quase nunca / raramente / algumas vezes) e adequada (com relativa frequência / quase sempre). A atividade física foi investigada pela constância semanal de realização de atividades vigorosas durante pelo menos 30 minutos por dia e agrupadas em: adequada (três vezes ou mais vezes por semana) e insuficiente (menos de três vezes por semana).

A utilização das redes sociais foi avaliada pela assiduidade autorrelatada, e categorizada em pouco frequente (nunca / raramente / ocasionalmente) e frequentemente (com frequência / quase sempre).

As variáveis altura e peso foram obtidas por meio do autorrelato do estudante, sendo definida a classificação do estado nutricional pelo Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é uma razão simples usualmente utilizada para a classificação dos graus de obesidade, sendo calculado pela fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$. A classificação do IMC teve como referência os valores propostos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014). Embora a forma de calcular o IMC seja igual nas diferentes fases da vida, a interpretação dos resultados difere conforme a faixa etária e o sexo, o que foi considerado no presente estudo, sendo as escolares classificadas em eutróficas e não eutróficas.

Para avaliar a variável dependente do estudo — HCC, utilizou-se o instrumento *Body Checking Questionnaire – BCQ*. Trata-se de um questionário de autorrelato com 12 tópicos marcados em escala de *Likert*, medindo o comportamento de verificação do corpo em quatro aspectos: checagem corporal pela observação do corpo, aferição de partes específicas do corpo, confronto do próprio corpo com o dos outros e procura de informações perceptivas. Quanto maior a pontuação, mais frequente o hábito de checagem corporal e de rituais de averiguação idiossincráticos (Campana, 2007).

O BCQ não conta com pontos de corte definidos. Assim, considerou-se que as adolescentes que obtiveram valores superiores à média apresentavam alto índice de checagem corporal.

Procedimentos estatísticos

Os dados foram digitados em duplicata, organizados e analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS® for Windows*, versão 18.0. As variáveis investigadas foram descritas por distribuição de frequência absoluta e relativa.

Posteriormente, foram realizadas análises bivariadas entre a variável de desfecho e cada variável independente, adotando-se o modelo de Regressão de Poisson com variância robusta. Foram estimadas as Razões de Prevalência (RP) brutas com intervalos de confiança de 95%. As variáveis que apresentaram por nível de significância (valor - p) inferior a 0,20 foram selecionadas para análise múltipla. Para tanto, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson hierarquizado. Neste modelo foi seguido o esquema composto por blocos de variáveis em níveis distal (variáveis sociodemográficas), intermediário (emocionais e socioafetivas) e proximal (hábitos de vida e estado nutricional).

O bloco distal foi o primeiro a ser incluído no modelo, permanecendo como fator de ajuste para os níveis intermediários e proximais. Posteriormente foram incluídas as variáveis do nível intermediário (características emocionais e socioafetivas), permanecendo, da mesma forma, como fator de ajuste para as variáveis do nível proximal. Para finalizar, foram incluídas as variáveis do nível proximal. Em todos os níveis permaneceram no modelo somente aquelas variáveis que apresentaram por nível de significância $p < 0,05$, após ajuste para as variáveis dos níveis anteriores. Foram estimadas Razões de Prevalências (RP), com seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

Aspectos Éticos

A pesquisa atende à Resolução CNS 466/12 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, sendo analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob o número 1.520.173. Foram obtidas as autorizações para a realização da pesquisa pelos gestores da Superintendência Regional de Ensino do município e das escolas selecionadas.

As estudantes maiores de idade e os responsáveis pelas menores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes menores de idade

cujos responsáveis subscreveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, o caráter de voluntariedade da participação das adolescentes e a garantia do anonimato foram esclarecidos.

Resultados

Participaram deste estudo 516 estudantes de um total de 624 matriculadas nas escolas selecionadas. Como 108 (17,3%) delas não estavam presentes no momento da coleta de dados ou se recusaram a responder ou não devolveram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado, essas foram consideradas como perdas e recusas.

A idade variou de 14 a 25 anos, com predominância da faixa etária entre 15 e 17 anos (80,4%). As classes econômicas B ou C representaram 79,3% da amostra. Aproximadamente metade dos pais possuía ensino médio ou superior (47,1%). Referente aos aspectos emocionais, 63,9% foram classificadas como usuárias problemáticas ou adictas em internet e 13% categorizadas com presença de síndrome de *Burnout*. Sobre a interação socioafetiva, aproximadamente um terço da população referiu possuir interação afetiva (35,3%) e interação dialogada (31,1%) prejudicadas e 90,3% fazer uso de redes sociais frequentemente. Quanto aos hábitos de vida, 52,1% praticam atividade física vigorosa três ou mais vezes por semana, 62,3% consumiam alimentação balanceada de forma insuficiente e 17,1% foram classificadas como não eutróficas (Tabela 1).

A avaliação do HCC mostrou um escore médio de 22,31 pontos, com valor mínimo de 12 pontos e máximo de 59 pontos e desvio padrão de $\pm 9,30$. Entre as estudantes, a presença de alto hábito de checagem corporal foi de 38,6% (199).

Ao analisar a associação do comportamento de checagem corporal com as variáveis do estudo, observou-se que as variáveis de escolaridade dos pais ($p = 0,069$), classe econômica ($p = 0,142$) adicção em internet ($p = 0,001$; $p = 0,005$), sintomas depressivos ($p < 0,001$), síndrome de *Bournout* ($p < 0,001$), interação afetiva ($p = 0,014$), interação dialogada ($p = 0,157$) uso de redes sociais ($p = 0,135$)

e o estado nutricional ($p < 0,001$) foram significativas ao nível de 20% (Tabela 1), sendo selecionadas para análise múltipla final.

Os resultados da análise múltipla estão apresentados na Tabela 2. Foram identificadas as variáveis associadas ao hábito de alta checagem corporal ajustadas pelas escolaridade dos pais: no bloco do intermediário — uso problemático de internet (RP=1,42; $p = 0,009$), presença de sintomas depressivos (RP=1,52; $p < 0,001$) e limítrofe com a presença de síndrome de *Bournout* (RP=1,29; $p = 0,069$) e no nível proximal – estado nutricional não eutrófico (RP=1,57; $p < 0,001$).

Tabela 1. Análise bivariada do hábito de checagem corporal e fatores associados em estudantes do ensino médio, (n=516).

	Variáveis	n (%)	Alta Checagem corporal n (%)	RP bruta	IC 95%	Valor p
	Sociodemográficas					
Nível Distal	Idade					
	15-17 anos	415 (80,4)	165 (40,3)	1	-	
	≥ 18 anos	101 (19,6)	34 (34,7)	0,86	0,64-1,16	0,318
	Escolaridade dos Pais*					
	Analfabeto/ Ensino Fundamental incompleto	164 (32,2)	55 (34,0)	1	-	
	Ensino Fundamental completo e médio incompleto	106 (20,8)	40 (38,8)	1,14	0,83-1,58	0,416
	Médio completo/ Superior completo ou incompleto	240 (47,1)	102 (43,2)	1,27	0,98-1,65	0,069
	Classe Econômica*					
	A	72 (14,5)	31 (43,7)	1	-	
	B	176 (35,4)	78 (45,1)	1,03	0,76-1,41	0,840
C	218 (43,9)	73 (34,3)	0,79	0,57-1,08	0,142	
D/E	31 (6,2)	12 (38,7)	0,89	0,53-1,49	0,647	
	Aspectos Emocionais					

Nível Intermediário	Adicção em internet					
	Usuário Mediano	186 (36,0)	52 (28,4)	1	-	
	Usuário Problemático	273 (52,9)	120 (44,9)	1,58	1,21-2,06	0,001
	Usuário com adicção	57 (11,0)	27 (47,4)	1,67	1,17-2,38	0,005
	Sintomas Depressivos*					
	Ausente	336 (66,5)	106 (32,1)	1	-	
	Presente	169 (33,5)	89 (53,6)	1,67	1,35-2,06	0,001
	Síndrome de <i>Burnout</i>					
	Ausente	449 (87,0)	161 (36,5)	1	-	
	Presente	67 (13,0)	38 (57,6)	1,58	1,24-2,01	0,001
	Interação Afetiva					
	Preservada	334 (64,7)	116 (35,4)	1	-	
	Prejudicada	182 (35,3)	83 (46,4)	1,31	1,06-1,63	0,014
	Interação Dialogada*					
	Preservada	355(68,9)	131(37,3)	1	-	
Prejudicada	160(31,1)	68 (43,9)	1,18	0,94-1,47	0,157	
Uso de Redes Sociais*						
Pouco frequente	50 (9,7)	14 (28,6)	1	-		
Frequentemente	465 (90,3)	185 (40,5)	1,42	0,90-2,24	0,135	
	Hábitos de Vida					
Nível Proximal	Atividade Física					
	≥3 vezes por semana	269 (52,1)	110 (41,4)	1	-	
	<3 vezes por semana	247 (47,9)	89 (36,9)	0,89	0,71-1,11	0,310
	Consumo de Alimentação Balanceada*					
	Adequada	194 (37,7)	78 (40,8)	1	-	
	Insuficiente	321(62,3)	120 (38,1)	0,93	0,74-1,16	0,538
	Estado Nutricional*					
	Eutrófico	379 (82,9)	134 (36,0)	1	-	
Não eutrófico	78 (17,1)	45 (58,4)	1,62	1,29-2,05	0,001	

Fonte: Autores, 2020.

Tabela 2. Análise ajustada do hábito de checagem corporal e fatores associados em estudantes do ensino médio, (n=516).

Variáveis	RP <i>Ajustada</i>	IC95%	Valor p
Nível Proximal			
Analfabeto/ Ensino Fundamental incompleto	1,0		
Ensino Fundamental completo e médio incompleto	1,14	0,83-1,58	0,416
Médio completo/ Superior completo ou incompleto	1,27	0,98-1,65	0,069
Nível Intermediário			
Aspectos Emocionais			
Adicção em internet			
Usuário Mediano	1	-	
Usuário Problemático	1,42	1,09-1,86	0,009
Usuário com adicção	1,34	0,93-1,94	0,119
Sintomas depressivos			
Ausente	1	-	
Presente	1,52	1,22-1,90	<0,001
Síndrome de <i>Burnout</i>			
Ausente	1	-	
Presente	1,29	0,99-1,68	0,062
Nível Proximal			
Estado Nutricional			
Eutrófico	1	-	
Não eutrófico	1,57	1,24-1,99	<0,001

Fonte: Autores, 2020.

Discussão

Os resultados sugerem associação entre HCC e adicção em internet, sintomas depressivos, estado nutricional e limítrofe com síndrome de *Burnout*, ajustadas pela escolaridade. A associação do HCC com AI é nova dentre todos os fatores a desempenhar um papel nessa associação, acatando, assim, a hipótese do estudo.

Durante a adolescência, a preocupação com imagem corporal ocorre pela sucessão de mudanças físicas e cognitivas, de modo que a avaliação e o foco no corpo e aparência se intensificam (Mitchell, Petrie, Greenleaf, & Martin, 2012; Senín-Calderón, Rodríguez-Testal, Perona-Garcelán & Perpiñá, 2017). A internalização do ideal de beleza por influências socioculturais e comparação social facilita o desenvolvimento de imagem corporal negativa e a infelicidade com a aparência (Vartanian & Dey, 2013; Carey, Donaghue & Broderick, 2014).

A imagem corporal é a conformação do corpo no imaginário pessoal, não permitindo ao outro perceber como cada um se vê. Compreende-se, então, que fatores atitudinais, emocionais, cognitivos e comportamentais alicerçam, suscitando costumes saudáveis quando partem de valores positivos (Uchôa *et al.*, 2015). Contudo, se presentes valores negativos, além de baixa autoestima, diversas condições patológicas podem mostrar-se associadas (Phillips & Castle, 2002), dentre elas, HCC e AI.

A checagem corporal é amplamente definida como comportamento que visa a avaliações globais ou específicas das características da aparência, incluindo tamanho corporal, simetria facial e composição corporal. Embora a verificação do corpo possa ser considerada comportamento relativamente comum, quando patológica, acredita-se que seja excessiva em quantidade e de natureza compulsiva ou ritualizada, apresentando-se como característica central de certos tipos de psicopatologia (Phillips & Castle, 2002). Em pesquisa acerca da imagem corporal de pessoas com transtornos alimentares, foi evidenciado associações significantes entre hábito de checagem corporal, evitação social e insatisfação com imagem corporal (Campana, Tavares & Garcia Júnior, 2012).

As evidências do estudo alinham-se à constatação de Latner *et al.* (2012) ao concluir que hábitos alimentares patológicos e sintomas depressivos encontram correlação com HCC. Identicamente à pesquisa de Solomon-Krakus *et al.* (2017), constatou-se associação entre insatisfação com a imagem corporal, sintomas depressivos e baixa autoestima. Tanto o HCC como a evitação corporal são expressões comportamentais da superavaliação de peso e da forma corporal (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Indivíduos com baixa autoestima apresentam níveis mais elevados de dependência da internet e vice-versa. As emoções negativas sentidas os levariam à AI, e mais, uma possível explicação para esta associação é a ideia de que, *online*, a

identidade do sujeito seria uma visão melhorada de si próprio, atenuando a baixa autoestima causada pela insatisfação com o *self* (Seabra *et al.*, 2017). As constatações citadas coincidem com o encontrado no estudo em pauta no qual o HCC foi maior nas escolares adictas à internet, posto que, como verificado por Rodgers *et al.* (2013) o esquivamento corporal associa-se a AI, uma vez que tal dependência permite a interação social à distância entre usuários que apresentam dificuldade de convívio e relacionamento, sendo, portanto, a forma instrumental de interação social, como apontado por Cerniglia *et al.* (2017) onde o personagem elaborado assumiria características do eu ideal (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

A sociedade e a mídia reforçam a imagem de corpos atraentes, determinando a compulsão pela busca do ideal de beleza, que não sendo conquistado reforça os sintomas ansiosos e depressivos. Uma vez estabelecida na literatura a associação de sintomas depressivos e insatisfação com a imagem corporal (White & Warren, 2014; Senín-Calderón, Rodríguez-Testal, Perona-Garcelán & Perpiñá, 2017), o presente trabalho encontrou similaridade com esses achados ao verificar que o HCC se mostrou mais prevalente nos estudantes com humor deprimido.

Nikodijevic *et al.* (2018) corroborando Lewer *et al.* (2017) admitem que a distorção da IC, em especial o excesso de preocupação com o peso, com a forma e a insatisfação corporal, estão presentes tanto no HCC quanto no comportamento alimentar inadequado, fatos que se alinham ao observado neste estudo, ressaltando a importância da avaliação da satisfação com a imagem corporal em adolescentes, a fim de prevenir os danos causados pelas práticas associadas ao descontentamento com o *self*.

A preocupação com a insatisfação corporal e o aparecimento de transtornos alimentares tem sido mote para muitas investigações. Contudo, contrariando as pesquisas de Kessler & Poll (2018) e Bosi *et al.* (2006) que evidenciaram a prevalência do descontentamento com o peso entre as eutróficas e com o observado por Pinheiro & Giugliani (2006), de que no sexo feminino o desejo de redução da silhueta independe do estado nutricional, este estudo demonstra que o HCC predominou entre as não eutróficas - hábito característico dos indivíduos que apresentam inquietação com sua aparência corporal (Shafran, Fairburn, Robinson & Lask, 2004).

Para avaliação do estresse, condição presente em 66 estudantes, utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory Student Survey* e, embora este seja um instrumento

que afere a presença de estresse relacionado às atividades estudantis, tal variável mostrou-se significativa em relação ao HCC.

A insatisfação com a imagem corporal não se mostrou associada à atividade física, assemelhando-se aos resultados obtidos por Laus, Costa & Almeida (2011). Todavia, esse estudo vincula a interação socioafetiva à distorção da imagem corporal, contrapondo-se aos achados deste estudo. A inexistência de similaridade nos resultados pode ser devida aos quesitos serem pouco abrangentes para caracterizar as duas variáveis.

Embora haja poucos estudos associando a escolaridade dos pais com a insatisfação corporal, a presente pesquisa corrobora os achados de Alvarenga *et al.* (2010), considerando que a busca pelo corpo “ideal” se apresenta de forma expressiva nas classes econômicas mais favorecidas, fazendo supor que a escolaridade dos pais pode ser um indicador da condição socioeconômica.

O HCC esteve presente em 38,6% da população estudada, mostrando-se associado ao estado nutricional, aos sintomas depressivos, ao estresse e a AI. O estudo identificou que os hábitos de vida, ainda que não ideais, possuem associação com o hábito de checagem corporal, o qual também esteve presente nas estudantes eutróficas, embora em menor proporção. Face à associação do estresse à variável-desfecho sugere-se, na perspectiva de viés de resultado, que novos estudos sejam realizados adotando-se outro instrumento para investigar a variável independente.

Sobre o IMC, é importante considerar que meninas com alto nível de HCC, pelo próprio desconforto com a imagem corporal, podem referir suas medidas antropométricas de forma equivocada (Ferreira *et al.*, 2017). Contudo, pesquisas exibem boa concordância entre dados antropométricos aferidos e referidos entre segmento etário, fundamentando o emprego de informações autorreferidas em estudos epidemiológicos (Farias Júnior, 2007; Nikolaou, Hankey & Lean, 2017).

Cabe ainda ressaltar que a pesquisa não considerou identidade de gênero e, sendo o BCQ instrumento que avalia comportamentos tipicamente femininos, na hipótese de haver dentre as estudantes entrevistadas alguma com identidade masculina, há possibilidade de resultado inexato. Ainda, como vulnerabilidade relacionada ao BCQ, cita-se a identificação do HCC entre as adolescentes que obtiveram valores superiores à média no autorrelato, entretanto, mesmo estando

abaixo da média, a prática da checagem corporal, ainda que executada de forma menos intensa, faz-se presente entre alguns participantes do estudo.

Outra particularidade diz respeito às variáveis de atividade física e interação socioafetiva. Ambas foram mensuradas por apenas dois dos nove domínios do Questionário Estilo de Vida Fantástico: atividade física; família e amigos, somando quatro tópicos pesquisados. Desta forma, a não correlação daquelas com o hábito de checagem corporal pode ser em função de os quesitos serem pouco abrangentes para caracterizar as duas dimensões. Há que se considerar também a possibilidade de viés de informação pela grande quantidade de quesitos a serem respondidos. É provável que a estimativa de prevalência de HCC nesta população tenha sido subestimada, uma vez que as escolares ausentes no dia da coleta de dados poderiam apresentá-lo.

O desenho do estudo do tipo transversal, medindo o desfecho e a exposição simultaneamente, não viabiliza determinar uma relação temporal entre as variáveis.

Conclusão

Conclui-se que checagem corporal se fez presente em 38,6% das adolescentes, que 64% eram adictas a internet e que 45,6% apresentavam sintomas depressivos, além de possuir hábitos de vida não salutares.

A frequência dessas ocorrências revela o peso que as práticas injuriosas à saúde representam para a população estudada, sinalizando aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a importância de ações preventivas e intervencionistas precoces diante da presença de insatisfação com o corpo.

Sendo Imagem Corporal um constructo multifacetado, sua investigação e abordagem abarcam aspectos multidimensionais, asseverando resultados satisfatórios. A utilização concomitante do BCQ ao *Body Shape Questionnaire* poderá enriquecer o conhecimento acerca da autoimagem, posto que este se constitui de um auto relato relacionado à presença de distorção da imagem corporal.

Além de estudos longitudinais clarificando a interferência de uma variável sobre a outra, faz-se premente que estudos intervencionistas sejam igualmente realizados, posto que os resultados apontam a relevância do tema para a Saúde Pública.

Não obstante à existência de associação entre IC e AI, ainda permanece uma lacuna na literatura no que tange à população adolescente.

Referências

- Alvarenga, M. S., Philippi, S. T., Lourenço, B. H., Sato, P. M., & Scagliusi, F. B. (2010). Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *J. bras. psiquiatr.*, 59(1), pp. 44-51. doi: 10.1590/S0047-20852010000100007.
- Balogun, J. A., Helgemoe, S., Pellegrini, E., & Hoerberlein, T. (1995). Test-retest reliability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy students' burnout. *Percept Mot Skills.*, 81(2), pp. 667-72. doi: 10.2466/pms.1995.81.2.667.
- Bandeira, Y. E. R., Mendes, A. L. R. F., Cavalcante, A. C. M., & Arruda, S. P.M. (2016). Avaliação da imagem corporal de estudantes do curso de Nutrição de um centro universitário particular de Fortaleza. *J. bras. psiquiatr.*, 65(2), pp. 168-73. doi: 10.1590/0047-2085000000119.
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vöhringer, P., Araya, R. *et al.* (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Rev. méd. Chile*, 140(7), pp. 873-81. doi: 10.4067/S0034-98872012000700007.
- Bosi, M. L. M., Luiz R. R., Morgado, C.M.C., Costa, M.L.S., & Carvalho, R.J. (2006). Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J. bras. psiquiatr.*, 55(2), pp. 108-13. doi: 10.1590/S0047-20852006000200003.
- Campana, A. N. N. B. (2007). *Tradução, adaptação transcultural e validação do "Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)" e do "Body Checking Questionnaire (BCQ)" para a língua portuguesa no Brasil.* (Dissertação/Mestrado em Educação Física). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Campana, A. N. N. B., Tavares, M. C. G. C. F., & Garcia Júnior, C. (2012). Body Dissatisfaction and Concern, Body Checking and Avoidance Behavior in People with Eating Disorders. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), pp. 375-81. doi:10.1590/S0103-863X2012000300009.
- Campos, J. A. D. B., & Maroco, J. (2012). Maslach Burnout Inventory – Student Survey: Portugal-Brazil cross-cultural adaptation. *Rev. Saúde Pública*, 46(5), pp. 816-24. doi:10.1590/S0034-89102012000500008.
- Carey, R. N., Donaghue, N., & Broderick, P. (2014). Body image concern among Australian adolescent girls: the role of body comparisons with models and peers. *Body Image.*, 11(1), pp. 81-4. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.09.006. Epub 2013 Oct 20.
- Carlotto, M. S., Nakamura, A. P., & Câmara, S.G. (2006). Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *PSICO.*, 37(1), pp.57-62.
- Ceniglia, L., Zoratto, F., Cimino, S., Laviola, G., Ammaniti, M., & Adriani, W. (2017). Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. *Neurosci Biobehav Rev.*, 76(PtA), pp. 174-84. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.12.024. Epub 2016 Dec 24.
- Ciampo, L. A. D., & Ciampo, I. R. L. D. Adolescência e imagem corporal. (2010). *Adolesc Saude*, 7(4), pp.55-9.
- Costa, A. N., Lima, N. V., & Pegolo, G. E. (2016). Insatisfação corporal e rastreamento do risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Adolesc Saude*, 13(Supl. 1), pp.16-26.
- Costa, S. M. B., & Machado, M. T. C. (2014). Body and body image among adolescents: outlook from the comprehensive healthcare standpoint. *Adolesc Saude*, 11(2), pp.19-24.
- Cunha, R. V., Bastos, G. A. N., & Duca, G. F. D. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev. bras. epidemiol.*, 15(2), pp. 346-54. doi: 10.1590/S1415-790X2012000200012.

- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs, R. J. (2017). The prospective associations between bullying experiences, body image shame and disordered eating in a sample of adolescent girls. *Personality and Individual Differences*, 116, pp.319-25. doi: 10.1016/j.paid.2017.05.003.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther.*, 41(5), pp. 509-28. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.
- Farias Júnior, J. C. (2007). Validade das medidas autorreferidas de peso e estatura para o diagnóstico do estado nutricional de adolescentes. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 7(2), pp. 167-74. doi: 10.1590/S151938292007000200007.
- Ferreira, M. E. C., Morgado, F. R., Neves, C. M., Morgado, J. J. M., & Meireles, J. F. F. (2017). Body dissatisfaction and anthropometric measures among adolescents from juiz de fora-mg, in socioeconomic vulnerability. *J. Phys. Educ.*, 28, pp. e2848. doi: 10.4025/jphyseduc.v28i1.2848.
- Ferreira, P. C. S., & Tavares, D. M. S. (2013). Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Rev. esc. enferm. USP*, 47(2), pp. 401-7. doi: 10.1590/S0080-62342013000200018.
- Flisher, C. (2010). Getting plugged in: An overview of Internet addiction. *J Paediatr Child Health.*, 46(10), pp. 557-9. doi:10.1111/j.1440-1754.2010.01879.x.
- Gonçalves, J. A., Moreira, E. A. M., Trindade, E. B. S. M., & Fiates, G. M. R. (2013). Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev. paul. pediatr.*, 31(1), pp. 96-103. doi: 10.1590/S0103-05822013000100016.
- Gorenstein, C.; & Andrade, L. H. S. G. (1998). Beck depression inventory: psychometric properties of the portuguese version. *Rev. psiquiatr. clin. (São Paulo)*, 25(5), pp. 245-50.
- Kessler, A. L., & Poll, F. A. (2018). Relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde. *J. bras. psiquiatr.*, 67(2), pp. 118-25. doi:10.1590/0047-2085000000194.
- Latner, J. D., Mond, J. M., Vallance, J. K., Gleaves, D. H., & Buckett, G. (2012). Body checking and avoidance in women: Associations with mental and physical health-related quality of life. *Eat Behav.*, 13(4), pp. 386-9. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.05.008. Epub 2012 Jun 7.
- Laus, M. F., Costa, T. M. B., & Almeida, S. S. (2011). Body image dissatisfaction and its relationship with physical activity and body mass index in Brazilian adolescents. *J. bras. psiquiatr.*, 60(4), pp. 315-20. doi: 10.1590/S0047-20852011000400013.
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients.*, 9(12), pp. 1-24. pii: E1294. doi: 10.3390/nu9121294.
- Lopez, M. R. A., Ribeiro, J. P., Ores, L. C., Jansen, K., Souza, L. D. M., Pinheiro, R. T. et al. (2011). Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.*, 33(2), pp. 103-8. doi: 10.1590/S0101-81082011005000001.
- Maroco, J., & Tecedero, M. (2009). Inventário de burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psic., Saúde & Doenças*, 10(2), pp. 227-35.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research*, pp. 19–32. Taylor & Francis.
- Mitchell, S. H., Petrie, T. A., Greenleaf, C. A., & Martin, S. B. (2012). Moderators of the internalization–body dissatisfaction relationship in middle school girls. *Body Image.*, 9(4), pp. 431-40. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.07.001.
- Nikodijevic, A., Buck, K., Fuller-Tyszkiewicz, M., de Paoli, T., & Krug, I. (2018). Body checking and body avoidance in eating disorders: Systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev.*, 26(3), pp. 159-85. doi: 10.1002/erv.2585. Epub 2018 Mar 12.
- Nikolaou, C. K., Hankey, C. R., & Lean, M. E. J. (2017). Accuracy of online self-reported weights and heights by young adults. *European Journal of Public Health.*, 27(5), pp. 898–903. doi:10.1093/eurpub/ckx077.
- Phillips, K. A., & Castle, D. J. (2002) Body dysmorphic disorder. In Castle, D. J., & Phillips, K. A. (Eds.). *Disorders of body image*. Philadelphia, PA: Wrightson; Biomedical Publishing.
- Pinheiro, A. P., & Giugliani, E. R.J. (2006). Who are the children with adequate weight who feel fat?. *J. Pediatr. (Rio J.)*, 82(3), pp. 232-35. doi: 10.2223/JPED.1473.
- Reas, D.L., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2005). Body checking and avoidance in overweight patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.*, 37(4), pp. 342-6. doi: 10.1002/eat.20092.
- Rodgers, R. F., Melioli, T., Laconi, S., Bui, E., & Chabrol, H. (2013). Internet Addiction Symptoms, Disordered Eating, and Body Image Avoidance. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.*, 16(1), pp. 56-60. doi: 10.1089/cyber.2012.1570.
- Rodriguez, A. C. R., Reis, R. S., & Petroski, E. L. (2008). Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults. *Arq. Bras. Cardiol.*, 91(2), pp. 102-9. doi: 10.1590/S0066782X2008001400006.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), pp. 464-81. doi: 10.1177/0022022102033005003.
- Scherer, F.C., Martins, C.R., Pelegrini, A., Matheus, S.C., & Petroski, E. L. (2010). Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *J. bras. psiquiatr.*, 59(3), pp. 198-202. doi: 10.1590/S0047-20852010000300005.
- Seabra, L., Loureiro, M., Pereira, H., Monteiro, S., Afonso, R. M., & Esgalhado, G. (2017). Relationship Between Internet Addiction and Self-Esteem: Cross-Cultural Study in Portugal and Brazil. *Interacting with Computers*, 29(5), pp. 767–78. doi: 10.1093/iwc/iwx011.
- Senín-Calderón, C., Rodríguez-Testal, J.F., Perona-Garcelán, S., & Perpiñá, C. (2017). Body image and adolescence: A behavioral impairment model. *Psychiatry Research.*, 248, pp. 121–26. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.003.
- Shafran, R., Fairburn, C.G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *Int J Eat Disord.*, 35(1), pp.:93-101. doi: 10.1002/eat.10228.
- Smolak L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*, 1(1):15-28. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00008-1.
- Solomon-Krakus, S., Sabiston, C. M., Brunet, J., Castonguay, A.L., Maximova, K., & Henerson, M. (2017). Body Image Self-Discrepancy and Depressive Symptoms Among Early Adolescents. *J Adolesc Health.*, 60(1), pp. 38-43. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.08.024. Epub 2016 Oct 25.
- Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(3), pp. 213-21. doi:10.1590/S1413-294X2009000300005.
- Tanner, J. M. (1962). *Growth at adolescence* (2nd ed.). Thomas: Springfield, Ill.
- Teixeira, F. A., Schneider, V. L. P., Wolpe, R. E., & Sperandio, F. F. (2015). Satisfação com a imagem corporal em mulheres gestantes e não gestantes. *ABCS health sci.*, 40(2), pp. 69-74. doi: 10.7322/abcshs.v40i2.733.



- Uchôa, F. N. M., Lustosa, R. P., de Lima Rocha, M. T., da Costa, D. T. M., & Aranha, Á. C. M. (2015). Causas e implicações da imagem corporal em adolescentes: um estudo de revisão. *Cinergis, Santa Cruz do Sul*, 16(4), pp. 292-98. doi: 10.17058/cinergis.v16i4.6936.
- Vartanian, L. R., & Dey, S. (2013). Self-concept clarity, thin-ideal internalization, and appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*, 10(4), pp. 495-500. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.05.004.
- White, E. K., & Warren, C. S. (2014). The influence of social anxiety on the body checking behaviors of female college students. *Body Image*, 11(4), pp. 458-63. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.07.008. Epub 2014 Aug 12.
- World Health Organization (WHO). (1986). *Young People's Health — A Challenge for Society*. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All by the year 2000. Technical Report Series 731. Geneva. Recuperado: 20/07/2020, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Geneva. Recuperado: 15/01/2019, <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/>.
- Yau, Y. H. C., Pilver, C. E., Steinberg, M. A., Rugle, L. J., Hoff, R. A., Krishnan-Sarin, S., & Potenza, M. N. (2014). Relationships between problematic Internet use and problem gambling severity: Findings from a high-school survey. *Addict Behav.*, 39(1), pp. 13-21. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.003. Epub 2013 Oct 8.
- Yoo, Y. S., Cho, O. H., & Cha, K. S. (2014). Associations between overuse of the internet and mental health in adolescents. *Nurs Health Sci.*, 16(2), pp.193-200. doi: 10.1111/nhs.12086. Epub 2013 Aug 29.
- Young, K.S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), pp. 237-44. doi: 10.1089/cpb.1998.1.237.

A SATISFAÇÃO E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Renata Paula Lima Beltrão
Francisco Jander de Sousa Nogueira
Augusto César Beltrão da Silva
Alba Angélica Nunes Mouta

Introdução

Na década de 70, o Brasil viu surgir o movimento gay, voltado para sociabilidade e inclusão política das pessoas que mantinham relacionamentos homoafetivos. O movimento fez relevantes conquistas, inclusive no questionamento da heteronormatividade. Em 1981, foram divulgados os casos iniciais da AIDS, restritos a homens que faziam sexo com homens ou parceiras destes, promovendo um retrocesso no panorama global, embasando manifestações de intolerância e levando à estigmatização por meio da identificação dos chamados grupos de risco (Facchini, 2003; Magri, 2018).

O medo infringido pela mazela desconhecida reforçou discursos que remetiam à repressão dos comportamentos culturalmente inaceitáveis, recriminando as pessoas por suas predileções sexuais, idiosincrasias e atitudes. A constatação diagnóstica da AIDS possuía uma representação física fatídica, similar a pena de morte; uma representação psicológica de autodepreciação; e uma representação civil de condenação ao ostracismo. Os doentes foram responsabilizados pela disseminação do “mal” e marginalizados pela sociedade (Facchini, 2003; Barata, 2006; Sontag, 2007; Leal & Coelho, 2016).

Na década de 80, o flagelo chegou ao Brasil. O início catastrófico ficou marcado pela incapacidade da comunidade científica de produzir medicamentos eficazes e de custo acessível. Os cuidados restringiam-se aos paliativos e ao controle das complicações infecciosas. A sobrevivência era de 05 meses. Inexistia a percepção de que o “aidético” era uma pessoa em situação de risco físico, social e emocional (Greco, 2016; Nunes Júnior & Csojak, 2018).

O Brasil assumiu importante papel na luta pela redução dos preços desses fármacos. O Brasil aprovou a Lei 9.313/1996 que determina o acesso universal

e gratuito à medicação. Rapidamente, constatava-se um grande decréscimo na mortalidade relacionado ao CID B24, e a sobrevida das pessoas vivendo com HIV/AIDS ganhou um acréscimo de 58 meses após o diagnóstico (Brasil, 1996; Carvalho Júnior, 2007; Grego, 2016).

Em 2017, a revista científica *The Lancet* publicou um artigo que buscou a expectativa das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) que iniciaram a Terapia Antirretroviral (TARV) entre 2008 e 2010, que atingiram CD4 acima de 350 células/mm³ até o final do primeiro ano de terapia. Os resultados animadores demonstraram uma expectativa de vida que se aproximava da população que não convive com o vírus. É fácil concluir que o surgimento da TARV e o acesso ao tratamento repercutiram na sobrevida das pessoas vivendo com HIV/AIDS e transformaram uma enfermidade considerada altamente letal em uma doença de caráter crônico, sem cura conhecida (Pereira, 2015; Barros & Vieira-da-Silva, 2017).

Partindo deste cenário, o objetivo desta comunicação é discutir a satisfação e o acesso aos serviços de saúde por pessoas vivendo com HIV/AIDS – PVHA no município de Parnaíba-PI.

A presente comunicação diz respeito a um recorte da dissertação de mestrado intitulada: “A assistência de saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas pelo COAS-CTA do município de Parnaíba-Piauí”, defendida em Maio de 2019, sob a orientação do Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira, no Mestrado Profissional PROFSAÚDE – FIOCRUZ/Universidade Federal do Piauí-UFPI.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, nº. 2.402.713. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Orientação e Apoio Sorológico-Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS-CTA), localizado no município de Parnaíba-Piauí, local de prestação de serviço ambulatorial para as PVHA dos municípios da Planície Litorânea e Cocais. As informações foram coletadas entre os meses de julho a agosto de 2018.

Os critérios de inclusão foram: ser usuário regularmente acompanhado no COAS-CTA de Parnaíba-PI há pelo menos 06 meses, com diagnóstico de HIV/AIDS, não existindo distinção por sexo e/ou gênero. Excluiu-se da pesquisa os usuários menores

de 18 anos; aqueles que apresentavam alterações neurocognitivas decorrentes de doenças oportunistas ou ação direta do HIV; e os que se negaram a participar da pesquisa.

O COAS-CTA — Parnaíba-PI possuía no período da pesquisa um total de 328 usuários regularmente acompanhados. Foram abordados aleatoriamente e por critério de conveniência 66 usuários, 20% dos usuários, e convidados para participar da pesquisa, sendo devidamente instruídos sobre o intuito, os métodos, os instrumentos de pesquisa, os riscos e os benefícios do procedimento. 09 usuários expressaram o desejo de não participar da pesquisa e 06 afirmaram ser inaptos a responder os questionamentos. Assim, 51 pessoas foram formalmente incluídas no trabalho, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, ficando garantido a cada participante a confidencialidade da identidade.

Da amostra total (51 pessoas), 35 (68,6%) são do gênero masculino; 19,6% da faixa etária entre 31 e 35 anos, seguidos dos 17,6% entre 41 e 45 anos e 13,7% entre 46 e 50 anos. Não houve participantes acima dos 65 anos. A maioria dos participantes da pesquisa (72,5%) é oriunda de Parnaíba e outras regiões vizinhas. A maioria possui apenas o ensino fundamental incompleto (37,3%), seguidos daquelas com superior incompleto (15,7%) e médio completo (11,8%). Quanto à religião, 74,5% afirmaram ser católicos, 19,6% protestantes e 5,9% possuem outras religiões.

Destes, 22 foram elencados para o trecho qualitativo, com seleção realizada por escolhas não probabilística. Foram realizadas entrevistas individuais com os 22 participantes, em encontros com datas pré-estabelecidas, na sala de reuniões do COAS-CTA-Parnaíba-PI.

Os dados coletados a partir dos questionários foram tabulados e analisados no software estatístico SPSS, em sua versão 21. No qual foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra, frequências e porcentagens.

Os bancos textuais foram analisados por meio de um *software* de análises de dados textuais *Iramuteq* (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

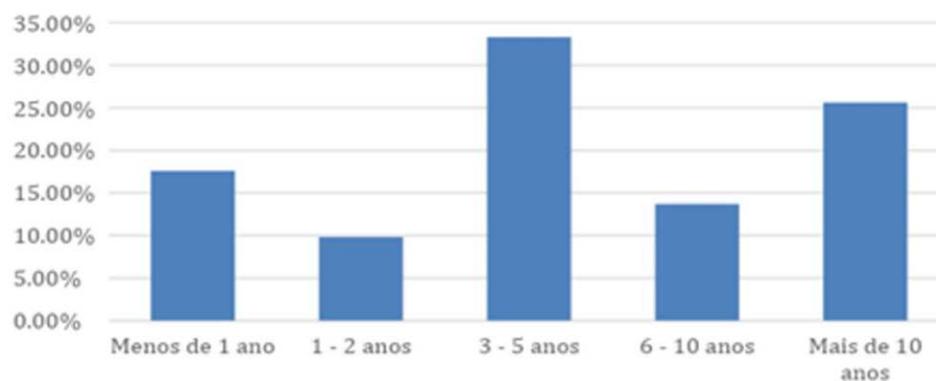
Para complementação do estudo e compreensão das construções ideológicas presentes nas falas dos participantes, utilizou-se a Análise do Discurso, entendida conforme posto por Gonçalves (2016): técnica que explora as relações entre discurso e realidade, verificando como os textos são feitos, carregando significados por meio dos processos sociais.

Resultados e discussão

Nesta pesquisa, foram pontuadas como parâmetros de êxito nas ações de saúde ofertadas às PVHA: tempo de diagnóstico, tempo de acompanhamento no COAS-CTA-Parnaíba-PI, tempo de uso de medicação antirretroviral, adesão a medicação prescrita, o surgimento de complicações no decorrer do acompanhamento e a percepção do usuário quanto a sua resposta clínica.

Quanto aos resultados obtidos com o questionário aplicado, pode-se perceber, como representado no gráfico abaixo que a maioria (33,3%) dos envolvidos já tem o diagnóstico de portador HIV/AIDS entre 3 e 5 anos, seguidos dos que tem a mais de 10 anos (25,6%).

Gráfico 1 — Tempo de diagnóstico da condição sorológica para o HIV dos usuários do COAS-CTA-Parnaíba-PI



Fonte: Beltrão, 2019.

Foi possível verificar o tempo de acompanhamento das PVHA no COAS-CTA-Parnaíba-PI, com o levantamento verifica-se que a maioria (31,5%) é acompanhada por 2 a 5 anos, seguidos dos que são acompanhados por menos de 1 ano (23,5%).

No que se refere ao tempo que os participantes utilizam os medicamentos para o controle da infecção, a maioria afirmou que toma os medicamentos entre 3 e 5 anos (33,4%), seguidos dos que tomam a mais de 10 anos (19,6%) e menos de 1 ano (19,6%). Somando-se os intervalos de Menos de 1 ano, 1-2 anos e 3-5

anos, percebemos a grande concentração de usuários com menos de 5 anos de acompanhamento no COAS-CTA-Parnaíba-PI.

A totalidade dos respondentes (98%) utiliza a TARV sempre, com raras falhas, caracterizando uma excelente adesão. Quando não usam, 74,5% afirma ser por falta de medicação – falha de oferta, demais pessoas falaram em esquecimento ou uso de bebidas alcoólicas.

Os números acerca da adesão a TARV dos usuários do COAS-CTA-Parnaíba-PI, se confrontam com os índices de adesão encontrados nos Brasil. Em dados levantados por Foresto *et al.* (2017), apenas 14% dos homens faziam uma boa adesão ao tratamento, enquanto entre as mulheres o número chegava 48,7%. A variável pode existir, considerando-se que a amostra desse trabalho foi selecionada entre usuários que estavam/frequentam o serviço, COAS-CTA-Parnaíba-PI, já dando indícios de que possam ser assíduos nas demandas do tratamento. Além disso, o questionamento se reporta a autoqualificação do paciente, como aderente ou não aderente à terapêutica, que pode ser baseado em falsas ou românticas ideias sobre sua parcela de responsabilidade. O entendimento de que a tomada da TARV é considerada uma responsabilidade da PVHA é evidenciada por Felismino, Costa e Soares (2008) entre os próprios pacientes, quando os participantes de sua pesquisa se referem aos deveres das PVHA.

Seguindo o posto em estudos anteriores, como Costa *et al.* (2018) o consumo de bebidas alcoólicas surge como motivação para abandonos, mesmo que temporários, da TARV. Dados relacionados à dificuldade de adesão por uso de álcool e outras drogas também foram encontrados por Freitas *et al.* (2018).

Perguntas direcionadas nesta pesquisa quanto aos desdobramentos após o início do tratamento, demonstraram que 90,2% dos participantes não tiveram complicação, e os poucos que as apresentaram, afirmaram sofrer com alergias e efeitos colaterais como náuseas, vômitos e tonturas. Ademais, todos (100%) afirmaram sentir melhora depois do início do tratamento.

Na avaliação da qualificação das ações de saúde destinadas às PVHA no COAS-CTA-Parnaíba-PI, percebe-se que a maioria (44,9%) classifica a unidade de atendimento como um local “bom”, seguidos dos que classificam como “muito bom” (38,8%).

Ainda de forma objetiva, tentou-se compreender o sentimento do paciente ao ser atendido no COAS-CTA-Parnaíba-PI, os dados demonstram que a maioria

dos entrevistados se encontra satisfeita (64%) e acolhida (32%). Nessa mesma linha, 96% afirmam acreditar que são adequadamente atendidos na unidade.

Contudo, 2% dos entrevistados associam a assistência com adjetivos ruins como: baixa qualidade, inadequação, desrespeito e humilhação, porém não souberam elucidar momentos ou atos específicos que definissem esse contexto. A preocupação quanto aos sentimentos negativos associados à assistência terapêutica ofertada às PVHA advém da associação destes aos abandonos da TARV, que podem culminar em circunstâncias catastróficas e até mesmo ao óbito (Rodrigues & Maksud, 2017).

Segundo Ribeiro, Rosa e Felicio (2015) certas categorias são identificadas como essenciais para a assistência da PVHA, como: a confiança entre a equipe de saúde e o usuário, o conhecimento dos profissionais, a busca incessante de melhorias nesta assistência, o comprometimento da equipe com a saúde das PVHA, a rapidez em resolver os problemas e a atenção dispensada às PVHA e familiares, a fim de assistir o ser humano como um todo.

Para entendimento da expectativa guardada nos participantes da pesquisa no tocante ao que seria o serviço ideal de saúde, identificamos as seguintes falas:

[...] até agora no momento, tem sido bacana. Tem que melhorar mais algumas coisas. (entrevista concedida pelo participante B)

Queria um atendimento especial, bom. Quando a gente precisar tá sempre disposto a ajudar a gente. E Saúde ideal é quando a gente vê a necessidade ser atendida, né? Às vezes demora muito pra um problema ser resolvido, às vezes quando resolve já sofreu bastante. (entrevista concedida pelo participante X)

Na análise das falas percebe-se que a disponibilidade, prontidão, rapidez, resolubilidade e eficácia são características integrantes do idealismo de um serviço na visão do paciente. Ademais, a percepção subjetiva da melhoria, sem a especificação de no que e como, chama a atenção nas entrevistas.

[...] primeiro que tenham profissionais de qualidade e que não demore muito no atendimento, isso em relação a parte humana. Em relação a parte física, que seja o mais aconchegante possível e que seja higiênico, entendeu? Nesse sistema. (entrevista concedida pelo participante L)

Ainda na leitura dos discursos, cabe ressaltar que em cinco momentos, como o reproduzido acima, a estrutura física foi mencionada como parte de destaque na assistência de saúde exemplar.

Quando questionados sobre as dificuldades que enfrentam relacionadas à assistência, quase a totalidade dos participantes da pesquisa (94,2%) relata que a principal dificuldade é a falha na disponibilização das medicações.

Essa preocupação fica mais evidenciada nas alocações dos partícipes do estudo:

O bom serviço de é quando a gente consegue a medicação[...] (entrevista concedida pelo participante C)

Apesar dessa visão focada na dificuldade de acesso à medicação, surgem elementos diferentes nas falas dos entrevistados:

Não tem nenhum momento em específico, é mais o geral, porque onde a gente chega é daquele jeito, o pessoal todo mundo tem preconceito. (entrevista concedida pelo participante A)

Eu já tinha um pouco de depressão quando eu descobri, esses dias mesmo, no começo. Então eu tô com muita ansiedade, muito nervosismo, com tremor. Tem coisas que eu tô passando em casa que pessoas que as vezes quando olham pra mim percebem. Mas eu não tenho como falar. (referência do paciente sobre a dificuldade enfrentada para conseguir apoio psicológico). (entrevista concedida pelo participante M)

[...] é uma burocracia monstra. Você espera em três filas pra ser atendido. (entrevista concedida pelo participante B)

[...] a distância de casa até aqui é muito grande. Preciso acordar de madrugada e gastar R\$ 90,00 toda vez que venho no COAS. (entrevista concedida pelo participante K)

Dentro do exposto, percebe-se a complexidade da avaliação da satisfação, efetividade e êxito dos serviços ofertados às PVHA. A história da doença, as contextualizações sociais, a discriminação, o estigma, a pauperização dos doentes e as grandes demandas físicas e emocionais são elementos que se somam na problematização experimentada cotidianamente pelas PVHA. A construção

de melhorias palpáveis na prestação de atendimento exige implementação de estratégias em diferentes instâncias, mas o desenho das estratégias deriva da interpretação das reais necessidades elencadas por eles.

As dificuldades enfrentadas pelas PVHA apresentam-se ao longo das entrevistas e depoimentos, muitas vezes mais sólidos nas entrelinhas das análises de discursos que nos dados objetivos dos gráficos. Mesmo com a satisfação referida e com os bons números de efetividade, refletidos no tempo de acompanhamento e adesão ao tratamento, dificuldades em manter-se sob os cuidados dos profissionais de saúde são expressos nas frustrações peculiares do uso da medicação, nas representações sociais de medo e afastamento e entraves na QV. Nos depoimentos, os núcleos centrais apontam que a vivência do HIV/AIDS se comporta como uma espiral de barreiras que possuem personificações e elementos concretos, que se sustenta no preconceito e no estigma, como ramo comum.

No tocante ao acesso aos serviços de saúde, este se apresenta como um dos elementos do sistema de saúde, condicionado por características organizacionais e geográficas, que podem facilitar ou dificultar a entrada dos indivíduos nos serviços de saúde. Abrange características dos indivíduos e dos serviços, que podem viabilizar ou não a utilização dos serviços e a continuidade do cuidado (Barros & Sousa 2016; Pedraza *et al.*, 2018).

Apesar da Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS. As dificuldades relacionadas ao acesso e acessibilidade são reais e tornam a saúde um excludente de cidadania de muitos brasileiros (Assis & Jesus, 2012).

Buscando a compreensão do acesso de PVHA ao COAS-CTA-Parnaíba-PI, percebe-se que mais da metade dos indivíduos pesquisados (55,1%) leva apenas menos de 30 minutos para chegar até o COAS-CTA-Parnaíba-PI e que utilizam transportes públicos (37,5%), seguidos dos que vão de transportes particulares (21,6%). Apesar disso, um quarto dos entrevistados leva mais de uma hora para chegar ao local, refletindo a centralização que ainda apresenta no SUS.

Sobre a temática, podemos aprofundar a consciência sobre o fato na análise dos discursos:

[...] era bom se não precisasse ter que vir do Buriti pra buscar os remédios todo o mês. Fico o tempo todo tendo que vir fazer os exames. Perde o dia todo e é caro. Também espera muito. Já cheguei aqui pra tá tudo fechado. (entrevista concedida pelo participante D)

Segundo Ribeiro, Rosa e Felacio (2015) e Fernandes *et al.* (2017), o acesso ao serviço de saúde é fator determinante na QV para as PVHA; assim como a inalcançabilidade é fator estressor e está associado a piores prognósticos terapêuticos.

Apesar da relevante consideração geográfica, o acesso compreendido dentro do sentir-se acolhido e pertencente ao serviço tende a ter conotações emocionais de peso e refletir diretamente sobre a busca pelo apoio profissional. Nota-se no discurso:

É muito difícil, até um dente que eu tô precisando arrancar, o pessoal não quer fazer por causa desse meu problema... aí eu acabo vindo aqui. (entrevista concedida pelo participante E)

Eu vou no posto, pego a consulta, mas quando chega na hora o médico diz: não posso fazer nada! Procure sua médica! (entrevista concedida pelo participante G)

Aqui (no COAS-CTA) me sinto bem. Todo mundo já sabe do meu problema e tenta ajudar. (entrevista concedida pelo participante N)

Nessa pesquisa, verifica-se também que quase a totalidade dos entrevistados (94,1%) não precisa de auxílio de outra pessoa/acompanhante para as consultas.

No alusivo a existência do serviço multiprofissional ambulatorial disponível, o tempo entre a solicitação do atendimento e sua execução, setorizada pelas mais comumente ofertadas nos COAS-CTA. O atendimento com o infectologista, em 84,2% dos casos demora entre 1 e 3 dias; 15,8% conseguem no mesmo dia. Percebe-se que quanto ao atendimento com profissionais da enfermagem, a grande maioria (84,2%), semelhantemente quando o atendimento que procuram é com assistente social (91,7%) consegue no mesmo dia, já com fisioterapia (86,2%) e com psicólogo (82%) não conseguem atendimento.

A visão simplória focada na doença não deve perpetuar na assistência de saúde. É incabível imaginar que um único especialista médico, poderia

abraçar a complexidade física e emocional da patologia. Ainda é mais abusivo o entendimento de que seriam dispensáveis o conhecimento e atuação de outros profissionais na equipe, como: odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, nutricionistas, etc.

Além da disponibilidade de assistência multiprofissional para demandas pontuais de cada cliente do COAS-CTA-Parnaíba-PI, o ideal seria que os profissionais conversassem e interagissem entre si, promovendo ações integradas e de maior alcance e eficiência. Segundo Alvarenga *et al.* (2013), a fragmentação do cuidado é comum na multiprofissionalidade, a qual seria a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados balizam a atuação de cada profissional. Já a interprofissionalidade vincula-se: a noção do trabalho em equipe de saúde marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais.

Obviamente, o acesso a e acessibilidade, associados à capacidade de formação de uma rede integrada de assistência, influenciam diretamente no itinerário de terapêutico desenhado pelo usuário. Entende-se aqui por itinerário terapêutico o termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença ou aflição.

Ferreira e Silva (2012) definiram o itinerário terapêutico como o desenho da busca de cuidados que emerge das narrativas contadas pelos participantes que, quando relatadas oralmente nem sempre têm uma ordem cronológica, visto que as pessoas têm o seu tempo para contar as histórias, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista.

Parte-se do pressuposto de que, não obstante a existência de fluxos programáticos visando orientar o percurso dos usuários pelo sistema de saúde, esses nem sempre correspondem àquele percorrido ou almejado pelas pessoas, resultando em peregrinações malsucedidas por diferentes serviços de saúde (Silva, Sancho & Figueiredo, 2016). Ou seja, apesar de existirem protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos em redes assistenciais, os indivíduos desenham através de suas escolhas – emolduradas pelas suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais – os seus próprios

caminhos singulares que definem diferentes modos de trilhar o sistema oficial (Ferreira & Silva, 2012).

Nas falas dos participantes da pesquisa apreende-se certa resistência à busca de outros serviços de saúde que podem demonstrar insegurança quanto à capacidade técnica, a possibilidade de exposição aos profissionais e demais usuários e quanto ao modo operante da assistência, que pode não ser direcionada para a HIV/AIDS; percebe que o medo e as experiências vivenciadas de preconceito e estigmas são evidentes nos discursos dessa pesquisa. Segue:

Geralmente eu procuro mais aqui. (entrevista concedida pelo participante A)

Pra falar a verdade é até difícil eu procurar outro lugar. Agora que eu tô com esse problema eu só venho aqui mesmo. Só os exames que eu vou fazer particular. Porque lá no posto mesmo, com esse problema o pessoal fica tudo assim, entendeu? Ai eu até evito, prefiro pagar pra mim fazer, pra quando eu receber eu trazer aqui pra ela ver. É muito difícil, até um dente que eu tô precisando arrancar, o pessoal não quer fazer por causa desse meu problema. Ai ou eu tenho que pagar um dentista ou vim pra cá, e pra vir pra cá é mais custoso. Ai por isso, quando o meu dente tá doendo assim, eu pago particular. (entrevista concedida pelo participante M)

Tem gente que não aceita nem sentar no mesmo banco da igreja. Levanta logo. Deixei até de ir. Já me importei muito. Uma vez vomitei no posto, a mulher queria que eu limpasse pra ela não pegar a doença. A minha mulher que limpou. (entrevista concedida pelo participante X)

Teve um tempo que uma se zangou comigo. Porque ela ficou conversando comigo e ao mesmo tempo que ela ficou conversando comigo ela foi fazendo o teste da diabetes, e eu conversando e eu nem me toquei em dizer pra ela. Quando ela terminou é que eu me lembrei e disse pra ela: “olha era pra senhora ter colocado as luvas”, ai ela ficou com raiva e perguntou por que eu não tinha avisado antes. Mas o normal já seria ela ter me atendido de luvas. Muitas vezes que eu vejo que vão me atender sem luvas eu já aviso. (entrevista concedida pelo participante R)

A discriminação e o destrato das PVHA nos serviços de saúde tem sido pontuada em vários estudos, por motivações diversas; destacam-se: o medo da

contaminação decorrente do pouco conhecimento sobre a transmissão do HIV, a dificuldade técnica quanto ao reconhecimento dos sinais e sintomas que possam estar associado ao quadro clínico, associação da doença com comportamentos impróprios e imorais, além da falta de conscientização da existência do preconceito e suas consequências (Lelis *et al.*, 2012).

Em parte, o posicionamento dos participantes da pesquisa pode ser justificado pelo descrito por Oliveira, Ayres e Zoboli (2011), que defendem que quando os profissionais se deparam com situações envolvendo valores e normas sociais conflitantes, são evidenciadas dificuldades de se produzirem respostas apoiadas exclusivamente em protocolos ou de se lançar mão de qualquer outro recurso apriorístico que oriente a ação. Isso porque conflitos morais estão presentes nas situações e se interpõe ao posicionamento ético profissional, influenciado na parte técnica e humana da assistência.

O uso dos serviços particulares de saúde é apontado, em especial, para execução de exames. A menção ao Posto de Saúde é realizada em 8 das 22 entrevistas. Em três delas com alusão de atendimento às demandas que não geradas pelo HIV; em duas delas com declaração de total negação ao serviço; e nas outras 3 com uma consideração de que este possa ser um local de cuidado paralelo ao COAS-CTA-Parnaíba-PI nas ocorrências relacionadas ao HIV. Pode ser observado analisando os trechos:

Não gosto de ir no Posto não. A atendente de lá mora perto da minha casa e fica falando de todo mundo. (entrevista concedida pelo participante B)

Todo dia eu vou no posto de saúde pra tomar o remédio da diabetes (insulina), de manhã, e a tarde eu vou no SAMU. (entrevista concedida pelo participante P)

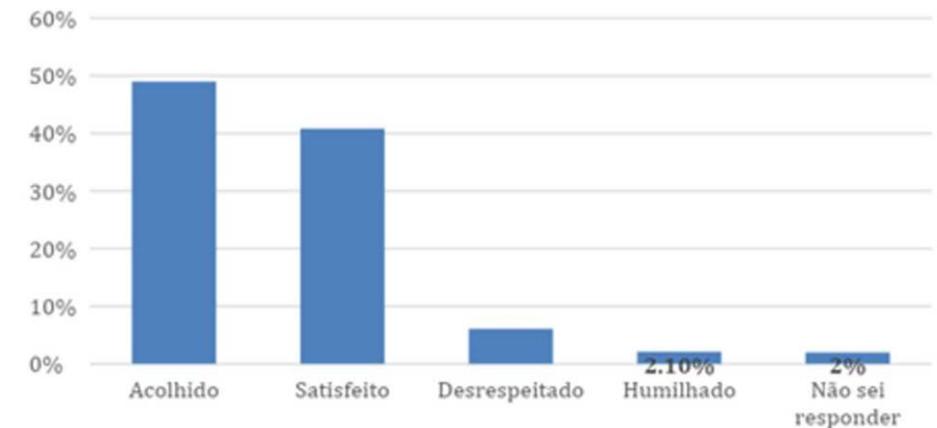
É compreensível e aceitável a resistência ao atendimento na ESF por parte das PVHA. É inegável a perpetuação do estigma, definido por Maksud (2012) como uma espécie de marca, uma diferença de valor associado a um processo social, fundamentalmente ligado ao poder e à dominação, alicerçado nas “desigualdades sociais” e/ou na vulnerabilidade dos participantes.

A pouca habilidade dos médicos e demais profissionais com os pormenores da condução da PVHA limita a promoção do atendimento. De resto,

a proximidade da equipe com o ambiente rotineiro do paciente, sem confiança sobre o sigilo e o medo do preconceito são fartamente destacados nas bibliografias (Melo, Maksud & Agostini, 2018).

Os entrevistados deste estudo quando questionados de modo objetivo como os pacientes se sentem em outros serviços de saúde, uma pequena parcela declara-se como humilhado e desrespeitado. Entretanto, a grande maioria refere-se acolhido e satisfeito.

Gráfico 2 – Como o paciente se sente quando procura atendimento em outro serviço de saúde



Fonte: Beltrão, 2019.

As atitudes preconceituosas por parte de profissionais de saúde foram pouco reportadas nas entrevistas (apenas uma); todavia, na comunidade em geral ainda parece ser um dos principais dilemas enfrentados pelas PVHA. Quando questionadas sobre experiências de discriminação, os relatos são fartos, como segue:

Na sociedade a gente tem direito (ações preconceituosas), porque a gente escuta o pessoal falando. Às vezes a gente tá conversando com alguma pessoa e a pessoa diz que quem tem AIDS, tem isso, tem aquilo, vai morrer, fulano de tal morreu. Aí a gente já fica resguardado, é complicado isso daí, não é bom não, o pessoal ainda tem muito preconceito, mesmo hoje em dia. (entrevista concedida pelo participante J)

[...] e que outras pessoas sabem do seu problema, a pessoa não assimila o que vai dizer na hora. Ai já começa com o preconceito, diz que vai passar pra outras pessoas e tudo isso, mas a pessoa não sabe que tem tratamento pra isso. Então pra mim assim, por uma parte eu tô sofrendo um pouco com isso, com o preconceito. Nem todas as pessoas sabem. Eu prefiro ficar em silêncio. (entrevista concedida pelo participante K)

já, muito, muito, muito. Lá onde eu moro é horrível. Lá eu sou muito criticada, eu morro de vergonha. Às vezes eu tô conversando com a pessoa e antes de eu dizer meu caso, já tem outro que já tem dito. Às vezes eu choro muito, por causa do meu problema, porque tem gente que fala muito. (entrevista concedida pelo participante D)

O medo de sofrer novas ações embasadas em estigmas e preconceito repercute negativamente no isolamento e no receio de viver em sociedade. Tanto a pessoa estigmatizada como quem estigmatiza tendem a desenvolver mecanismos protetores que se manifestam por condutas de afastamento (Antunes, Rosa & Brêtas, 2016).

No que diz respeito aos discursos em relação às situações de preconceito e discriminação, os participantes indicam que, em muitos casos, antes de informarem sobre o seu quadro clínico, pessoas ao seu redor transmitem as notícias a terceiros. Os participantes relatam que não são todas as pessoas ao seu redor que têm conhecimento de seus casos. A principal motivação para tal ação é o receio de sofrer preconceito/discriminação.

Assim, os participantes desta pesquisa não diferem dos apresentados por Sá e Santos (2018) que definem o preconceito e o estigma como limitadores sociais das PVHA. Maksud (2012) defende que o estigma e o preconceito são importantes vetores da vulnerabilidade, causadores de sofrimento psíquico e social, que coabita com as repercussões físicas do HIV.

Para Garcia e Koyama (2008) o estigma do HIV/AIDS se superpõe a estigmas pré-existentes associados a diferentes grupos sociais como homossexuais, trabalhadoras do sexo e usuários de drogas, evocando múltiplos significados. Esses conceitos e imagens pré-concebidas fazem parte da matriz cultural e social que constrói diferenças, cria hierarquias e legítimas estruturas de desigualdades sociais, perfazendo o sofrimento emocional a PVHA.

No que se refere à expectativa e percepção de futuro dos participantes da pesquisa e usuários do COAS-CTA, estes foram questionados como se percebem em 10 anos após o momento atual. Os dados analisados mostram que as palavras com maiores recorrências são: estar, ter, ser, ir, tomar e remédio. A maioria dos participantes apresenta visões prospectivas positivas, sugerindo que a percepção de finitude associada ao HIV/AIDS foi até certo ponto desconstruída. No discurso, ver-se claramente a expectativa esperançosa de melhorias, nem sempre estão associadas ao processo de cura:

Eu espero que eu esteja bem. Eu espero que cada dia seja bem, que não seja mal. (entrevista concedida pelo participante J)

[...] porque a gente sempre assim se tratando, medicado direito e espero daqui há 10 anos estar bem de saúde, empregado, trabalhando. É só isso. (entrevista concedida pelo participante K)

[...] eu imagino que eu vou tá daqui há 10 anos do mesmo jeito que eu tô agora, melhorar não tem como eu melhorar porque eu já tô bom. Eu não sinto nada, não tenho nenhum sintoma, eu sou assintomático, sempre fui. O tratamento que eu faço, eu acabei de receber resultado, tá fazendo efeito. E eu não sinto nada, graças a Deus. E eu espero que possa acontecer outras coisas, mas não em relação a isso. (entrevista concedida pelo participante D)

A expectativa de um futuro longínquo com o convívio do HIV parece, em parte, algo almejado e desejado pelos participantes da pesquisa, atrelada a melhorias sociais e físicas. Entretanto, a desesperança de cura remete ao pensamento de que a autoimagem estabelecida pela PVHA não consiga ser dissociada da doença, modificando o foco do “eu” para o foco do “eu com vírus”.

Considerações finais

Esta comunicação foi uma tentativa de explorar importantes parâmetros de vida, relacionados à saúde e assistência de saúde, de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Tomando-se como base o COAS-CTA de Parnaíba — PI, serviço responsável pelo acolhimento e seguimento terapêutico de usuários do norte do Piauí, Maranhão e Ceará. Conforma-se em um esforço para alicerçar projetos

de mudanças e/ ou inovações que culminem na melhoria da QV, em diversos aspectos das PVHA.

Neste sentido, torna-se imprescindível a definição de políticas públicas inclusivas e elucidativas, que interrompam o ciclo de ignorância e permitam o reconhecimento e sociabilização das PVHA. A sensibilização dos atuais profissionais quanto aos entraves na qualidade de vida de PVHA e sua capacitação como multiplicadores de informação são essenciais para redesenhar a percepção social quanto à doença.

Referências

- Antunes, C. M. C., Rosa, A. S., & Brêtas, A. C. P. (2016). Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. *Rev. Eletr. Enf.*
- Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 17(11):2865-2875.
- Barata, G. F. (2006). O Fantástico apresenta a AIDS ao público (1983-1992). In: Nascimento, D. R., Carvalho, D. M., & Marques, R. C. (Org.). Uma história brasileira das doenças. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad.
- Barros, F. P. C., Lopes, J. S., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. (2016) Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. 40(110):264- 271.
- Barros, S. G., & Vieira-da-Silva, L. M. (2017). A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da AIDS e as transformações do Espaço AIDS no Brasil dos anos 1990. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. 41(3),114-128.
- Brasil. Constituição (1998). Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- Brasil. Decreto n. 9.279, de 14 de maio de 1996. Dispõe sobre os direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília, 1996.
- Brasil. Decreto n. 9313, de 13 de novembro de 1996 (Br). Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS, Brasília, 1996.
- Carvalho Júnior, P. H. B. O Custo da Terapia com antirretrovirais. *Revista Desafios do Desenvolvimento*, Brasília. 2007, 35(4).
- Costa, J. O., Ceccato, M. G. B., Silveira, M. R., Bonolo, P. F., & Reis, E. A. (2018). Acurcio, F. A. Efetividade da terapia antirretroviral na era de medicamentos em dose fixa combinada. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo. 52(87).
- Facchini, R. (2003). Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cadernos Arquivo Edgard Leuenroth*, Rio de Janeiro. 10(18/19),79-123.
- Felissimo, H. P., Costa, S. F. G., & Soares, M. J. G. O. (2008). Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Avai. 10(1),87-99.
- Fernandes, N. M., Hennington, E. A., Bernardes, J. S., & Grinsztejn, B. G. (2017). Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 33(4).
- Ferreira, D. C., & Silva, G. A. (2012). Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 17(11),3087-3098.
- Freitas, J. P., Sousa, L. R. M., Cruz, M. C. M. A., Caldeira, N. M. V. P., & Gir, E. (2018). Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/AIDS. *Acta paul. enferm*, São Paulo. 31(3),327-333.
- Foresto, J. S., Melo, E. S., Costa, C. R. B., Antonini, M., Gir, E., & Reis, R. K. (2017). Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS em um município do interior paulista. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre. 38(1).
- Greco, D. B. (2016). Trinta anos de enfrentamento à epidemia da AIDS no Brasil, 1985-2015. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 21(5).
- Gonçalves, A. P. (2016). Análise de conteúdo, análise do discurso e análise de conversação: estudo preliminar sobre diferenças conceituais e teórico-metodológicos. *Administração: ensino e pesquisa*, Rio de Janeiro. 17(2):275-300.
- Leal, N. S. B., & Coelho, A. E. L. (2016). Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro. 28(1),9-16.
- Magri, M. M. (2018). Esse vírus de science fiction: doença e alteridade em Caio Fernando Abreu. *Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea*, Brasília. 54,231-244.
- Melo, E. A., Maksud, I.; & Agostini, R. (2018). Cuidado, HIV/AIDS e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Revista Panamericana de Salud Pública*, São Paulo, v. 42, n. 23, out.
- Maksud, I. (2012). Silêncios e segredos aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 28(6),1196- 1204.
- Nunes Júnior, S. S. & Ciosak, S. I. (2018). Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS: O Estado da Arte. *Revista de Enfermagem-UFPE*, Recife.12(4),1103-1111.
- Pedraza, D. F., & Nobre, A. M. D., Albuquerque, F. J. B., Menezes, T. N. (2018). Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 23(3),923-933.
- Pereira, L. A. (2015). Uma análise sobre as desigualdades do HIV/ AIDS em municípios brasileiros, nos anos 1991, 2000 e 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva)- Universidade de Brasília. Ceilândia.
- Ribeiro, I. M., Rosa, A. F., & Felacio, V. C. M. (2015). Avaliação dos serviços de assistência em HIV/ AIDS na perspectiva de portadores. *R. Interd.* 8(4),71-81.
- Rodrigues, M., & Maksud, I. (2017). Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/AIDS. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, abr.
- Sá, A. A.M., & Santos, C. V. M. A. (2018). Vivência da Sexualidade de Pessoas que Vivem com HIV/ AIDS. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília. 38(4),773-786.
- Sontag, S. (2007). Doença como metáforas/ AIDS e suas metáforas. Ed. Companhia de bolso.



PARTE II

EIXO DE EDUCAÇÃO

EDUCAÇÃO COMO ESPAÇO VIVO DE PRÁTICAS DE FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE NO SUS

Eliana Goldfarb Cyrino
Nildo Alves Batista

O PROFSAÚDE foi criado em 2016 enquanto um processo coletivo, em rede, como uma estratégia de formação dirigida a atender à expansão da graduação e da pós-graduação assim como à educação permanente dos profissionais de saúde no Brasil. Traz na sua fundamentação a perspectiva de uma formação de novas gerações comprometida com o desenvolvimento do SUS e com uma concepção crítica e construtiva de novas práticas para os sistemas de saúde e educação, com maior senso de solidariedade e empatia com o sofrimento social. Frente ao atual momento crítico de combate à pandemia de COVID-19, em que trabalhadores da saúde exercem papel protagonista no cuidado às populações, temas como educação, comunicação e formação podem ser considerados cruciais para impactar positivamente a situação social de saúde que o país apresenta.

A Educação como eixo de formação, reflexão e pesquisa no PROFSAÚDE

Refletir sobre o eixo Educação nos remete à discussão da pluralidade do binômio saúde e educação em suas interfaces com a formação profissional em saúde, com a formação/desenvolvimento de preceptores e docentes para o ensino em saúde, com a educação permanente e com a educação na saúde, com vistas a uma prática comprometida com as necessidades de saúde da comunidade.

Neste sentido, pesquisar e produzir conhecimentos científicos que contribuam para o crescimento deste eixo na prática profissional em saúde possibilita a elaboração de propostas de intervenção que induzam avanços e transformações nas práticas pesquisadas.

O eixo Educação possibilita o desenvolvimento de estudos sobre a formação inicial de profissionais de saúde, tanto de nível técnico como de nível superior (graduação e pós-graduação *lato sensu*) com ênfase na avaliação

do processo ensino e aprendizagem em seus diversos níveis (individual, de grupos, de programas e de instituições), desenhos e estratégias de planejamento e desenvolvimento de currículos em saúde, inovações curriculares em saúde, educação interdisciplinar e interprofissional, dentre outros.

A Educação Permanente em Saúde é outra vertente relevante de pesquisas na educação de profissionais inseridos em diferentes contextos, tomando como eixo nuclear o aprimoramento profissional na perspectiva da consolidação das políticas sociais, com ênfase no SUS.

Além destas dimensões, a Educação em Saúde, por meio de investigações e análises de experiências no campo do planejamento, desenvolvimento e avaliação de processos educacionais voltados para a promoção da saúde, bem como para a prevenção, proteção e cuidados nos planos individual e coletivo, na perspectiva da educação emancipatória, mostra-se essencial.

Outro ponto a destacar é a perspectiva de pesquisas aplicadas a partir de objetos que emergem da prática dos pós-graduandos, premissa da modalidade profissional da pós-graduação no Brasil. Neste sentido, o compromisso de uma produção do conhecimento associado com um questionamento da prática cotidiana na busca por solução para os problemas, da formulação de políticas à avaliação de estratégias de transformação do trabalho em saúde, mostra-se relevante.

As pesquisas no eixo educação

Ao ler os capítulos sobre a Educação neste livro, visualizamos produções com rica diversidade e que são resultantes de dissertações de mestres egressos da primeira turma do PROFSAÚDE. As pesquisas se concentraram em duas temáticas: o internato em APS e a Residência de MFC.

A avaliação do cenário e das competências adquiridas em estágios na APS sob a ótica dos alunos do internato em Medicina de uma Universidade Federal foi objeto de uma investigação por meio de um estudo observacional analítico transversal. A partir do preenchimento do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), foram avaliados os atributos da APS sob a ótica dos alunos. A pesquisa construiu um diagnóstico situacional de como os estágios estão sendo contributivos para a formação médica ampliada na instituição, particularmente

no que se refere àqueles realizados em cenários de APS, o que pode auxiliar na reestruturação dos cenários de prática.

Integralidade da atenção e Orientação familiar como atributos da APS na preceptoria do Internato em Saúde Coletiva foi também avaliado em uma universidade pública do interior, mostrando elementos que podem ser utilizados para fortalecimento do trabalho e aprimoramento da preceptoria em APS.

A problematização da perspectiva futura do ser médico, a partir de uma disciplina na graduação que envolve os alunos em um processo de reflexão sobre a própria formação e a potencialidade da mesma, com enfoque na medicina de família e comunidade, foi também apresentada. A problematização foi analisada a partir de relatos de experiência produzidos ao longo do semestre e pelo conteúdo produzido por discussões em rodas de conversa. O estudo aponta que “fica evidente a contribuição do ensino, e os muitos ganhos que temos para o futuro generalista, ao considerar as expectativas do “ser médico” presentes no imaginário dos alunos”.

Com relação à Residência em MFC, o preceptor foi temática privilegiada em um dos capítulos, buscando sua conceituação. Os autores realçam suas atribuições, destacando-o como o “principal responsável pela formação direta do residente, guiando um processo de ensino-aprendizagem centrado no residente e sua equipe interprofissional, a partir da prática reflexiva”.

Como preceptores e residentes de um programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) compreendem o atributo/conceito da longitudinalidade na atenção primária foi tema de uma pesquisa qualitativa, por meio de grupos focais com preceptores e residentes, descrita em outro capítulo. A pesquisa mostrou como consenso que “uma equipe de saúde da família bem constituída e entrosada é o principal ponto para existência da longitudinalidade e que o cuidado do paciente não pode estar atrelado apenas à figura do médico, mas a todos os profissionais que atuam na Atenção Primária”.

Outro capítulo descreve uma pesquisa a respeito da inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade na perspectiva de profissionais não médicos de equipes da Estratégia Saúde da Família a partir de grupo focal com enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, técnico e auxiliar em saúde bucal. Observou-se “ampliação do intercâmbio de saberes e práticas entre residentes e

profissionais, com qualificação do trabalho da equipe, além do provimento de ações específicas de políticas de saúde que inexistiam previamente nas práticas das unidades. Observou-se também a existência de lacunas na supervisão dos residentes pela preceptoria, presença de conflitos interpessoais e escassa presença de atores da gestão”.

Finalmente, um estudo apresenta um Plano de Fortalecimento para Integração entre a instituição de ensino e o serviço de saúde, visando favorecer a formação de residentes em Medicina de Família e Comunidade a partir de dados coletados por meio de entrevista semiestruturada junto a gestores e preceptores. A partir de uma análise lexical das nuvens de palavras pelos eixos da matriz SWOT, foi delineado um Plano com três objetivos estratégicos, desdobrados em estratégias, ações e agentes responsáveis pela realização.

Por fim, consideramos que os textos permitem refletir sobre a necessidade de mudança na formação superior em saúde, particularmente na educação médica e o desafio de se vislumbrar a construção de currículos integrados ao sistema de saúde e que associem “o desenvolvimento de habilidades técnicas à percepção do universo social e da subjetividade de cada pessoa, alcançando uma formação capaz de satisfazer as necessidades individuais e também sociais” (Figueiredo, 2020), proporcionando vivência prática nos serviços de saúde desde o início da formação. Um tema importante abordado nos estudos e valorizado no PROFSAÚDE — inclusive como foco para realização do curso — é a formação dos preceptores, na perspectiva de se construir com eles atividades educativas e modos de trabalhar a partir da prática na educação pelo trabalho. Nesse sentido, os textos avançam para além de reformas curriculares que muitas vezes, se resumem a incorporar metodologias ativas de ensino-aprendizagem ou novas tecnologias em velhas didáticas de ensino, com pouco ou nenhum compromisso com as políticas públicas de cuidado em saúde. Assim, os capítulos permitem fazer uma ampla discussão sobre o contexto presente de formação apontando caminhos para maior envolvimento com a realidade social do Brasil.

É com satisfação que observamos as potências dos estudos realizados, especialmente no tocante à possibilidade de intervenções transformadoras das realidades pesquisadas! Isto nos remete a Paulo Freire quando diz:

*É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar;
porque tem gente que tem esperança do verbo esperar.
E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera.
Esperança é se levantar, esperar é ir atrás,
esperança é construir, esperar é não desistir!
Esperança é levar adiante,
esperança é juntar-se com outros para fazer de outro modo [...]*

Referências

- Guanaes, P. (2020). A atual pandemia de COVID-19 ilumina a importância da educação e trabalho em saúde [online]. *SciELO em Perspectiva: Humanas*. [viewed 18 August 2020]. Available from: <https://humanas.blog.scielo.org/blog/2020/05/19/a-atual-pandemia-de-covid-19-ilumina-a-importancia-da-educacao-e-trabalho-em-saude/>.
- Figueiredo, G.O., & Orrillo, Y.A.D. (2020). Currículo, política e ideologia: estudos críticos na educação superior em saúde. *Trab. educ. saúde* [online]. vol.18, suppl.1.

PLANO DE FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Anderson Milfont Feitosa de Oliveira

Samyra Paula Lustoza Xavier

Vanira Matos Pessoa

Maria Rosilene Cândido Moreira

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Introdução

Mesmo com importantes avanços decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nas últimas décadas, algumas questões são pontuadas como centrais para a melhoria dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre elas têm-se a necessidade de reorientação da formação médica.

Promover formação médica baseada em cenários e estratégias de ensino-aprendizagem alinhadas à realidade e demandas do SUS, ainda se apresenta como grande desafio. Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) balizadoras da formação em medicina legitimaram e reconheceram a Residência Médica (RM) como modalidade de pós-graduação essencial para o complemento da formação profissional (Resolução CNE/CES n. 4, 2001; Resolução CNE/CES n° 3, 2014).

A RM, caracterizada pelo treinamento em serviço, é considerada o melhor Programa para formação de especialistas médicos. Funciona em instituições de saúde, com critérios definidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação (MEC), responsável pelo credenciamento e avaliação do Programa (Decreto n. 80281, 1977).

Para melhor efetivação desse programa, tornou-se necessária a elaboração de estratégias que viabilizassem a integração entre instituições formadoras e serviços, de modo a tornar o local de trabalho um espaço de aprendizagem. Dentre as iniciativas implementadas nesse sentido, têm-se o PET-Saúde, o PRÓ-Saúde e o PRÓ-Residência (França *et al.*, 2017).

Em paralelo, para reduzir conflitos decorrentes dessas iniciativas de integração, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), incentivou a criação de Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). No entanto, após quase uma década desta normatização, observa-se uma descontinuidade desta iniciativa, principalmente por falta de financiamento (França *et al.*, 2017; Macêdo, Albuquerque & Medeiros, 2014).

Dentre as especialidades que possuem Programas de Residência, a de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) se apresenta como uma possibilidade de formação que parte da problematização da realidade, articulada entre “residentes, docentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde” (Arnemann *et al.*, 2018, p. 1636).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade essencialmente clínica que promove práticas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, reconhecida internacionalmente por apresentar práticas centradas no indivíduo com base em território adscrito, contexto familiar e cuidado continuado, integrando os diversos níveis de atenção à saúde (Coelho, Antunes & Oliveira, 2019), além das outras especialidades e profissões, especialmente onde há outros Programas de RM ou Residência Multiprofissional (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [SBMFC], 2014).

Considerando este potencial, a formação em RMFC baseia-se na concepção de que somente a experiência adquirida na prática é capaz de complementar a formação médica de maneira adequada, pois aproxima o profissional das pessoas que precisam de cuidados em saúde (Nascimento & Oliveira, 2006), tornando-se atraente para gestores e comunidade que ali convivem (Berger, Dallegrave, Castro & Pekelman, 2017). Faz-se necessária uma organização do processo formativo e de trabalho, de modo a aperfeiçoar esta modalidade de formação e assegurar o desenvolvimento de competências profissionais condizentes com as demandas do SUS, a partir da integração ensino-serviço de forma sistematizada.

Frente a estas considerações, o objetivo deste estudo fundamenta-se em apresentar um Plano de Fortalecimento para Integração entre a instituição de ensino e o serviço de saúde, visando favorecer a formação de residentes em Medicina de Família e Comunidade.

Revisão de literatura

A formação médica no Brasil e suas transformações

No passado, o desenvolvimento da microbiologia fundamentou uma concepção monocausal, apoiada na teoria dos germes, na qual os problemas de saúde se explicaram por relação agente-hospedeiro, gerando uma forma de se analisar os fenômenos separadamente. O conceito do envolvimento de múltiplos fatores em que agentes e fatores determinantes de caráter individual, implicando numa relação de causa-efeito que coordena o pensamento clínico sobre o processo saúde-doença dando o conceito de saúde como ausência de doença (Mendes, 1996).

As limitações desta forma de se analisar os fenômenos começam a se destacar à medida que as doenças transmissíveis perdem importância relativa, a expectativa de vida se eleva e as causas externas ganham força, dificultando sua utilidade na prática no desenvolvimento de ações integrais de saúde associada às grandes mudanças comportamentais de massa da sociedade que ocorreram após a década de 50 até os dias de hoje. À medida que ocorre um giro histórico-sociológico da ciência uma revolução na reflexão acerca da ciência ao considerar próprios da ciência os aspectos históricos e sociológicos que rodeiam a atividade científica (Mendes, 1996).

Neste contexto, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978 a qual se definiu um novo conceito de saúde não somente como ausência de doença, dando conotação mais ampla através de um raciocínio mais ecológico do processo saúde doença, proferindo uma nova forma de se operacionalizar os serviços de saúde (Organização Mundial de Saúde – OMS, 1978). Determinou-se, naquela ocasião, a meta de acessibilidade aos serviços de saúde por todos se cada nação investisse recursos mais intensivos em Cuidados Primários à Saúde, assim como a participação social neste processo (Mendes, 1996).

No Brasil, tais mudanças acarretaram na alteração do modelo de assistência à saúde e do ensino médico com a Oitava Conferência Nacional de Saúde (OMS, 1978), realizada em 1986 cuja definira diretrizes para um novo sistema de serviços de saúde universal, tendo o Estado como responsável pelo mesmo; direito garantido pela Constituição Federal.

A opção do Ministério da Saúde, ao institucionalizar a ESF como política nacional de APS significa adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde do País. Já no ensino médico, as mudanças mais significativas ocorreram nas décadas de 90 e 2000 com o início da reforma curricular dos cursos da área da saúde, gerando as DCN, em particular, o de medicina, partindo do relatório da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM em meados dos anos 90 (MEC, 2011; 2014; Pagliosa & Da Ros, 2008).

Os conhecimentos e práticas da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde tornam-se competências necessárias e imprescindíveis ao desempenho dos profissionais da saúde. Nesses novos contextos, as dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação são muitas para dar conta das demandas da saúde em nossos dias; o trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares se fazem necessários para os dias atuais (Pagliosa & Da Ros, 2008).

Mesmo com os ganhos históricos adquiridos ao longo do desenvolvimento da sociedade brasileira, os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem necessitam ser repensados e reestruturados, e o processo de avaliação da aprendizagem deve sofrer uma total ressignificação.

A transição demográfica e epidemiológica acarretou numa modificação do perfil de adoecimento da população brasileira, surgindo uma elevação de condições crônicas que possibilitou uma elevação da carga de doenças que necessitou de uma concepção de um novo modelo de atenção à saúde (Mendes, 2010).

Com a formulação das novas DCN para os cursos de medicina, enfatizou-se a necessidade de incluir uma formação voltada para um novo cenário nacional, com novos campos de práticas fora dos muros das universidades e de seus hospitais. Desta forma, passou a ser priorizado o SUS como principal campo de práticas de ensino-aprendizagem para o novo currículo médico, tanto na graduação como a pós-graduação (residência médica), em face à necessidade de formação de novo perfil profissional para esta nova demanda (MEC, 2001; 2014; Campos & Belisário, 2001).

Além de priorizar uma reformulação paradigmática para o ensino médico, as DCN legitimam a necessidade de se completar a formação do profissional

médico com a residência médica, reconhecendo esta modalidade de pós-graduação como essencial para o complemento da formação profissional (MEC, 2001; 2014). A seguir é abordada essa formação.

A residência médica

Nos moldes em que conhecemos hoje, a residência médica surgiu em 1889 com William Halsted na Universidade John's Hopkins de Baltimore, Estados Unidos da América, que, observando o elevado índice de mortalidade dos pacientes atendidos por recém-formados, nomeou um grupo de ex-internos (recém-formados) para receber um regime de treinamento em cirurgia enquanto moravam no hospital. Este formato de ensino logo mais foi expandido para as outras áreas médicas do hospital. Na primeira metade do século XX, essa modalidade de treinamento médico foi instituída no restante daquele país, passando a ser obrigatória para formação de especialistas (Horii, 2013).

No Brasil, foi introduzida, inicialmente, em 1944/45 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com a especialidade de ortopedia. Decorrente de um crescimento progressivo e desordenado e percebendo a necessidade de haver mais especialistas, o governo brasileiro regulamentou esta modalidade de ensino pelo Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (Decreto n. 80281, 1977).

Tal decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM a qual é responsável por credenciar os programas de residência médica nas diversas especialidades médicas, sendo a mesma vinculada ao MEC. As atividades do médico residente foram regulamentadas pela Lei 6932/81, garantindo, para a época, direitos antes não regulamentados, como moradia, obrigatoriedade da concessão de bolsa de estudos e outras garantias para promover melhor aprendizado ao médico residente pelo programa credenciado (Horii, 2013).

Do ano de 2007 aos dias atuais, a discussão sobre a formação dos médicos residentes nos ambientes acadêmicos passou a ganhar estrutura e vem desenvolvendo resultados apesar dos inúmeros desafios como financiamento de bolsas, reconhecimento do preceptor como docente e uma preceptoria de qualidade com formação permanente (Ferreira, 2017; Masuda, Cunha & Petta, 2007; Petta, 2013).

Percebendo essa necessidade e associada às transformações no panorama da transição epidemiológica no país, as políticas de indução de tais modificações na formação na saúde avançaram após a criação da SGTES no MS em 2003, prosseguindo com maior integração entre os Ministérios da Educação e da Saúde no tocante ao ensino na saúde. (Dias, Lima & Teixeira, 2013; Petta, 2013).

Novos suportes a este processo foram mais trabalhados ao se tornar uma iniciativa do Estado, propondo uma aglutinação de interesses entre os órgãos responsáveis pelo ensino e pelos gestores do SUS, sendo mais detalhados a seguir.

Método

Trata-se de pesquisa exploratório-descritiva, do tipo pesquisa-intervenção, pois este tipo de pesquisa visa modificar uma realidade onde, geralmente, o pesquisador está inserido. Esse formato de investigação/estudo agrega investigação, participação e política, sendo assim concebidas na tentativa de solução de problemas concretos (Minayo, 2014). Nesta pesquisa, a elaboração de um plano para fortalecimento da integração ensino-serviço, enquanto estratégia facilitadora na formação da RMFC, foi a proposta de solução apresentada.

O contexto do estudo foi o município do Juazeiro do Norte. Participaram da investigação seis informantes-chave escolhidos intencionalmente por serem os atores que estão diretamente relacionados à relação ensino-serviço-gestão, a saber: quatro integrantes da gestão municipal da saúde e dois preceptores do PRMFC pertencentes ao serviço de saúde e a instituição de saúde, concomitantemente.

A coleta de dados ocorreu pela entrevista semiestruturada, cujas perguntas aos preceptores contemplaram aspectos referentes à percepção destes sobre o campo de práticas e o processo de integração ensino-serviço, enquanto que aos gestores foram contempladas questões referentes à relação da gestão municipal com a coordenação do PRMFC. O material obtido foi lido e organizado por conteúdos semânticos conforme os eixos da matriz SWOT, originando quatro *corpus*, que formaram o banco de dados (*corpora*) para análise deste estudo.

A análise do *corpora* ocorreu com auxílio do software *Interface de R pour L Analyses Multidimensionnelles de Textes L de Questionnaires* (Iramuteq) versão

0.7 alfa 2. pela Nuvem de Palavras (NP), que apresenta os resultados por meio do agrupamento gráfico das palavras em função da sua frequência no material sob análise, considerando-se ainda o tamanho desta e sua proximidade com as outras, de modo que, quanto maior, mais próxima e mais citada, traduz maior expressividade, conexidade (Camargo & Justo, 2013) e destaque no material final (Kami *et al.*, 2016).

As NP resultantes configuraram os eixos da análise SWOT, que auxiliou a realização do diagnóstico situacional do PRMFC, fornecendo informações que possibilitaram a análise detalhada dos cenários interno e externo (Kummer & Silveira, 2016) e viabilizaram a planeação estratégica para o fortalecimento da integração ensino-serviço, que utilizou como referencial teórico-metodológico o Planejamento Estratégico Situacional (Lacerda, Botelho & Colussi, n.d.).

Para garantir o anonimato dos informantes, gestores foram identificados pela letra G e preceptores pela letra P, seguidos do número da entrevista. Ressalta-se que o estudo obteve aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, com número 2.005.435.

Resultados e discussão

Os resultados deste estudo estão apresentados em dois aspectos: a) análise lexical das nuvens de palavras pelos eixos da matriz SWOT e b) delineamento do Plano de Fortalecimento da Integração Ensino-Serviço do PRMFC.

a) Nuvens de Palavras e Matriz SWOT

Para tornar melhor a compreensão desta seção, as Nuvens de Palavras foram agrupadas em uma única imagem, inseridas no eixo específico da Análise SWOT, e ilustradas com relatos dos informantes (Figura 1).

Figura 1. Nuvens de Palavras e Matriz SWOT ilustrada com relatos dos participantes.



Fonte: Autores.

O *corpus* Forças apresentou 2.436 ocorrências, 489 formas e 247 hapax (palavras expressas apenas uma vez no *corpus*), com uma média de 406 palavras ditas por cada informante. As palavras que obtiveram maior frequência neste *corpus* foram: ensino ($f=14$), serviço ($f=14$), equipe ($f=14$), parceria ($f=09$), família ($f=09$), unidade ($f=07$), formação ($f=06$), gestão ($f=06$), instituição ($f=06$) e Residência ($f=05$).

Esta Nuvem de Palavras indica que os principais pontos fortes do PRMFC são a parceria existente entre instituição de ensino e serviço de saúde — mediante atuação dos residentes no campo e supervisão dos professores/preceptores — e a inserção do residente na equipe multiprofissional atuando junto às famílias.

A Residência Médica tem como propósito qualificar os profissionais para a transformação de suas práticas e da própria organização do trabalho, estruturando a capacitação, problematizando seu processo de trabalho, emergindo os conteúdos dos problemas e necessidades de saúde das pessoas (Celedônio, Jorge, Santos, Freitas & Aquino, 2012), em um processo contínuo de ensino e aprendizagem, que pode ser favorecido conforme o grau de parceria existente entre instituição de ensino e o serviço de saúde que irá acolher o residente.

Além disso, a inserção do residente no campo de práticas mobiliza elementos que interferem positivamente na atuação profissional. Este residente passa a ser figura central no processo de reestruturação do serviço ao induzir a implantação de novas ações, que vão desde o desenvolvimento de novas práticas até a capacitação dos profissionais da rede para docência.

Esta inserção é demonstrada em alguns serviços como elemento fundamental para qualificação dos profissionais da ESF, uma vez que se torna ambiente para constantes reflexões sobre o processo de trabalho. Este processo suscita a gestão local a investir em infraestrutura e projetar soluções no cotidiano da ESF (Alessio & Sousa, 2016; Lermen, 2014; Poli, 2014; Storti, Oliveira & Xavier, 2017; Zambon, 2015).

O *corpus* Fraquezas apresentou 4.822 ocorrências, 703 formas e 315 hapax, com uma média de 803 palavras expressas por cada informante. As palavras que obtiveram maior frequência neste *corpus* foram: preceptor ($f=33$), dificuldade ($f=15$), serviço ($f=13$), atendimento ($f=12$), demanda ($f=12$), médico ($f=12$), discussão ($f=08$) e preceptoria ($f=08$).

A demanda elevada de pessoas para atendimento, a não adequação das atividades e carga horária da preceptoria na rotina das unidades de saúde, a não valorização do preceptor nesse processo e a não inclusão de outros profissionais da equipe de saúde na formação do residente constituíram os pontos negativos centrais do PRMFC, compondo o eixo das fraquezas apontadas pelos informantes.

A não adequação das atividades da preceptoria foi anunciada no estudo como um desafio a ser superado pelos agentes de integração, pois a demanda elevada de atendimentos pouco reflete novas práticas ou aperfeiçoamento do processo de trabalho, evidenciando não haver integração entre residentes e profissionais da equipe.

Os entrevistados ressaltaram ainda a importância de incluir, no processo de gerenciamento do programa, os integrantes das equipes que acolhem o residente. Esse distanciamento das equipes dificulta o desenvolvimento dos demais integrantes que não participam do Programa, e a adesão destes às novas práticas no processo de trabalho (Ceccim & Feuerwerker; 2004; Garcia, Cadioli, Lopes, Gusso & Valladão, 2018; Justino, Oliver & Melo, 2016). Esta necessidade apontada também pode ocorrer porque alguns deles exercem dupla ou tripla função neste processo. Os entrevistados são servidores do município, que atuam ou atuaram na ESF; alguns deles ocupam cargos de gestão municipal e, em paralelo, foram ou são docentes em instituições de ensino que utilizam as unidades de saúde como cenário de práticas.

Estas considerações, evidenciadas neste eixo da matriz SWOT, sinalizam negativamente e dispensam provocações aos agentes de integração, pois a desvalorização da preceptoria é compreendida como um reflexo da deficiência na integração entre ensino e serviço, necessitando que modificações sejam planejadas e executadas para reverterem este panorama, e assim promoverem melhorias efetivas na execução do programa.

O *corpus* Oportunidades apresentou 4.456 ocorrências, 679 formas e 325 hapax, com uma média de 742 palavras expressas por cada informante. As palavras que obtiveram maior frequência neste *corpus* foram: gestão ($f=27$), instituição ($f=25$), serviço ($f=18$), espaço ($f=14$), academia ($f=10$), integração ($f=09$) e possibilidade ($f=06$).

Como elemento do ambiente externo, este eixo reuniu, dentre as possibilidades que podem fortalecer o PRMFC, a realização de encontros, seminários e capacitações, visando troca de experiências entre residentes e demais profissionais de saúde dos serviços, assim como a criação de espaços de conversa entre academia, serviço e gestão da saúde, para ajustar os pontos necessários ao aprimoramento do Programa.

Ciente da importância do preceptor enquanto agente facilitador da aprendizagem, é importante que seja possibilitada a criação de espaços para troca de experiências, tanto com a comunidade, quanto com outros profissionais. A promoção de uma educação interprofissional oferece condições para que os alunos desenvolvam atributos e habilidades importantes para o trabalho coletivo,

mobilizando as competências necessárias e melhorando a qualidade da atenção à saúde (Arnemann *et al.*, 2018; Souza & Ferreira, 2019).

Nesse contexto, as unidades de saúde se transformam em fontes privilegiadas de construção e troca de saberes sobre atenção e gestão em saúde, pois implicam nova lógica de organização do processo de trabalho, oportunizando aos gestores e trabalhadores novos aprendizados e formas de atuação (Pagani & Andrade, 2012).

O *corpus* Ameaças apresentou 1.488 ocorrências, 365 formas e 184 hapax, com uma média de 248 palavras expressas por cada informante. As palavras que obtiveram maior frequência neste *corpus* foram: unidade ($f=10$), gestão ($f=08$), dificuldade ($f=06$), estrutura ($f=05$), material ($f=04$) e qualificação ($f=03$).

Essas palavras direcionam este eixo para a compreensão de que as questões relativas à gestão do PRMFC, tais como a não qualificação dos médicos para o exercício da preceptoria, assim como os problemas envolvendo a estrutura dos serviços de saúde nos quais os residentes exercem suas atividades, constituem os aspectos do ambiente externo que põem em risco a qualidade do programa, e que desencadeiam estratégias de enfrentamento.

A dificuldade de interlocução entre os agentes de integração e a estrutura precária dos serviços reflete a necessidade da criação de espaços para delimitar as demandas envolvidas, ao mesmo tempo em que favorece oportunidades para esclarecimento e retirada de dúvidas quanto ao papel da preceptoria no contexto dos programas ministeriais, incluindo o Programa Mais Médicos.

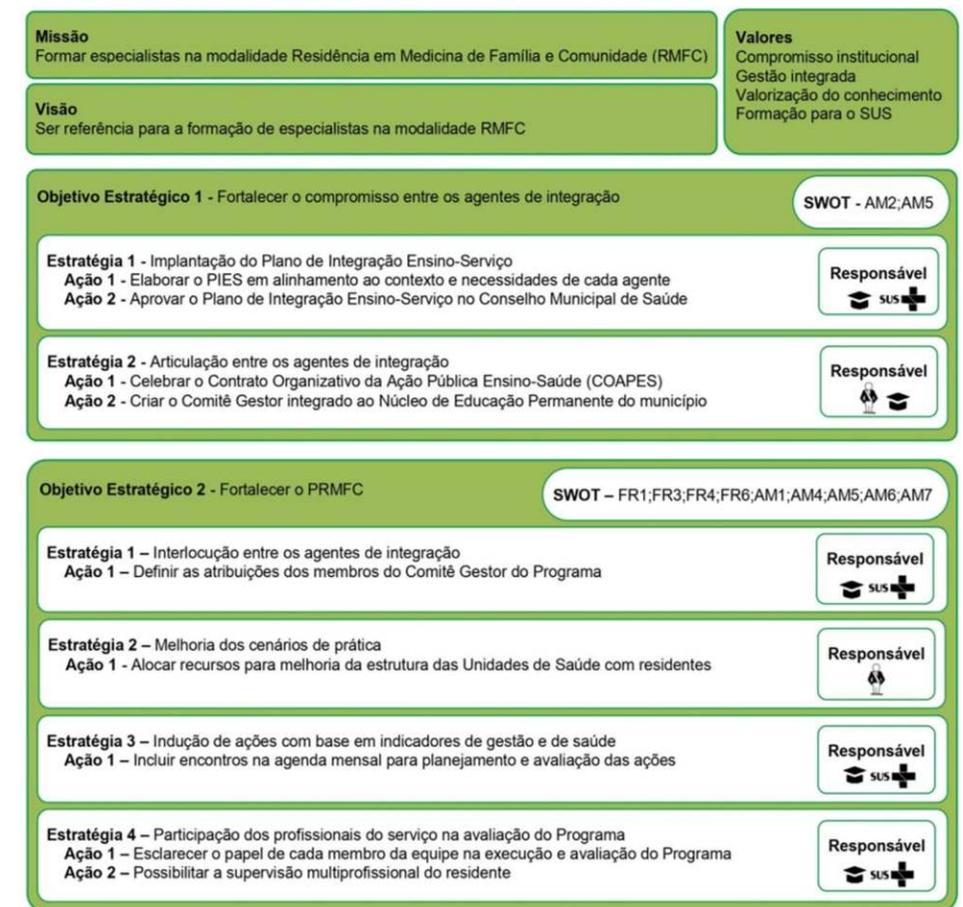
Essa problemática também foi observada durante a implantação do programa em cidades de médio porte, nos quais os interesses das instituições de ensino e da gestão tiveram que ser mediados, sendo a instituição formadora o polo mais demandante, devido à necessidade de implantar mudanças curriculares tanto para os cursos de graduação como para a Residência Médica (Celedônio *et al.*, 2012; Alessio & Sousa, 2016; Storti, Oliveira & Xavier, 2017; Sarti, Fontenelle & Gusso, 2018; Cabral *et al.*, 2008; Silva, Amaral e Senna, 2012). Em diversas capitais brasileiras, a criação de espaço entre a gestão municipal de saúde e as instituições de saúde foi estratégia importante para direcionar a construção, organização, execução e manutenção do PRMFC, proporcionado por meio de instâncias colegiadas envolvendo ambas as partes (Poli, 2014; Soares *et al.*, 2018).

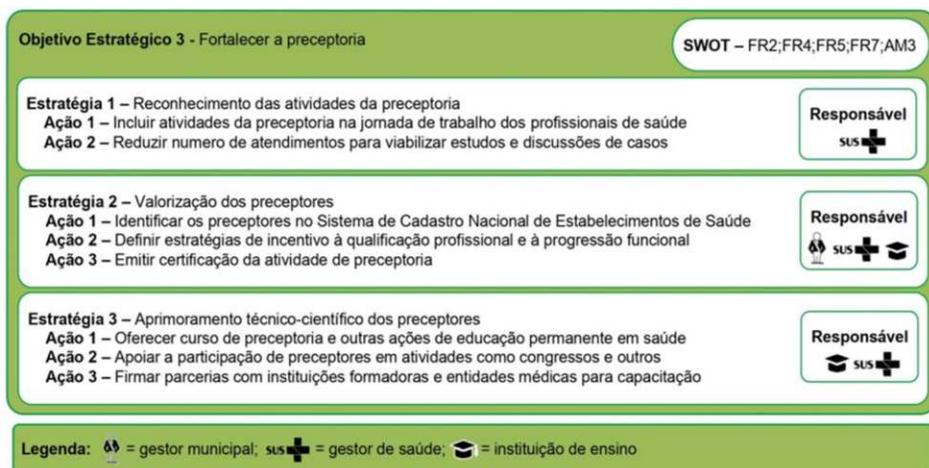
A necessidade de adequação estrutural, em alguns estudos (Lermen, 2014; Garcia *et al.*, 2018; Sarti, Fontenelle & Gusso, 2018), apontou como principais problemas a ausência de ambiente para estudo, biblioteca, sala para procedimentos, consultórios, referência e contra-referência e insumos.

b) Plano de Fortalecimento da Integração Ensino-serviço (PFIES)

O diagnóstico situacional do PRMFC estudado, confrontado com a literatura revisada, favoreceu o entendimento acerca do contexto do PRMFC e balizou a construção do Plano de Fortalecimento da Integração Ensino-serviço (Figura 2).

Figura 2 — Plano de Fortalecimento da Integração Ensino-Serviço no PRMFC.





Fonte: Autores.

O PFIES apresenta missão, visão e valores e delinea-se com três objetivos estratégicos desdobrados em estratégias, ações e agentes responsáveis pela realização. Direciona-se à proposição de ações para superação das fraquezas e ameaças evidenciadas no estudo, à luz das políticas de apoio à formação médica no Brasil e dos documentos normativos da CNRM e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

O primeiro objetivo estratégico do PFIES visa fortalecer o compromisso entre os agentes de integração. Para estes, a efetiva integração entre ensino e serviço apresenta dificuldades que envolvem a resistência de algumas instituições em aderir aos novos processos de trabalho e dos convênios para formalização das parcerias, necessitando de ações estratégicas que promovam a implantação do PIES e a efetiva articulação entre os agentes de integração.

Os relatos dos gestores revelaram haver resistência em formalizar contratos ou convênios por ambos os agentes de integração. O PRMFC, até a realização desta pesquisa, ainda não possuía contrato firmado devido à ausência de estrutura ou fluxograma apropriado a esta demanda no âmbito da gestão municipal de saúde; sendo assim, a instituição de ensino providenciava as tratativas correspondentes a este tema diretamente com os profissionais dos cenários de prática.

Não obstante os impasses, os participantes do estudo consideram a formalização dos contratos uma estratégia importante para o aprimoramento dos

processos e fortalecimento do PFIES, uma vez que não há regulamentação local específica para esta modalidade de formação e os demais convênios existentes estão passando por reestruturação para atender às necessidades do município e das instituições de ensino.

O segundo objetivo estratégico é o de fortalecer o PRMFC. As reflexões dos participantes deram origem às seguintes perspectivas de atuação: interlocução entre os agentes de integração, melhoria dos cenários de prática, indução de ações baseadas em indicadores de gestão e saúde, e participação dos profissionais na avaliação do programa.

Quanto à integração entre os agentes, foi possível identificar que esta ocorre melhor entre instituição de ensino e serviço de saúde, e entre residente e serviço de saúde, havendo necessidade do protagonismo da gestão em induzir este processo de integração com as instituições de ensino, preceptores e profissionais envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Sobre a estruturação dos cenários de prática, os participantes referiram que, ao reestruturar o Núcleo de Educação Permanente da secretaria municipal de saúde, o município passou a refazer seus convênios com as instituições de ensino, definindo contrapartidas dessas instituições.

Nos relatos dos entrevistados destacou-se também a importância de incluir no processo de gerenciamento do Programa a participação de integrantes das equipes que acolhem o residente. Esse distanciamento das equipes dificulta o desenvolvimento daqueles que não participam do Programa, inclusive o controle social e a inclusão destes na adesão de novas práticas no processo de trabalho (Ceccim & Feuerwerker; 2004; Garcia, Cadioli, Lopes, Gusso & Valladão, 2018; Justino, Oliver & Melo, 2016).

O terceiro objetivo estratégico aponta para o fortalecimento da preceptoría. Foram identificadas, como possibilidades para este fortalecimento, o reconhecimento das atividades da preceptoría e a valorização e o aprimoramento técnico-científico dos preceptores.

O reconhecimento da preceptoría e respectivas atividades exercidas pelos profissionais envolvidos, concomitante à função exercida na rede pública agregada à atenção primária, tem sido um desafio ressaltado em relatos de experiências, quando se discute a implantação e manutenção do PRMFC (Storti, Oliveira &

Xavier, 2017). Este fenômeno foi identificado em um estudo semelhante (Sarti, Fontenelle & Gusso, 2018), no qual foi observada ainda a dificuldade do preceptor em conciliar sua agenda de atendimento com a atividade docente junto ao residente, constituindo um elemento que fragiliza a implantação e desenvolvimento do próprio programa.

Quanto às estratégias de valorização do preceptor, iniciativas como incentivos financeiros para o recrutamento, reconhecimento da carga horária em atividades de ensino, formação pedagógica, inclusão no plano de carreiras, podem se tornar potencializadoras da satisfação dos preceptores, assim como na fixação dos mesmos nos Programas (Alessio & Sousa, 2016; Storti, Oliveira & Xavier, 2017).

Com estas ponderações, vislumbra-se o PFIES como um caminho para a promoção da efetiva integração entre o ensino e o serviço, além de possibilitar melhorias na interlocução entre os atores envolvidos, minimizando conflitos e desafios atualmente existentes no município de Juazeiro do Norte.

Considerações finais

Os aspectos levantados pelos preceptores e gestores sinalizam que estes compreendem a integração ensino-gestão-serviço como fator indispensável para a formação em saúde, e a análise SWOT efetuada no contexto do PRMFC possibilitou a identificação de aspectos específicos do cotidiano nos ambientes interno e externo, descortinando pontos exitosos e também os que necessitam de mudanças, por parte dos agentes diretamente envolvidos.

Almeja-se que as ponderações apresentadas pelos agentes de integração e delineadas no PFIES apontem possibilidades de melhoria na gestão e execução tanto dos serviços de saúde como da formação dos residentes, podendo servir de modelo para o planejamento de Programas similares, pois indicam caminhos que podem reduzir ou eliminar os pontos fracos, visando à manutenção dos pontos fortes, contribuindo assim para o fortalecimento da articulação entre os agentes da integração, da preceptoria e do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Referências

- Alessio, M. M., & Sousa, M. F. (2016) Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis*, 26(2): 633-667. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>.
- Arnemann, C. T., Kruse, M. H. L., Gastaldo, D., Jorge, A. C. R., Silva, A. L., Margarites, A. G. F., Pires, C. L., Kuplich, N. M., Santos, M. T., & Condessa, R. L. (2018). Preceptor's best practices in a multiprofessional residency: interface with interprofessionality. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl. 2), 1635-1646. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>.
- Berger, C. B., Dallegre, D., Castro Filho, E. D., & Pekelman, R. (2017) A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39): 1-10. <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/1399>.
- Cabral, P. E., Machado, J. L. M., Machado, V. M. P., Pompílio, M. A., Vinha, J. M., Ayach, W., & Mattos, M. C. I. (2008). Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 374-382. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300012>.
- Camargo, B. V., Justo, A. M. (2013) IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2): 513-518. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
- Campos, F. E., & Belisário, S. A. (2001). O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 5(9), 133-142. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000200009>.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
- Celedônio, R. M., Jorge, M. S. B., Santos, D. C. M., Freitas, C. H. A., & Aquino, F. O. T. P. (2012) Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. *Revista Rene*, 13(5): 1100-1110. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4112>.
- Coelho Neto, G. C., Antunes, V. H., & Oliveira, A. (2019). A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), e00170917. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00170917>.
- Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977 (1977). Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Casa Civil.
- Dias, H. S., Lima, L. D., & Teixeira, M. (2013). A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1613-1624. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>.
- Ferreira, N. M. (2017) *O desafio da mudança: analisando a intervenção realizada na residência de Medicina de Família e Comunidade da UFU*. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (política e gestão em saúde). Campinas: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
- França, T., Medeiros, K. R., Belisario, S. A., Garcia, A. C., Pinto, I. C. M., Castro, J. L., & Pierantoni, C. R. (2017). Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1817-1828. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>.
- Garcia, A. P., Cadioli, L. M., Lopes Júnior, A., Gusso, G., & Valladão Júnior, J. B. R. (2018) Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas

- e experiências. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40): 1-8. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1610>.
- Horii, C. L. (2013) *Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Justino, A. L. A., Oliver, L. L., & Melo, T. P. (2016) Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(5): 1471-1480. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04342016>.
- Kami, M. T. M., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., Lowen, I. M. V., Souza, V. M. P., & Goto, D. Y. N. (2016). Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. *Escola Anna Nery*, 20(3), e20160069. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160069>.
- Kummer, D. C., & Silveira, R. L. L. (2016) A importância da Matriz SWOT (FOFA) no contexto dos planos estratégicos de desenvolvimento do Rio Grande do Sul. *Revista Jovens Pesquisadores*, 6(1): 101-115. <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/semic/article/view/13574>.
- Lacerda, J. T., Botelho, L. J., & Colussi, C. F. (n.d.) Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional (PES). *Santa Catarina: UnaSUS*. https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/19821/mod_resource/content/2/un2/top3_1.html.
- Lermen Junior, N. (2014) O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(32): 300-303. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)992](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(32)992).
- Macêdo, N. B., Albuquerque, P. C., & Medeiros, K. R. (2014) O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(2): 379-401. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200010>.
- Massuda, A., Cunha, F. M., & Petta, Helena. (2007). Residência médica: contribuições dos médicos residentes ao debate. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(2), 96-97. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000200002>.
- Mendes, E. V. (1996) O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: _____ (Ed.). *Uma agenda para saúde*. 2a ed. São Paulo: Hucitec.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
- Minayo, M. C. S. (2014) *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec.
- Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2006) A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4): 435-439. <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v10n4a20.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde. (1987) *Declaração de Alma-Ata — Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde*. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- Pagani, R., & Andrade, L. O. M. (2012) Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde e Sociedade*, 21(1): 94-106. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>.
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 492-499. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.
- Petta, H. L. (2013). Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(1), 72-79. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>.
- Poli Neto, P. (2014) O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(31): 192-194. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)904](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(31)904).
- Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 (2014). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014.
- Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001 (2001). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Educação.
- Sarti, T. D., Fontenelle, L. F., & Gusso, G. D. F. (2018) Panorama da expansão dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40): 1-5. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744).
- Silva, M. A. M., Amaral, J. H. L., & Senna, M. I. B. (2012) The national reorientation of vocational healthcare training (Pro-Saúde) and encouragement of inclusion of differentiated learning scenarios within dentistry courses in Brazil. *Interface (Botucatu)*, 16(42): 707-717. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012000300010>.
- Soares, R. S., Oliveira, F. P., Melo Neto, A. J., Barreto, D. S., Carvalho, A. L. B., Sampaio, J., & Figueiredo, A.M. (2018) Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40): 1-8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629).
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2014). Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).
- Souza, S. V., & Ferreira, B. J. (2019) Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. *ABCS Health Science*, 44(1):15-21. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i1.1074>.
- Storti, M. M. T., Oliveira, F. P., & Xavier, A. L. (2017). A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 21(Supl. 1), 1301-1314. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>.
- Zambon, Z. L. L. (2015) Necessidade crescente de médicos de família para o SUS e baixa taxa de ocupação nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: um paradoxo? [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo.

COMPREENSÃO DA LONGITUDINALIDADE DENTRO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli
Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Pedro Coniã Szewczak Camelo
Priscilla Barbosa Silva Chaves
Sabrina Stefanello

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) atualmente é considerada imprescindível para a efetividade de um sistema de saúde como forma de garantia de qualidade para a população (Bitton *et al.*, 2016; Cunha & Giovanella, 2011; Starfield, 2002). Desde o início do século XX, tem seu reconhecimento como parte de um programa de saúde, sendo considerada base para sistemas de saúde equitativos e resilientes, melhorando a saúde, diminuindo a desigualdade, além de atender à maioria das necessidades em saúde (Bitton *et al.*, 2016; Stigler, Macinko, Pettigrew, Kumar & van Weel, 2016).

Estudos mostram que lugares com APS conseguem ser mais organizados e obter melhores resultados em relação ao controle de doenças, melhoria em condições da saúde materno-infantil, redução de taxas de mortalidades prematuras e evitáveis, maior equidade na oferta de serviços, redução de até três vezes o número de hospitalizações de condições sensíveis à APS (Carvalho *et al.*, 2015; Cunha & Giovanella, 2011; Pinto, Aquino, Medina & Silva, 2018; Starfield, 2002).

A APS, de acordo com Starfield (2002) e outros autores, deve ser o primeiro ponto de encontro do indivíduo com a rede de saúde, ou seja, a porta de entrada de um sistema de saúde (Santos, Romano, & Engstrom, 2018; Starfield, 2002; Stigler *et al.*, 2016).

Revisão de Literatura

São considerados atributos da APS: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade (Bitton *et al.*, 2016; Starfield, 2002).

Starfield (2002) considera a continuidade do cuidado como atributo central da APS. Ela pode ocorrer tanto em um ambiente de atenção primária quanto terciária, porém, nesta ocorre mais no sentido em que os pacientes são acompanhados por diferentes especialistas. Pode esta relação alcançar um alto grau de continuidade, mas não necessariamente de continuidade ao quanto ao paciente e sim ao seu problema de saúde (Starfield, 2002).

A continuidade do cuidado tem sua melhor interpretação pelo termo longitudinalidade por pressupor a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo — considerada como característica deste nível assistencial (Bitton *et al.*, 2016; Cunha & Giovanella, 2011; Izecksohn, Teixeira, Stelet & Jantsch, 2017; Kerr, Schultz K & Delva, 2012; Pires, 2006; Starfield, 2002). O termo foi cunhado pela primeira vez por Alpert e Charney (1974 como citado em Starfield, 2002). Na APS traduz-se como uma interação interpessoal de longa data entre o profissional e o usuário — uma abordagem relacional (Starfield, 2002; Schultz, 2009; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [SBMFC], n.d.).

Para Hennen (n.d. como citado em Kerr *et al.*, 2012 e em Schultz, 2009), a continuidade do cuidado tem os seguintes domínios: cronológico ou longitudinal, informativo, geográfico, interpessoal, interdisciplinar e familiar. Para plenitude de seu funcionamento, os demais deverão existir mutuamente e sem hierarquia. Porém, a continuidade interpessoal é o preditor mais importante para os profissionais de saúde e para conseguir melhores resultados com o paciente, tanto em questão de melhorias de saúde quanto no aumento do vínculo (Kerr *et al.*, 2012; Schultz, 2009).

Estudos indicam que a longitudinalidade quanto mais focada em um profissional apresenta melhor reconhecimento das necessidades das pessoas e mais chances de seguimento das orientações dadas. Porém, a equipe de saúde como um todo é fundamental para sua manutenção (Ghiggi, Barreto & Fajardo, 2014; Starfield, 2002).

No Brasil, a implantação da APS levou em conta os princípios de equidade, solidariedade e ações coletivas como resposta à inequidades sociais. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Programa de Saúde da Família (PSF) e sua expansão, estudos observaram melhora em desfechos clínicos, diminuição de mortalidade e menores internações por condições sensíveis da APS em áreas

com maior cobertura do programa (Carvalho, 2015; Massuda, Tilton & Poli, 2018; Pinto *et al.*, 2018). Com o desenvolvimento do SUS, teve impulso também a Medicina de Família e Comunidade (MFC) (Giovani & Vieira, 2013; Pires, 2006).

Para uma APS de qualidade, espera-se um profissional que cuide do indivíduo de forma integral, da família e apresente habilidade para trabalhar com comunidade e equipe (Pires, 2006; Starfield, 2002). Assim, define-se o papel do médico de família e comunidade.

Conforme acontece nas outras especialidades médicas, a residência médica é considerada por órgãos governamentais e entidades médicas como a maneira ideal de formação do especialista. O aprendizado deve ser fundamentado em situações oriundas do trabalho e também na carga horária de prática supervisionada e orientação teórica (Berger, Dallegrave, Castro & Pekelman, 2017; Castro *et al.*, 2014; Diercks, Corrêa, Gyrão, Pekelman & Umpierre, 2014; Pires, 2006; SBMFC, n.d.). Com o crescimento da especialidade de MFC, a formação destes especialistas também está em constante ampliação e em busca de seu espaço (Berger *et al.*, 2017; Pires, 2006; SBMFC, n.d.). Com o crescimento das vagas de residência, fica também a preocupação de como manter o equilíbrio entre a qualidade da formação, a compreensão de conceitos e o melhor cuidado para a população.

Faz parte do currículo da MFC exercer a continuidade do cuidado e o relacionamento interpessoal, saber comunicar-se e estabelecer uma boa relação médico-paciente (Carney *et al.*, 2016; Pires, 2006). Ensina-se ao residente sobre os atributos essenciais da APS e entre eles a longitudinalidade do cuidado aos pacientes. Assim, questiona-se se os residentes e os preceptores têm clareza no entendimento deste atributo.

Em vista do que foi mencionado, o objetivo deste artigo é conhecer como preceptores e residentes de um programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) compreendem o atributo/conceito da longitudinalidade dentro da atenção primária, em um espaço de formação.

Método

Para compreender o entendimento da longitudinalidade entre participantes de um programa de RMFC foi realizada uma pesquisa qualitativa, por meio de

grupos focais. Optou-se pela realização de um estudo qualitativo para compreender o significado individual e coletivo deste conhecimento (Gondim, 2003).

Como o tema da pesquisa tem sido pouco estudado em sua complexidade, a escolha do método por Grupo Focal (GF) é um método interessante para construção de um ponto de vista. Assim, o conhecimento gerado pelos grupos é um conhecimento válido a partir da compreensão do significado do contexto particular (Trad, 2009; Turato 2005).

A amostra do GF foi intencional, conforme sugerido pela literatura, já que os participantes dos GFs devem ser selecionados dentro de um grupo de indivíduos com conhecimento e intimidade do tema (Aschidamini & Saube, 2004; Trad, 2009). Assim, foram realizados dois grupos focais, sendo eles: Grupo 1 – Grupo com preceptores; Grupo 2 – Grupo com residentes de MFC do primeiro e segundo ano; ambos com participantes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade Integrado de Curitiba.

A seleção de participantes ocorreu de acordo com sua disponibilidade e seu interesse após convite em reunião regular do programa. Assim, os grupos ocorreram em data previamente combinada. Os participantes que concordaram preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pergunta disparadora foi a mesma para os dois grupos: O que vocês entendem por longitudinalidade?

Os grupos foram filmados e áudio-gravados. O material obtido foi completamente transcrito, analisado e avaliado pelos pesquisadores tomando como base a análise do conteúdo, cujo objetivo é a busca dos sentidos (Minayo, 2014; Turato, 2005). Portanto, o material foi lido várias vezes para que os núcleos argumentais fossem identificados e categorizados em uma grade de análise, comparando-se os trechos extraídos. As categorias organizadas em núcleos temáticos apoiam a linha de argumentação e revelam como se posicionaram os participantes (Turato, 2005). A análise de conteúdo parte desta leitura, para aprofundar a reflexão e ultrapassar os sentidos manifestos da mensagem. Juntou-se à reflexão, o contexto e os sentimentos dos participantes para se chegar à lapidação da ideia e à conclusão (Caregnato & Mutti 2006; Minayo, 2014).

Os participantes do grupo de preceptores foram nomeados pela letra (G) e numerados de acordo com a ordem de participação. Já, nos grupos de

residentes, foram nomeados pela letra (E), numerados de acordo com a ordem de participação do grupo e com o número (1) ou (2) de acordo com o ano que estão cursando no programa.

Após análise e avaliação dos temas identificados, a discussão foi realizada com busca na literatura nacional e internacional, a fim de analisar elementos relacionados ao conceito de longitudinalidade.

Este artigo faz parte de um projeto de pesquisa que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob o parecer número: 2.401.879.

Resultados e Discussão

O programa de residência utilizado na pesquisa apresenta, no total, 54 preceptores; 32 residentes do primeiro ano e 28 residentes do segundo ano. O primeiro grupo focal durou 70 minutos e contou com a participação de 11 residentes, sendo oito residentes do segundo ano (R2) e 3 residentes do primeiro ano (R1). O segundo grupo foi realizado com os preceptores do mesmo programa e contou com a participação de 9 preceptores com duração de 100 minutos. O panorama de preceptores participantes segue abaixo no quadro 1.

Quadro 1 — Características dos preceptores participantes.

Legenda	Sexo	Idade	Tempo de Especialização (Anos)	Maior tempo (anos) de atuação dentro de uma mesma Unidade de Saúde (US)
G1	Masculino (M)	28	1	1
G2	Feminino (F)	31	1	1
G3	M	67	15	7
G4	M	64	15	5
G5	F	37	11	9
G6	F	31	3	3
G7	M	61	14	37
G8	M	30	1	1
G9	M	32	4	4

Fonte: Autores.

Esperava-se maior número de participantes entre os convidados, já que o convite ocorreu após reunião regular da RMFC, mas ainda assim foi possível a realização de dois grupos. Escolheu-se a metodologia qualitativa de grupo focal para o estudo, para se construir um conhecimento através da discussão do grupo e como o grupo nota suas experiências e percepções em relação à melhor forma de agir para garantir a longitudinalidade do cuidado em um ambiente com os residentes.

Após a leitura e releitura dos materiais chegamos a três categorias/eixos temáticos, que serão discutidos na sequência.

Longitudinalidade como ferramenta clínica, suas definições e atributos

Durante a realização dos grupos focais falou-se bastante sobre o conceito de longitudinalidade e como cada participante a percebe no seu cotidiano. Na realização dos grupos, Starfield (2002) foi citada muitas vezes, até mesmo por ser uma das maiores pesquisadoras da área e referência para a APS. Cada participante, apesar de ter sua base conceitual, colocou seu pensamento de acordo com outras referências que possa ter.

O que me vem à cabeça com longitudinalidade é [...] um princípio essencial da atenção primária como a Starfield descreveu [...] que te legitima, não só como médico da US (Unidade de Saúde), [...] a equipe frente à população é a estabilidade ao longo do tempo, né? Então é o paciente sentir que ele vai na unidade, por problemas novos, ou agudizações de problemas antigos [...] e ele vai encontrar aquele profissional, [...] aquela equipe lá. (G9)

A definição de longitudinalidade foi explicada de modo distinto por cada participante. Alguns a interpretaram como uma ferramenta clínica que deve ser aprendida e, assim, usada de modo a melhorar o atendimento. Enquanto outros já a apontaram como algo natural, inerente, que cada médico vai desenhando à medida que conhece a comunidade, visto como algo espontâneo.

A longitudinalidade, que é conseguir ver a mesma pessoa em várias situações ao longo do tempo [...] funciona como uma ferramenta clínica muito importante para nós, que trabalhamos muito com complexidade de relações e bastante conhecimento teórico e clínico, e poucas tecnologias duras. (G1)

Os conceitos discutidos pelos grupos foram de acordo com a definição de Starfield (2002), que a aponta como uma relação entre a população e a equipe que lhe presta serviço ao longo do tempo. Ela indicou que, para a longitudinalidade existir, não é necessária que a continuidade seja ininterrupta, já que, ao longo de uma relação equipe-paciente, interrupções são inevitáveis (Cunha & Giovanella, 2011; Starfield, 2002). Alpert e Charney (1974 como citado em Starfield, 2002), apresentam que é uma relação ao longo do tempo entre pacientes e profissionais de saúde independentemente do tipo do problema de saúde ou do encontro. E que, nestes momentos de contato, os profissionais conhecem seus pacientes, suas famílias, seus ciclos de vida e esses têm conhecimento de sua equipe. Este fato difere de outros níveis de atenção ou outras especialidades médicas. Com este processo, favorece-se que o paciente procure o serviço e o reconheça como sua fonte de saúde (Baratieri & Marcon, 2012; Cunha & Giovanella, 2011; Giovani & Vieira, 2013; Haggerty *et al.*, 2003; Santos *et al.*, 2018; Starfield, 2002).

Independentemente de ser residente ou preceptor, ficou claro nos dois grupos o entendimento sobre o tema, a ponto de explorarem várias vertentes do significado. Percebeu-se que a longitudinalidade é considerada importante para o melhor conhecimento do paciente, da comunidade e para obtenção de uma APS de qualidade. A longitudinalidade, assim como os demais atributos da APS, são igualmente importantes, indissociáveis e não hierárquicos. (Giovani & Vieira, 2013; Izecksohn *et al.*, 2017; Starfield, 2002; Vest *et al.*, 2016; Weir, Page & Newton, 2016).

A questão cronológica da longitudinalidade também foi um ponto bastante comentado. Participantes relataram que, para conseguir longitudinalidade, deve-se permanecer um longo tempo na comunidade, para ir somando os dados que vão surgindo. Esse ponto foi mais discutido no grupo dos preceptores, sendo que quatro deles chegaram a sugerir um tempo mínimo, de três a quatro anos, para se conseguir manter um cuidado mais contínuo, conhecer os pacientes e a comunidade.

A gente começa a se legitimar mesmo [...] depois de três ou quatro anos, né? Que a gente [...] conhece a maioria das pessoas, identifica por nome e já integrou. Porque a gente vai conhecendo um da família e depois [...] outro [...] E de repente [...] começa a dar nexos né? [...] Tem que dar um tempo para amadurecer isso. (G3)

Nas falas do grupo dos residentes ficou mais forte a ideia de que não é o tempo que, necessariamente, cria continuidade do cuidado, mas os momentos e as oportunidades de encontro.

Longitudinalidade não é necessariamente o número de anos que você está inserida ali, é justamente o cuidado do paciente que vem hoje e você quer ver ele daqui dois, três dias [...] você ter a possibilidade de ver aquele paciente, [...] é a questão de você olhar com mais cautela. (E4.2)

Alguns residentes do segundo ano do programa relataram que, em seu R1, tiveram a oportunidade, apesar do pouco tempo, de criar vínculo com alguns pacientes. Relataram que, com estes encontros, conseguiram desempenhar a longitudinalidade, apesar de ficarem apenas um ano na comunidade em questão.

Eu fiz um pré-natal até o final, consegui ver uma criança nascer, peguei a gestante no começo da gestação, então tem assim uma continuidade. Um paciente que a gente fez também um diagnóstico para ele, infelizmente ele faleceu, mas eu acabei vendo como foi o desenrolar da doença, então eu acho que dá. Apesar de ser um ano, eu acho que se você se empenhar dá sim. (E2.2)

A discussão do tempo de acompanhamento entra no conceito de continuidade de cuidado, que também foi descrito por Hennen (n.d. como citado em Kerr *et al.*, 2012 e em Schultz, 2009), ele apresentou alguns domínios para se conseguir uma longitudinalidade de qualidade — um deles, o cronológico, consiste no uso das observações de pacientes repetidas ao longo do tempo. Este processo é usado como ferramenta de gerenciamento, que conversa com a discussão dos grupos sobre o tempo ser ou não um elemento essencial (Kerr *et al.*, 2012; Schultz, 2009). Paula *et al.* (2015), em uma revisão do tema, enalteceu que este é um ponto fundamental, já que é preciso tempo para desenvolver uma relação e, assim, favorecer a longitudinalidade e estabelecer confiança (Paula *et al.*, 2015).

Este ponto da discussão não teve consenso entre os grupos, mas pode-se entender que, tanto para preceptores e residentes, o tempo é importante para consolidação da ferramenta, mas que, mesmo com pequenos momentos, a possibilidade de rever um paciente foi considerada relevante para a continuidade do cuidado. Os residentes parecem experimentar a longitudinalidade como se

estivessem entrando numa lagoa, colocando os pés na beirada, vendo a comunidade, mas sem compreender sua profundidade e complexidade. O que eles poderão vivenciar ao explorarem mais a fundo, mas requer certo tempo. Os preceptores, especialmente os mais experientes, vivenciaram a exploração da lagoa de muitas formas. Perceberam, portanto, características e relações mais complexas.

Já Haggerty *et al.* (2003) acredita que a parte cronológica não é um domínio, mas uma parte intrínseca da continuidade, sendo o tempo o que distingue a longitudinalidade dos outros atributos e melhora a qualidade do relacionamento interpessoal (Haggerty *et al.*, 2003).

Balint (1988 como citado em Brandt, 2009), um estudioso na área de pacientes complexos e no sentimento que estes causam aos seus médicos, descreveu a companhia de investimento mútuo. Essa é a possibilidade da relação de apoio mútuo entre médico e paciente, em que ambos dedicam atenção um ao outro e que esta relação tem continuidade no tempo assegurando gratificação a ambos. Pode, mais tarde, então, atingir o que ele chamou de *flash*, que seria o *insight* mútuo entre médico e paciente, sobre a percepção conjunta e simultânea sobre os fatores de saúde e doença (Brandt, 2009).

A continuidade do cuidado é um componente necessário e óbvio para quando está se atuando em APS, mas poucos profissionais entendem sua importância ou conseguem senti-la. Notou-se, em ambos os grupos, que a longitudinalidade foi um dos aspectos mais cativantes na MFC, pois, na faculdade, não sentiam como é cuidar do paciente de forma longitudinal, ver seus atos e suas consequências refletidos na saúde de alguém.

Para mim a longitudinalidade [...] eu não tinha dimensão disso durante a graduação, porque a gente não tinha [...] a oportunidade de rever aquele paciente e isso foi uma coisa que eu gostei muito na residência, você poder dar continuidade. (E2.2)

A longitudinalidade, ela permite, uma coisa que na faculdade não é muito, que é você ver o resultado das condutas, [...] Quando dá certo e quando não dá. [...] você começa a aprender a lidar com o resultado das condutas, né? [...] Isso acaba voltando pro médico residente ali, é onde começa a aprender essa longitudinalidade não só do vínculo, mas dos teus atos de médico ali naquela comunidade. (G2)

Este conceito apresentado nestas falas é congruente com o artigo de Vest *et al.* (2016), que mostrou que o treinamento e a experiência na continuidade do cuidado apoiam o estudante no seu interesse em APS, porém a estrutura do currículo na graduação dificulta este processo. O curto período de tempo, na maioria dos estágios, não permite obter uma imagem da continuidade (Vest *et al.*, 2016). Um acompanhamento longitudinal entre estudante, residente e paciente oferece benefícios sobre as respostas dos pacientes à doença ao longo do tempo, além de beneficiar o aprendizado sobre a história natural da doença (Kerr *et al.*, 2011).

De acordo com Delva, Kerr & Schultz (2011), os residentes de MFC não valorizam a continuidade do cuidado como ferramenta clínica até que a tenham vivenciado. Para os autores, o entendimento é teórico (sabem o que é, mas não conseguem sentir) (Delva, Kerr & Schultz, 2011).

Segundo Ng & Burke (2010), a longitudinalidade é o princípio central da MFC, sendo não só importante no desenvolvimento da relação médico-paciente, mas benéfica para o atendimento do paciente, para a gestão de doenças crônicas e para a satisfação de ambos (Ng & Burke, 2010). Pesquisas com residentes ou com médicos atuantes em APS mostraram que esse atributo é um dos principais para a escolha desta especialidade. Assim, seu ensinamento e sua prática devem ser incentivados na residência (Kerr *et al.*, 2011; Ng & Burke, 2010; Schultz, 2009).

Essa satisfação em relação à longitudinalidade foi expressa principalmente por preceptores que relataram ser esta a característica que mais gostam dentro de suas atuações. Ser reconhecido pelo paciente como “ele é meu médico” (G4), com alegria no falar, mostra a gratificação recíproca.

McWhinney (1998 como citado em Delva *et al.*, 2011) explicou que os valores fundamentais dos cuidados primários são baseados em relacionamentos, mas também que a continuidade isolada é insuficiente para cumprir a obrigação moral de aliviar o sofrimento humano. A longitudinalidade, por sua vez, requer continuidade da responsabilidade, constrói a confiança e, assim, conseqüentemente, aumenta o conhecimento sobre o paciente (Delva *et al.*, 2011; Kerr *et al.*, 2011).

Longitudinalidade informativa e o registro médico

Nos grupos focais, em diversos momentos, obteve-se a discussão sobre a necessidade de um bom registro clínico como forma de manter o cuidado, e assim a longitudinalidade. Os participantes discutiram que usam o prontuário tanto para manter a conduta e o raciocínio já realizados, mas também para deixar uma linha do que seguir e ideias de manejo. Alguns preceptores contaram que este é um aspecto que insistem diariamente com seus residentes, tanto na observação dos registros prévios, como para tentar seguir a linha de cuidado e deixar registrado um plano a seguir.

Entre os residentes, observou-se certo fascínio em relação ao registro do paciente, pois, para eles, saber o que já aconteceu é imprescindível para que se mantenha o cuidado e se entenda mais sobre a pessoa à sua frente — intensidade essa que não poderia ser alcançada em uma consulta.

Os residentes também contaram que, ao conhecer o prontuário, conhecem o registro de outros profissionais que trabalham na equipe ou antes deles. Saber o que seu preceptor já fez com aquele paciente e qual nível de vínculo estabeleceram é importante para o residente seguir no atendimento.

Tem às vezes alguns pontos chave nessas histórias, [...] 20 anos atrás, que explica tudo que tá acontecendo, aí você até anota no prontuário [...] aí você chega, conhece aquela pessoa pela primeira vez e você não pode falar 'nossa eu vi que o outro médico...', então você até sabe o que tá acontecendo, mas você vai ter que esperar que ela confie em você. (E5.2)

Esses pontos unem-se à ideia anteriormente citada de Hennen (n.d. como citado em Schultz, 2009) ao descrever que, para a longitudinalidade ocorrer, o domínio informativo é tão importante quanto os outros para saber o que está acontecendo com o paciente e que fará com que o atendimento seja realmente longitudinal a partir do último encontro (Kerr *et al.*, 2011, 2012; Schultz, 2009). Haggerty *et al.* (2003) identifica este domínio como informacional, sendo ele que permite manter a conexão de informação entre os profissionais, entre eventos passados e circunstâncias atuais e pessoais (Cunha & Giovanella, 2011; Haggerty *et al.*, 2003).

Para alguns residentes, assim como defendido por Cunha e Giovanella (2011), a continuidade informacional é considerada a base da longitudinalidade. Saber o que já aconteceu com o paciente favorece o acúmulo de conhecimento, principalmente para os residentes que tem pouca experiência com os pacientes (Cunha & Giovanella, 2011).

Longitudinalidade e equipe

Entre os participantes, todos apontaram a equipe como o principal ponto para a existência da longitudinalidade. Para eles, o cuidado do paciente não pode estar atrelado apenas à figura do médico, mas a todos os profissionais. A pessoa tem de reconhecer a equipe que lhe presta o cuidado e identificar o local onde o recebe.

A definição do livro [de longitudinalidade], na verdade, é a equipe né, é o paciente identificar que naquela unidade de saúde ele tem a equipe que vai sempre acompanhar ele. (E7.2)

Ter uma equipe para fazer o cuidado é sempre o principal jeito de conseguir longitudinalidade (Baratieri & Marcon, 2012; Santos *et al.*, 2018; Starfield, 2002). Essa ideia não só vem dos participantes da pesquisa como também dialoga com os artigos abaixo. Para Camelo e Angerami (2008) é necessária a equipe para a continuidade, para se conhecer o usuário, seu contexto e as características da comunidade. Como alguns preceptores afirmaram, além de existir a equipe, faz-se necessário que ela esteja empenhada e legitimada neste processo. Alguns trabalhos mostraram que, para atuar em cenário de APS, é necessário que os profissionais estejam preparados para um trabalho compartilhado. Necessita-se de uma organização em equipe para valorizar a atuação de todos, responsabilidade e vínculo com a comunidade e desempenhar um trabalho colaborativo e que contribua positivamente para o vínculo (Camelo & Angerami, 2008; Magnaco & Pierantoni, 2015; Santos *et al.*, 2018).

Este conceito da equipe também conversa com a dimensão — continuidade interpessoal descrita por Cunha e Giovanella (2011), em que o paciente conhece e confia em sua equipe e a tem como referência. As autoras defendem que, quando o paciente tem vínculo com os outros profissionais da equipe, consegue-se maior possibilidade de integralidade (Cunha & Giovanella, 2011).

Uma residente também levantou a hipótese de que, se a equipe está estruturada e cada indivíduo mantém seu papel, o cuidado funciona independente do médico, que pode ir embora e, ainda assim, a longitudinalidade permanecerá. Outra residente comentou que, apesar de essencial que a equipe tenha entrosamento entre si, é difícil isso ocorrer na prática, já que cada membro tem diferentes formações e jeito de pensar dificultando assim o cuidado e o entrosamento.

Magnaco e Pierantoni (2015) também concordaram na dificuldade da gestão de trabalho, tanto pela equipe quanto pelos pacientes. Comentaram que, culturalmente, as equipes têm dificuldade em aceitar a mudança do modelo da APS, por exigir deixar de fazer um cuidado centrado no médico, para um cuidado que priorize a equipe multiprofissional (Magnano & Pierantoni, 2015).

Outra questão abordada nos grupos e muito discutida na literatura é a troca contínua de profissionais. Por mais que se aceite que a longitudinalidade não deva ser focada em apenas um profissional, toda vez que um profissional deixa uma equipe, um pouco da continuidade vai com ele (Cunha & Giovanella, 2011; Kerr *et al.*, 2012; Santos *et al.*, 2018; Starfield, 2002).

A saída dos profissionais da ESF, em especial o médico, dos seus postos de trabalho é tida como um dos fatores críticos para o sucesso do programa (Campos & Malik, 2008; Giovani & Vieira, 2013). Magnaco e Pierantoni (2015) levantam que grandes centros enfrentam dificuldades na manutenção da longitudinalidade, por fatores como: escassez de profissionais com formação e com perfil para atuar na APS e alto índice de rotatividade (Magnaco & Pierantoni, 2015).

Entre os preceptores, outro aspecto apontado foi que, além de a equipe querer fazer um cuidado contínuo, tem a questão da formação, de cada profissional saber suas atribuições. Eles relataram que, quanto mais tempo de trabalho juntos, melhor o preparo e a disposição de uma equipe. Afirmaram que o papel de prestar um cuidado longitudinal, geralmente está mais ligado à figura do médico. As equipes demoram para assumir seu papel na longitudinalidade, que algumas equipes até conseguem, mas não é o usual.

Baratieri e Marcon (2012) escreveram um artigo com a visão do enfermeiro e o atributo da longitudinalidade. Nele foi identificado também que o trabalho na APS não é integrado e, por consequência, há limitação na longitudinalidade. E

que o principal problema é o fato de que os trabalhadores da APS precisam ter perfil para atuar nesse sistema (Baratieri & Marcon, 2012).

A formação da equipe também surgiu nos grupos. Fica mais fácil o entendimento quando se conta com outros profissionais que fizeram residência ou mesmo especialização em saúde da família. São raros, porém, os lugares em que os participantes vivenciaram tal cenário.

Quem não é da atenção primária não consegue pensar em rede. [...] se tem em vários pontos a questão da formação [...] se a pessoa souber o que é longitudinalidade é mais fácil. (G1)

O trecho reforça o que foi apresentado por Giovani e Vieira (2013), que quanto mais capacitado é o profissional que atua na APS, mais preparado ele está para agir em situações de estratégia e cuidado. Este profissional quando teve seu ensino voltado para esta realidade, consegue fazer gestão e se voltar para as necessidades do contexto que está envolvido. Esta falta de formação atinge também a médicos que atuam na APS, pois muitos ocuparam posições em equipes de ESF tendo outras especialidades focais (Giovani & Vieira, 2013). De acordo com os dados do Ministério da Saúde de dezembro de 2018 (Ministério da Saúde, 2018), temos 43.016 equipes ESF no Brasil — se relacionarmos com o número de especialistas em MFC cadastrados no Conselho Federal de Medicina (CFM) temos apenas 5.486 especialistas na área (Scheffer *et al.*, 2018).

Considerações Finais

A longitudinalidade é um dos atributos essenciais da APS. Entre os participantes da pesquisa, pode-se perceber que também foi considerada como um dos atributos mais importantes e, inclusive, como fonte de prazer na MFC.

Dentro desta pesquisa, podem-se detectar alguns domínios de longitudinalidade para os participantes: a cronológica (cuidado longitudinal), a informativa (através dos registros), a interpessoal (relacionamento médico-paciente) e a interdisciplinaridade, que corrobora os autores pesquisados e citados.

A longitudinalidade em si foi reconhecida como elemento fundamental para o aprendizado dos residentes no campo da saúde da família. Alguns elementos que

fortalecem a longitudinalidade como um eixo formador foram destacados nesta pesquisa. Entre eles, o tempo do programa de residência na comunidade, o maior número de encontros entre o médico de família em formação e o usuário e a prática do registro clínico como forma de manter a linha de conduta. Residentes e preceptores consideraram a longitudinalidade importante e gratificante na atuação como MFC, divergindo apenas em relação ao tempo necessário para estabelecê-la.

Além disso, foi consenso que uma equipe de saúde da família bem constituída e entrosada é o principal ponto para existência da longitudinalidade. Compreende-se que o cuidado do paciente não pode estar atrelado apenas à figura do médico, mas a todos os profissionais que atuam na Atenção Primária.

Referências

- Aschidamini, I.M.I., & Saube, R. (2004). Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Rev. Cogitare Enfermagem*. 9(1), 9-10.
- Baratieri, T. & Marcon, S. S. (2012). Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: Identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto Contexto Enferm*. 21(3), 549-57.
- Berger, C.B., Dallegrave, D., Castro, Filho. E.D. & Pekelman, R. (2017). A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 12(39), 1-10.
- Bitton, A., Ratcliffe, H.L., Veillard, J.H., Kress, D.H., Barkley, S., Kimball, M., Secci, F., Wong, E., Basu L., Taylor, C., Bayona, J., Wang, H., Lagomarsino, G., Hirschhorn L.R. (2016). Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med*, 32(5), 566–71.
- Brandt, J. A. (2009). Grupos Balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho. *Rev. SPAGESP*. 10(1), 48-55.
- Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura de Atenção Básica. Brasil. (2018). [Recuperado em: 03 de março de 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E.L.S. (2008). Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. Cuid. Saude*. 7(1), 45-50.
- Campos, C.V.A., & Malik, A.M. (2008). Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *RAP (Rio de Janeiro)*. 42(2),347-68.
- Caregnato, R.C.A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto — enferm*. 15(4), 679-84.
- Carney, P. A., Conry, C. M., Mitchell, K. B., Ericson, E., Dickinson, P. & Martin, J.C., Carek, P.L., Douglass, A.B., Eiff, M.P. (2016). The importance of and the complexities associated with measuring continuity of care during resident training: possible solutions do exist. *Fam Med*. 48(4), 286-93.
- Carvalho, S. C., Mota, E., Dourado, I., Aquino, R., Teles, C. & Medina, M.G. (2015). Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 31(4), 744-754.
- Castro, R.C.L., Diercks, M.L.M.S., Corrêa, F.A., Gyrão, N.B., Pekelman. R. & Umpierre, R.N. (2014). O programa teórico da residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 9(33), 375-383.
- Cunha, E. M. & Giovanella, L. (2011). Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(1), 1029-42.
- Delva, D., Kerr, J. & Schultz, K. (2011). Continuity of care. *Canadian Family Physician*. 57(august), 915-21.
- Ghiggi, L. A., Barreto, D. S. & Fajardo, A.P. (2014). Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. *Rev. APS*. 17(2), 244-54.
- Giovani, M. S. P. & Vieira, C.M. (2013). Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia de Saúde da Família. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 7(4),1-14.
- Gondim, S. M. G. (2003). Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia*. 12(24),149-61.
- Haggerty, J. L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B., Adair, C.E. & McKendr, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 327(22), 1219-21.
- Izecksohn, M. M. V., Teixeira, Junior. J. E., Stelet, B. P. & Jantsch, A.G. (2017). Preceptorial em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária em construção. *Ciências & Saúde Coletiva*. 22(3), 737-46.
- Kerr, J. R., Schultz, K. & Delva, D. (2012). Two New aspects of continuity of care. *Canadian Family Physician*. 58(october), 442-49.
- Kerr, J. R., Walsh, A.E., Konkin, J., Tannenbaum, D., Organeck, A.J. & Parsons, E., Saucier, D., Shaw, E., Oanasan, I. (2011). Continuity: middle C – a very good place to start. *Canadian Family Physician*. 57(november), 1355-56.
- Magnaco, C. & Pierantoni, C. R. (2015). Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*. 39(104), 9-17.
- Massuda, A., Tilton, C. M. S, & Poli, P. Neto. (2018). Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 42(157),1-9.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo. Hucitec 2014, 14ª ed. 303-8.
- Ng, K.V. & Burke, C. (2010). A look back to see ahead. *Canadian Family Physician*. 56 (December), 1259-61.
- Paula, C. C., Silva, C. B., Nazário, E. G. & Ferreira, T. (2015). Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf*. 17(4), 1-11.
- Pinto Junior. E. P., Aquino, R., Medina, M.G. & Silva, M.G.C. (2018). Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 34(2), 1-11.



- Pires, T. (2006). *Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: Um compromisso com a consolidação do SUS*. (Dissertação inédita de Mestrado). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.
- Santos, R. O. M., Romano, V.F., & Engstrom, E. M. (2018). Vínculo longitudinal da Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 28(2), 1-18.
- Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Miotto, B. A., Mainard, G.M., & Matijasevich, A., et al. (2018). Demografia Médica no Brasil 2018. 2. 86.
- Schultz, K. (2009). Strategies to enhance teaching about continuity of care. *Canadian Family Physician*. 55(june), 666-69.
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Documentos — A Medicina de Família e Comunidade: O Que, Como, Quando, Onde, Por que. [Recuperado: 13 set. 2017]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_acao=mostrapagina>.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde.
- Stigler, F. L., Macinko, J., Pettigrew, L. M., Kumar, R., & van Weel, C. (2016). No universal health coverage without primary health care. *The Lancet*. 387, 1811.
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 19(3), 777-96.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 39(3), 507-14.
- Vest, B. M., Lynch, A., McGuigan, D., Servoss, T., Zinnerstrom, K. & Symons, A. B. (2016). Using standardized patient encounters to teach longitudinal continuity of care in a family medicine clerkship. *BMC Medical Education*. 16(208), 1-9.
- Weir, S. S., Page, C., & Newton, W. P. (2016). Continuity and Access in an Academic Family Medicine Center. *Fam Med*. 48(2), 100-7.

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO FAMILIAR NA PRECEPTORIA MÉDICA DE UM INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA

Fabiane Budel
Denise Silva da Silveira
Eda Shwartz

Introdução

A Constituição Federal Brasileira (1988) aponta o Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação de recursos humanos em saúde. Em 2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) trouxeram aos cursos de Medicina a necessidade de diversificar a oferta de formação aos acadêmicos, ao buscar capacitá-los acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença e atuação em diferentes níveis de atenção à saúde, em especial no âmbito do SUS (Aguiar, 2014; Resolução nº 3, 2014).

Na formação médica é especialmente desejável o aprendizado em serviço, diante das pressões diárias decorrentes das relações com usuários, outros profissionais, o sistema de saúde e as regras que regulam a prática, incluindo a pressão por produtividade (Barker & Pittman, 2010). Assim, este contexto de articulação do ensino com o exercício profissional dentro de processos educativos evidencia a importância da atuação do preceptor, frequentemente um trabalhador da rede assistencial que passa a realizar supervisão em distintos cenários de prática (Oliveira *et al.*, 2017).

O sistema de saúde brasileiro prevê que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja a porta de entrada resolutiva e orientadora de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (Portaria nº 2.436, 2017). Por esse motivo, a atuação na APS configura-se um desafio ao médico, pois demanda versatilidade para lidar com situações inesperadas, abordagem de problemas complexos e a busca por soluções baseadas nas necessidades das pessoas, de forma integrada e compartilhada com indivíduo, família, comunidade e equipe (Ben, Lopes, Daudt, Pinto & Oliveira, 2017).

A importância de se oferecer uma preceptoria em sintonia com o ensino de uma APS com qualidade e em consonância com o preconizado pelas DCN

advém do fato de que essa experiência auxilia os acadêmicos a compreender que o cuidado em saúde é complexo, envolve a coordenação de diversos pontos de atenção e nesse sentido, a existência de preceptores fortalecidos transcende o aspecto educacional e contribui para a consolidação da APS, colaborando para a qualificação do SUS como um todo (Izecksohn, Teixeira, Stelet & Jantsch, 2017).

Assim, o presente estudo buscou avaliar a presença dos atributos da APS Integralidade da atenção e Orientação familiar na preceptoria do Internato em Saúde Coletiva de uma universidade pública do interior do Rio Grande do Sul.

Referencial teórico

O embasamento teórico do estudo enfocou a APS, a preceptoria médica, e os pressupostos da teoria do Interacionismo Simbólico.

A APS de qualidade apenas se materializa quando seus atributos forem contemplados (Starfield, 2002). Dentre estes, a Integralidade compreende a diversidade de serviços disponíveis e prestados na APS, de modo que os usuários recebam atenção integral, compreendendo os aspectos biopsicossociais e ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mesmo quando essas ações não sejam do alcance e resolubilidade da APS (Manual do instrumento de avaliação, 2010). A Orientação Familiar envolve a avaliação de necessidades individuais no contexto familiar e representa o elemento fundamental de fortalecimento de vínculo entre o serviço de saúde, o usuário, as famílias e a comunidade (Starfield, 2002).

No ambiente familiar ocorrem interações e conflitos que afetam diretamente a vida das pessoas, demandando dos profissionais de saúde a compreensão dos aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento e funções conjuntamente às características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas (Alencar *et al.*, 2014). Assim, há uma estreita interrelação entre os atributos Orientação Familiar e Integralidade, pois as relações estabelecidas no contexto familiar e a exposição do usuário a fatores de adoecimento necessitam ser levados em consideração na prática em saúde (Reichert *et al.*, 2016).

Diante das necessidades atuais do Sistema de Saúde brasileiro e da complexidade dos atributos da APS perante o modelo biomédico ainda corrente e as fragilidades do próprio sistema, a prática da Integralidade e da Orientação

Familiar exige do profissional reflexão contínua e o desafio de enfrentar o modelo hospitalocêntrico (Franco, 2017).

No âmbito da formação médica, é importante que os acadêmicos tenham experiência em APS para apreender o cuidado à saúde como resultante de um sistema estruturado e coordenado, que vai além de decisões clínicas isoladas (Izecksohn *et al.*, 2017). Neste sentido, a experiência vivenciada na APS, em estreito alinhamento com os princípios e fundamentos que norteiam o SUS, também vem ao encontro do preconizado pelas atuais DCN (Aguiar, 2014; Resolução nº 3, 2014).

A preceptoria em APS exige lidar com situações clínicas complexas e faz interface com responsabilidades de ensino, o que traz à tona questões de ordem pedagógica (Izecksohn *et al.*, 2017). Neste cenário, os intercâmbios sociais vivenciados na prática, por serem ações que geram uma reciprocidade, são vistos a partir de seu significado no Interacionismo Simbólico, cujas ideias vinculam-se ao processo de interação no qual os indivíduos são ativos e seu processo de aprendizado é permeado pelo significado atribuído às suas experiências (Charon, 2010). Assim, a presença do outro se converte em oportunidades para reorientar a conduta do próprio indivíduo, já que os atos de comportamento humano são mediados por comunicações simbólicas, cujos significados podem ser mantidos ou modificados (Carvalho, Borges & Rêgo, 2010).

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo com componente quantitativo. A pesquisa qualitativa, por procurar compreender o significado individual ou coletivo de um fenômeno, busca conhecer as vivências a ele relacionadas, suas representações, relações e processos (Turato, 2005).

Os participantes da pesquisa foram 14 médicos preceptores do Internato em Saúde Coletiva de uma universidade pública, de 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). A coleta de dados aconteceu entre fevereiro e março de 2018, por meio de entrevista em profundidade e aplicação do questionário *PCATool* Brasil versão profissionais (Manual do instrumento de avaliação, 2010). As entrevistas foram gravadas em

áudio e transcritas para documento no formato Word®. Os participantes foram identificados pela letra E e caracteres numéricos organizados segundo a sequência das entrevistas. O componente quantitativo buscou informações complementares aos achados procedentes da abordagem qualitativa.

Como auxílio ao processo de organização, contextualização e categorização, na fase de pré-análise foi utilizado o *software* WEBQDA®, seguindo-se a sequência do método de análise de conteúdo, modalidade temática, organizada de acordo com os pressupostos teóricos de Bardin (2011). Os dados foram organizados buscando responder ao objetivo do estudo e agrupados por analogia, emergindo as categorias: 1) Integralidade da atenção, preceptor e preceptoria; 2) Orientação familiar, preceptor e preceptoria.

O questionário *PCATool* Brasil foi respondido pelos participantes de pesquisa. Esse instrumento avalia a qualidade dos serviços de APS prestados a uma pessoa e população, medindo tanto a presença quanto a extensão dos atributos da APS (Manual do instrumento de avaliação, 2010; Starfield, 2002). Sua utilização é recomendada internacionalmente e, em 2010, o Ministério da Saúde lançou um documento para orientar seu uso no Brasil. A média dos valores do *PCATool* dá o escore geral da Orientação do Serviço em APS, sendo considerado alto se maior ou igual a 6,6 ou baixo, se menor (Harzheim *et al.*, 2013; Manual do instrumento de avaliação, 2010). Os dados coletados foram digitados no *software* Epidata 3.1, tendo sido realizada dupla digitação pela autora, em momentos distintos, e analisados no *software* Stata12.0.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Parecer nº 2.495.084; CAAE 81255317.2.0000.5313 e todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

As características sociodemográficas, de formação e de atividades profissionais estão apresentadas na Tabela 1. Dez preceptores atuavam em UBS da Estratégia Saúde da Família (71%) e oito eram do sexo feminino (57%). Em média, os participantes tinham 34,6 anos de idade, estavam formados há 9,5 anos e atuavam na APS há aproximadamente cinco anos. A forma predominante de

vínculo assistencial foi o programa federal Mais Médicos para o Brasil (57%), seguido por Concurso Público e Consórcio Intermunicipal. Mais de metade da amostra (57%) possuía pós-graduação, somente três deles (28%) tinha algum tipo de capacitação pedagógica para atividade docente e, em média, o tempo de exercício de preceptoria era de 3,1 anos.

Tabela 1 — Perfil sociodemográfico e profissional dos preceptores do Internato em Saúde Coletiva participantes do estudo. Santa Maria, RS, 2018.

Participante	Tipo de UBS	Sexo	Idade (anos)	Forma de vínculo institucional	Tempo de formado (anos)	Tempo de atuação em APS (meses)	Pós-graduação	Tempo de preceptoria no Internato# (meses)	Capacitação pedagógica
E1	ESF*	Feminino	32	Mais Médicos	9	30	Sim	12	Não
E2	ESF	Feminino	32	Mais Médicos	2	24	Sim	24	Não
E3	ESF	Feminino	59	Concursado	36	216	Sim	144	Sim
E4	ESF	Masculino	61	Mais Médicos	31	66	Sim	4	Não
E5	ESF	Masculino	32	Concursado	10	90	Sim	90	Sim
E6	TRAD**	Masculino	26	Consórcio Intermunicipal	2	18	Não	18	Não
E7	ESF	Feminino	25	Mais Médicos	1	7	Não	5	Não
E8	ESF	Feminino	49	Concursado	20	216	Sim	132	Não
E9	Mista	Feminino	29	Mais Médicos	1	9	Não	7	Não
E10	TRAD	Masculino	30	Consórcio Intermunicipal	5	36	Não	15	Não
E11	Mista	Feminino	23	Consórcio Intermunicipal	0,6	7	Não	4	Não
E12	ESF	Feminino	28	Mais Médicos	6	48	Sim	48	Sim
E13	ESF	Masculino	31	Mais Médicos	6	54	Sim	11	Não
E14	ESF	Masculino	28	Mais Médicos	3	12	Não	12	Não

Fonte: Autores.

* ESF: Estratégia Saúde da Família

** TRAD: UBS Tradicional

Internato de Saúde Coletiva

Tendo em vista que o desempenho esperado dos preceptores extrapole as funções assistenciais e compreenda atividades do campo da docência, chama a atenção o fato de haver somente três (28%) preceptores com capacitação pedagógica. Embora não exista obrigatoriedade legal de formação específica, a inserção dos acadêmicos na APS exige destas profissionais habilidades e conhecimentos no campo da educação e o influencia diretamente nos processos formativos (Autonomo, Hortale, Santos & Botti, 2015).

Quanto às informações coletadas pelo *PCATool* versão profissionais encontrou-se média do escore geral de 7,29, indicando serviços orientados em APS (Tabela 2). A maioria dos participantes atuava em ESF e possuía pós-graduação, o que vem ao encontro dos resultados de um estudo realizado no Espírito Santo sobre qualidade da atenção da ESF e associação com presença dos atributos da APS, através do *PCATool*, com características sócio demográficas dos profissionais. O referido estudo demonstrou que o nível de instrução e a experiência em saúde da família qualificam o trabalho em APS (Lima *et al.*, 2016).

O atributo Integralidade – Serviços Disponíveis recebeu nota média inferior (6,99) à da Integralidade – Serviços Prestados (8,02). O atributo Orientação familiar resultou na média de 9,04, o que reflete, segundo os preceptores entrevistados, que este conceito está presente no cotidiano de trabalho. Um estudo realizado em Curitiba, PR, comparando unidades de ESF com UBS tradicionais, utilizando o *PCATool* Brasil aplicado a médicos e enfermeiros, demonstrou que os atributos Longitudinalidade, Integralidade, Orientação familiar e Orientação comunitária eram significativamente mais presentes nas ESF (Chomatas, Vigo, Marty, Hauser & Harzheim, 2013). A literatura carece de trabalhos apontando a visão de preceptores sobre a orientação para APS de seus serviços de saúde.

Tabela 2 — Escores médios, mínimos e máximos dos atributos da APS e Escore Geral das UBS segundo o *PCATool* Brasil. Santa Maria, RS, 2018.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Escore médio	Escore mínimo	Escore máximo
Acesso de primeiro contato (Acessibilidade)	3,88	2,59	4,81
Longitudinalidade	6,78	4,79	8,97
Coordenação do cuidado (Integração de cuidados)	7,10	6,10	8,33
Coordenação do cuidado (Sistema de informações)	9,43	7,77	10
Integralidade (Serviços disponíveis)	6,99	5,75	8,09
Integralidade (Serviços prestados)	8,02	6	9,33
Orientação familiar	9,04	7,77	10
Orientação comunitária	6,98	2,77	9,44
Escore geral	7,29		

Fonte: Autores.

Os escores apresentados indicam que os serviços nos quais ocorre o Internato em Saúde Coletiva contemplam a maioria dos atributos em APS, à exceção do atributo Acesso. Porém, destaca-se que, geralmente, a avaliação dos profissionais e gestores tende a ser mais alta do que a avaliação advinda das percepções e vivências dos usuários (Alencar *et al.*, 2014).

Referente à etapa qualitativa, as categorias emergidas do processo de análise de conteúdo estão descritas a seguir.

Integralidade da atenção, preceptor e preceptoria

A Integralidade configura entre os atributos essenciais da APS e pressupõe a prestação de um conjunto de serviços destinados a suprir todas as ações de saúde necessárias ao indivíduo juntamente com o reconhecimento adequado dos problemas que causam doenças, e a prestação de serviços preventivos e curativos à população adscrita, com referenciamento aos demais níveis de atenção, quando

necessário (Manual do instrumento de avaliação, 2010; Starfield, 2002). Pode ainda ser compreendida em duas grandes dimensões: a abordagem psicossocial do cuidado e o elenco ampliado e integrado de ações de promoção, prevenção e assistência (Franco, 2017), os quais foram utilizados neste estudo por sua aplicabilidade nos cenários de APS.

Segundo os depoimentos, o conceito de Integralidade é presente no diálogo e em sua prática cotidiana. Isso pode estar relacionado à predominância destes trabalhadores em equipes de ESF, sendo a maioria deles vinculados ao programa Mais Médicos do Brasil, que inclui a realização de uma especialização em Saúde da Família. De modo geral, nas falas evidencia-se a necessidade de prestar assistência para além do indivíduo, voltando-se ao contexto familiar, comunitário e social, atentando às determinantes do processo saúde-doença (Franco, 2017), conforme o exemplificado:

Então, assim, tratamos de olhar o residente da área de abrangência como uma pessoa interagindo com o ambiente, como é a realidade de sua casa e das pessoas, como é sua morada, se tem esgoto, como é na relação interfamiliar, na parte de trabalho, tudo isso é parte de saúde também. É determinante de muitas vezes das doenças das pessoas. (E4)

A abrangência da integralidade na APS é reforçada no fragmento a seguir:

Integralidade é tu conseguir abordar o paciente ou a família dele em todos os âmbitos, tanto na prevenção, tanto no tratamento e posteriormente numa reabilitação, se necessário. É tu não pegar a doença dele e tratar aquilo ali, vai pra casa e seja feliz. É tu ter a continuidade do tratamento. (E6)

A Integralidade busca o aspecto multidimensional da saúde, com valorização de abordagem centrada na pessoa e desfocada de prescrições (Franco, 2017). No terreno das práticas em saúde, a Integralidade considera o usuário em sua totalidade, buscando a superação do olhar fragmentado sobre a doença. Isso exige do profissional uma visão ampliada sobre o usuário, além da incorporação de práticas preventivas e contextualização de suas necessidades, evitando medicalização inadequada (Mattos, 2009). Nessa perspectiva, a exposição do acadêmico a vivências

que busquem Integralidade tem se mostrado mais eficiente para o aprendizado do que a visão fragmentada em especialidades (Teixeira *et al.*, 2015).

Por outro lado, a Integralidade inclui aspectos relativos a intersetorialidade, participação ativa da comunidade, problemáticas de acesso e planejamento das ações de saúde (Franco, 2017). Diante disso, a ausência destes elementos nos relatos demonstra a dificuldade na aplicabilidade prática deste conceito, o que é exemplificado na fala:

Então eu acho que na verdade, essa coisa da integralidade das ações, eu acho que é bonito no livro, naquela teoria do livro, não é? Mas infelizmente eu não consigo fazer, eu tento, mas não consigo. (E5)

Nesse sentido, diversos estudos apontam que o atributo Integralidade não possui a extensão esperada na APS, apesar de possuir melhor avaliação em ESF quando comparada a UBS tradicionais (Chomatas *et al.*, 2013; Diniz, Damasceno, Coutinho, Toso & Collet, 2016; Prates *et al.*, 2017).

Quando refletem acerca da dimensão pedagógica, os preceptores em sua maioria relatam práticas de preceptoria voltadas à centralidade do sujeito e individualização de suas necessidades, bem como atenção à realidade social do contexto de vida do usuário. Assim, as falas denotam que a preceptoria é permeada por esta percepção:

Conhecer a realidade da população faz com que tu adeque a qualidade do teu atendimento, eu acho que isso aí eles (os alunos) conseguem perceber bem. Eu sempre tento passar, já quando eles vêm, no primeiro dia, eu já explico o funcionamento da unidade e já explico o perfil sócio demográfico que a gente tem, que é pra eles se ambientarem e não tomarem por surpresa quando eles forem atender. (E12)

O fragmento a seguir reforça a existência de uma visão ampliada sobre a realidade social do usuário, que o preceptor busca evidenciar na relação de ensino com os acadêmicos:

Aqui, o que mais choca eles (os alunos) é a realidade, esse choque de realidade e ver como é que o pessoal vive, o que é que tu pode esperar, se essa pessoa vai fazer o tratamento que tu tá prescrevendo na vida diária, acho que é o que mais chama atenção deles aqui. E ensino eles a lidar com isso. Isso sim, eu ensino, a lidar com isso e a manter a calma. (E3)

Apesar da aproximação do acadêmico da realidade da prática médica na APS, o aprendizado dos mesmos somente será efetivo e significativo mediante a identificação e incorporação da prática da Integralidade no cotidiano, para além do discurso do preceptor. Isso pode ser exemplificado na seguinte fala:

Na discussão com o próprio paciente, levando o aluno junto, conversando e tendo aquele diálogo pra decisão compartilhada na frente do aluno mesmo, ele presenciando e verificando como é, como que se dá, como que acontece essa dinâmica, pra ele poder aprender junto. (E14)

Nessa perspectiva, o significado do conceito de Integralidade e sua aplicabilidade vem permeado por experiências prévias do preceptor mescladas com sua interação no presente, o que pode indicar porque este toma certas condutas. Isso influencia no modo como o preceptor se relaciona com os acadêmicos e o aprendizado será baseado, inclusive, no significado destas condutas diante de suas vivências no serviço de saúde (Carvalho *et al.*, 2010; Charon, 2010). Portanto, o ensino em APS relacionado ao atributo Integralidade necessita estar permeado por exemplos práticos percebidos pelos acadêmicos na rotina da unidade básica de saúde, pois o modo como estes percebem a realidade influencia em seu aprendizado e configura-se como um elemento motivador para a construção do conhecimento (Silva, 2012). Diante disso, a integração de teoria e prática pelo preceptor neste cenário é fundamental à aprendizagem significativa dos acadêmicos (Pinto, 2014). Por isso, é essencial a utilização de metodologias de ensino que posicionem o acadêmico como objeto central do aprendizado e a reflexão constante do preceptor acerca de sua própria prática docente junto ao acadêmico (Freire, 1996).

Neste contexto cabe destacar a interdisciplinaridade, que compõe a prática da Integralidade sob a perspectiva do elenco ampliado e integrado das ações de promoção, prevenção e assistência (Franco, 2017). Ela também emerge nos relatos dos participantes ao se referirem à preceptoria na APS, como expresso a seguir:

Tento incentivar assim, vamos falar com a enfermeira [...], não trazer tudo pra mim, incentivo o contato deles direto com o pessoal da equipe. (E1)

Entretanto, concomitante ao incentivo à atuação interdisciplinar, são identificadas fragilidades na incorporação desta prática ao cotidiano de ensino, como exemplifica o relato:

Eu nunca vi eles pedirem assim, né, tipo inter-consulta, nada assim, tipo avaliação em conjunto, não sei se eles têm essa ideia na cabeça, de que de repente seria bom a avaliação de outro profissional em conjunto pra gente poder melhorar alguma coisa pro paciente. Não sei, nunca vi. (E11)

A interdisciplinariedade é propiciada nos serviços por meio do trabalho integrado com a própria equipe, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família ou parcerias junto às universidades locais. Ela permite que a prática de um profissional possa ser reconstruída diante da prática do outro, de forma que ambos possam ser transformados, o que colabora a uma abordagem mais resolutiva no contexto do serviço de saúde no qual estão inseridos (Guia prático do Programa de Saúde da Família, 2001).

Dentro da vivência de preceptoria, os participantes relatam que incentivam os acadêmicos a desenvolver discussões clínicas multidisciplinares e ampliar o olhar sobre o usuário junto aos demais profissionais. A percepção do preceptor sobre a necessidade de estimular a interdisciplinariedade é importante, pois apenas a inserção dos acadêmicos na APS não é suficiente para lhes conferir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, sendo necessário que os profissionais lhes proporcionem diferentes oportunidades de aprendizado (Jesus & Ribeiro, 2012).

Entretanto, os preceptores também percebem que dificilmente esta iniciativa de contato com outros profissionais parte dos próprios acadêmicos, visto que precisam ser frequentemente incentivados. Isso evidencia a importância do papel de modelo do preceptor, pois quanto mais os acadêmicos perceberem ações interdisciplinares na rotina do preceptor, mais tais ações adquirem significado simbólico e podem ser efetivamente incorporadas no aprendizado (Carvalho *et al.*, 2010). Da mesma forma, a interdisciplinariedade somente estará inserida nas condutas do preceptor quando esta possuir valor simbólico significativo ao mesmo (Charon, 2010).

Orientação familiar, preceptor e preceptoria

Dentre os atributos derivados da APS, figura a Orientação familiar, a qual envolve o conhecimento dos fatores familiares relacionados a origem e cuidados envolvidos no processo saúde-doença além de possibilidades de intervenção nos mesmos (Manual do instrumento de avaliação, 2010; Starfield, 2002).

Por meio das entrevistas, pode-se perceber que os participantes valorizam a compreensão do contexto familiar na atuação em APS, tanto como influenciador dos processos de adoecimento, quanto como rede de apoio terapêutico e fator promotor de sucesso nos tratamentos propostos, como demonstram os relatos:

É tu compreender, por exemplo, quem tá vivendo naquele mesmo ambiente [...]. Saber das limitações que tu vai encontrar naquele ambiente, como um ajuda o outro ou como uma pessoa acaba dificultando o que acontece com a outra, por exemplo. Tu tem que entender que tu tem o teu paciente, mas tu tem que entender que ele tá inserido naquele contexto de família e que cada um tem seus problemas. (E6)

Nessa acepção, o relato a seguir demonstra a necessidade de um olhar atento e ampliado ao contexto familiar:

Às vezes não é uma pessoa da família que tá doente ou é uma que está manifestando sinais clínicos de doença e tu tem uma família toda adoecida, né, por problemas psicológicos, por problemas sociais, por fragilidades, né... Então eu acho que tu entender isso, como a família inteira funciona e não como aquele indivíduo que veio na consulta ou procurou ajuda, isso é bem importante. (E12)

Tendo em vista que no ambiente familiar ocorrem interações e conflitos que afetam diretamente a vida das pessoas, é esperado que os profissionais de saúde estejam atentos e compreendam aspectos relacionados à dinâmica familiar, funcionamento e funções, características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Por isso, na APS a família necessita ser abordada e vista enquanto sujeito social portador de autonomia (Alencar *et al.*, 2014). Isso exige da equipe uma postura ética e de compromisso com as famílias assistidas, o que inclui compreendê-las enquanto inseridas em seu espaço social, rico em relações, interações e conflitos.

Assim, a atuação do profissional diante das famílias exige ainda o reconhecimento de potencialidades terapêuticas, com intervenções profissionais participativas e construtivas (Guia prático do Programa de Saúde da Família, 2001).

Estudos demonstram que a Orientação familiar ainda está distante de estar efetivamente presente na prática da APS, embora trabalhos que comparam o enfoque familiar em ESF e UBS tradicionais apontem que as ESF tenham maior atuação nessa direção (Alencar *et al.*, 2014; Chomatas *et al.*, 2013; Prates *et al.*, 2017). Entretanto, uma investigação realizada em São Luís, Maranhão, demonstrou que a avaliação dos profissionais quanto à presença deste atributo tende a ser mais positiva quando comparada à percepção do usuário (Alencar *et al.*, 2014).

Quando trazida para a rotina da preceptoria, os preceptores relatam que a Orientação familiar precisa ser constantemente incentivada junto aos acadêmicos, os quais prevalecem com uma visão individualista de assistência e podem, inclusive, apresentar resistência em utilizar abordagem mais dialógica com aspectos familiares do processo saúde-doença. Esta preocupação é evidenciada a seguir:

Isso tudo vem pra dentro da preceptoria justamente por a gente ter que fazer o aluno, o acadêmico, entender que medicina não é só o paciente que ele está vendo na frente dele, né? [...] É um olhar diferente na Medicina que a gente tem que aprender, eles têm que aprender a ver, né? Até tem uns que aceitam bem, outros não gostam muito [...] Tu falar num genograma, tem gente que te olha assim, de cara torta. (E12)

A fragilidade na presença da Orientação familiar no cotidiano de ensino é ressaltada na fala de outro participante:

Eu acho que os alunos não me contam nada sobre a família, a família em si, porque só me contam do paciente em si, sabe? (E11)

Nesse contexto, percebe-se que o valor do aprendizado na APS está diretamente ligado à capacidade reflexiva do profissional que supervisiona o acadêmico (Teixeira *et al.*, 2015). Isso se relaciona ao *self* social do preceptor, que é perpassado por sua habilidade de refletir acerca da necessidade de aprendizado do acadêmico para além de sua própria prática profissional (Carvalho *et al.*, 2010; Charon, 2010).

Para que esse ensino se efetive, o preceptor necessita assumir o protagonismo dos aspectos educacionais envolvidos nas atividades propostas ao acadêmico, valorizando o aprendizado ligado à evidências e à vivências. Assim, ao perceber a Orientação familiar integrada à rotina profissional, o acadêmico passará a atribuir valor simbólico significativo a esta prática (Charon, 2010; Oliveira *et al.*, 2017; Teixeira *et al.*, 2015). Portanto é necessário que o preceptor, por seu papel docente, reconheça sua responsabilidade e busque meios para estimular o acadêmico na construção de conhecimento e desenvolvimento de autonomia, em um trabalho cooperativo entre ambos (Freire, 1996).

Desta forma, a presença da Orientação familiar no cotidiano da APS influencia e transforma a percepção do acadêmico sobre a realidade, podendo ser necessário que este atributo esteja mais fortemente incorporado à rotina profissional para que possa se configurar em um aprendizado significativo.

Além disso, há uma interrelação entre a Orientação familiar e a Integralidade, pois as relações estabelecidas no contexto familiar e a exposição do usuário a fatores de adoecimento necessitam ser levados em consideração da prática em saúde (Reichert *et al.*, 2016). Para que a atenção possa ser integral, é necessário avaliar o contexto familiar sob os aspectos de potencial de cuidado e também de ameaça à saúde (Manual do instrumento de avaliação, 2010).

Esta vivência prática do acadêmico na APS é essencial à sua formação, pois permite o contato com situações reais de diferentes complexidades, o que propicia que as mesmas adquiram significado simbólico, permitindo aumento do conhecimento e da autonomia do futuro médico (Charon, 2010; Paula, Samico, Caminha, Batista & Figueirôa, 2017). Por conseguinte, a experiência adquirida pelo estudante na APS, quando em alinhamento com os princípios e fundamentos que norteiam o SUS, vem ao encontro do preconizado pelas DCN (Teixeira *et al.*, 2015).

Considerações finais

Diante dos resultados deste estudo, constata-se que a Integralidade e a Orientação familiar estão presentes conceitualmente aos preceptores, o que foi corroborado pelos escores da aplicação do instrumento *PCATool* Brasil, os quais demonstraram que os serviços de saúde avaliados têm orientação em APS.

Entretanto, problemáticas relativas à intersectorialidade, à ausência de controle social, às barreiras de acesso e à falta de planejamento das ações no serviço de saúde demonstram que a Integralidade não é presente de forma plena nestes serviços de saúde.

Pôde-se evidenciar ainda que os preceptores buscam despertar o acadêmico quanto a aplicabilidade destes atributos no cotidiano da preceptoría, ao deparar-se com acadêmicos que necessitam ser constantemente incentivados à práticas mais dialógicas em saúde, por ter sua formação tradicionalmente baseada no modelo biomédico. Isso demonstra que a vivência pedagógica do exercício da preceptoría tem significado aos preceptores, que refletem sobre a prática e percebem o processo de acompanhar e orientar o acadêmico como uma maneira de proporcionar a ele uma experiência ampliada de aprendizado.

Entretanto, para que isso ocorra efetivamente, é necessário que o acadêmico identifique a presença destes atributos na prática profissional de seus preceptores, que servem como modelo, proporcionando significado a realidade experienciada, já que a atribuição de valor simbólico ao vivido permite a concretização do aprendizado. Apesar da vivência em APS permitir a aproximação do acadêmico com a realidade, evidenciam-se fragilidades na incorporação de tais práticas, influenciando no significado da experiência em APS ao acadêmico.

Tendo em vista que não foram encontrados artigos cujo objeto de pesquisa relacione especificamente presença dos atributos da APS e preceptoría em APS em busca com combinações das palavras-chave nas bases de dados *PubMed*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) nos últimos 10 anos, constata-se que a literatura carece de produções específicas sobre o objeto deste estudo para melhor auxiliar a reflexão acerca dos dados encontrados. Por isso, ressalta-se a importância de estudar o tema nesta perspectiva. Dentro das vivências locais, o estudo mostra elementos que podem ser utilizados para fortalecimento do trabalho e aprimoramento da preceptoría em APS. A ampliação deste estudo e realização de novas pesquisas com esta temática poderão fornecer subsídios mais abrangentes à prática pedagógica em APS, tendo em vista o preconizado pelas atuais DCN.

As limitações deste estudo compreendem a ausência de avaliação dos serviços na perspectiva dos usuários e de outros profissionais da equipe e a

impossibilidade de observação direta pelo pesquisador, além de não contemplar a percepção dos acadêmicos acerca do objeto de pesquisa.

Por tratar-se de um estudo qualitativo restrito à realidade local, os resultados apontados não podem ser generalizados, no entanto as reflexões apresentadas podem relacionar-se às problemáticas vividas na preceptoria de outras realidades.

Referências

- Aguiar, A. C. (2014). Uma Fotografia da Educação Médica no Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*, 24(2), 649-652.
- Alencar, M. N., Coimbra, L. C., Morais, A. P. P., Silva, A. A. M., Pinheiro, S. R. A., & Queiroz, R. C. S. (2014). Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 353-364.
- Autonomo, F. R. O. M., Hortale, V. A., Santos, G. B., & Botti, S. H. O. (2015). A Preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária—Análise das Publicações Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 316-327.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barker, E. R., & Pittman, O. (2010). Becoming a super preceptor: A practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(3), 144-149.
- Ben, A. J., Lopes, J. M. C., Daudt, C. V. G., Pinto, M. E. B., & Oliveira, M. M. C. (2017). Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1-16.
- Carvalho, V. D., Borges, L. O., & Rêgo, D. P. (2010). Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(1), 146-161.
- Charon, J. M. (2010). *Symbolic Interactionism: An introduction, An interpretation, An integration* (8th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Chomatas, E., Vigo, A., Marty, I., Hauser, L., & Harzheim, E. (2013). Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*, 8(29), p. 294-303.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* (1988). Brasília: Presidência da República, 1988.
- Diniz, S. G. M., Damasceno, S. S., Coutinho, S. E. D., Toso, B. R. G. O., & Collet, N. (2016). Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), e57067.
- Franco, C. M. (2017). *A integralidade das práticas dos profissionais do Programa Mais Médicos na Atenção Básica: um estudo de caso no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Guia prático do Programa de Saúde da Família*. (2001). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas.
- Harzheim, E., Oliveira, M. M. C. de, Agostinho, M. R., Hauser, L., Stein, A. T., Gonçalves, M. R., Trindade, T. G. da, Berra, S., Duncan, B. B. & Starfield, B. (2013). Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*, 8(29), 274-284.
- Izecksohn, M. M. V., Teixeira, J. E., Jr., Stelet, B. P., & Jantsch, A. G. (2017). Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 737-746.
- Jesus, J. C. M., & Ribeiro, V. M. B. (2012). Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. *Rev. bras. educ. med.*, 36(2), 153-161.
- Lima, E. F. A., Sousa, A. I., Leite, F. M. C., Lima, R. D. C. D., Souza, M. H. D. N., & Primo, C. C. (2016). Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, 20(2), 275-280.
- Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil*. (2010). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica.
- Mattos, R. A. (2009). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (8ª. ed.). Rio de Janeiro: IMS/Abrasco.
- Oliveira, S. F., Cunha, A. J. L. A., Trajman, A., Teixeira, C., Gomes, M. K., & Halfoun, V. (2017). Percepção sobre o Internato de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos Preceptores do Serviço na Atenção Básica: um Estudo de Caso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(1), 79-85.
- Paula, W. K. A. S., Samico, I. C., Caminha, M. F. C., Batista, M., Filho & Figueirôa, J. N. (2017). Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(2), 242-248.
- Pinto, T. R. (2014). *Profissionais de saúde como professores: tensões e potências nas práticas de ensino na atenção primária à saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017* (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*, n. 183, Seção 1, p. 68, 22 set. 2017.
- Prates, M. L., Machado, J. C., Silva, L. S., Avelar, P. S., Prates, L. L., Mendonça, E. T. Costa, G. D., & Cotta, R. M. M. (2017). Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1881-1893.
- Reichert, A. P. S., Leônico, A. B. A., Toso, B. R. G., Santos, N. C. C. B., Vaz, E. M. C., & Collet, N. (2016). Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 119-127.
- Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014* (2014). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, n. 117, Seção 1, pp. 08-11, 23 jun. 2014.
- Silva, C. L. (2012). Interacionismo Simbólico: história, pressupostos e relação professor e aluno; suas implicações. *Rev. Educação por Escrito*, 3(2), 73-84.
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Teixeira, L. A. S., Spicacci, F. B., Melo, I. B., Takao, M. M. V., Dornelas, A. G., Pardi, G. R., & Bollela, V. R. (2015). Internato médico: o desafio da diversificação dos cenários da prática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 226-232.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública*, 39(3), 507-514.

AVALIAÇÃO DO CENÁRIO E DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ESTUDANTES DE MEDICINA

Juliana Maria Nascimento Souza
Livia Machado Rigolon
Isabel Cristina Gonçalves Leite
Marcos Vinicius Dias da Silva
Débora Carvalho Ferreira
Maximiliano Ribeiro Guerra

Introdução

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo entendida como um cenário prático fundamental para o desenvolvimento, pelo discente de Medicina, das competências necessárias para a formação no médico generalista. No contexto de amplas mudanças propostas para os cursos de Medicina no Brasil, torna-se necessário estudar a adequabilidade dos cenários de prática em APS, bem como avaliar a aquisição de competências preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (DCN) por parte dos alunos, principalmente aqueles que estão nos anos finais do curso. O presente trabalho objetivou, portanto, avaliar o cenário e as competências adquiridas em estágios na APS sob a ótica dos alunos do internato em Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Revisão de Literatura

A APS se configura como um espaço para o desenvolvimento de práticas de saúde orientadas para a visão ampla do indivíduo, com intervenções em nível social, cultural e familiar. É neste nível de atenção à saúde que os cuidados das doenças mais frequentes da população devem alcançar um grau de resolutividade adequado, portanto, apresenta-se como o campo apropriado para o desenvolvimento de habilidades e competências inerentes ao médico generalista (Starfield, 2002).

Com o passar do tempo e com as novas concepções sociais em relação ao processo saúde-doença, entendeu-se a importância de analisar o adoecimento como uma questão multifatorial, não só focada em parâmetros biológicos, mas também em parâmetros sociais, psicológicos, familiares, econômicos. Neste contexto, o modelo biológico do adoecimento passou a não ser mais suficiente para dar respostas à sociedade. Colaborando para esta mudança pronunciada no perfil do médico, veio a Constituição Federal de 1988, que concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo também discussões em relação à formação de recursos humanos para a área da saúde pública no país (Dias, Lima & Teixeira, 2013).

Somando-se a este movimento vieram a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. A primeira registra a importância da formação de profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde e a segunda informa ser fundamental às Universidades formar estudantes conhecedores de que a saúde advém de um processo de determinação social, precisando ser abordada multiprofissionalmente. Ambas indicavam a necessidade de mudanças na graduação dos cursos da saúde e a importância do estímulo à interação ensino-serviço (Brasil, 1986a; b).

Ainda caminhando nas reflexões acerca do perfil do profissional da saúde, um documento publicado pela Associação Brasileira da REDE UNIDA, em 1998, define o perfil do novo médico a ser formado como um profissional que deve ter conhecimentos de fisiopatologia, procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças de maior prevalência epidemiológica, observando-se os ciclos biológicos, a saúde da família e da comunidade (Almeida, 1999).

Com o entendimento de que a APS, por seus atributos essenciais de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação (Shi, Starfield & Xu, 2001) propicia um cenário prático condizente ao aprendizado discente, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde lançaram, em 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde (PROMED) (Merigo, 2014). Nos anos seguintes, continuaram a serem formuladas políticas públicas com vistas à reorientação do ensino para a formação profissional no Sistema Único de Saúde, destacando-se iniciativas importantes neste período como: o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – o VER-SUS/ Brasil; o

AprenderSUS e o EnsinaSUS (Brasil, 2004; Dias, Lima & Teixeira, 2013 ; Ferla *et al.*, 2013). Posteriormente, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde), com o objetivo de promover a educação pelo trabalho, permitindo a qualificação dos profissionais e a formação de estudantes da área de saúde em consonância com as necessidades do SUS (Brasil, 2010b; c).

Em 2011 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com a finalidade de revisar as diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PNAB 2011 considera que um serviço de APS apresenta-se resolutivo a partir do momento em que se dá a construção do vínculo, utilizando-se da clínica ampliada e do cuidado centrado na pessoa (Brasil, 2011). Ressalta-se que a PNAB foi revista, sendo publicada uma nova versão em 2017. Nesta última, mantém-se a ESF como estratégia prioritária, reconhecendo, porém, outras estratégias de Atenção Primária (Brasil, 2017). Em 2013, foi criado pelo Governo Federal o Programa Mais Médicos, com uma proposta de aumento da cobertura de saúde no país, de forma equitativa e universal, através da ampliação da APS e numa tentativa de suprir a carência de médicos em muitas localidades do país. Ainda dentro dos anseios deste Programa, o Ministério da Educação traçou metas para ampliar a quantidade de profissionais, elaborando um plano de expansão de vagas de graduação em Medicina no Brasil e de modificações do ensino médico, visando à formação generalista e alinhada aos princípios do SUS (Brasil, 2013).

Neste contexto do Programa Mais Médicos, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina foram revistas e foi publicada uma nova versão em 2014. Nesta, ficou estabelecida a importância e a necessidade da inserção do aluno de Medicina em cenários da APS. Para o internato ficou estabelecida carga horária mínima de 30% a ser desenvolvida na Atenção Primária e em serviços de Urgência e Emergência do SUS, com predominância de carga horária dedicada aos serviços de Atenção Primária sobre os de Urgência e Emergência. Desta forma, as DCN de 2014 estabelecem um modelo pautado em uma formação geral, ética, humana, cuja condução dos agravos à saúde mais prevalentes no país deva ocorrer de forma integral, reconhecendo e organizando o cuidado através da observação e identificação dos determinantes sociais da

saúde, com o objetivo de formar um profissional generalista com a capacidade de atuar no SUS (Brasil, 2013).

Um estudo realizado com alunos do internato em Medicina da Universidade Federal do Pará mostrou que os alunos, inseridos em cenários de APS, através do PET-Saúde, apresentaram maiores conhecimentos em relação à dinâmica de funcionamento do SUS, quando comparado a alunos que tiveram sua vivência em APS restrita aos estágios obrigatórios durante os anos de internato (Xavier *et al.*, 2018).

Observa-se que alunos têm interesse e se mostram satisfeitos com a vivência em estágios na APS, pois nestes cenários conseguem identificar mais fortemente as condições socioeconômicas, as quais interferem no adoecimento, além de conseguirem observar a abordagem integral do indivíduo. Essa introdução do aluno na APS faz com que o mesmo modifique sua forma de entender o ser humano, sendo capaz de refletir sobre a integralidade da atenção (Neumann & Miranda, 2012).

Segundo a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), o internato é um período especial e importante do curso de Medicina, no qual o aluno recebe treinamento intensivo de forma continuada e sob supervisão docente. Essa associação promoveu ampla discussão a partir do ano de 2006 sobre a formação médica, incluindo reflexões sobre as competências que os alunos deveriam desenvolver e adquirir ao final do curso. Em 2008, a Abem realizou o projeto “Contribuição para a Formação de Médicos de acordo com as Necessidades da Sociedade” e em 2012, a Abem, com o apoio do Ministério da Saúde, elaborou o projeto “Abem 50 anos — 10 anos de DCN”, o qual estabelece competências que devem ser desenvolvidas ao longo do internato (Lampert & Bicudo, 2014).

Método

Tratou-se de estudo observacional analítico transversal. Os participantes do estudo foram os alunos do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FAMED – UFJF) que, no momento da entrevista, já tinham vivenciado atividades do internato em cenários de APS, estando cursando a etapa final dos 9º, 10º, e 11º períodos.

O Projeto Pedagógico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FAMED-UFJF), elaborado em 2015, visou ajustar o ensino na instituição

às novas DCN, com vistas à formação de profissionais capazes de reconhecer e atender às necessidades de saúde individual e coletiva (Moutinho *et al.*, 2015)2015.

A FAMED – UFJF está situada na Zona da Mata Mineira e oferece 180 vagas ao ano para o curso de Medicina. Os discentes da FAMED – UFJF são inseridos em cenários de APS, conforme preconizado pelas DCN de 2014 e ratificado pelo Projeto Pedagógico de curso, de 2015, sendo apresentados aos alunos, nos primeiros anos do curso, conteúdos relacionados à organização do SUS, à APS e à Saúde Coletiva. A partir do 9º período, o aluno insere-se no internato, permanecendo nele até o 12º período, ou seja, até o final do curso. É o momento de treinamento prático do estudante de Medicina sobre os temas abordados nas disciplinas anteriores, no intuito de desenvolver suas habilidades para o raciocínio clínico, observando-se a visão ampliada do processo saúde-doença. A inserção prática em cenário de APS inicia-se no 9º período através da disciplina Estágio de Aplicação em Medicina Ambulatorial Multidisciplinar. Já no 10º período ocorre através da disciplina Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Local e, no 11º, através da disciplina Estágio de Aplicação em Medicina Comunitária Regional, sendo que todas estas disciplinas priorizam a inserção do aluno em Unidades Básicas de Saúde com ESF (Moutinho *et al.*, 2015)2015.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro a novembro de 2018. Os alunos foram abordados quando estavam em sala de aula e apresentados à justificativa e aos objetivos do estudo. Os alunos foram então convidados a participar da pesquisa. Os discentes dos três períodos analisados preencheram os questionários de forma individual, porém no mesmo espaço físico, ou seja, em salas de aula. Os alunos do 9º período foram convidados a participar em sua totalidade, durante as atividades do internato relacionadas à APS. Já os alunos do 10º e do 11º períodos foram abordados principalmente durante os períodos de concertação previstos na grade curricular obrigatória do curso, uma vez que estes se encontravam distribuídos em diferentes cenários de prática, com períodos de permanência limitados nestes cenários.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta, autoaplicados consecutivamente, a saber:

1. Versão do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – do inglês Primary Care Assessment Tool), adaptado e validado no Brasil por Harzheim *et al.* (2013) (Harzheim *et al.*, 2013) para avaliar os atributos da APS

sob a ótica dos alunos. Foi utilizada a versão em português para profissionais, sendo este instrumento ajustado para os discentes, mantendo-se a essência dos elementos avaliados e modificando-se a pessoa da pergunta para se adequar aos alunos, conforme estratégia adotada por Lins, Soares e Coelho (2016).

O PCATool avalia se um serviço está adequadamente orientado para a APS. Para tanto utiliza conceitos relacionados com os atributos essenciais e atributos derivados da APS (Araujo *et al.*, 2018). Desta forma, foram analisadas as variáveis relativas aos atributos essenciais da APS, quais sejam: Acessibilidade (A), Longitudinalidade (B), Coordenação-Integração de Cuidados (C), Coordenação-Sistemas de informação (D), Integralidade-Serviços disponíveis (E), Integralidade-serviços prestados (F). Como atributos derivados da APS, foram analisadas as variáveis Orientação Familiar (G) e Orientação Comunitária (H).

2. Questionário complementar estruturado com questões referentes à aquisição de competências e avaliação geral do internato. O questionário foi desenvolvido a partir de publicação sobre os 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a qual apresenta as competências gerais que devem ser adquiridas pelo discente durante o internato (Lampert & Bicudo, 2014).

Neste questionário, foram investigadas dimensões relativas às competências, tais como: formular condutas; solicitar e interpretar exames complementares; orientar familiares e equipe de saúde; redigir evoluções clínicas; utilizar referência e contra referência; cuidar das enfermidades mais frequentes; manter educação permanente; desenvolver boa relação médico-paciente; ter empatia; comunicar-se adequadamente; conduzir situações adversas; trabalhar em equipe; identificar o panorama sanitário; identificar as características do território; interpretar dados epidemiológicos; utilizar sistemas de informação; cuidar da saúde mental; utilizar tecnologias de informação; conhecer os recursos disponíveis; conhecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS); atuar com ética (Lampert & Bicudo, 2014).

Para cada atributo do PCATool, por indivíduo entrevistado, foi calculado um escore médio, um escore essencial e um escore geral (Brasil, 2010a). Foram considerados altos os valores de escores iguais ou maiores que 6,6, conforme critério adotado por Penso *et al.* (2017).

Os dados foram também analisados quanto à normalidade e homogeneidade de variância. Foi utilizado o teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov). Para

verificar a variação entre as médias dos escores obtidos entre os três períodos do internato com práticas em APS (9º, 10º e 11º), foi utilizada a análise de variância (ANOVA para um fator). Os dados foram apresentados através de gráficos de colunas, em que a coluna representa as médias, com intervalo de confiança de 95% de probabilidade dos dados amostrados. Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa R (versão 3.5.2) (Team, 2008).

Os dados referentes ao questionário complementar foram descritos em números absolutos e percentuais, e apresentados em tabelas, no geral e segundo o período. As questões propostas aos alunos foram apresentadas em porcentagem, a partir do número absoluto de alunos que responderam a cada alternativa possível (concordo totalmente; concordo parcialmente; nem concordo/nem discordo; discordo parcialmente e discordo totalmente) dividido pelo total de alunos entrevistados, por período e no geral, quando considerados os alunos dos três períodos juntos. Foram inseridas nas tabelas as dimensões das questões relacionadas às competências. As assertivas “concordo” e “concordo parcialmente” foram reunidas em “concordo” e, de forma semelhante, as opções: “nem concordo, nem discordo”, “discordo parcialmente” e “discordo totalmente” foram reunidas em “discordo”. Tal estratégia foi adotada para a melhor interpretação dos resultados, considerando os alunos que responderam “concordo totalmente” e “concordo parcialmente” como detentores da competência, e aqueles que responderam “nem concordo, nem discordo”, “discordo parcialmente” e “discordo totalmente” como não detentores da competência analisada.

Em função da maior dispersão dos alunos a partir do 10º período em vários cenários de prática, no período de coleta de dados, houve maior dificuldade para abordar os alunos do 10º e do 11º períodos com vistas à aplicação do questionário. Deve-se destacar, contudo, que foram utilizados principalmente os momentos de concentração destes alunos, previstos na grade curricular obrigatória do curso, para minimizar tal dificuldade e garantir a representatividade de alunos destes períodos.

Foi realizado um estudo piloto com ambos os questionários no mês de agosto de 2018, o que possibilitou considerar os questionários adequados a serem aplicados aos alunos de Medicina no formato autoaplicável.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer número 2.655.075.

Resultados e Discussão

Foram avaliados 170 alunos, sendo 73 do 9º período, 48 alunos do 10º período e 49 alunos do 11º período correspondendo a respectivamente 86,9%, 57,1% e 56,3% dos alunos matriculados nos respectivos períodos. Todos os alunos estagiaram em UBS da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que os alunos do 9º e 10º períodos estagiaram em UBS do município de Juiz de Fora, e os alunos do 11º período, em cidades situadas na Zona da Mata Mineira e Campo das Vertentes, compondo o chamado internato rural.

Relacionados ao cenário (instrumento PCATool-Brasil)

Em relação aos escores essencial e geral quando considerado o número total de alunos (n=170) observou-se, em uma escala de 0 a 10, valores médios de 6,35 e 6,69 respectivamente, indicando escore essencial baixo e escore geral alto. Já para os escores essencial e geral segundo o período do internato, observaram-se valores médios de 6,36, 6,79, 6,69 para o escore essencial e de 6,35, 6,50, 5,88 para o escore geral, para os períodos 11º; 10º e 9º, respectivamente ($p < 0,001$) (Tabela 1), exibindo valores elevados apenas para o escore essencial em relação ao 10º e 11º períodos e escore geral baixo para os três períodos investigados.

Analisando-se os escores médios, relacionados a cada atributo em separado (Figura 1), identificou-se o mais baixo escore médio para a Acessibilidade (A), sendo de 3,64 para o 11º, de 3,81 para o 10º e de 3,24 para o 9º período ($p = 0,001$). Ressalta-se que, em relação à Acessibilidade, constam do instrumento PCATool perguntas sobre o serviço estar aberto à noite ou final de semana, sobre atendimentos por telefone, e sobre atendimentos mesmo com a UBS fechada. Como tais situações não fazem parte do cotidiano de funcionamento da APS em Juiz de Fora, tal fato pode ter colaborado para os baixos escores verificados neste atributo.

A Orientação Comunitária (H) foi outro atributo com valores considerados baixos, sendo de 4,58; 5,75 e 3,17 para o 11º, 10º e 9º períodos, respectivamente. Tal situação sugere que os alunos, ao atuarem nos cenários aos quais são expostos, apresentam maior dificuldade na identificação da orientação comunitária das UBS, no que se refere, por exemplo, às visitas domiciliares e/ou aos conselhos locais de saúde. Tal fato pode estar relacionado a cenários de estágio com pouca

orientação para a comunidade ou à permanência dos alunos prioritariamente em consultórios médicos, tendo, portanto, pouca possibilidade de vivenciar experiências externas ao espaço físico das UBS.

Os valores de escore mais elevados ocorreram para os atributos Coordenação-Sistema de Informação (D), com valores por período de 7,97 no 11º; 8,26 no 10º e 7,41 no 9º ($p < 0,001$), sugerindo que a grande maioria dos cenários de APS, nos quais os alunos exerceram suas atividades de estágio, especialmente no 10º e 11º períodos, apresentaram prontuários médicos adequados e acessíveis aos alunos.

O atributo Longitudinalidade (B) apresentou escores médios baixos de 6,17, 6,44 e 5,70 para o 11º, 10º e 9º períodos respectivamente ($p < 0,001$). Tal situação pode estar relacionada à dinâmica de funcionamento dos estágios, uma vez que o aluno permanece por seis ou oito semanas em uma mesma UBS, período de tempo que dificulta o reconhecimento, por parte do aluno, deste atributo.

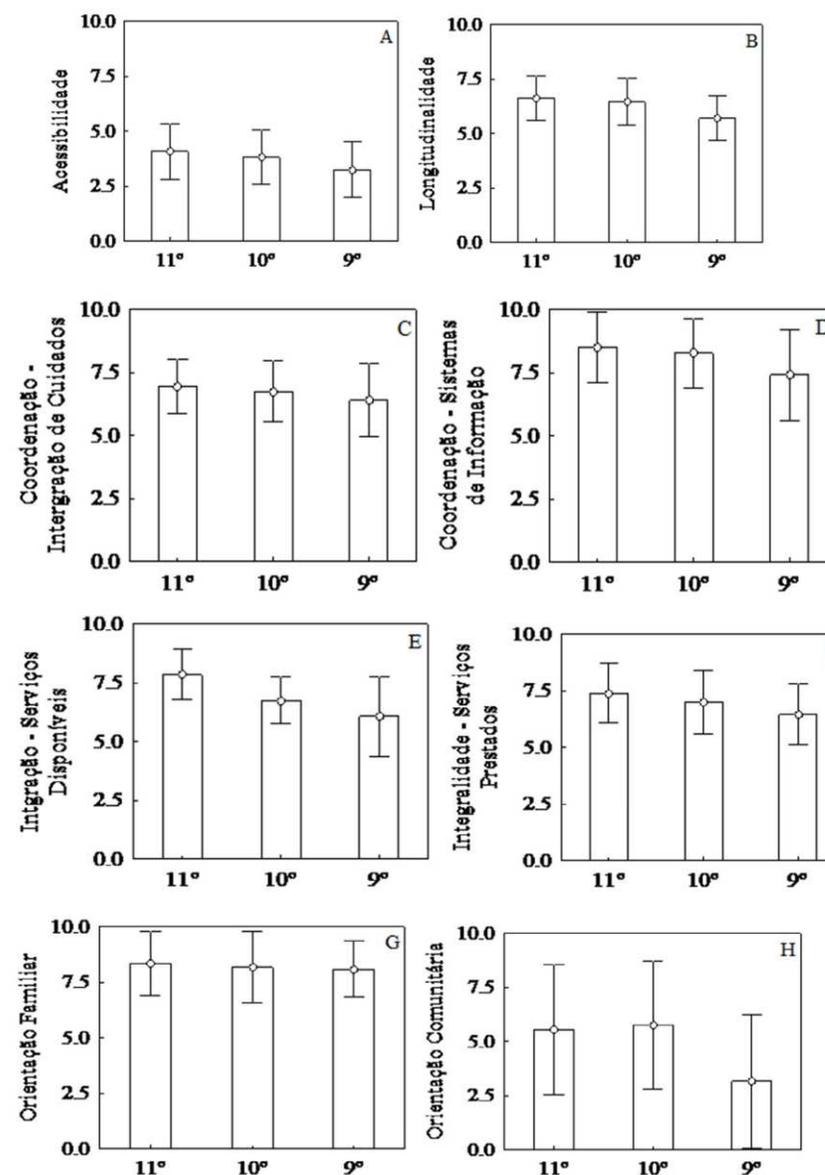
Observa-se que ocorreu uma elevação progressiva dos escores médios de todos os atributos essenciais, estando com valores menores no 9º período e valores maiores no 11º período, indicando um ganho progressivo de conhecimento a medida que o aluno vivencia cenários de APS ao longo do internato.

Tabela 1 — Distribuição dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) nos cenários de prática em APS do internato sob a ótica dos estudantes de Medicina, segundo o período. FAMED — UFJF, 2018.

	11º período	10º período	9º período	F	p
	Média ± Sd	Média ± Sd	Média ± Sd		
Acessibilidade	3,64 ± 1,35	3,81 ± 1,29	3,24 ± 1,32	6,50	0,001
Longitudinalidade	6,17 ± 1,15	6,44 ± 1,12	5,70 ± 1,05	12,48	0,001*
Coordenação - Integração de Cuidados	6,65 ± 1,36	6,74 ± 1,27	6,39 ± 1,52	2,62	0,075
Coordenação - Sistemas de Informação	7,97 ± 1,72	8,26 ± 1,43	7,41 ± 1,89	7,31	0,001*
Integração - Serviços Disponíveis	6,77 ± 1,58	6,75 ± 1,02	6,06 ± 1,75	22,98	0,001*
Integralidade - Serviços Prestados	6,87 ± 1,47	6,99 ± 1,48	6,44 ± 1,42	6,68	0,001
Orientação Familiar	8,18 ± 1,47	8,17 ± 1,65	8,08 ± 1,32	0,46	0,631
Orientação Comunitária	4,58 ± 3,39	5,75 ± 3,08	3,17 ± 3,23	12,55	0,001*
Escore geral	6,35 ± 0,92	6,50 ± 0,84	5,88 ± 0,77	12,51	0,001*
Escore Essencial	6,69 ± 0,85	6,79 ± 0,90	6,36 ± 0,65	23,87	0,001*

* $p < 0,001$
Fonte: Autores.

Figura 1: Média e desvio padrão dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) em cenários de prática em APS sob a ótica dos estudantes do Internato. FAMED-UFJF, 2018. (A) Acessibilidade; (B) Longitudinalidade; (C): Coordenação- Integração de Cuidados; (D): Coordenação — Sistemas de Informação; (E): Integração — Serviços Disponíveis; (F) Integralidade — Serviços Prestados; (G) Orientação Familiar; (H): Orientação Comunitária. (n=170).



Fonte: Autores.

Relacionados ao questionário complementar – competências adquiridas

A análise das competências gerais evidenciou a maioria das respostas com valores positivos acima de 50%. Os discentes (n=170) identificaram, principalmente, como competências adquiridas: a capacidade de formular condutas, a boa relação médico paciente e a capacidade de ter empatia, com valores no geral de 92,3%, 92,9% e 92,9%, respectivamente. Por período analisado, as competências melhor identificadas foram desenvolver boa relação médico-paciente (95,8%), ter empatia (95,8%) e formular condutas (95%) para o nono período; desenvolver boa relação médico-paciente (93,7%), formular condutas (93,7%), ter empatia (91,6%), e comunicar-se adequadamente (91,6%) para o décimo período; orientar familiares e equipe de saúde, ter empatia, comunicar-se adequadamente, trabalhar em equipe (89,7%) e desenvolver boa relação médico-paciente (87,7%) para o décimo primeiro período.

A utilização de sistemas de informação foi a competência menos relatada pelos alunos para todos os períodos: 10,0% no 9º período, 20,8% no 10º período, e 28,5% no 11º período, estando esta relacionada a interpretação de indicadores de saúde e dados epidemiológicos, bem como a utilização de informações como as do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Ressalta-se que os conteúdos teóricos relacionados a estas competências são ensinados aos alunos em períodos do curso anteriores ao internato.

As escolas médicas vêm buscando reestruturar-se neste novo paradigma de estender a parceria ensino-serviço para além dos hospitais, utilizando outras redes de atenção do SUS, com interesse pela Atenção Primária, principalmente a ESF, colocada como reorganizadora dos cuidados em saúde no país (Demarzo *et al.*, 2012). Tal reestruturação parte de um processo contínuo, inacabado, não sendo possível aprender e trabalhar com saúde sem uma inserção efetiva em cenários práticos, próximos às realidades de vida dos brasileiros, e sem instrumentos avaliativos desse processo (Sordi *et al.*, 2020).

A inserção dos alunos do internato em cenários de Atenção Primária tem o propósito de oferecer ao discente cenário com características específicas relacionadas às necessidades coletivas de saúde da população, além de estarem

em acordo com as DCN. Porém, estudos têm demonstrado que a adequação curricular às DCN apresenta-se como um desafio para a maioria das escolas médicas brasileiras.

Estudo desenvolvido em duas instituições de ensino superior (IES) do estado de São Paulo, sendo uma da autarquia municipal e outra uma instituição confessional, identificou uma IES com adesão regular às orientações das DCN de 2001 e outra com adesão acentuada, a partir da análise dos respectivos projetos pedagógicos de cursos (PPC). Esses achados indicam que, em um mesmo estado da Federação, tem-se IES em estágios diferentes de adequação curricular (Oliveira *et al.*, 2019)2019.

Outro estudo analisou os PPC de cursos da área da saúde (Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia) de uma IES da região Centro-Oeste do Brasil. Neste, o PPC do curso de Medicina apesar de ter sido reformulado em 2014, apresentava ainda aspectos gerais das DCN de 2001, contemplando ademais todas as habilidades e competências gerais e específicas à formação profissional, podendo sinalizar para uma transformação do processo do ensino (Moraes & Costa, 2016).

Segundo Almeida Filho (2013), a educação em saúde no Brasil ainda é centrada em práticas hospitalares, formando profissionais com pouca capacidade de atender às necessidades sociais do SUS. Ressalta que egressos dos cursos atuais de graduação em saúde apresentam pouco comprometimento com o SUS, bem como pouca habilidade para o trabalho em equipe multiprofissional, indicando que as escolas médicas, mesmo com novas orientações curriculares, não estão preparadas para os desafios impostos pelas demandas sociais do país (Almeida Filho, 2013).

Em contrapartida, tem-se no Brasil um Sistema de Saúde que sofre com um subfinanciamento histórico, apresentando carências e dificuldades estruturais (Brunelli *et al.*, 2016), situação que causa preocupação, uma vez que o SUS fornece às IES não só preceptores como também cenários práticos no processo de parceria ensino-serviço, conforme preconizado pelas DCN. Neste ínterim, observam-se potencialidades e fragilidades em relação aos atributos de APS analisados pelo presente trabalho.

Estudo realizado na Universidade Federal de Alagoas, no qual foi aplicado o PCAtool versão para profissionais em alunos do internato e em preceptores, mostrou escore geral de 6,91 e escore essencial de 6,78 para os discentes. Neste

estudo, o escore médio para Acessibilidade também ficou baixo, com valor de 5,91 (Lins, Soares & Coelho, 2016), assim como no estudo atual.

Outro estudo realizado na cidade de São Paulo com usuários de uma UBS da ESF mostrou escore médio para Acessibilidade de 2,46 (IC 95% 2,34 a 2,58). Neste estudo, os autores apontaram o fato de que os itens do questionário PCAtool, relacionados a horários de atendimento estendidos, ou seja, após às 17 horas, contribuíram sobremaneira para o baixo escore médio observado (Brunelli *et al.*, 2016).

Observando-se as competências adquiridas pelos alunos desta pesquisa, percebe-se que os discentes ressaltam as competências de cunho mais técnico e biológico, ficando deficientes as competências preconizadas relacionadas à Saúde Coletiva.

Segundo Abem (2015), o texto das DCN de 2014 não é enfático na determinação de como e onde treinar o graduando em Saúde Coletiva. Ressalta a importância da Epidemiologia como fundamental para a formação de profissionais detentores de conhecimentos sobre a utilização de indicadores, bancos de dados, busca de evidências e crítica a artigos da literatura científica. A falta de normatização específica pode resultar em uma tentativa das IES de conjugar Atenção Primária e Saúde Coletiva, o que pode levar a um reducionismo da segunda e um desinteresse pelo aluno, da primeira (Abem, 2015).

Os alunos do 9º período, por estarem iniciando o internato, apresentam escores mais baixos em relação à percepção dos atributos da APS, quando comparados aos alunos do 10º e 11º períodos, o que pressupõe ganho cumulativo de conhecimentos e experiências.

Entende-se que a mudança de paradigma relacionada à percepção da importância dos cuidados primários e da prevenção, corrobora para o desenvolvimento de visão ampla e social do adoecimento, contudo ainda caminha a passos lentos nos cursos de graduação em Medicina, de forma que a grande maioria dos alunos, ao concluir o curso, após passar por um currículo ainda focado essencialmente na fragmentação do indivíduo e na percepção biológica do adoecimento, sente-se desinteressada em se especializar para atuação em cuidados primários. Isso resulta em deficiência e/ou falta de profissionais essencialmente preparados para atuar em programas e/ou estratégias prioritárias para o SUS, relacionadas à Atenção Primária. Uma das possíveis formas de modificação deste cenário corresponde à maior inserção dos alunos de Medicina em cenários de

Atenção Primária. Tal inserção pode modificar a visão que o aluno tem da Atenção Primária, fazendo com que ele entenda a importância de ações promotoras e preventivas para a saúde pública brasileira, além de vivenciarem e identificarem que, na Atenção Primária, estão presentes os principais agravos à saúde da população.

Considerações finais

Na visão dos alunos, os cenários de APS para o internato em Medicina da UFJF apresentaram melhora da adequabilidade ao longo do tempo, visto que os mesmos identificaram, ao longo dos períodos analisados, os atributos essenciais de forma progressiva. Além disso, os alunos referiram terem adquirido grande parte das competências gerais preconizadas.

Ressalta-se, porém, que os cenários de prática em APS no 9º período apresentaram escores geral, essencial e médios inferiores a 6,6 para cinco dos seis atributos essenciais, os quais foram considerados baixos. De forma semelhante, o escore geral ficou baixo também para os três períodos analisados em conjunto (n=170), indicando ainda fragilidades na inserção dos alunos dos três períodos analisados em relação aos cenários de APS.

Esta pesquisa construiu um diagnóstico situacional, pela visão do aluno, de como os estágios estão sendo contributivos para a formação médica ampliada na instituição, particularmente no que se refere àqueles realizados em cenários de APS, o que pode auxiliar na reestruturação dos cenários de prática. Espera-se que os achados desta pesquisa possam apresentar efetiva contribuição também para o desenvolvimento da prática docente. Para tanto, pretende-se divulgar os resultados da pesquisa em reunião departamental, assim como em reunião da Comissão Orientadora do Estágio (COE) da FAMED – UFJF e em eventos científicos, com vistas a contribuir para o movimento reflexivo, buscando mudanças para aumentar o aproveitamento dos alunos inseridos em cenários de prática de APS no internato.

O estudo necessita se estender a um maior número de internos, bem como a professores e preceptores do internato, além de usuários das Unidades Básicas parceiras na IES foco deste estudo, para um maior entendimento sobre o direcionamento que tais UBS têm para a APS e também para analisar se existem

características próprias destas UBS que permitam ao aluno identificar atributos e desenvolver as competências adquiridas.

Referências

- ABEM. Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Rio de Janeiro: 2015. ISBN 1806-5031.
- Almeida Filho, N. M. D. (2013). Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, v. 18, p. 1677-1682. ISSN 1413-8123.
- Almeida, M. J. D. (1999) Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 3, p. 123-132. ISSN 1414-3283.
- Araujo, J. P. *et al.* (2018). Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 71, p. 1366-1372, ISSN 0034-7167.
- BRASIL. Ministério da Saúde Ministério da Previdência e Assistência Social Ministério da Educação Organização Pan-Americana da Saúde. In: (Ed.). Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília, 1986a.
- _____. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: (Ed.). Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília 2004.
- _____. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde 2010a.
- _____. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. *Diario Oficial Uniao*, 2010b.
- _____. Portaria Interministerial nº 422, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2010c.
- _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, n. 204, 2011.
- _____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2013.
- _____. 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*, v. 183, n. 1, 2017.
- Brunelli, B. *et al.* (2016). Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-12. ISSN 2179-7994.
- Demarzo, M. M. P. *et al.* (2012). Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev. bras. educ. méd.*, v. 36, n. 1, p. 143-148, ISSN 0100-5502.
- Dias, H. S. A., Lima, L. D. D. & Teixeira, M. (2013). A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciencia & saude coletiva*, v. 18, p. 1613-1624. ISSN 1413-8123.
- Ferla, A. A. *et al.* (2013). *Cadernos de Saúde Coletiva: Integração Ensino-Serviço: Caminhos possíveis?* Editora Rede Unida. ISBN 8566659139.
- Harzheim, E. *et al.* (2013,out/dez.) Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. Rio de Janeiro. Vol. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. ISSN 1809-5909.
- Lampert, J. B., & Bicudo, A. M. (2014) 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. In: (Ed.). 10 anos das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, p.86-86.
- Lins, T. S., Soares, F. J. P., & Coelho, J. A. P. D. M. (2016). Avaliação dos atributos em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família. *Rev. bras. educ. méd.*, v. 40, n. 3, p. 355-363. ISSN 0100-5502.
- Merigo, F. L. (2014). A oferta de disciplinas humanistas no ensino médico do Brasil.
- Moraes, B. A., & Costa, N. M. D. S. (2016). Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. SPE, p. 9-16. ISSN 0080-6234.
- Moutinho, I. L. D. M. *et al.* (2015). PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO – FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. JUIZ DE FORA – MG: FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, Disponível em: < <http://www.uff.br/medicina/files/2015/04/PPC-FAMED2015.pdf#page=61> >.
- Neumann, C. R.; Miranda, C. Z. D. (2012). Ensino de atenção primária à saúde na graduação: fatores que influenciam a satisfação do aluno. *Rev. bras. educ. méd.*, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 42-49. ISSN 0100-5502.
- Oliveira, C. A. *et al.* (2019). Alinhamento de Diferentes Projetos Pedagógicos de Cursos de Medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais Alignment of Different Pedagogical Projects of Medicine Courses with the National Curricular. *Revista brasileira de educação médica*, v. 43, n. 2, p. 143-151.
- Penso, J. M. *et al.* (2017). Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-9. ISSN 2179-7994.
- Shi, L., Starfield, B., & Xu, J. (2001). Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, v. 50, n. 2, p. 161-161. ISSN 0094-3509.
- Sordi, M. R. L. D. *et al.* (2020). Experiência de construção coletiva de instrumento autoavaliativo a serviço da formação médica referenciada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pautadas no Programa Mais Médicos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190527, 2020. ISSN 1414-3283.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco. ISBN 8587853724.
- Team, R. D. C. (2008) R: A Language and Environment for Statistical Computing. *Vienna, Austria*. COMPUTING, R. F. F. S.
- Xavier, N. F. *et al.* (2018). PET-Saúde: O Impacto do Programa na Formação do Profissional Médico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 22, n. 1, p. 37-44, 2018. ISSN 2317-6032.

DA APRENDIZAGEM FRAGMENTADA AO DESAFIO DE UMA FORMAÇÃO INTEGRAL: NARRATIVAS DA CONSTRUÇÃO DO SABER

João Felix Leandro de Souza Araújo
Fernando Sfair Kinker

Introdução

Ao longo de anos, a formação médica limitou-se ao reducionismo da mera reprodução de conteúdo de cunho anátomo-fisiológico. Pouco ou nenhum espaço se deu aos arquétipos da construção ideológico-social, tão importantes para mudanças de consciência e saberes (Pereira & Almeida, 2005).

Muito se fala sobre a “necessidade do cuidar”, a necessidade de uma relação médico-paciente mais humana e próxima, e muito desse cuidado passa por um modelamento afetivo que o aluno sofrerá ao longo da graduação (Duran, Gallotti, Tibério & Mafra, 2013).

Analisando historicamente a formação médica no Brasil, nota-se a pouca relevância que se dá para tais aspectos e no quanto isso pode afetar ou agregar a formação médica.

Em 1950, os movimentos da Medicina Integral e Medicina sanitária apontaram para a reestruturação da educação médica no Brasil, indo na contramão da medicina fragmentada, avançando em 1970 com o surgimento da Medicina Comunitária (Feuerwerker, 2012). Esses movimentos objetivavam o aprimoramento de um cuidado integral, onde o indivíduo é visto como um ser biopsicossocial (Cyrino & Magaldi, 2002).

Entre os anos de 1970-1980, diversos fóruns de debate sobre a formação médica emergiram, dando corpo à narrativa da importância de se formar indivíduos capazes de responder as demandas e necessidades da saúde. Era imperioso diversificar os cenários de prática, dando enfoque também à atenção primária (Duran *et al.*, 2013).

Daí por diante, ganhou força o movimento no sentido de romper o modelo reducionista biológico de saúde-doença, trazendo um conceito mais ampliado de

saúde. A partir de 1990, a formação médica se aproxima ainda mais do Sistema Único de Saúde (SUS), e inicia-se um movimento de mudanças pedagógicas curriculares, na tentativa de envolver o universo acadêmico na transposição de um sistema curricular fragmentado (Capozollo, Casetto & Henz, 2013).

As alterações curriculares continuaram no ensino médico ao longo dos últimos anos e foram necessárias para nos adequarmos à necessidade da sociedade contemporânea de médicos com formação mais humanística, com habilidade para solucionar problemas em diferentes contextos. Nesse sentido, o professor torna-se um apoiador ou mediador do conhecimento (Duran *et al.*, 2013), e o ensino passa a considerar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), buscando consolidar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (Brasil, 2014). Contudo, esse é um processo complexo, onde as intenções nem sempre se confirmam na prática.

Considerando todos os desafios presentes na formação médica apontados acima, este artigo busca problematizar o olhar de estudantes de um curso de medicina de uma universidade privada de São Paulo sobre a perspectiva futura do ser médico, a partir da análise de uma disciplina que busca superar a fragmentação da formação médica. Para isso, este estudo buscou envolver os alunos em um processo de reflexão sobre a própria formação enquanto futuros generalistas; apontar as potencialidades e desafios da educação médica e seu papel na formação do aluno enquanto futuro generalista; e instalar um processo de reflexão sobre a potencialidade de uma formação integral com enfoque na medicina de família e comunidade.

Referencial teórico

Contextualizando o campo da pesquisa

Desde o seu início em 2007, o Curso de Medicina em questão passou por ajustes na matriz curricular, e em 2014 ampliou-se a carga horária de atenção primária à saúde (APS), com foco em múltiplos cenários de prática (Brasil, 2014). Ainda nesse contexto, reformulou-se a disciplina “Integração, Academia, Saúde e Comunidade” (IASC), permitindo que os alunos tivessem contato precoce com o paciente no início da graduação na disciplina “IASC-I”. Trata-se de uma disciplina teórico-prática que os alunos têm desde o primeiro semestre, até o internato (IASC

I-IASC VIII), tendo como cenários de prática as unidades básicas de saúde (UBS) conveniadas e vinculadas ao SUS, o ambulatório escola da faculdade (PROMOVE — Centro de Promoção e Reabilitação em Saúde e Interação Social), além de um estágio específico no internato somente na APS. A única disciplina cujo estágio é feito 100% no PROMOVE é o IASC-VI, disciplina foco desse estudo.

Em grande parte essa disciplina foi pensada com intuito de fazer frente à mudança de empatia, e ao “endurecimento” aos quais os alunos de medicina estão sujeitos ao longo da graduação.

Um estudo feito com 229 alunos na *Jefferson Medical College*, demonstrou que os níveis de empatia reduzem substancialmente a partir do terceiro ano, e no quinto ano a empatia dos alunos se assemelha a dos médicos com 5 ou mais anos de formação (Hojat *et al.*, 2009). Nesse sentido, a disciplina IASC-VI tenta apresentar ao aluno um sujeito em sua singularidade, tentando transpor a frieza de um mero conjunto de sinais e sintomas.

O PROMOVE, criado em 2002, foi concebido com a ideia do cuidado a pacientes vulneráveis. O PROMOVE não é vinculado aos sistemas de regulação da rede municipal e estadual de saúde e, portanto, não é um equipamento do SUS, embora qualquer paciente em situação de vulnerabilidade social possa ser atendido com agendamento direto e irrestrito. Dito isso, os alunos do IASC-VI estarão em um ambiente protegido, emulando uma realidade de atendimento ideal, mas longe de um cenário real de prática do SUS.

A disciplina do IASC-VI tem o desafio de apresentar ao aluno um paciente complexo, com problemas diversos, com o propósito de atendê-lo de forma integral e indistinta pelo Médico de Família e Comunidade (MFC).

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, com análise de conteúdo dos relatos de experiência (RE) produzidos ao longo do semestre pelos alunos do terceiro ano da disciplina IASC-VI, e também do conteúdo produzido pelas discussões nas rodas de conversa (RC). A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que se preocupa em entender os elementos envolvidos nos contextos que produzem os discursos dos atores sociais (Bardin, 1977). As rodas de

conversa mediadas por um coordenador, por sua vez, têm sido utilizadas no campo da pesquisa qualitativa como instrumento para a geração de uma aprendizagem significativa, ou seja, uma compreensão de significados relacionados às experiências vividas pelos participantes, produzindo conhecimento a partir das trocas de saberes entre os sujeitos (Melo, Felipe, Cunha, Villar & Diniz Junior, 2016).

O aluno foi convidado a produzir um RE ao final de cada atendimento, produzindo um texto que discutisse algumas dimensões do aprendizado: (1) o que ele aprendeu com a atividade; (2) quais as dificuldades encontrou; (3) quais facilitadores ou potencializadores encontrou; (4) o que sentiu e pensou ao entrar em contato com situações complexas; (5) como foi o contato com pacientes, docentes e estudantes; (6) como ele articulou todo o processo de aprendizado com essa experiência. De acordo com a vivência pessoal com a atividade, o aluno registrou suas reflexões no RE, inserindo notas descritivas e notas intensivas. As primeiras diziam respeito à descrição do que foi vivenciado, apontando a descrição do lugar, os movimentos dos atores, o desenrolar do processo; e as segundas envolveram aquilo que o aluno sentiu, o que a experiência mobilizou nele, reflexões, os afetos e os pensamentos envolvidos na experiência (Capozzolo *et al.*, 2014).

Ao longo da pesquisa, contamos com a participação de 9 alunos (vide Tabela 1), que produziram ao todo 28 RE. Foram feitos ainda 04 RC, totalizando uma média de 60 minutos por encontro. Estes alunos participavam da disciplina IASC VI numa turma de 50 alunos, e se voluntariaram a participar da pesquisa. Os encontros foram mediados pelo investigador, que tentava estimular os alunos a refletirem e problematizarem sua experiência, fazendo conexões com suas expectativas sobre a formação e o ser médico. Durante o encontro presencial, os RE foram lidos, e debatidos os aspectos mais relevantes nas RC. A partir desses discursos, identificamos núcleos de sentido e construímos categorias de análise, visando refletir sobre a experiência de formação dos alunos no processo de aprendizagem, bem como as dificuldades nesse mesmo processo (Fornaziero, Gordan & Garanhani, 2011). Tentou-se fazer frente à algumas limitações metodológicas, como o fato do pesquisador ser também professor dos alunos na disciplina. Isso trouxe desafios e angústias ao pesquisador, no sentido de que ele necessitou contribuir para a produção de um ambiente específico de pesquisa, estabelecendo uma relação de confiança que não deveria remeter à relação professor-aluno.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Identificação	Idade	Gênero	Período	Disciplina
Aluna I	24	Feminino	6º	IASC VI
Aluna II	22	Feminino	6º	IASC VI
Aluna III	23	Feminino	6º	IASC VI
Aluna IV	23	Feminino	6º	IASC VI
Aluna V	22	Feminino	6º	IASC VI
Aluno VI	24	Masculino	6º	IASC VI
Aluna VII	26	Feminino	6º	IASC VI
Aluna VIII	21	Feminino	6º	IASC VI
Aluna IX	23	Feminino	6º	IASC VI

Fonte: Autores.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética (parecer: 3.138.865), após anuência da instituição de ensino.

Resultados

O que os RE e as RC produziram

Conforme os textos, ideias, angústias e problematizações iam surgindo, foram observados temas que se repetiam nos RE e os organizamos em categorias não apriorísticas, ou seja, temas que representam o conteúdo dos discursos e que foram produzidos a partir da análise dos mesmos, tais como os apontadas abaixo.

Vivências / Sentimento

Ao longo da graduação o estudante de medicina é exposto a diversas situações na relação professor-aluno, aluno-aluno, e aluno-paciente, e tais situações moldam aos poucos o “ser médico”.

A experiência dos pesquisadores na docência indica que um ambiente acadêmico tradicional, onde não há momentos para se explorar as emoções e sentimentos vivenciados pela geração do conhecimento, reduz o potencial de aprendizagem afetiva. Por conseguinte, perde-se a oportunidade de formar profissionais mais capazes de lidar com o afeto, e com sentimentos em geral (Damásio, 2012).

Analisando os relatos dos alunos, bem como as RC, percebe-se uma grande variedade de sentimentos.

Medo

O medo surge nos relatos demonstrando insegurança e inquietação diante do objetivo final dessa jornada acadêmica, o “ser médico”:

Eu quero ser uma boa médica, tenho medo de não ser, medo de fracassar, de errar, [...] A escola médica é muito falha quando falamos sobre nós mesmos, nossas emoções, o que sentimos em cada etapa. (Aluna VI, RE IV)⁹.

Empatia

A empatia, uma habilidade que auxilia numa melhor percepção e compreensão dos afetos, é outro elemento que surgiu com grande frequência nos relatos, no sentido de “se colocar no lugar” de outrem:

[...] o paciente veio encaminhado da psicologia, percebemos ele tímido e retraído durante a consulta e tentamos deixar o ambiente mais confortável para ele; nos colocamos no lugar dele [...]. (Aluna VIII, RE I).

Terminamos o atendimento e chamamos o professor que começou a colocar as agulhas de acupuntura em T [...] antes de sair da sala, lembrei-me de todo aquele sofrimento que ela relatou no início da consulta [...] saquei meu celular e busquei uma música que uso para meditação [...] pedi que fechasse os olhos, se concentrasse na música e relaxasse. Queria deixar o ambiente mais agradável, como eu gostaria que fosse pra mim [...]. (Aluno X, RE II).

Impotência / Frustração

Impotência e frustração são sentimentos que assombram o estudante de medicina. Há uma violência implícita e quase intrínseca nesses dois sentimentos. Há também uma violência, ora sutil, ora explícita, no modo de ensinar, que pode majorar ou escancarar a frustração e a impotência.

Por fim, nessa consulta me senti impotente, mas principalmente pensativa; quantas pessoas passam por essa mesma situação? Eu imagino que muitas. (Aluna IX, RE III).

⁹ Informação fornecida pela aluna VI em seu relato IV. Daqui por diante, nas falas dos alunos serão explicitados o número do participante, bem como o número do RE escrito ou da Roda de Conversa (RD) ao qual essa fala foi retirada.

A mulher tinha vertigem. E, aí, a professora queria que a gente falasse se era uma vertigem central ou periférica. E queria que a gente tivesse feito uns testes para descobrir se era central ou periférica. Nem sabíamos que existia central e periférica, muito menos que existiam testes para fazer. E ela, tipo, humilhou a gente na frente da paciente. (Aluna VI, RC I).

A frustração surge também no contexto de engessamento do ensino, quando a proposta de abordagem é focada em questionários e protocolos:

Às vezes, eu me sinto meio inútil quando eu começo a perguntar [...] O cara veio com uma dor nas costas, e eu estou perguntando do xixi dele, entendeu? Aí, eu começo sei lá... na hora de fazer o ISDA¹⁰ eu tenho vontade de dar um tiro na cabeça. Porque falo: — “Meu, esse cara não reclamou de nada disso, por que eu estou perguntando de ‘dor de cabeça’, ‘dor atrás do olho’ [...]?” (Aluno X, RC II).

Satisfação / Realização

O sonho do “ser médico” – do nosso ponto de vista – muitas vezes está relacionado ao desejo de ajudar as pessoas, e minimizar o sofrimento diante da doença. Há também aqueles que fizeram a escolha de maneira quase “testamentária”: “meu pai era médico, logo escolhi medicina”. Há outros ainda que o fazem por status, por uma suposta nobreza vestal implícita na profissão. Nos primeiros, há o desejo de se atuar e impactar positivamente na vida das pessoas:

Fiquei extremamente feliz em saber que ajudamos o paciente a entender a nossa conduta. Pedimos que ele colocasse a folha próximo ao filtro de água ou na geladeira, assim ficaria fácil de visualizar e certamente ele se lembraria. (Aluna IX, RE II).

Interessante observar que nem sempre a satisfação reside em saber tratar doenças. A satisfação e a realização podem vir de lugares improváveis, partindo de tecnologias leves, como do “simples” ouvir:

O professor pediu alguns exames e não fizemos ‘nada’ e foi o ‘não fazer nada’ mais gostoso e gratificante da minha vida acadêmica. Ele [paciente]

¹⁰ É abreviação de uma etapa da anamnese chamada “Interrogatório Sintomatológico dos Diversos Aparelhos”

nunca teve um bom relacionamento com médicos, nunca confiou [...]. “Não fazer nada” naquela consulta foi um passo enorme para ele entender que estávamos ali para ajudá-lo. (Aluna VI, RE III).

A consulta no PROMOVE

Considerando o PROMOVE como uma unidade de ensino em serviço, num ambiente privilegiado de um ambulatório-escola, percebe-se algumas fragilidades, como o volume reduzido de pacientes, o que reduz também a possibilidade de aprendizado, visto que teremos um número grande de alunos por paciente. O desafio de se atender em grupo, é percebido por eles e surge ao longo dos RE, e das RC:

Tínhamos apenas um paciente nesse dia, logo, a sala ficou cheia e alguns colegas acabam não participando por acharem que ‘não tem o que fazer’. Sempre tentamos dividir as tarefas, mas talvez a ‘superlotação’, de alunos seja algo que a gente sempre vá precisar lidar (Aluna VII, RE III)

Eu acho que como a gente atende em grupo, a nossa interação, às vezes uma coisa que o outro faz, me atrapalha um pouco o raciocínio, [...], aí, a pessoa vai lá e pergunta outra coisa que me quebra. (Aluna III, RC I).

Por outro lado, tivemos grupos que não se incomodaram com o número de alunos em sala, ao contrário, souberam lidar bem com as diferenças, usando inclusive essas diferenças como potencializadores:

Com os colegas e professora foi incrível porque houve um espaço para discussão [...]. Quando estamos sozinhos temos apenas a nossa opinião, em grupo temos diversas opiniões e isso é muito enriquecedor. (Aluna VII, RE III).

Outro aspecto importante do PROMOVE é a ausência do território e do trabalho em rede. Como não há território definido, perdemos uma característica da APS que auxilia muito na criação do vínculo, bem como no melhor entendimento sobre a dinâmica de vida dos indivíduos. Isso foi percebido pelos alunos e surgiu nas problematizações produzidas nos relatos.

Achei bem complexa essa situação porque não tem como eu ir na casa do G. pra cozinhar coisas saudáveis [...], e não tem o que eu faça para tirar o trauma dessa mãe por ter apanhado do marido. E a importância da APS entra novamente aqui, onde essa família mora (Aluna IX, RE III).

Comunicação clínica

Trabalhar em grupo exige certas habilidades, e dentre estas, a capacidade de se comunicar de maneira efetiva. Nos RE e nas RC, essa habilidade dos alunos parece muito relacionada à capacidade do professor em possibilitar essa dinâmica, o que inclui escutar alunos e pacientes:

Dr. T. é uma pessoa muito boa, escuta os pacientes com muita calma. Além de ser um grande médico e um professor incrível, sempre elogia nosso trabalho, mesmo quando estamos errados [...]; professores que nos motivam e valorizam nossas atitudes são raros na medicina. (Aluna VI, RE II).

Outrossim, a relação dos alunos com os docentes, sofrem interferências diversas: relação de poder; avaliação por nota, em detrimento da valorização do conhecimento/experiência adquiridos; timidez, introspecção, desejo de aprovação, entre outras.

Novamente na relação aluno-docente, notamos nos RE situações de violência, certamente perpetuando um ciclo anterior.

[...] e da humilhação também, de tipo, você esquecer alguma coisa e o professor escutar você porque você esqueceu desse negócio. (Aluna IX, RC I).

A figura do professor exerce um fascínio particular no imaginário dos alunos, bem como no projeto do “ser médico”, sendo um modelo profissional. Nesse sentido, parece-nos, – e a opinião dos alunos corrobora isso –, que estratégias de fortalecimento do corpo docente devem transpor a mera questão pedagógica, e investir também nas habilidades afetivas dos professores (Fornaziero *et al.*, 2011).

A professora C. é muito paciente e muito aberta ao diálogo [...]. Toda essa discussão foi muito positiva, pudemos expor nossos pensamentos e nos sentir mais responsáveis pelo paciente [...]. Essa reflexão foi muito rica,

todos os professores deveriam seguir esse exemplo, nos estimula a ter mais raciocínio clínico. (Aluna IV, RE III).

Desconfortos

A nosso ver, no decorrer da jornada do “ser médico”, os alunos são expostos a situações estressantes que os deixam vulneráveis e suscetíveis.

O medo de errar, o contato mais próximo com a dor, com o sofrimento causado pela doença – e até a intimidade com a morte –, bem como a extensa jornada acadêmica, vão trazendo incômodos diversos:

[...] não temos tempo para isso. A gente tem PBL, aula, prova e parece que assim: a gente foi um vagabundo de não ter chegado em casa e estudado isso. E ainda temos vida, né? Não é só estudar. (Aluna I, RC I, informação verbal).

Em outro sentido, o desconforto pode sofrer influências sinestésicas, que podem remeter o aluno a outros afetos, sensações e reflexões:

Minha paciente uma mulher de 45 anos que sofria de algo neurológico que alterava sua marcha e fala. Sofria também com dores da artrite reumatoide. Quando ela entrou senti um cheiro forte que a acompanhava, o que me deixou desconfortável e em certo ponto curioso. Será que ela depende de alguém para tomar banho ou está sofrendo maus tratos? (Aluno VI, RE I).

Reflexão sobre a prática

A elaboração dos RE, bem como as RC não fazem parte da rotina da disciplina IASC-VI, mas foram ferramentas metodológicas escolhidas para a coleta de dados desta pesquisa. Salutar ressaltar a importância desse momento reflexivo para a vivência da disciplina, oportunizando revisitar situações da prática, trazendo novas concepções, fugindo do automatismo da educação bancária.

Eu quero ser uma boa médica, tenho medo de não ser, medo de fracassar, e poder discutir isso na forma de escrita me fez crescer. Deveria ser obrigatório um RE como este que fizemos [...]. A faculdade não nos permite o ócio, vivemos 24 horas [...] em função dela, e não temos tempo de autorreflexão. Isso é triste, não nos faz médicos humanos [...]. Mudaram

as grades curriculares para formar médicos humanos, mas não dão tempo de autorreflexão, [...] viramos máquinas automatizadas [...]. Isso não produz humanidade, a reflexão produz. (Aluna VII, relato IV).

As RC, bem como os RE foram importantes por oportunizarem um momento de reflexão da complexidade de situações a que eles estarão sujeitos, apontando a necessidade da criação de estratégias de enfrentamento para essas situações.

Estamos adaptados a escutar poucas queixas, como se o atendimento médico fosse um cupom que dá direito a 3 queixas, mais do que isso ficamos incomodados. Mesmo que ele fale tudo, não vamos conseguir resolver todas, então o que adianta? É mais fácil classificar alguém como poliqueixosa do que sermos “poliouvintes”. (Aluna III, RE I).

Discussão

A partir dos dados apresentados nos resultados, pretende-se desenvolver algumas reflexões e análises, em diálogo com a literatura.

Como apontado, há uma série de sentimentos e afetações por que passam os alunos em sua atividade acadêmica, que nos remetem à importância da escuta, do diálogo, e do conhecimento das histórias de vida deles.

Entende-se que a possibilidade de desenvolver um olhar complexo sobre o sofrimento dos pacientes, exige uma abertura e sensibilidade que podem se desenvolver se forem exercitadas durante o processo de formação. O diálogo com os docentes nesta perspectiva é fundamental, pois abre um novo universo onde as relações cristalizadas de poder, legitimadas por um saber, são relativizadas, apontando a possibilidade de que outras formas de saber, advindas de experiências e histórias de vida, venham a ocupar a cena da produção de conhecimento.

Essa forma de aprendizado, como nos diz Freire, pautada no respeito pela realidade vivenciada e pelo conhecimento dela adquirido, é uma forma de tornar complexo algo que foi simplificado, fragmentado e mutilado, no caso, a experiência do sofrimento humano. A inteligibilidade da dor e do sofrimento exige esse diálogo com os atores sociais em seus territórios de vida (Freire, 2011).

Oliveira, Senger, Ezequiel e Amaral (2019) compararam os projetos pedagógicos de dois cursos de medicina no que se refere à proximidade ou

distanciamento das orientações das DCN, e apontaram que, embora esteja explícito o esforço de adequação a estes princípios, o projeto de curso que enfatiza a aprendizagem ativa e a relação do ensino com a prática do SUS se adapta de forma mais consistente do que o projeto que mantém estratégias e perspectivas tradicionais, com certa fragmentação entre as disciplinas.

Veras e Feitosa (2019), por sua vez, analisam discursivamente como as próprias proposições das DCN dialogam com a Política Nacional de Promoção da Saúde. Em sua análise, apontam fragilidades e contradições para corroborarem que há ainda nas diretrizes, muitas lacunas que, às vezes, se colocam de modo frágil perante os desafios das políticas públicas de saúde.

Outro estudo de âmbito nacional propõe-se a construir um instrumento de autoavaliação e de reflexão das equipes de docentes dos cursos de graduação em medicina. Para isso, elaboraram uma série de questões que poderiam nortear a avaliação dos cursos, de acordo com as necessidades do SUS (Sordi, *et al.*, 2020).

Todos esses estudos indicam a necessidade de se avançar na construção de propostas pedagógicas que fortaleçam a relação ensino-serviço-comunidade, superando visões fragmentadas e cartesianas. O distanciamento destes serviços-escola da rede assistencial do SUS é uma questão a ser enfrentada, a fim de compor a rede de atenção à saúde.

Merecem ainda discussão pormenorizada as vivências e sentimentos que afetam os graduandos e que certamente interferem e compõem as condições cognitivas para o desenvolvimento do aprendizado.

Os sentimentos de medo apresentados pelos alunos vêm em consonância com uma incômoda sensação de insegurança diante do volume de estudos, jornadas extenuantes, e uma “busca pela perfeição”. O medo de errar, e talvez levar a dolo ou morte de alguém é bem presente no discurso dos alunos.

O medo faz parte do novo, do desconhecido, mas essa “inquietação” causada pelo medo, desde que não seja excessiva, pode ser algo positivo e retraduzido como um zelo, trazendo um cuidado adicional na tomada de decisão, podendo impactar positivamente nos desfechos.

Matos, Ferraço, Rosa, Bastos e Brandão (2019) realizaram uma pesquisa junto a estudantes do 1º ano do curso de medicina, apontando para a produção de idealizações de cunho social-cultural que os alunos reproduzem, relativas à

valorização da profissão e seu caráter quase xamânico. Ao entrarem na faculdade, sentem-se inferiorizados por pré-concepções relativas aos outros alunos, como se estes fossem mais inteligentes, ricos, superpreparados. Logo de início, contudo, vão percebendo que os demais alunos são como eles, com potencialidades e dificuldades comuns. Outras idealizações também são desconstruídas, como aquela ideia de que, com a entrada na faculdade, a carga de estudos tenderá a arrefecer, o que é contrariado ao se depararem com a carga imensa de estudos, que pode produzir ansiedade, estresse e sofrimento. Apesar disso, relatam ter prazer nesse processo de formação, e dessa possibilidade do “ser médico” tornar-se aos poucos realidade. Tais apontamentos corroboram com várias questões apontadas em nossa pesquisa: expectativas, dificuldades, extensas jornadas, e pouco tempo para outras atividades.

As relações aluno-docente, aluno-aluno, aluno-paciente são pautadas sob uma ética que faz parte do imaginário do ser médico.

Garcia e Verdi (2019) em seu estudo acerca da dimensão ética na formação médica, desenvolvido com docentes e alunos do 1º ao 7º período do curso de medicina, corroboram com algumas ideias e evidências produzidas em nossa pesquisa. No referido estudo, os alunos apontam contradições entre os discursos e as práticas nos processos de ensino-aprendizagem, refletidos tanto na postura de alguns docentes como na fragilidade de aspectos centrados na questão das relações humanas. Os alunos, num ambiente caracterizado pela fragmentação do conhecimento e pela negação de valorização das relações, alunos-pacientes, aluno-docentes-instituição, reproduzem sentimento de impotência, de medo, de vergonha, que não encontram lugar para serem manifestados e problematizados, colocando em xeque as intencionalidades de uma formação humanística e crítica, como a prevista nas DCN.

Outrossim percebe-se uma violência cíclica no processo de ‘ensinagem’, e que em certo momento se “auto-justifica”, (“eu, quando aluno, sofri e fui humilhado, mas no final aprendi”). Alguns alunos podem utilizar-se disso como combustível para continuar aprendendo e seguindo em frente. Outros, contudo, podem frustrar-se e ter seus sonhos cerceados por um “bem intencionado” rompante belicoso. Citando a célebre frase atribuída a Freire “quando a educação não é libertadora, o sonho do oprimido é tornar-se o opressor” (Biagolini, 2013, p. 66).

Tais situações de humilhação e violência podem reproduzir práticas de cuidado enrijecidas e empobrecedoras, já que estimulam a reprodução da violência como única forma de superar a própria fragilidade do indivíduo.

Ao relatar a exigência de manterem os atendimentos presos aos questionários de avaliação, os alunos remetem à perda da oportunidade de ter uma experiência real, que segundo Bondía (2002, p. 21), “é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”, algo do qual não saímos ilesos, mas sim transformados. Ao inquirirmos uma série de perguntas em um modelo engessado, sem que aquilo faça sentido, ou gere saber, “nada nos acontece”, “nada nos passa” e perde-se aí uma oportunidade de uma experiência legítima.

De certa forma, a possibilidade de viver experiências transformadoras é o que sustenta a possibilidade de se desenvolver competências, como as previstas nas DCN dos cursos de medicina.

Freitas, Ribeiro e Barata (2018) ao discutirem o desenvolvimento das competências previstas nas DCN do ponto de vista de alunos do 6º ano de medicina, apontam para os desafios de se viabilizar a formação nas 3 grandes áreas: atenção à saúde, educação em saúde e gestão. Relatam a forma como os alunos muitas vezes se sentem inseguros quanto a sustentação da prática do cuidado e da gestão, imaginando como será o futuro profissional quando não tiverem mais o apoio de docentes. Por outro lado, os alunos têm consciência de suas potências e fragilidades, o que corrobora com os achados em nossa pesquisa.

Sabemos que o êxito do diagnóstico e da condução clínica, se ancoram no entendimento e articulação de uma constelação de elementos que estão a compor a complexa vivência do sofrimento dos pacientes. Nesse sentido, como já afirmamos, o diálogo é essencial, mas para além deste, a escuta ativa é igualmente necessária (Cunha, 2005). Uma das principais atribuições do médico, segundo Oliveira (2002, p. 65), é “traduzir o discurso, os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença”. É exatamente aí que a formação médica vem falhando. A escuta, o diálogo, são preteridos e facilmente substituídos por recursos tecnológicos, minando uma solene relação que por vezes nem chegou a começar (Rider & Keefer, 2006).

Nesse sentido, trabalhar em grupo, como relatado pelos alunos nas RD e RE, é sempre um desafio (o conflito de opiniões, o contraditório, as divergências).

Todavia é também uma oportunidade de ampliação do debate, de se vislumbrar outros caminhos, e perceber novas soluções. Há certa solidariedade no trabalho em grupo, mas é possível notar também alguma competitividade, que pode levar a uma perspectiva meritocrática e pouco solidária.

Idealmente o grupo deve ser democrático e potente ao passo que a fragilidade de um seja complementada pela habilidade do outro e vice-versa. Operacionalizar essa capilaridade entre os grupos, auxiliando nos distanciamentos e nas aproximações é realmente desafiador.

Outra perspectiva apontada pelos alunos é o lugar que os docentes ocupam no seu imaginário. Os docentes são uma espécie de espelho, e suas ações e atitudes podem impactar positiva ou negativamente na formação do futuro médico.

[...] os professores, preceptores e até os profissionais já formados servem como modelos para a formação profissional, e mesmo pessoal dos estudantes; o estado emocional daqueles tem forte impacto em tal processo. Portanto, o convívio com referenciais que apresentem carga emocional negativa pode contribuir para a perpetuação de uma cultura de desgaste em relação à profissão e para o aparecimento precoce dos sintomas de burnout ou outras desordens mentais. (Kaluf, Sousa, Luz & Cesario, 2019, p. 15).

De acordo com Bordernave e Pereira (1998), o aprender induz mudanças cognitivas, mediadas por complexos processos emocionais. Desconfortos, tensões, angústias, frustrações, alegrias, e outros sentimentos são fundamentais para aprendizagem, e acompanham a análise crítica, bem como a capacidade de perceber, interpretar e analisar o mundo. Já segundo Nuto, Noro, Cavalsina, Costa e Oliveira (2006) quando o educador respeita a dignidade do aluno e trata-o com compreensão, desenvolve no mesmo a capacidade de procurar as respostas para seus problemas, tornando-o responsável e, conseqüentemente, agente de seu próprio processo de aprendizagem.

Percebemos a partir das discussões da RC que o aluno tem uma ideia muitas vezes romantizada do “ser médico”, onde terão pacientes assertivos, que acatarão à risca as orientações. Muitas vezes ignoram ou minimizam a autonomia do sujeito, enquanto agente ativo do seu processo de busca pela saúde, mantendo a famigerada relação hierárquica: o médico “manda”, e o paciente “acata”. Qualquer

paciente com múltiplas queixas, ou com um perfil mais questionador, é tido como “paciente difícil” ou “poliqueixoso”. Em grande parte, isso se dá por imaturidade, mas também pela dificuldade de uma prontidão para escuta, afinal, eles estão sendo treinados para perguntar e inquirir em um formato de anamnese, cuja meta é chegar ao fim daquele número interminável de perguntas.

Conclusão e considerações finais

Fugir do paradigma vigente da educação bancária, num modelo de pedagogia fordista, para um modelo de educação emancipatória, priorizando a autonomia do sujeito, não é algo simples, mas é necessário. É fulcral que tenhamos ambientes promotores de um olhar ampliado, contemplando a complexidade do indivíduo, fugindo do reducionismo do paradigma biomédico.

Nesse sentido, a partir dos relatos e das discussões surgidas nas RC, fica evidente a contribuição do ensino, e os muitos ganhos que temos para o futuro generalista, ao considerar as expectativas do “ser médico” presentes no imaginário dos alunos.

Contudo, há muito que superar e melhorar. Não podemos ignorar dificuldades prementes de organização (ausência de território, ausência de vínculo com SUS, número reduzido de pacientes, etc.), que minimizam o potencial da formação do generalista, ainda que estejam contemplados em outros momentos ao longo da graduação.

A oportunidade de “ensinar a aprender” e aprender ensinando (dialogando), baseada na dialética surgida nas RC e RE, oportunizando autorreflexão, foi algo muito enriquecedor no desenvolvimento desta pesquisa.

Referências

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. (70ª. ed.). Lisboa: Edições 70.
- Biagolini, C. H. (2013). Volume V – Pedagogia. Começando Bem. Frases e Pensamentos). São Paulo: Clube de Autores.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>.
- Bordernave, J. D. & Pereira, A. M. (1998). *Estratégias de ensino aprendizagem*. (19 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Distrito Federal: Ministério da Educação; 2014.

- Capozzolo, A. A., Casetto, S. & Henz, A. O. (Org.). (2013). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Capozzolo, A. A., Casetto, S. J., Imbrizi, J. M., Henz, A. O., Kinoshita, R. T., & Queiroz, M. F. F. (2014). Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(2), 443-456. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200013>.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- Cyrino, A. P. & Magaldi, C., (Org.). (2002). *Saúde e comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva*. Botucatu: Cultura Acadêmica.
- Damásio, A. R. (2012). *O erro de descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. (3a ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Duran, C. C. G., Gallotti, R. M. D., Tibério, I. F. L. C. & Mafra, J. F. (2013). O professor de medicina do século XXI: reflexões em Paulo Freire e Theodor Adorno. *Mundo saúde (Impr.)*, 37(1), 65-69.
- Feuerwerker, L. C. M. (2002). *Além do discurso de mudança da educação médica e residência médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Fornaziero, C. C., Gordan, P. A. & Garanhani, M. L. (2011). O processo de ensino aprendizagem do raciocínio clínico pelos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(2), 246-253. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000200014>
- Freire, P. (2011). *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. São Paulo: Paz e terra.
- Freitas, L. S., Ribeiro, M. F. & Barata, J. L. M. (2018). O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28:e-1949. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180039>
- Garcia Júnior, C. A. S. & Verdi, M. I. M. (2019). Dimensão dos problemas éticos implicados na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(4), 99-108. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20180262>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1182-1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
- Kaluf, I. O., Sousa, S. G. O., Luz, S. & Cesario, R. R. (2019). Sentimentos do estudante de medicina quando em contato com a prática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 13-22. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180098>
- Matos, M. S., Ferraço, C. M., Rosa J. C. A., Bastos, J. A. & Brandão, P. C. (2019). Primeiro período de medicina: choque de realidade e o início da construção da identidade médica. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3), 157-171. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.660>
- Melo, R. H. V., Felipe, M. C. P., Cunha, A. T. R., Vilar, R. L.A. & Pereira, E. J. S., Carneiro, N. E. A., Freitas, N. G. H. B., & Diniz Júnior, J. J. (2016). Roda de conversa: uma articulação solidária entre ensino, serviço e comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 301-309. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01692014>
- Nuto, S. A. S., Noro, L. R. A., Cavalsina, P. G., Costa, I. C. C. & Oliveira, A. G. R. C. (2006). O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 89-96. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100016>
- Oliveira, C. A., Senger, M. H. & Ezequiel, O. S., Amaral, E. (2019). Alinhamento de diferentes projetos pedagógicos de cursos de medicina com as diretrizes curriculares nacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(2), 143-151. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180203>
- Oliveira, F. A. (2002). Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 63-74. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100006>
- Pereira, O. P., & Almeida, T. M. C. (2005). A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 69-79. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100006>
- Rider, E. A., & Keefer, C. H. (2006). Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*, 40(7), 624-629. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02500.x>
- Sordi, M. R. L., Mendes, G. S. C. V., Cyrino, E. G., Alexandre, F. L. F., Manoel, C. M., & Lopes, C. V. M. (2020). Experiência de construção coletiva de instrumento autoavaliativo a serviço da formação médica referenciada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pautadas no Programa Mais Médicos. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190527. Epub January 17, 2020. <https://doi.org/10.1590/interface.190527>
- Veras, R. M. & Feitosa, C. C. M. (2019). Reflexões em torno das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina a partir da política nacional de promoção da saúde. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 23(supl 1):e170743. <https://doi.org/10.1590/interface.170743>

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A INSERÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES NO SERVIÇO

Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Ligiane Medeiros Diógenes
Débora Maria Marques Bezerra

Introdução

O tema central deste estudo é a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) analisada sob a perspectiva de profissionais não médicos de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O reconhecimento da educação em serviço na Atenção Básica (AB), responde às mudanças no cenário de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a formação de profissionais de saúde preparados para atuar em equipes (Campos, 2007; Baldino & Veras, 2016).

O programa de desenvolvimento de médicos para a ESF requer a integração das universidades com serviços de saúde, gerando a necessidade de discussões em torno da relação entre procedimentos de ensino-aprendizagem e processo de trabalho em saúde na AB. Nesse âmbito da formação de profissionais para o SUS, a residência médica (RM) demanda uma integração ensino-serviço, inserindo-se no núcleo da atuação das equipes da ESF, onde os residentes aprendem a trabalhar em equipe e com a equipe, com novas formas de organização do trabalho em saúde (Brehmer & Ramos, 2014).

A equipe da ESF adota, como parte do seu processo de trabalho, o ensino dos residentes em MFC “por meio de uma compreensão de educação permanente de si mesma e dos educandos que atravessarem sua história” (Barreto *et al.*, 2011, p. 582). Por isso, reitera-se a importância da realização de pesquisas que enfoquem a apreciação desta inserção por profissionais da ESF. Foram publicados estudos abordando relações entre profissionais da ESF, entre profissionais de equipes diferentes, assim como entre profissionais e comunidade (Cotta *et al.*,

2006; Maciel Filho *et al.*, 2007), mas a literatura sobre a relação de profissionais da ESF com médicos residentes inseridos em seu contexto, na interface do mundo do trabalho com o da formação ainda é escassa.

Com base nessas considerações, o principal problema de pesquisa deste estudo foi: como profissionais de saúde de equipes da ESF do município de Mossoró-RN percebem a inserção da residência de MFC no serviço onde atuam e no seu próprio processo de trabalho de assistência à comunidade?

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade em unidades básicas de saúde (UBS) na visão de profissionais destas unidades.

Métodos

Modelo do estudo

O modelo de pesquisa deste estudo foi descritivo com abordagem qualitativa, pois visa a uma descrição da percepção dos participantes, além de se enquadrar no objetivo de descrever características de determinada população ou fenômeno (Gil, 2009).

Cenário da pesquisa

As unidades básicas de saúde (UBS) escolhidas para este estudo foram as quatro primeiras unidades a receberem residentes de MFC no município de Mossoró (equipes 127, 146, 147, 148 e 154), localizadas em diferentes bairros da cidade, porém geograficamente próximas entre si. Uma das UBS teve duas equipes selecionadas para o estudo.

Mossoró é um município brasileiro do interior do estado do Rio Grande do Norte e o segundo município mais populoso do estado. A abertura da Residência de MFC da cidade ocorreu em 2011, através de parceria entre a universidade estadual e a prefeitura municipal, com responsabilidade compartilhada, sendo o município a instituição executora.

Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto de 2018. A amostra foi composta por profissionais de equipes mínimas da ESF, ou seja, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e a equipe de saúde bucal.

Os critérios de inclusão foram: (a) profissionais das equipes de ESF das referidas UBS de Mossoró há pelo menos dois anos; e (b) profissionais que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: (a) servidores das referidas equipes que estavam ausentes do serviço por licença ou férias; e (b) médicos que atuavam na preceptorial dos residentes de MFC. Este último critério de exclusão foi adotado em virtude da personalidade e habitualidade dos médicos do serviço em relação à pesquisadora responsável.

As entrevistas foram realizadas pela técnica do grupo focal (GF) com o propósito de captar percepções, atitudes, sentimentos e motivações das equipes (Trad, 2009). Os grupos tiveram uma moderadora e uma observadora. A primeira, com experiência em pesquisa qualitativa, proporcionou o diálogo entre os participantes e operacionalizou as etapas da discussão (Gil, 2009; Trad, 2009). A observadora forneceu apoio à moderadora na gestão do tempo e realizou as gravações em áudio e vídeo. As gravações foram posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora principal e pela observadora.

Antes do início da discussão foi oferecido um cartão com nome fictício, para que os participantes, ao se dirigirem aos demais durante o GF, evitassem sua identificação. Os GF ocorreram em espaços do território de atuação das equipes, utilizando-se um Guia de Entrevista elaborado pelas autoras. As três primeiras questões abordaram o processo de inserção do residente na equipe da ESF, enquanto as seis seguintes enfocaram aspectos da atuação dos médicos residentes. Os participantes receberam esclarecimentos sobre o objetivo do estudo e preencheram o Questionário de Identificação do Participante (idade, sexo, profissão, escolaridade, tempo de atuação e tempo de atuação na equipe). Os participantes foram citados de forma codificada como Participante/Equipe de Saúde da Família (PART 1 eSF 1, PART 2 eSF 2, e assim sucessivamente).

Utilizou-se o critério da saturação teórica, pois nos cinco GF realizados, as repetições permitiam formar agrupamentos e constituição de categorias abertas empíricas.

Análise dos dados

As técnicas de análise temática e lexical de conteúdo foram utilizadas de forma complementar. A análise textual realizada por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2011), adotando-se os procedimentos de pré-análise, classificação do material e interpretação dos resultados. Na primeira, realizaram-se leituras das falas identificando pontos convergentes. A categorização temática conforme semelhança semântica dos recortes, na análise qualitativa, estabeleceu classes de equivalência, definidas após a leitura do material transcrito. A interpretação elaborada confrontando-se os objetivos da pesquisa com as referências teóricas sobre a temática.

Efetuiu-se a análise léxica automatizada do material textual por meio do *software* IRAMUTEQ.

Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte em junho de 2018, sob Parecer número 2.673.393.

Resultados

Caracterização dos Participantes

Foram selecionados 27 profissionais das equipes participantes, sendo três enfermeiros, uma técnica de enfermagem, 21 ACS, um técnico de saúde bucal e um auxiliar em saúde bucal que se enquadravam dentro dos critérios de inclusão.

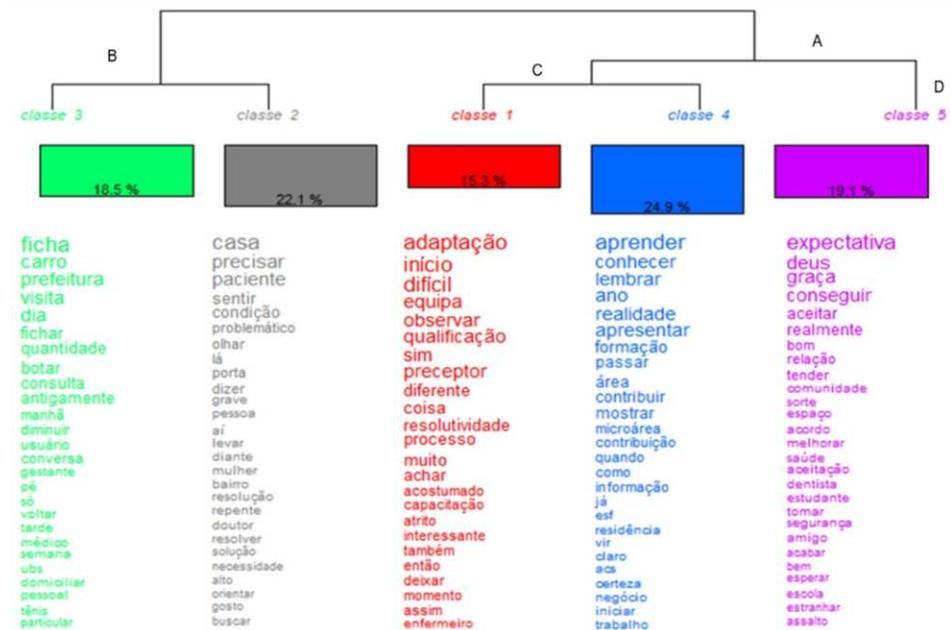
A idade variou de 32 a 57 anos, com média de 43,4 (desvio-padrão: 7,7) e mediana de 42 anos, 66,6% com mais de 40 anos, 95,6% mulheres. A maior parte da amostra (77,8%) era ACS e trabalhava na ESF há dez anos ou mais (mediana de 14), 70,4% atuavam na mesma equipe há mais de 10 anos, 16 (59,3%) possuíam nível médio completo de escolaridade e 11 (40,7) tinham nível superior. O número de participantes por equipe variou entre 4 e 7 (mediana de 4).

Análise lexical de conteúdo

O programa IRAMUTEQ gerou informações a partir dos 27 textos correspondendo ao número de participantes por equipe da ESF (eSF), cujas falas foram agrupadas. Os 27 textos divididos em 869 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 763 segmentos, correspondendo a 87,8% dos ST. Apareceram 30.197 ocorrências (palavras, formas ou vocabulários), sendo 2.776 palavras distintas e 1.261 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: 1 (117/15,3%), 2 (169/22,1%), 3 (141/18,5%), 4 (190/24,9%) e 5 (146/19,1%) dos ST (Figura 1).

Observaram-se evocações que apresentaram vocabulário semelhante entre si e diferente das outras classes, em que se perceberam as representações das relações entre as cinco classes que provinham de duas ramificações do *corpus* total em análise, denominadas A e B. O *subcorpus* A foi subdividido em C e D, ramificações compostas pelas classes 1, 4 e 5. O *subcorpus* B foi composto pelas classes 2 e 3.

Figura 1. Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual.



Fonte: Dados primários da pesquisa.

Análise temática de conteúdo

Da leitura e classificação das transcrições, emergiram as seguintes categorias: “residência e a sua presença na equipe”, “residência e o processo de trabalho”, “residência e a comunidade” e “residência e a gestão”, cujas subcategorias estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias temáticas das falas dos participantes dos grupos focais

CATEGORIAS	Residência e a sua presença na equipe	Residência e o processo de trabalho	Residência e a comunidade	Residência e a gestão
	Entendimento sobre o que é a residência	Repercussão para a UBS	Aceitação por parte da comunidade	Falta de apoio
Expectativas sobre a residência	Qualificação do trabalho	Repercussão para a comunidade	Recursos precários	
Aportes da equipe à formação	Relações interpessoais			
O perfil de residente de MFC	Educação continuada/permanente para a equipe			
Intermediação da preceptoria				

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo (2018)

A inserção da residência e do residente na equipe, em 2011, ocorreu com a apresentação do preceptor, sem coparticipação manifesta da gestão local. Houve reorganização da equipe à nova realidade, aspecto expresso nas falas dos entrevistados, além de alusões sugestivas de grande expectativa entre eles em relação à chegada dos residentes.

Com relação ao processo formativo, os profissionais relataram que alguns residentes pareciam ter perfil para MFC, enquanto outros, não. Observou-se uma percepção dos profissionais sobre a sua própria contribuição na formação dos residentes. Quanto à preceptoria na residência, tanto no aspecto da sua presença e atuação, como a

sua fragilidade, especialmente diante de demandas que surgiram no acompanhamento e formação do residente, também foram explicitados pelos participantes.

Nas subcategorias do tema “residência e a sua presença na equipe” foram observadas falas sobre o entendimento (ou não) sobre o que era a residência, assim como as expectativas sobre esta:

[...] ano passado é que eu vim entender bem mesmo o que era a residência de médico da família, o que era ser médico residente. (Part. 2, eSF 1)

[...] a expectativa era muito grande, realmente, como falaram, de como ia ser, como ia se dar essa residência[...] (Part. 14, eSF3)

Esperava melhoras com a chegada dos residentes, melhorias, que no caso melhorou, agora não tanto quanto queríamos, a expectativa foi maior do que o que aconteceu. (Part. 3, eSF 4)

Quanto aos aportes da equipe à formação dos residentes e o perfil de residente de MFC, podem ser destacados os seguintes depoimentos:

[...] eles vão vindo como uma equipe funciona[...] (Part. 1, eSF 1)

[...] o residente chega aqui na UBS e vai fazer a primeira consulta domiciliar, então vamos ajudar contando como é a família, como é o dia a dia do paciente[...] (Part. 10, eSF 2)

Então até isso a equipe sente e ela percebe quando chega um residente que não tem nada a ver com aquilo ali. Parece que ele caiu assim de paraquedas. (Part. 14, eSF 3)

[...] tem o médico residente e tem ‘o’ médico residente, que são duas pessoas totalmente diferentes. Tem um que se propõe a trabalhar no PSF, que é aquilo que ele deseja para a vida dele, e tem aquele que vai só para cumprir[...] (Part. 20, eSF 4)

O papel e a intermediação da preceptoria apareceram nas seguintes falas:

[...] assim, é jogado o residente na UBS. Mas quem é que fiscaliza esses residentes? Quem é que vê como é que eles estão funcionando? [...] Ah,

tem a preceptora, mas ela vem uma vez na semana [...] (Part. 20, eSF 4)

Quando começou com a residência médica, quando tinha um problema na área, vinha para a médica preceptora e ela dizia ‘você tem que falar com o residente, ele que está vendo o atendimento, você tem de direcionar a ele’[...] (Part. 10, eSF 2)

Com relação ao processo de trabalho nas UBS e as repercussões sobre o serviço prestado à comunidade e sobre as próprias equipes, seu enfoque favorável, ou não, variou entre os grupos abordados. Emergiu a ideia de que a inserção da residência favorece uma maior proximidade com as universidades, tornando as unidades mais integradas à rede.

O residente contribui para a qualificação e capacidade resolutiva da equipe porque ele traz serviços para nós, é uma ponte com a universidade. (Part. 1, eSF 1)

Segundo os participantes, a residência possibilitou ainda que alguns trabalhos antes não realizados pela equipe passassem a ser cumpridos:

[...] foi implantado o programa de pré-natal, os agendamentos e as consultas, o programa de hipertensos, da criança [...]. (Part. 21, eSF 4)

[...] o ponto positivo para mim é esse, ter sempre o médico na UBS, todo dia, de manhã e de tarde e os programas que foram implantados. (Part. 21, eSF 4)

A “qualificação do trabalho” emergiu nas seguintes falas:

Antigamente as 30 fichas eram assim, chegavam 30 fichas, o médico atendia... O [médico] do PSF, era a cabeça baixa... [...] agora, o médico [residente] conversa[...] (Part. 22, eSF 4)

[...] Eu acho que mudou muito e, a meu ver, foi para melhor; começamos a trabalhar coisas que talvez até pela sobrecarga de trabalho que tínhamos, não conseguíamos trabalhar. (Part. 1, eSF 5)

Se fosse um médico que não fosse residente e tivesse aqui três dias na semana não teríamos como ir à escola, ir fazer a visita[...]. (Part. 25, eSF 5)

Por outro lado, houve referência à descontinuidade do trabalho na ESF com a inserção dos médicos residentes:

Vínhamos acostumados com o médico que tinha na UBS, todo mundo já era acostumado com ele, e quando chegou a residência... o médico passa dois anos, vai embora [...]. (Part. 15, eSF 3)

Aí se perdeu muito o vínculo do usuário com o médico. Quando foi no ano seguinte chegou o outro R2[...]. (Part. 20, eSF 4)

As relações interpessoais representaram uma dimensão importante na análise das falas em relação ao processo de trabalho de uma das equipes. O diálogo entre os profissionais pareceu favorecer a resolução direta dos problemas identificados. Nesse sentido, para eles, as reuniões de equipe colaboravam para a integração e resolução de conflitos. Dependendo da equipe, o relacionamento foi considerado bom, persistindo mesmo após a saída do residente.

Quando ele [o residente] chegou já foi passando como queria, e tivemos que nos adaptar às normas dele. (Part. 2, eSF 1)

[...] ele [o residente] me criticou na frente da equipe inteira, por esse tipo de procedimento que eu faço. (Part. 1, eSF 1)

[...] temos vários exemplos de residentes que foram e de vez enquanto voltam para nos visitar. (Part. 7, eSF 2)

Com ele [residente] tínhamos 'aquele momento', ficavam todos assim, 'parecia' a Xuxa e as paquitas[...]. (Part. 22, eSF 4)

E talvez, se houvesse mais reuniões, haveria mais resoluções. E na própria reunião às vezes ocorrem os conflitos, mas é no choque de conflitos que se acha a solução. (Part. 5, eSF 1)

Ainda na mesma categoria, foram observados fragmentos de discursos alusivos à educação continuada:

Sim, a equipe se torna mais qualificada com a residência em relação às capacidades que ocorrem[...]. (Part. 5, eSF 1)

[...] eu falo de educação continuada da equipe, começamos a estudar mais[...]. (Part. 7, eSF 2)

Outras categorias definidas foram a “residência e a comunidade” e a “residência e a gestão”. Na primeira, foram encontradas as seguintes falas na subcategoria de “aceitação por parte da comunidade”:

[...] para a comunidade é confuso. Até hoje ainda alguns se confundem sobre quem é a médica da comunidade deles, porque tem dois residentes no geral e é algo meio confuso para eles. (Part. 7, eSF 2)

[...] a comunidade eu acho que é de acordo com o que vamos recebendo e passando para eles, e eles vão tendo a mesma aceitação que a gente. Talvez se tivéssemos tido bem mais dificuldade, com certeza a comunidade ia ter bem mais também. (Part. 12, eSF 2)

Nas subcategorias de “Residência e Gestão”, foram destacados os seguintes recortes das falas, quanto à “falta de apoio” e à “falta de recursos materiais”:

Eu acho que a gestão não apoia a residência [...] Em que sentido? Não é que a gestão seja contra, para a gestão é uma mão na roda, é maravilhoso ter profissionais, mas eu não vejo fazerem mais para fazer o residente se sentir mais acolhido[...]. (Part. 1, eSF 1)

Então acho que a dificuldade muitas vezes não é nem tanto os residentes que vem, ou da equipe, mas sim da estrutura em si, do equipamento, de sala, de medicação, de regulação[...]. (Part. 26, eSF 5)

Discussão

Para organizar a discussão dos resultados, esta seção foi dividida em subseções segundo as categorias temáticas construídas, após a caracterização do perfil dos participantes.

Perfil dos participantes

O coletivo dos participantes se caracterizou predominantemente como uma amostra de mulheres, na faixa de idade entre 40 e 57 anos, na função de ACS, com nível médio/superior de escolaridade e com mais de dez anos de trabalho na ESF, sendo condizente com o que foi referido em um estudo de abordagem quantitativa que objetivou caracterizar o perfil de trabalhadores de nível superior da ESF em uma capital do Nordeste do Brasil (Brito, Mendes, Santos Neto & Farias, 2016). O referido perfil também corrobora estudos qualitativos realizados no Brasil para avaliar o trabalho interprofissional colaborativo na ESF (Valadão, Lins & Carvalho, 2017; Silva & Arantes, 2017; Freire Filho, Magnago & Forster, 2008).

Residência e a sua presença na equipe

Os relatos nos depoimentos de alguns profissionais a respeito da falta de compreensão do que significava a residência e sobre lacunas na sua supervisão mostra a importância de se conhecerem aspectos relacionados à inserção da residência nas UBS na ótica dos próprios trabalhadores. Entende-se que o residente deveria iniciar este processo formativo com a equipe já informada sobre o que é a residência e quais as atribuições e limites dos residentes, assim como sobre o intercâmbio de informações entre eles e a intermediação da preceptoria, pois foram mencionadas falhas na comunicação e na supervisão.

A presença dos residentes na equipe com caráter temporário faz com que eles sejam percebidos como passageiros, segundo alguns relatos, dificultando o estabelecimento de relações de confiança entre eles e falta de tempo para conhecimento da comunidade. Entretanto, a presença do residente na UBS foi sentida pela articulação de suas atividades à programação da equipe, além da inclusão de novas ações do cronograma da residência.

Em relação ao perfil do residente como profissional talhado para a MFC, ficou evidenciada a percepção da existência, ou não, de um olhar médico ampliado, para além da visão do modelo biomédico. O Currículo Baseado em Competências, elaborado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2015), expressa esta questão, que deveria ser discutida na prática da residência e

preceptoria com os próprios residentes, dando ciência do desenvolvimento destas competências necessárias à prática da MFC.

Assim, o desafio da inserção da residência no serviço pareceu envolver também questões como “quem é o residente”, qual o seu perfil e como precisa ser formado neste período. Porém, não se pode esquecer que o contexto da atuação do residente, sob acompanhamento do preceptor na dinâmica do processo de trabalho na ESF, tem influência na sua formação. É necessária a devida ênfase no aprimoramento das competências de comunicação, tanto no cuidado ao paciente e sua família, como no trabalho em equipe, o que deve ser intermediado pela própria preceptoria, pela complexidade do contexto na formação médica na AB (Izecksohn, Teixeira Júnior, Stelet & Jantsch, 2017).

As questões postas não estão dissociadas. Um impacto positivo da residência sobre a equipe da ESF e sobre a sua atuação no território com repercussões sobre a comunidade assistida é esperado como produto da integração ensino-serviço-comunidade. Nesse sentido, a maior parte dos achados do estudo corroboram com pesquisas acerca de dificuldades no desenvolvimento da integração ensino-serviço-comunidade (Balduino & Veras, 2016; Brehmer & Ramos, 2014; COTTA *et al.*, 2006; Agreli, 2017).

Depoimentos sobre a contribuição dos ACS para o processo formativo dos residentes sugerem que estes trabalhadores interagem também na busca por reconhecimento de sua atuação na equipe. A forma como o serviço de saúde está organizada historicamente, pautado na verticalização do saber, em que o conhecimento do médico é considerado mais importante, torna essa valoração do ACS escassa (Silva & Arantes, 2017; Caldeira, Leite & Rodrigues Neto, 2011).

Não se encontraram estudos com o mesmo objetivo que o da presente pesquisa. Mas há dois estudos semelhantes, envolvendo a percepção dos trabalhadores sobre a inserção de estudantes de medicina (Caldeira, Leite & Rodrigues Neto, 2011) e sobre a inserção da residência multiprofissional nas UBS (Domingos, Nunes & Carvalho, 2015). No que se refere ao primeiro, as categorias temáticas definidas a partir dos discursos dos profissionais entrevistados foram integração ensino-serviço-comunidade, funcionamento do serviço e formação médica (Caldeira, Leite & Rodrigues Neto, 2011), que são consonantes, em parte, com as encontradas na presente pesquisa.

No nosso estudo, observou-se que os depoimentos continham a ideia de que a presença dos residentes na UBS era facilitadora de um ambiente de intercâmbio de saberes e práticas entre eles e os profissionais da equipe, o que também corrobora resultados de estudo anterior (Caldeira, Leite & Rodrigues Neto, 2011). Em outro estudo, foi observado que a inserção de estudantes de medicina e residentes repercute diretamente no cotidiano dos serviços de saúde, ampliando a abrangência da atenção e contribuindo para a organização dos processos de trabalho, nos quais o médico residente de MFC assume a função de médico na ESF, sendo estimulado também a atuar como preceptor dos alunos do internato de medicina (Soares *et al.*, 2018).

Residência e o Processo de Trabalho

Os conflitos mencionados foram, em parte, considerados por eles como “conflito positivo”, enquadrado como construtivo (Agreli, 2017), mas encarados por outros depoentes como incompatibilidades pessoais, decorrentes da relação de poder na equipe ou até de assédio moral. Porém, algumas falas indicaram a existência de integração positiva na relação interpessoal, sentimentos de afetividade e uma visão idealizada, aspecto que foi convergente com a observação de estudo anterior que enfocou, porém, relações interpessoais em equipes de profissionais da ESF, não envolvendo residentes (Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Navarro, Guimarães & Garanhani, 2013).

As falas categorizadas como “relações interpessoais” entre residentes e trabalhadores da UBS mostram que a temática da formação em saúde é indissociável das questões relativas ao trabalho em saúde e às expectativas a respeito do exercício profissional (Pereira, Rivera & Artmann, 2005). Nesta categoria, houve menção à importância de diálogo e da necessidade da realização de reuniões periódicas com os integrantes da equipe para fomentar o vínculo e a possível troca de informações pertinentes ao trabalho coletivo (Navarro, Guimarães & Garanhani, 2013).

Considerando os depoimentos, as ações dos ACS são as que mais pareceram se articular com o conjunto de profissionais da equipe, em parte porque estes compuseram a maioria da amostra, o que pode representar um viés

de seleção, mas também configura uma semelhança com o que observaram outros autores sobre a importância de lidar com as relações interpessoais (Pereira, Rivera & Artmann, 2013; Fernandes *et al.*, 2015).

Os depoimentos sugeriram uma influência positiva na qualificação do trabalho nas equipes, através da inserção da RMFC, confirmando que os residentes favorecem o trabalho coletivo na ESF. Tais achados corroboram resultados de estudo anterior sobre a percepção do trabalhador de saúde sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Domingos, Nunes & Carvalho, 2011). Ficou destacada também a possibilidade de crescimento dos membros das equipes da ESF, incentivando-os a buscar formação. Esse tema tem relevância no contexto dos serviços de saúde, embora sua produção científica ainda seja considerada incipiente (Navarro, Guimarães & Garanhani, 2013).

Embora os currículos atuais objetivem à formação de um profissional capaz de agir de acordo com o modelo biopsicossocial de atenção e o trabalho em equipe, muitas vezes os estudantes de medicina não são preparados para trabalhar de forma interprofissional, pois falta a preparação cognitiva e afetiva para entender essa característica primordial da ESF (Silva & Arantes, 2017). Atitudes negativas dos residentes para com os trabalhadores da equipe podem fomentar segregação entre serviço e ensino. Tais atitudes, perceptíveis em algumas falas dos depoentes, parecem refletir uma percepção ainda vigente de superioridade dos médicos na equipe (Simas & Pinto, 2017). Embora o trabalho da ESF se apresente com uma estruturação mais horizontalizada que em outros âmbitos da saúde, o médico ainda é a principal “figura de autoridade”, independentemente dos cargos ocupados pelos demais profissionais, o que ocorre, muitas vezes, de forma naturalizada (Villa, Aranha, Silva & Flôr, 2015).

Residência e a comunidade

Embora seja esperado que a inserção de médicos residentes nas equipes da ESF melhore a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão inseridas, principalmente com a atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde e estudantes na equipe, os depoimentos nesse sentido foram escassos. Observou-se uma relação próxima e afetiva de usuários com residentes e baixa aceitação

da descontinuidade do vínculo, que é inerente à condição transitória de médico residente. A participação da comunidade no processo de formação do residente quase não apareceu nos discursos, dificultando o alcance de mudanças pretendidas com a residência como impacto direto sobre a comunidade (Simas & Pinto, 2017).

A residência e a gestão

A gestão apareceu nos depoimentos de forma tangencial e relacionada a aspectos problemáticos. Para a apresentação dos residentes às equipes, a preceptoria foi intermediadora do primeiro contato na ESF, sem menção aos gestores. Outra alusão feita à gestão foi referente à falta de apoio desta aos residentes e à infraestrutura precária. Os gestores foram percebidos como elementos externos ao processo (Cecílio, 2011). Há referências na literatura aos diversos desafios materiais da formação em MFC, entre os quais, a estrutura física inadequada para o processo de ensino-aprendizagem do residente e para as práticas de trabalho (Sarti *et al.*, 2018; Oliveira Júnior, 2013).

Considerações finais

Para os profissionais que participaram da pesquisa, com a inserção da residência nas UBS houve ampliação do intercâmbio de saberes e práticas entre residentes e profissionais, com qualificação do trabalho da equipe, além do provimento de ações específicas de políticas de saúde que inexistiam previamente nas práticas das unidades. Assim, a inserção da residência médica foi entendida como positiva para as equipes da ESF, para a UBS e para a comunidade. Por outro lado, foram observadas também a existência de lacunas na supervisão dos residentes pela preceptoria, presença de conflitos interpessoais e escassa presença de atores da gestão.

Nesta pesquisa foram explanados determinados sentidos que permeiam as percepções dos profissionais das UBS sobre a inserção da residência no cotidiano de trabalho, uma questão de pesquisa ainda pouco explorada empiricamente. Não se podem apresentar conclusões bem definidas no presente trabalho, por sua natureza exploratória, mas os resultados contêm subsídios empíricos para o conhecimento relacionado à formação dos residentes de MFC e à integração ensino-serviço no âmbito da ESF.

Referências

- Agreli, H. L. F. (2017). Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Baldoino, A. S., Veras, R. M. (2016). Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. *Rev. esc. enferm. USP*, 50 (spe), pp. 17-24.
- Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições.
- Barreto, V. H., Monteiro, R. O. S., Magalhães, G. S. G., Almeida, R. C. C., Souza, L. N. (2011). Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um Termo de Referência. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 35 (4), pp. 578-583.
- Brehmer, L. C. F., Ramos, F. R. S. (2014). Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.*, 16 (1), pp. 228-37.
- Brito, G. E. G., Mendes, A. C. G., Santos Neto, P. M., Farias, D. N. (2016). Perfil dos Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma Capital do Nordeste do Brasil. *Rev. APS*, 19 (3), pp. 434-445.
- Caldeira, E. S., Leite, M. T. S., Rodrigues Neto, J. F. (2011). Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. *Rev. bras. educ. med.*, 35 (4), pp. 477-485.
- Campos, J. W. S. (2007). Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – Diretrizes. *Cadernos ABEM*, 3, pp. 6-10. Disponível em: http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol03.pdf.
- Cecílio, L. C. (2011). Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface*, 15 (37), pp. 589-99.
- Cotta, R. M. M., Schot, M. A., Azeredo, C. M., Franceschini, S. C. C., Priore, S. E., Dias, G. (2006). Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 15 (3), pp. 7-18.
- Domingos, C. M., Nunes, E. F. P., Carvalho, B. G. (2015). Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface*, 19 (55), pp. 1221-1232.
- Ellery, A. L., Pontes, R. S. S., Lioia, F. A. (2013). Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis*, 23 (2), pp. 415-437.
- Fernandes, H. N., Thofehrn, M. B., Porto, A. R., Amestoy, S. C., Jacondino, M. B., Soares, M. R. (2015). Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Rev. pesqui. cuid. Fundam.*, 7 (1), pp. 1915-1926.
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13 (2), pp. 262-268.
- Freire Filho, J. R., Costa, M. V., Magnago, M., Forster, A.C. (2008). Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26 (e3018). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3018.pdf.
- Gil, A. C. (2009). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas.
- Izecksohn, M. M., Teixeira Júnior, J. E., Stelet, B. P., Jantsch, A. G. (2017). Preceptoria em Medicina de



PRECEPTOR EM RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMPREENDENDO A SINGULARIDADE DESSE PROFISSIONAL

Lucas Gaspar Ribeiro
Marina Lemos Villardi
Antônio Pazin Filho
Eliana Goldfarb Cyrino

- Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciê. Saúde Colet.*, 22 (3), pp. 737-746.
- Maciel Filho, R. H. M. O., Lima, A. F. A. L., Albuquerque, M. F. C., Aguiar A. S. W., Santos, J. B. S. (2007). O Multiprofissionalismo em Saúde e a Interação das Equipes do Programa de Saúde da Família. UECE. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf.
- Navarro, A. S. S., Guimarães, R. L. S., Garanhani, M. L. (2013). Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *REME Rev. Min. Enferm.*, 17 (1), pp. 61-68.
- Oliveira Júnior, R. G. (2013). Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. *O Mundo da Saúde*, 37 (4), pp. 433-438.
- Pereira, R. C. A., Rivera, F. J. U., Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface*, 17 (45), pp. 327-40.
- Sarti, T. D., Dalla, M. D. B., Machado, T. M., Fonseca, M. C. F. O., Bof, S. M. S., Castro, J. A. F. *et al.* (2018). A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 13(40), pp. 1-12.
- Silva, I., Arantes, C. I. S. (2017). Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 70 (3), pp. 580-587.
- Simas, P. R. P., Pinto, I. C. M. (2017). Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (6), pp. 1865-1876.
- Soares, R. S., Oliveira, F. P., Melo Neto, A. J., Barreto, D. S., Carvalho, A. L. B., Sampaio, J. *et al.* (2018). Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 13 (40), pp. 1-8.
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade — SBMFC. (2015). Currículo Baseado Em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf).
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, 19 (3), pp. 777-796.
- Valadão, P. A. S., Lins, L., Carvalho, F. M. (2017). Problemas Bioéticos no Cotidiano do Trabalho de Profissionais de Equipes de Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*, 15 (3), pp. 725-744.
- Villa, E. A., Aranha, A. V. S., Silva, L. L. T., Flôr, C. L. (2015). As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*, 39 (107), pp. 1044-1052.

Introdução

Para compreender o papel do preceptor da Residência Médica (RM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é necessário entender o que é a residência médica, a especialidade e o preceptor. Assim, esse texto traz um recorte histórico e evolutivo das temáticas finalizando com uma proposta de quem é o preceptor da RM em MFC, produzido na forma de revisão narrativa e propondo uma definição sobre esse profissional, o qual ainda não existe de forma estruturada na literatura (Ribeiro, 2019).

A Residência Médica

A história da RM no Brasil se inicia na década de 40. Há mais de um século no mundo, sendo considerada padrão-ouro na formação de especialistas, sendo uma continuação da formação médica após a graduação, permitindo adquirir competências a mais em relação à graduação (BRASIL, 1981).

O surgimento dessa modalidade iniciou no *The Johns's Hopkins Hospital* através de Willian Osler e William Stewart Halsted, na clínica médica e cirurgia respectivamente, no final do século XIX. Ela foi construída a partir de uma necessidade crescente da formação médica, em que se instaurou tempo mínimo e currículo comum de curso. Como muitos médicos estavam estudando na Europa após a graduação (Horii, 2013; Howell, 2016). Halsted criou um curso regular, no contexto em que o médico era instruído por um profissional de nível superior e o aluno recebia responsabilidades progressivas ao longo do tempo. Com o passar dos anos, os professores perceberam uma qualificação dos alunos e melhores

resultados no cuidado. Assim, essa prática foi sendo adotada para formar novos médicos especialistas (Howell, 2016; That, 1983).

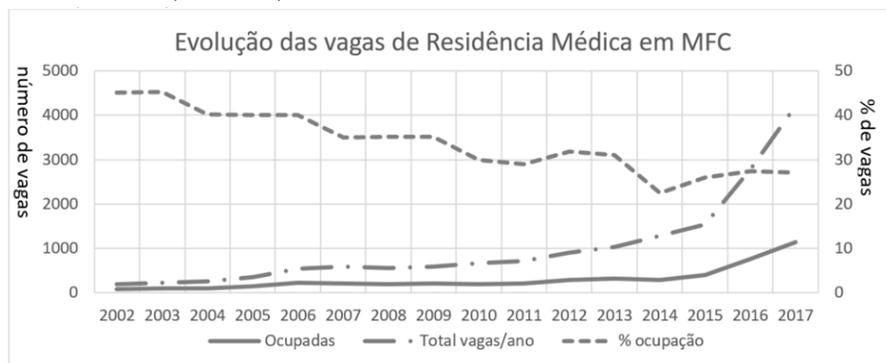
No Brasil, a formação na RM existe desde 1944, quando a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo iniciou o primeiro programa, sendo que nos anos 1970 foi fundada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e consequentemente se criou a legislação específica para essa formação médica (Horii, 2013; Júnior, 1997), sendo considerada como um curso de especialização com foco no treinamento em serviço (BRASIL, 1977).

Em 2017, o país contava com 37.187 médicos residentes, em 6.574 programas de 790 instituições, entre o 1º e 6º ano de residência, 55 especialidades e 59 áreas de atuação (Scheffer, Alex Cassenote, Guilloux, Miotto, & Mainardi, 2018). Dentro dos programas em que a pesquisa se desenvolveu, a MFC tem 5.394 vagas de residência (1º, 2º e 3º anos), correspondendo a 9,2% do total de vagas no país (Scheffer *et al.*, 2018).

Medicina de Família e Comunidade

A MFC é uma especialidade em ascensão, principalmente desde 2013, como visto no gráfico 1 (BRASIL, 2019a; Scheffer *et al.*, 2018). Ela começou no Brasil em 1974, sendo a residência em 1976, por três programas diferentes (Falk, 2004). Desde então, essa especialidade apresenta um aumento de vagas, com suporte e incentivo do governo federal nos últimos anos, principalmente a partir de 2013 como política de expansão (Alessio & Sousa, 2016; Storti, Oliveira, & Xavier, 2017).

Gráfico 1 - Número de vagas da Residência Médica em MFC preenchidas por ano, em números absolutos e relativos, São Paulo, 2019.



Fonte: CNRM.

O programa Pró-Residência¹¹ teve um importante papel no aumento de vagas de residência por todo o Brasil (Alessio & Sousa, 2016; Petta, 2011), como um marco regulatório das vagas de acordo com as necessidades do sistema, segundo Alessio (Alessio & Sousa, 2016). A partir de 2013, com a introdução da lei 12.871/2013 (Lei Mais Médicos (LMM)), uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde e Educação esse investimento cresceu, como percebido no gráfico 1 (Alessio & Sousa, 2016; Athié, Fortes, & Delgado, 2013; Storti *et al.*, 2017). A fim de estabelecer um critério de comparação, no ano de 2011 (já com o Pró-Residência em atividade) o país contava com 452 vagas de residência, e em 2017, foram 5.394 vagas (Chaves, Borges, Guimarães, & Cavalcanti, 2013; Scheffer *et al.*, 2018).

O gráfico 1 também traz a discrepância entre as vagas oferecidas e ocupadas. Há um incremento de vagas a partir de 2013, mas também sua ocupação segue uma tendência ascendente, mesmo sem ocupação integral das vagas (BRASIL, 2019a). Resta pontuar que número alto de vagas ociosas não é exclusivo da MFC, mas ocorre em todas as áreas (Scheffer *et al.*, 2018).

Os aspectos mais relevantes sobre essa baixa taxa de ocupação são a grade curricular na graduação; a presença de docentes e preceptores médicos de família e comunidade como modelos na formação; mercado de trabalho e a organização das políticas públicas de saúde como um fator desestimulante para a especialidade (Alessio & Sousa, 2016; Storti *et al.*, 2017; Zambon, 2015). Como não é obrigatório ser especialista para atuar na área, a MFC muitas vezes é vista de forma negativa. Ademais, deve-se considerar que o senso comum sobre a especialidade é de uma área de atuação de baixa complexidade e qualquer um pode atuar (Levy, Hartz, Merchant, & Schroeder, 2001; Mello, Mattos, Souto, Fontanella, & Demarzo, 2009) we compared the background and experiences of those who matched into family practice with those who chose other specialties. RESULTS: Twenty-nine percent (n=267).

A fim de buscar uma intervenção e melhoria dos números, programas de RM se articularam de forma a realizar intervenções político-institucionais, atingindo ocupação acima de 50%. Quando realizada uma avaliação destes, é percebido que os fatores perpetuadores da taxa de ocupação são semelhantes dentre os programas, sendo eles a melhora da qualidade da rede de atenção à

11 O Programa Pró-residência foi lançado em 2009 pelo Ministério da Educação com o objetivo de aumentar o número de vagas em programas de residência médica em especialidades e em regiões prioritárias, observando as demandas locais e regionais dos gestores do SUS. (Petta, 2011)

saúde, principalmente a atenção primária à saúde; o financiamento tanto com complementação de bolsa/salarial para o residente quanto para o preceptor da residência; a qualificação do profissional que atua como preceptor e a integração com a graduação e com outros programas (Storti *et al.*, 2017).

Assim, com reorientação da formação desde a graduação, organização financeira e suporte à atenção primária à saúde, é possível aumentar a taxa de ocupação das residências para formar novos médicos de família e comunidade. Segundo a World Organization of Family Doctors (WONCA), tal especialidade pode ser definida como:

O médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra.

(Perfil do Médico de Família e Comunidade – Definição Ibero-americana, 2010) (Arias-Castillo, Toro, Freifer, & Fernández, 2010)

Sendo assim, o MFC é um especialista, e para conseguir atingir os objetivos propostos, é importante ter uma formação complementar — a residência médica —, considerada essa a formação ideal para o profissional, como acontece em outros países (Berger, Dallegrave, De Castro Filho, & Pekelman, 2017; Carek *et al.*, 2017; Rodrigues, Campos, & Anderson, 2005; Ruilova *et al.*, 2016).

Uma especialidade médica é provida de questões de cunho de conhecimento científico da área, capacidade de demonstrar a especificidade frente a outras especialidades, poder de arguição frente a colégios médicos de especialistas para promover sua especialidade e definição clara de sua jurisprudência, ou área de atuação. Sendo assim, as especialidades Emergências Médicas e MFC atuam como porta de entrada do sistema, não tendo apenas um escopo biológico, como a cardiologia, ginecologia, entre outros (Timmons & Nairn, 2015).

A MFC ainda é marcada por um diferencial: a relação médico-pessoa longitudinalmente, bem como com os membros da família da pessoa, vinculado a atuação profissional a uma comunidade e resolvendo mais de 90% dos problemas de saúde (Arias-Castillo *et al.*, 2010). Essas características trazem jurisprudência à especialidade, podendo esta ser adquirida através da certificação pela residência médica na área ou pela prova de título de especialista realizada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (BRASIL, 2015)

Dentre suas especificidades, o médico de família e comunidade olha para a pessoa de uma forma única, pois assume como pressuposto um modelo de atenção ao cuidado que não é aprendido na universidade e necessita de atualização, observação e autocrítica constantes. Isso implica dizer que são formados pelo modelo biomédico, mas dentro da especificidade de atuação, esse modelo não é viável (I R McWhinney, 1996).

Além do aspecto relação médico-pessoa, há a relação médico-doença e relação médico-cuidado, trabalhando no contexto de uma equipe de saúde da família, com relações e intervenções às pessoas como equipe e não apenas como médicos-pacientes, utilizando de diversas técnicas, desde a forma de atender até ferramentas como o genograma e ecomapa para auxiliar no cuidado (Anderson, Gusso, & Dias De Castro Filho, 2005; Falk, 2005; Gervas & Pérez Fernández, 2005; Ian R McWhinney & Freeman, 2010).

Segundo o levantamento publicado (Scheffer *et al.*, 2018), temos 5.486 médicos de família e comunidade. No país existem 43.016 Equipes de Saúde da Família em 5475 municípios, dados obtidos no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica até dezembro de 2018 (BRASIL, 2019b). Assim, a maioria dos médicos que atuam nas Equipes de Saúde da Família (aproximadamente 90%) não são especialistas. Devido a esse aspecto, é importante observar quem são os profissionais formadores, ou seja, quais são os médicos que atuam na Equipe de Saúde da Família conjunto com a RM em MFC, conhecidos como **preceptores**.

A partir das proposições acima, é possível afirmar que os atuais preceptores podem ser especialistas ou não em MFC (médicos generalistas sem formação ou especialistas em outras áreas), legalmente habilitados para essa atuação, diferentemente de outras áreas, que exigem especialidade na área de formação, como explicitado no Artigo 22 da Resolução 1/2015 (BRASIL, 2013, 2015)

Tal característica não é estabelecida em países onde a MFC é fortemente estruturada, como demonstrado por Aguiar (Aguiar, 2017). Para atingir tais aspectos da especialidade e da formação, o governo espanhol organizou o sistema de saúde e educação para os preceptores, com planejamento nacional de ações, metas, funções e formação desse profissional para o cargo em questão (Aguiar, 2017). Por fim, resta acrescentar que tal estrutura não é claramente definida no Brasil, embora a LMM o estabeleça como uma de suas diretrizes (BRASIL, 2013b).

Ser um Educador: o papel do preceptor

A RM tem como característica realizar como treinamento em serviço, sob a orientação de um profissional capacitado (BRASIL, 1977). Com isso, o aspecto de aprendizado pelo trabalho se torna de grande relevância na formação (Bondía, 2002; Morris & Blaney, 2013). Contudo, para que a ela possa ocorrer a partir de uma estrutura relativa de aprendizagem, utilizando conceitos formais e informais, o profissional educador precisa estar apto a realizá-la, pois o local e o conceito de formação são diferentes e específicos em comparação às salas de aulas, com particularidades do serviço (Morris & Blaney, 2013).

A SBMFC publicou o Currículo Baseado em Competências para auxiliar os atores desse processo educacional, conhecendo o espaço de trabalho, as possibilidades educacionais existentes e objetivos claros para todos os residentes ao final de sua formação (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015). Contudo, observar apenas o currículo é um foco bastante reducionista dentro da educação em contexto de trabalho (Bondía, 2002; Ceccim & Cyrino, 2017; Morris & Blaney, 2013), pois é preciso considerar o conhecimento e as competências também do educando como centro de sua formação, bem como suas motivações, desejos e dificuldades (Botti & Rego, 2006; Filho, 2007; Iglesias & Pazin-Filho, 2014).

É essencial ter conhecimento do currículo, mas também definir objetivos com o aluno, organizar o processo educacional a ser seguido, usar diferentes ferramentas dentro do espaço que possui e extrapolar o produto “currículo” para o processo. Desta forma, atingem-se metas em conjunto, condição definidora para qualificar a educação no trabalho (Bondía, 2002; Botti & Rego, 2011; Morris & Blaney, 2013).

Com isso, ser um educador no campo de capacitação em serviço, como proposto pela resolução da RM (BRASIL, 1977), exige que o profissional educador tenha um papel diferente de um professor universitário, ministrando aulas expositivas em salas de aula. Mais que isso, o preceptor deve estar inserido na prática diária do aprendiz, agindo como um mediador do conhecimento que auxilia no caminho da formação profissional para o futuro médico, atuando como um exemplo e como o responsável por ajustar desvios da trilha a ser seguida (Botti & Rego, 2011; Morris & Blaney, 2013).

A partir da discussão proposta acima, para ser preceptor entende-se a necessidade da formação em preceptoria médica, contexto em que o profissional precisa ter também a habilidade de ser um educador, competência diferente da habilidade de ser um bom médico, tema que tem sido discutido por diversos autores (Barreto, Monteiro, Magalhães, Almeida, & Souza, 2011; Bondía, 2002; Botti & Rego, 2006, 2011; Brant, 2011; Izecksohn, Teixeira Junior, Stelet, & Jantsch, 2017)

Botti traz os processos de trabalho do preceptor, sendo o grupo estudado os profissionais da área clínica e hospitalar. Essa pesquisa definiu 4 núcleos de atuação: ser um educador, ensinar procedimentos técnicos, moderar discussão de casos e atuar na formação moral do educando (Botti & Rego, 2011).

O trabalho antecitado traz especificidades do aprendizado de adultos e sua complexa relação educando-educador. O adulto necessita de outras ferramentas para aprender, tanto no aspecto de técnicas de apresentação do conhecimento, da motivação em aprender e da troca e relação tutor-aprendiz (Filho, 2007) quanto no aspecto neurobiológico da aquisição e manutenção do conhecimento adquirido, com enfoque na memória e memorização da informação (Iglesias & Pazin-Filho, 2014). Assim, o ato de ensinar ultrapassa a barreira de uma pessoa com maior conhecimento transmitindo de forma vertical o conhecimento a pessoas menos instruídas (Paulo Freire, 2013).

Com isso, a formação de profissionais competentes não é apenas transmitir o conhecimento de forma vertical, reforçando que o educando é apenas um receptáculo vazio e são jogadas dentro dele informações subsequentes até que se preencha tal espaço, como um banqueiro guardando objetos em um cofre. Nesse contexto, é importante frisar que, quando trabalhamos com adultos, não é possível excluir todo o conhecimento prévio que eles trazem, considerando que estes são seres pensantes, capazes de ver, refletir e modificar (Paulo Freire, 2013).

Essa construção remete à ideia que o residente é um papel em branco, devendo ser preenchido com todo o conhecimento da especialidade, abarcando uma enorme gama de informações em um período curto de tempo. Assim, quando o educador assume esse papel, desconsidera a faculdade, a vida pessoal, a vida profissional até aquele momento e toda a vivência na residência. Ter o movimento de olhar o entorno, estruturar hipóteses e modificar a realidade faz parte do aprendizado e de gerar conhecimentos significativos (Berbel, 1995; Paulo Freire, 2013).

Freire afirma também que o educador precisa de formação, porque não é fácil, simples e automático atuar neste campo (Paulo Freire, 2013). Caso o formador opte pelo caminho de educação em massa, mesmo utilizando a metodologia problematizadora, “acreditando” ser reprodutível, continuará fazendo o mesmo movimento de formação de massas e não de formação reflexiva (Brighente & Mesquida, 2016). Assim, para atingir o objetivo de ter grandes educadores e grandes médicos de família e comunidade, os preceptores necessitariam de uma formação complementar, como formadores, pedagogos e educadores de adultos (Lopes, Fernandes, Curra, & Mattos, 2009).

No Brasil já existem diversas entidades que realizam cursos para formar preceptores tanto públicos quanto privados. Além dos cursos existentes até 2013, a LMM trouxe como objetivos três propostas de ação com características de qualificar o sistema no país: a cobertura emergencial de médicos em áreas descobertas, a qualificação da estrutura física e a qualificação de profissionais pela graduação, residência médica e cursos diversos. Muitos trabalhos demonstram a modificação do cuidado e da organização dos sistemas com a implementação da lei, inclusive com a mudança da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (Barrêto *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2018)“ISSN”:"1807-5762";abstract":”Abstract The aim of this study is to report and analyze the effect of the More Doctors Program on the expansion of Family Medicine Residency (FMR).

Diversos cursos formativos advindos desse movimento ocorreram desde 2013, como por exemplo, o mestrado profissionalizante em Saúde da Família e cursos de preceptoria em residência médica, tanto para médicos residentes, quanto ofertados para os programas de residência médica (preceptores), apoiados pelo PROADI – SUS e entidades privadas.

Essa formação complementar é uma potente ferramenta para retomar de forma prática o objetivo da residência médica, a saber, a educação e treinamento

em serviço (Aguiar, 2017). Essa característica já é presente na promulgação da RM e em decretos subsequentes (Feuerwerker, 1998). A obra de Feuerwerker propõe reflexões sobre a história e evolução da educação na residência médica no país, principalmente no estado de São Paulo. Apesar de publicada em 1988, traz à tona muito da construção da educação na universidade, sendo atual sobre a temática.

Os autores Bondía (Bondía, 2002) e Ceccim & Cyrino (Ceccim & Cyrino, 2017) teorizaram uma maneira singular de aprender, sendo a base formativa do residente: o treinamento em serviço, ou aprendizado baseado na prática, ou ainda, a educação pelo trabalho. Bondía trouxe uma leitura sobre a importância da experiência e o saber da experiência, contexto em que demonstrou que conhecimento pode ser categorizado por diversos tipos de entradas, desde a informação, que é algo estático, até o saber da experiência. O autor a traz da seguinte forma:

[...] trata-se de um saber que revela ao homem concreto e singular, entendido individual ou coletivamente, o sentido ou o sem-sentido de sua própria existência, de sua própria finitude. Por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal (Bondía, 2002).

Assim, o saber da experiência permite que o experimentador, nesse caso, o residente em MFC, permita vivenciar seu dia-a-dia, suas dificuldades, limitações e também as potências e os resultados positivos. Isso leva a um aprendizado único e singular para cada ator, com pluralidade de aprendizados e reconhecimentos.

Ceccim & Cyrino reforçam esse pensamento trazendo como a “aprendizagem significativa” e “aprendizagem com compromisso social” são processos importantes dentro do aprender, principalmente dentro do sistema público de saúde e também para profissionais que atuem com equipes, inseridos em uma comunidade e através de intervenções sociais (Ceccim & Cyrino, 2017). Como já afirmado sobre a especialidade, esses são aspectos importantes para o médico de família, principalmente em formação.

Com isso, é possível perceber a importância da articulação do saber da existência com a aprendizagem significativa e com compromisso social. Os preceptores e residentes em MFC assumem um papel importante dentro dessa construção do conhecimento, que é ao mesmo tempo coletivo e singular. Para tal,

é importante singularizar o preceptor de MFC dentro do universo de preceptores, objetivo a se elucidar no tópico seguinte deste trabalho.

O Preceptor em MFC

Para se compreender as singularidades do processo de preceptoria em MFC, é importante elucidar como se dá esse processo no campo geral da RM. Sobre o tema, atualmente não há na literatura uma definição do preceptor dentro da RM em MFC de forma clara, mas alguns estudos e relatos de experiência, sendo que na preceptoria médica e multiprofissional no contexto hospitalar ou em contextos de especialidades, tanto na residência quanto na graduação, existem teses e artigos produzidos, inclusive delimitando os termos semanticamente, como observado na revisão de literatura e presente nas bases de dados citadas acima (Aguiar, 2017; Autonomo, Hortale, Santos, & Botti, 2015; Castells, 2014; Horii, 2013; Levy et al., 2001)

Botti define quem são os profissionais atuantes na formação médica de forma geral. Esse referencial foi aqui utilizado por desvendar e definir quais as competências do preceptor, tentando diferenciá-lo de outros profissionais responsáveis pela formação em saúde. Este autor não definiu esses termos explicitamente para a MFC. Botti e Rego definiram quatro diferentes personagens: preceptor, tutor, supervisor e mentor, elucidando no trabalho em estudo os papéis e características de cada um deles (Botti & Rego, 2006).

A formação médica se dá ao longo da história como uma transferência de conhecimentos de uma pessoa mais instruída, a partir do seguinte fluxo: de um profissional mais experiente para um menos experiente, numa relação mestre-discípulo (Botti & Rego, 2006). Não muito diferente do que ocorre até hoje, mas com nomenclaturas e posições diferentes, essas pessoas recebem denominações de acordo com sua posição e atividade entre mestre e aluno (Botti & Rego, 2006):

Considerado o contexto da MFC, os preceptores não estão apenas realizando as atividades propostas pelo autor como PRECEPTOR (Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas; Integrar os conceitos e valores da escola e trabalho), mas esse profissional é a soma dos papéis de supervisor, tutor e preceptor, além de outras atividades específicas, por essa razão a especificidade do termo **preceptor da residência médica em MFC** é importante.

Assim, o preceptor da RM em MFC é responsável pelo aprendiz no contexto de vida real (local de trabalho), ensinando a clinicar, integrando valores da escola com a prática clínica, observando o exercício na prática, corrigindo os erros e revisando sua própria prática, podendo realizar tais funções no ambiente de trabalho ou fora dele, como em simulações. Assim, é de suma importância que esse profissional esteja no ambiente prático, o que difere claramente dos outros papéis que Botti traz em seu trabalho (Botti & Rego, 2006).

Sua prática constantemente proporciona reflexões sobre trabalho e aprendizado, guiando o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno dentro do ambiente unidade-escola, além de avaliar a formação do residente, e em alguns casos, auxiliar em projetos de pesquisa, abordagem próxima a proposta de tutor da Espanha (Aguiar, 2017). Com isso, o preceptor da RM em MFC é, segundo a perspectiva de Botti e Rego, preceptor, supervisor e tutor, sobrepondo essas características pela classificação do autor (Botti & Rego, 2006). Além disso, esse profissional muitas vezes é também o médico que está vinculado à Equipe de Saúde da Família como profissional responsável pela equipe, como proposto pela Resolução nº1 da CNRM (BRASIL, 2015).

A teorização e definição do preceptor em RM em MFC foi estruturada em forma de revisão narrativa, mas o estudo de mestrado que originou essa revisão mostra uma verossimilhança entre a teoria e a realidade exercida pelos preceptores. Há uma diferença de Botti, em que o papel de preceptor aparece apenas com o vínculo direto com o residente, como apresentado acima (Botti & Rego, 2011). O preceptor da MFC, como apresentado na própria definição proposta, traz em seu escopo de atividades a relação com a formação, mas também a relação com a equipe da unidade, com a gestão da unidade e gerência do sistema de saúde, ocupando um cargo assistencial, educacional e gerencial.

Com tais informações surge a proposta de definir semanticamente o preceptor de residência médica em medicina de família e comunidade como profissional médico vinculado à Equipe de Saúde da Família em que o médico residente atua. Sendo o principal responsável pela formação direta do residente, guiando o processo de ensino-aprendizagem centrado no residente no trabalho na ESF e sua equipe interprofissional, a partir de prática reflexiva. Deve ser qualificado na área de atuação específica do MFC e também como educador. Participa de processo de avaliação

da formação do residente, e auxilia em projetos de pesquisa. Pode intervir de forma colaborativa na construção do programa de RMFC. Para além da formação, também atua em atividades de gestão e assistência dentro da equipe e no sistema de saúde.

Considerações finais

Apesar de programas de residência médica existirem há mais de um século no mundo, e desde a década de 40 no Brasil, pouco se tem estudado sobre o papel do formador, o médico responsável pela educação direta dos residentes, denominado preceptor (Aguiar, 2017). Ainda que alguns estudos tenham sido produzidos para avaliar as características, motivações e buscar definir o significado das palavras, como mostrado por Botti e Rego em 2006 e em 2011 (Botti & Rego, 2006, 2011), há ainda escassez sobre o tema na literatura especializada.

O preceptor é considerado um profissional que atua no campo de ensino dentro do ambiente de trabalho. Assim, sua atuação está ao mesmo tempo inserida com o processo de formação em serviço e em aspectos assistenciais e gerenciais do próprio serviço em que atuam, permitindo atingir um processo educacional singular (Morris & Blaney, 2013; Pereira, Lopes, Nogueira, & Ruela, 2016). Isso possibilita uma formação baseada na prática diária, com aprendizagem significativa e modificadora (Bondía, 2002; Botti & Rego, 2006; Ceccim & Cyrino, 2017).

Além desse aspecto, participar da formação em RM permite que o aluno aprenda a ter “experiência clínica que o profissional se apropria dos doentes (e não apenas das doenças)” (Laura Camargo Macruz Feuerwerker, 1997). Para isso, é importante ter a vivência prática e experiência clínica do preceptor na residência, qualificando sua experiência clínica e também a prática educacional (Izecksohn *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2016; Storti *et al.*, 2017) tendo como objeto de reflexão o desenvolvimento de preceptores no âmbito da especialização médica, por meio do relato de experiência de três programas de Residência Médica em MFC (PRMFC). Isso porque que a MFC tem a singularidade do profissional atuante estar inserido dentro de uma unidade de saúde, em que também tem cargo assistencial e gerencial em muitos momentos.

Devido a esse fato, a residência em MFC ainda não apresenta definições e pesquisas claras sobre o preceptor, como ocorre em outras áreas, apesar de existir

desde 1976 essa área de formação (Berger *et al.*, 2017; Falk, 2004). Assim, esse artigo visa trazer a luz e definir de forma teórica quem é o preceptor da residência médica em medicina de família e comunidade no Brasil. A definição proposta é:

O preceptor da RMFC é o profissional médico vinculado à Equipe de Saúde da Família no qual o médico residente atua. Suas atribuições são: o principal responsável pela formação direta do residente, guiando o processo de ensino-aprendizagem centrado no residente dentro do trabalho na ESF e sua equipe interprofissional, a partir da prática reflexiva. Deve ser qualificado na área de atuação específica do MFC e também como educador. Participa de processo de avaliação da formação do residente e auxilia em projetos de pesquisa. Pode intervir de forma colaborativa na construção do programa de RMFC. Para além da formação, também atua em atividades de gestão e assistência dentro da equipe e no sistema de saúde.

Não se tem aqui como objetivo finalizar a discussão e o tema em questão, mas apenas fortalecer a singularidade desse profissional e suas diferenças técnicas e de atividades em relação às outras especialidades, sendo possível utilizar essa definição em outros campos de pesquisa da área, como residência médica, educação médica e medicina de família e comunidade, permitindo uma especificidade da profissão que é singular dentro desse campo de conhecimento.

Referências

- Aguiar, A. C. de. (2017). *Preceptoría em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão* (1st ed.). Rio de Janeiro: CEPESC Editora.
- Alessio, M. M., & Sousa, M. F. de. (2016). Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 633–667. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>
- Anderson, I. M. P., Gusso, G., & Dias De Castro Filho, E. (2005). Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Revista APS*, 8(1), 61–67.
- Arias-Castillo, L., Toro, C. B., Freifer, S., & Fernández, M. Á. (2010). Perfil do médico de família e comunidade. Definição Iberoamericana. *WONVA*. Slovenia: WONCA.
- Athié, K., Fortes, S., & Delgado, P. G. G. (2013). Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina Da Família e Comunidade*, 8(26), 64–74. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)536](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(26)536)
- Autonomo, F. R. de O. M., Hortale, V. A., Santos, G. B. dos, & Botti, S. H. de O. (2015). A Preceptoría na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 316–327. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>

- Barrêto, D. da S., Melo Neto, A. J. de, Figueiredo, A. M. de, Sampaio, J., Gomes, L. B., & Soares, R. de S. (2019). Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 23(suppl 1), 1–14. <https://doi.org/10.1590/interface.180032>
- Barreto, V. H. L., Monteiro, R. O. da S., Magalhães, G. S. de G., Almeida, R. C. C. de, & Souza, L. N. (2011). Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 578–583. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>
- Berbel, N. A. Na. (1995). Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semina: Ciências Sociais/Humanas*, 16(2), 9–19.
- Berger, C. B., Dallegrave, D., De Castro Filho, E. D., & Pekelman, R. (2017). A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1–10. [https://doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1399](https://doi.org/10.5712/rbmf12(39)1399)
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20–28. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>
- Botti, S. H. de O., & Rego, S. (2006). Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 363–373.
- Botti, S. H. de O., & Rego, S. T. de A. (2011). Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 65–85. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>
- Brant, V. (2011). *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde* (1st ed.). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- BRASIL. (1977). Decreto n 80281, de 5 de Setembro de 1977.
- BRASIL. (1981). Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- BRASIL. (2013a). Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução Nº2, de 3 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde, que oferecerem programas de residência médica e dá outras pro. Brasília: Presidência da República.
- BRASIL. (2013b). Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República.
- BRASIL. (2015). 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. Brasília: Presidência da República.
- BRASIL. (2019a). Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2019b). Teto, credenciamento e impantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília.
- Brighente, M. F., & Mesquida, P. (2016). Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. *Pro-Posições*, 27(1), 155–177. <https://doi.org/10.1590/0103-7307201607909>
- Carek, P. J., Anim, T., Conry, C., Cullison, S., Kozakowski, S., Ostergaard, D., Pugno, P. A. (2017). Residency Training in Family Medicine : A History of Innovation and Program Support. *Family Medicine*, 49(4), 275–281.
- Castells, M. A. (2014). *Estudos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: a questão da preceptoría*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- Ceccim, R. B., & Cyrino, E. G. (2017). *Formação Profissional em Saúde e Protagonismo dos estudantes: Percursos na Educação pelo Trabalho* (1st ed.). Porto Alegre: Rede UNIDA. <https://doi.org/10.18310/9788566659658>
- Chaves, H. L., Borges, L. B., Guimarães, D. C., & Cavalcanti, L. P. de G. (2013). Vagas para residência médica no Brasil: Onde estão e o que é avaliado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(4), 557–565. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000400011>
- Falk, J. W. (2004). A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 1(1), 5. [https://doi.org/10.5712/rbmf1\(1\)2](https://doi.org/10.5712/rbmf1(1)2).
- Falk, J. W. (2005). *A Especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Aspectos Conceituais, Históricos e de Avaliação da Titulação dos Profissionais*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Feuerwerker, L. C. M. (1998). *Mudanças na Educação Médica & Residência Médica no Brasil* (1st ed.). São Paulo: Hucitech / Rede Unida.
- Filho, A. P. (2007). Características do aprendizado do adulto. *Medicina*, 40(1), 7–16.
- Gérvas, J., & Pérez Fernández, M. (2005). Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Atención Primaria*, 35(2), 95–98. <https://doi.org/10.1157/13071916>
- Horii, C. L. (2013). *Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores*. Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.81.2013.tde-10042014-195851>
- Howell, J. D. (2016). A History of Medical Residency. *Reviews in American History*, 44(1), 126–131. <https://doi.org/10.1353/rah.2016.0006>
- Iglesias, A. G., & Pazin-Filho, A. (2014). Aprendizado de adultos. *Medicina (Brazil)*, 47(3), 256–263.
- Izecksohn, M. M. V., Teixeira Junior, J. E., Stelet, B. P., & Jantsch, A. G. (2017). Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 737–746. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.32372016>
- Júnior, U. J. P. de M. (1997). *Comissão nacional de residência médica: caminhos e descaminhos na gestão desta modalidade de especialização médica no brasil*. Fundação Getúlio Vargas.
- Laura Camargo Macruz Feuerwerker. (1997). *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. Universidade de São Paulo.
- Levy, B. T., Hartz, A., Merchant, M. L., & Schroeder, B. T. (2001). Quality of a family medicine preceptorship is significantly associated with matching into family practice. *Family Medicine*, 33(9), 683–690.
- Lopes, J. M. C., Fernandes, C. L. C., Curra, L. C. D., & Mattos, L. F. C. (2009). *Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade* (1st ed.). Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
- McWhinney, I R. (1996). The importance of being different. *The British Journal of General Practice*, 46(408), 433–436.
- McWhinney, Ian R, & Freeman, T. (2010). *Manual de Medicina de Família e Comunidade* (3 edição). Porto Alegre: Artmed.

- Mello, G. A., Mattos, A. T. R. de, Souto, B. G. A., Fontanella, B. J. B., & Demarzo, M. M. P. (2009). Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 464–471. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300017>
- Morris, C., & Blaney, D. (2013). Work-based learning. In T. Swanwick (Ed.), *Understanding Medical Education* (pp. 97–109). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118472361.ch7>
- Oliveira, F. P., Araújo, C. de A., Torres, O. M., Figueiredo, A. M., Azevedo, P. C., & Oliveira, F. A. de. (2018). O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da Residência Médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação, No prelo*, 1–16.
- Paulo Freire. (2013). *Pedagogia do Oprimido* (50th ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Pereira, I. D. F., Lopes, M. R., Nogueira, M. L., & Ruela, H. C. G. (2016). Princípios Pedagógicos e Relações entre Teoria e Prática na Formação de Agentes Comunitários de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(2), 377–397. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00010>
- Petta, H. L. (2011). *Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência)*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- Ribeiro, L. G. (2019). *Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem?* Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.
- Rodrigues, R. D., Campos, C. E. A., & Anderson, M. I. P. (2005). *Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias* (1st ed.). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
- Ruilova, G. A., Caspi, L. V., García, L. A., Vicente, V. C., Hierro, G. S. de, & Durán, S. A. (2016). Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Revista Brasileira de Medicina Da Família e Comunidade*, 11(Suppl 1), 47–60. [https://doi.org/10.5712/rbmf11\(1\)1278](https://doi.org/10.5712/rbmf11(1)1278)
- Scheffer, M., Alex Cassenote, Guilloux, A. G. A., Miotto, B. A., & Mainardi, G. M. (2018). *Demografia Médica No Brasil 2018*. (C. FMUSP, CFM, Ed.) (1st ed.). São Paulo.
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (2015). Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, 66–68. Retrieved from [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
- Storti, M. M. T., Oliveira, F. P. de, & Xavier, A. L. (2017). A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 21(suppl 1), 1301–1314. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>
- That, E. (1983). History of Accreditation of Medical Education Programs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 250(12), 1502. <https://doi.org/10.1001/jama.1983.03340120004001>
- Timmons, S., & Nairn, S. (2015). The development of the specialism of emergency medicine: Media and cultural influences. *Health (United Kingdom)*, 19(1), 3–16. <https://doi.org/10.1177/1363459314530737>
- Zambon, Z. L. L. (2015). *Necessidade crescente de médicos de família para o SUS e baixa taxa de ocupação nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: um paradoxo?* Universidade Federal de São Paulo.



PARTE III

EIXO DE GESTÃO

DESAFIOS DA GESTÃO SOB O OLHAR DO PROFSAUDE

Patty Fidelis de Almeida
Aluísio Gomes da Silva Junior

Por fim, completa essa coletânea, dois trabalhos que dialogam com o eixo pedagógico da Gestão, ainda que, pelo caráter de integração dos conteúdos e aproximação a situações práticas do cotidiano da atenção básica no SUS, haja temas transversais, que ocupam, sem conflitos, espaços de interseção.

O campo da gestão na saúde, durante toda a implementação do SUS, enfrenta diversos descompassos, ainda mais expressivos na APS. A descentralização, da qual as milhares de equipes de Saúde da Família são a face mais visível, trouxe desafios de diversas ordens também aos gestores e gestoras, das três esferas de governo, instados a dar respostas às necessidades de saúde da população. Por outro lado, decisões operacionais, sobretudo na ESF, recaem, principalmente, sob as gestões locais, responsabilidades nem sempre acompanhadas de recursos técnicos e financeiros suficientes (Trevisan & Junqueira, 2007).

Outro nó crítico para a gestão do SUS, em todos os níveis, é a adequada provisão de profissionais em número e qualidade para a realização das tarefas da atenção à saúde. Até hoje, são encontradas diversas modalidades de contratação e regimes jurídicos de gestão dos recursos humanos que dificultam a resolução da grande desigualdade na distribuição e capacidade de fixação dos profissionais de saúde. Resulta daí uma considerável rotatividade destes profissionais nas equipes estabelecidas, principalmente em regiões de difícil acesso ou em áreas de baixo desenvolvimento econômico e social, agravadas pela violência urbana e rural (Carvalho *et al.*, 2013; Tonelli *et al.*, 2018)

A terceira parte desta coletânea traz dois capítulos, na perspectiva de contribuir para o debate sobre desafios pujantes para a APS/ESF não apenas no país, mas no mundo. A provisão de médicos para as equipes de Saúde da Família é indiscutivelmente um nó crítico, para o qual, muitas vezes, soluções locais são insuficientes, carecendo de políticas nacionais. O Programa Mais Médicos (PMM), em seu eixo de Provimento Emergencial de Médicos, despertou grande

interesse acadêmico, sendo alvo de um número importante de estudos, sobretudo entre pesquisadores de instituições das regiões Sul e Sudeste (Medina *et al.*, 2018). Instituições de ensino e de pesquisa das regiões Norte e Nordeste, nos quais se concentra maior número de municípios com áreas rurais remotas e menor relação médicos por habitante e, por conseguinte, dificuldades adicionais para atração e fixação, merecem maior protagonismo e incentivo na condução de estudos sobre o PMM.

Nesse sentido, o trabalho “Mais Médicos na Paraíba: uma análise da perspectiva dos participantes do Programa”, cumpre um duplo papel: traz elementos para se discutir a política em estado da região Nordeste, no qual a provisão e fixação de profissionais é ainda mais desafiante, e também uma reflexão sobre o componente da supervisão no PMM, importante dispositivo de formação médica. Em cenário de diversas resistências, o estudo ratifica a supervisão e os cursos de especialização em Saúde da Família ofertados pela UNA-SUS como importante elemento para a satisfação de médicos com o trabalho, o que, certamente, é um fator que pode contribuir para sua fixação na ESF. Estudos que avaliem as políticas em curso são fundamentais para acompanhar os resultados alcançados e identificar campos a serem aperfeiçoados.

Outro tema caro à gestão da APS no país refere-se à interprofissionalidade, que envolve a interação entre os profissionais, boa comunicação, planejamento conjunto, decisões, saberes e responsabilidades compartilhados, para uma maior efetividade do cuidado em saúde. De acordo com os princípios de reorganização da ESF, um ponto fundamental é que o processo de trabalho se pautar na ação multiprofissional e interdisciplinar, sendo esta uma característica que diferencia a experiência brasileira de outros contextos. Na última década, políticas nacionais para aumento do escopo, apoio e incremento das práticas de promoção da saúde na ESF foram incentivados por meio da criação das equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Estudos mostram que quanto maior a dispersão, menor densidade populacional e maiores tempos de deslocamento, maior é a necessidade de oferta de cuidados integrados e abrangentes na APS, com incorporação de algumas áreas como, por exemplo, a saúde mental (Hine *et al.*, 2017).

Embora a Política Nacional de Atenção Básica 2017 considere outras composições de equipes de Atenção Básica, bastando para tal constar em



sua composição um/a médico/a e um/a enfermeiro/a com cargas horárias diversificadas, é importante a defesa da concepção de equipes multiprofissionais da ESF, para que a curto e médio prazo não deixem de ser incentivadas (Giovannella *et al.*, 2020). Nesta perspectiva, o capítulo “Relações interprofissionais na Estratégia Saúde da Família: revisão sistemática da produção científica brasileira” traz um amplo panorama sobre a produção nacional referente às relações interpessoais e atitudes no trabalho, diferentes perspectivas sobre a colaboração entre profissionais e sobre os papéis desempenhados na ESF, entremeados pelas relações de poder.

Assim, convidamos os leitores a compartilharem conosco os desafios e também avanços que marcaram a implementação da ESF ao longo de mais de duas décadas, cuja gestão é componente estratégico para o alcance de práticas de atenção à saúde e educação sinérgicas aos princípios da integralidade e universalidade do SUS.

Referências

- Carvalho, M., Santos, N. R., & Campos, G. W. (2013). A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em Debate*, 37(98), 372-387. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300002>.
- Giovannella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1482. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>.
- Hine, J. F., Grennan, A. Q., Menousek, K. M., Robertson, G., Valleley, R. J., & Evans, J. H. (2017). Physician Satisfaction With Integrated Behavioral Health in Pediatric Primary Care. *Journal of primary care & community health*, 8(2), 89-93. <https://doi.org/10.1177/2150131916668115>.
- Medina, M. G., Almeida, P. F., Lima, J. G., Moura, D., & Giovannella, L. (2018). Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 346-360. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s124>.
- Tonelli, B. Q., Leal, A. P. R., Tonelli, W. F. Q., Veloso, D. C. M. D., & Gonçalves, D. P. (2018). Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia — UPF*. 23. <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8314>.
- Trevisan, L. N., & Junqueira, L. A. P. (2007). Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 893-902. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400011>.

RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
André Luis Bonifácio de Carvalho

Introdução

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) é desenvolvido de forma coletiva, interprofissional e colaborativa, com interdependência dos agentes envolvidos e cujas relações são essenciais à promoção do cuidado humano integrado (Lanzoni & Meirelles, 2012). A interação de diferentes profissionais depende da natureza da atenção oferecida, da compreensão das habilidades dos outros membros da equipe e dos processos do trabalho, assim como de fatores organizacionais. Desse conjunto de fatores, emergem questões que justificam a necessidade de se aprofundarem conhecimentos a respeito a esse respeito.

O Ministério da Saúde preconiza que cada equipe da ESF seja composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, assegurando os princípios da atenção básica (Brasil, 2017), com modelo de atuação interprofissional, responsabilidade integral com o cuidado à saúde da comunidade (Camelo & Angerami, 2004).

Desde o final do século 20, o trabalho em equipe tem sido apontado como uma estratégia efetiva na organização dos serviços para responder a uma maior variedade de necessidades de saúde, sob a lógica da prática interprofissional integrada, que pode ser identificada mediante as experiências dos profissionais e do significado que dão ao trabalho em conjunto (Teles, Cabral, Peduzzi, Lourdes & Baldini, 2014).

A composição de equipes nos serviços não corresponde necessariamente à configuração de “trabalho em equipe” no sentido de prática colaborativa pois precisam existir tomada de decisão compartilhada e colaboração interdependente entre os membros da equipe (Garcia & Azevedo, 2014), requerendo além de

objetivos compartilhados, também complementares e sobrepostos (Teles, Cabral, Peduzzi, Lourdes & Baldini, 2014).

A implementação da interprofissionalidade tem se mostrado um desafio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Peduzzi & Agreli, 2018). Com base no exposto, a pergunta desta revisão é: “Como se dão as relações interprofissionais nas equipes da ESF?”

Os objetivos deste estudo são revisar e analisar a produção nacional sobre as relações interprofissionais na ESF, a partir de uma revisão sistemática das publicações científicas brasileiras entre 2008 e 2018.

Métodos

Modelo do estudo

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, mediante aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (Polit & Beck, 2006), a partir da busca por artigos originais enfocando a temática das relações interprofissionais na ESF.

Foi considerado como artigo original a publicação com resultados primários de pesquisa científica, apresentando dados de estudos de campo — experimentais ou observacionais —, incluindo análise descritiva e/ou inferências de dados próprios.

Estratégia de busca

Pesquisaram-se os bancos de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), sendo as duas últimas acessadas através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

A estratégia incluiu combinações dos descritores indexados no DeCS (Descritores em Ciências de Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*). Os descritores foram: Estratégia Saúde da Família (OR) Programa Saúde da Família (AND) Relações Interprofissionais (OR) Relações Interpessoais (AND) Brasil, em português, inglês e espanhol.

Para minimizar o viés de publicação, realizou-se uma busca para identificar estudos não publicados em revistas e nas bases de dados de dissertações de

Mestrado e teses de Doutorado das principais bases digitais nacionais: Banco de Teses e Dissertações da Capes, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Institucional da Universidade de São Paulo.

A busca teve como limites temporais o período de dezembro de 2008 a dezembro de 2018. A pesquisa foi realizada entre março e abril de 2018.

Durante a revisão, cumpriram-se as seguintes etapas (Polit & Beck, 2006): (1) definição da pergunta norteadora; (2) definição dos descritores; (3) definição dos critérios de elegibilidade; (4) bases de dados; (5) seleção dos artigos para compor a revisão; (6) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (7) análise e categorização temática dos estudos escolhidos; (8) interpretação dos resultados; e (9) relato e apresentação dos resultados.

Os títulos dos artigos resultantes da busca foram lidos e aqueles selecionados nesta primeira verificação tiveram seus resumos explorados a fim de examinar se realmente atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Após análise dos resumos, foram selecionados os estudos para averiguação na íntegra, uma vez que contemplavam os critérios de elegibilidade. Posteriormente, foram extraídas as informações-chave, considerando-se a questão proposta na investigação. Na apreciação dos resultados, realizou-se revisão descritiva das categorias detectadas.

Para nortear o estudo, formulou-se a questão: Como se dão as relações interprofissionais nas equipes da ESF?

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (1) artigos originais; (2) publicações entre dezembro de 2008 e dezembro de 2018; (3) estudos incluindo profissionais regulamentados oficialmente em equipes mínimas do trabalho da ESF ou ampliadas (com equipe de saúde bucal), Brasil (2001); (4) artigos abordando relações interprofissionais; e (5) estudos quantitativos, qualitativos ou de abordagem mista.

Os critérios de exclusão foram: (1) estudos que não abordavam o problema de pesquisa proposto; (2) indisponibilidade do texto completo; (3) estudos envolvendo apenas profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e/ou profissionais atuando como residentes na ESF; e (4) estudos que se

repetiram entre as bases. Em relação ao critério de exclusão de duplicidade de publicação, existindo mais de um estudo do (s) mesmo (s) autor (es), foi excluído aquele com menor número de casos (se de abordagem quantitativa) ou publicados posteriormente (se estudo qualitativo).

Procedimentos de coleta e análise

Para a extração e registro das informações-chave, foi elaborada uma planilha para coleta das informações de cada estudo, contendo as seguintes variáveis: (1) título; (2) autor(es)/ano; (3) objetivos; (4) modelo do estudo; (5) abordagem do estudo; (6) amostra; (7) local; e (8) principais conclusões. Demonstraram-se em tabelas dados referentes a esses parâmetros. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e seleção foi apresentado em um fluxograma PRISMA de quatro fases (Galvão, Pansani & Harrad, 2015).

Os estudos foram selecionados por título e resumo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A fim de minimizar vieses na seleção e interpretação dos estudos, duas pesquisadoras realizaram simultânea e independentemente a busca nas bases de dados. Novas leituras foram desenvolvidas com vistas à identificação de regularidade de aspectos relevantes, complementariedade e articulação entre as informações presentes em cada artigo, para a elaboração de um texto integrativo. Nos casos em que a divergência permaneceu, um terceiro revisor analisou o artigo. Os dados sobre as características do estudo e resultados foram extraídos manualmente, também de forma independente, e registrados nas planilhas padronizadas de coleta de dados. O conteúdo dos artigos, baseado na seção de resultados, foi analisado indutivamente, sem qualquer quadro temático *a priori*.

Resultados

Antes da primeira triagem de títulos e resumos, a busca inicial resultou no total de 135 estudos. Pela leitura dos títulos e resumos, verificou-se que 42 artigos e teses/dissertações atendiam aos critérios de inclusão. Inicialmente, encontraram-se 30 teses e dissertações a partir da procura com os mesmos descritores em repositórios eletrônicos: 16 por meio da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), 12 no Repositório Institucional da Universidade de São

Paulo e 2 no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Mediante leitura do texto integral destes estudos, excluíram-se 21 por preencherem critérios de exclusão. Três monografias resultantes da busca em repositórios abordavam especificamente o problema de pesquisa proposto, porém estavam publicadas como artigos que já haviam sido incluídos na revisão. Três artigos foram publicados em duplicidade. Selecionaram-se, portanto, 15 estudos. O fluxograma de seleção de artigos está disponível em outra publicação (Muñoz, Freitas & Oliveira, 2020).

Na análise das características metodológicas das publicações selecionadas, observou-se que todos foram estudos de modelo observacional transversal, 13 (87%) apresentavam abordagem qualitativa, com análise temática de conteúdo de depoimentos, sendo dois por observação participante. Um estudo teve abordagem mista quanti-qualitativa e um apresentou abordagem quantitativa. Em todos os estudos registrou-se aprovação do comitê de ética em pesquisa.

Os estudos incluídos foram publicados entre 2008 e 2018, nove realizados na região Sudeste, três na região Nordeste, dois na região Sul do Brasil e um no Centro-Oeste. Os títulos continham em comum mais repetidamente as palavras “interprofissional” / “interpessoal” / “multiprofissional”, “estratégia saúde da família”, “colaboração”, “equipes”, além de “relações de poder” (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos estudos sobre relações interprofissionais na Estratégia Saúde da Família publicados entre 2008 e 2018 quanto a título, revista, local de realização da pesquisa e abordagem metodológica (n=15)

E	Autor/ano	Título	Revista	Local	Abordagem
E1	Kell & Shimizu (2010)	Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?	Ciência & Saúde Coletiva	Santo Antônio do Descoberto (GO)	Qualitativa
E2	Ellery, Pontes & Loiola (2013)	Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Fortaleza-CE	Qualitativa

E3	Navarro, Guimarães & Garanhani (2013)	Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família	Revista Mineira de Enfermagem	Londrina-PR	Qualitativa
A4	Pereira, Rivera & Artmann (2013)	O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes	Interface — Comunicação, Saúde, Educação	Rio de Janeiro-RJ	Qualitativa
E5	Carvalho, Peduzzi & Mesquita (2014)	Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde	Cadernos de Saúde Pública	Londrina-PR	Qualitativa
E6	Fernandes et al. (2015)	Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Pelotas-RS	Qualitativa
E7	Villa, Aranha, Silva & Flôr (2015)	As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família	Saúde em Debate	Belo Horizonte-MG	Qualitativa
E8	Matuda, Pinto, Martins & Frazão (2015)	Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP)	Ciência & Saúde Coletiva	São Paulo	Qualitativa
E9	Faquin & Frazão (2016)	Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal	Saúde em Debate	Uberlândia-MG	Quantitativa
E10	Silva & Arantes (2017)	Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem	São Carlos-SP	Qualitativa
E11	Valadão, Lins & Carvalho (2017)	Problemas Bioéticos no Cotidiano do Trabalho de Profissionais de Equipes de Saúde da Família	Trabalho, Educação e Saúde	Salvador-BA	Qualitativa
E12	Farias, Ribeiro, Anjos & Brito (2018)	Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família	Trabalho, Educação e Saúde	João Pessoa-PB	Mista

E13	Freire Filho, Costa, Magnano & Forster (2018)	Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Belo Horizonte-MG	Qualitativa
E14	Escalda & Parreira (2018)	Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família	Interface — Comunicação, Saúde, Educação	Belo Horizonte-MG	Qualitativa
E15	Peruzzo et al. (2018)	Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família	Revista de Enfermagem Escola Ana Nery	Londrina-PR	Qualitativa

E1 a E15: estudo de 1 a 15

Fonte: Revisão dos artigos selecionados

A Tabela 2 fornece uma visão geral dos estudos identificados em termos de amostra estudada, objetivos e principais resultados.

Tabela 2 — Características dos estudos quanto à amostra, objetivos e principais resultados e conclusões (n=15)

E	Autor/ano	Amostra	Objetivos	Resultados/Conclusões
E1	Kell & Shimizu (2010)	n=6 — 2 médicos, 2 AE, 2 ACS	Conhecer e analisar o trabalho em equipe na ESF e o relacionamento interpessoal	Trabalho em equipe como união com objetivo comum Processo de trabalho com funções isoladas ou compartilhadas, mas não integradas Ausência de apoio da gestão
E2	Ellery, Pontes & Loiola (2013)	n=23 — 3 ACS; 1 AE; 1 dentista; 4 enfermeiros; 4 médicos; 6 da RMFC; 3 da RMSFC, 1 nutricionista	Analisar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da ESF	A interface do trabalho dos profissionais é complexa As ações são complementares Necessidade de debate democrático na equipe

E3	Navarro, Guimarães & Garanhani (2013)	n=8 — 1 médico, 2 enfermeiros, 2 AE e 3 ACS	Compreender o significado do trabalho em equipe para os profissionais da ESF	Percepção de um trabalho em equipe idealizado e hierárquico Déficit na comunicação e resistência às mudanças Satisfação ao atingir metas por cooperação mútua	E9	Faquin & Frazão (2016)	n=31 – 9 dentistas, 4 técnicos em saúde bucal, 7 enfermeiros; 1 1 médicos	Descrever percepções e atitudes de profissionais da ESF sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante a atenção ao pré-natal em unidades da ESF	Há percepção favorável à colaboração interprofissional Não há recursos organizacionais para a prática interprofissional Há distanciamento entre o potencial percebido e a prática do trabalho na equipe
E4	Pereira, Rivera & Artmann (2013)	n=9 – 1 médico, 1 dentista, 1 enfermeiro, 1 AE, 1 auxiliar de consultório dentário e 4 ACS	Analisar o trabalho em equipe multiprofissional de saúde na ESF	O trabalho em equipe na ESF emerge como possibilidade para uma prática mais comunicativa e cooperativa	E10	Silva & Arantes (2017)	n= 16 – 1 enfermeiro, 1 médico, 5 ACS, 3 TE, 2 dentistas, 2 auxiliares de saúde bucal e 1 gestora de território de saúde	Analisar as relações de poder que permeiam o trabalho da equipe da ESF necessidade de emancipação da enfermagem e ACS	Polos de conflitos entre os profissionais Relações de poder, envolvendo mando e subserviência
E5	Carvalho, Peduzzi & Mesquita (2014)	n=18 — ACS, AE, enfermeiros, dentistas, técnicos em saúde bucal e médicos	Analisar as percepções sobre o conflito e apresentar uma tipologia de conflitos presentes na interação entre trabalhadores no cotidiano do trabalho em unidades básicas de saúde (UBS)	Falta de colaboração no trabalho Desrespeito decorrente de relações assimétricas Problemas interpessoais Infraestrutura deficitária dos serviços	E11	Valadão, Lins & Carvalho (2017)	n=16 — 1 enfermeira, 1 médica, 2 TE, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 nutricionista, 1 dentista, 6 ACS	Identificar problemas bioéticos no cotidiano de trabalho de profissionais de equipes da ESF	A equipe não avança no aperfeiçoamento do trabalho interdisciplinar Os problemas identificados ferem os princípios bioéticos e contribuem para a descaracterização da atenção básica
E6	Fernandes et al. (2015)	n=7 — 1 médico, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 1 nutricionista e 2 TE	Conhecer as relações interpessoais estabelecidas no trabalho da equipe	Fragilidade nas relações interpessoais Falta de comprometimento, relações de poder e falta de espaço para discussões	E12	Farias, Ribeiro, Anjos & Brito (2018)	n=522 — 175 cirurgiões-dentistas, 179 enfermeiros e 168 médicos	Caracterizar a perspectiva interdisciplinar na ESF, relacionando-a à interprofissionalidade	Aproximação das equipes da perspectiva interprofissional Contradições no cotidiano de trabalho, com divergência entre discurso e ação
E7	Villa, Aranha, Silva & Flór (2015)	n=18 — 3 médicas (M), 6 AE, três enfermeiras, 6 ACS	Analisar as relações de poder estabelecidas no trabalho da Estratégia Saúde da Família	Há diferentes relações de poder-saber entre as categorias profissionais da ESF A gestão do poder tem a potência de modificar os sujeitos e as situações	E13	Freire Filho, Costa, Magnano & Forster (2018)	n=63 – 31 ACS, 1 assistente social, 11 enfermeiros, 11 médicos 9 AE/ TE enfermagem	Comparar atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de equipes da ESF, no Programa Mais Médicos	O perfil brasileiro ou intercambista do médico não apresentou diferenças nas atitudes colaborativas A formação superior e maior tempo de atuação profissional tiveram efeito positivo Perspectivas divergentes sobre a colaboração interprofissional Enfermeiros como a categoria profissional mais inclinada para as práticas colaborativas
E8	Matuda, Pinto, Martins & Frazão (2015)	n=15 - 4 médicos, 4 enfermeiros, 7 da equipe do NASF	Analisar as percepções da ESF sobre cooperação interprofissional	Há diferentes modelos de produção do cuidado: um fragmentado e centrado em procedimentos e outro centrado no usuário Insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado					

E14	Escalda & Parreira (2018)	Uma equipe da ESF*	Identificar as categorias de análise relacionadas às dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas	Avanços nas práticas colaborativas e na criação de espaços favoráveis ao diálogo Conflitos próprios do processo de trabalho em saúde
E15	Peruzzo et al. (2018)	n=13 - enfermeiros, médicos, dentistas, ACS, TE, auxiliar de saúde bucal	Apreender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe na ESF	Desafios para realizar o trabalho em equipe, principalmente quanto às relações interpessoais — conflitos e distanciamento Problemas com profissionais de odontologia (sentimento de exclusão e desinteresse em participar)

AE: Auxiliar de Enfermagem; ACS: Agentes Comunitários de Saúde; E1 a E15: estudo de 1 a 15; ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; RMFC: Residência de Medicina de Família e Comunidade; RMSFC: Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; TE: Técnico de Enfermagem.

*Sem distinção de categoria profissional

Fonte: Revisão dos artigos selecionados

Para sistematizar a discussão, os dados foram categorizados em núcleos de sentido a partir dos objetivos e resultados dos estudos. Apresentou-se a análise dos resultados qualitativos na forma narrativa e reuniram-se os resultados de modo quantitativo por tópicos temáticos.

Sobressaíram-se as seguintes categorias empíricas nos estudos analisados, com as respectivas frequências:

- Presença/ausência de colaboração interprofissional: 7
- Tensão e conflitos entre os profissionais: 6
- Relações de poder-saber entre as categorias profissionais: 4
- Ausência de apoio da gestão para o desenvolvimento do trabalho em equipe: 3
- Contradições entre discurso e ação no cotidiano de trabalho: 2
- Maior inclinação da enfermagem para práticas colaborativas: 2

Observou-se de forma mais marcante a visão da equipe interprofissional como permeada de fatores desfavoráveis à concretização da prática colaborativa (Navarro, Guimarães & Garanhani, 2013; Pereira, Rivera & Artmann, 2013;

Carvalho, Peduzzi & Mesquita, 2014; Fernandes *et al.*, 2015; Escalda & Parreira, 2018; Peruzzo *et al.*, 2018). Porém, notaram-se também aspectos positivos em relação ao trabalho em equipe (Faquim & Frazão, 2016; Valadão, Lins & Carvalho, 2017; Farias, Ribeiro, Anjos & Brito, 2018), embora em outros estudos parece ocorrer uma integração real ou articulação das ações (Kell & Shimizu, 2010; Freire Filho, Costa, Magnano & Forster, 2008).

Destacou-se a presença de relações de poder, que emergiram em categorias temáticas de quatro estudos, apontando o médico como figura de autoridade ocorrendo de forma naturalizada, sem que a maioria dos profissionais as identificassem (Navarro, Guimarães & Garanhani, 2013; Villa, Aranha, Silva & Flôr, 2015, Faquim & Frazão, 2016; Silva & Arantes, 2017). Em dois dos estudos revisados (Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Freire Filho, Costa, Magnano & Forster, 2008), diferentemente de outros que trazem a figura do médico como central na equipe, mostrou-se o protagonismo da enfermeira como profissional que mais problematizava, porém sem a aparente relação de poder, mas de afinidade. Em um dos estudos se considerou que, historicamente, existe uma aptidão ou disposição da enfermagem para envolver-se com problemas que surgem na cotidianidade do serviço de saúde, com intenção de resolvê-los, principalmente para facilitar o trabalho (Agreli, 2017).

A existência de tensão e conflitos nas relações interprofissionais foram o aspecto proeminente em seis dos quinze estudos revisados. Repercussões de fatores relevantes na colaboração interprofissional sobre o processo de trabalho foram pouco abordados, assim como as consequências para a atenção ao paciente e à comunidade. Contudo, Ellery, Pontes e Loiola (2013) observaram ações nos territórios, em conjunto com a população de Educação em Saúde, assim como de acolhimento e estabelecimento de vínculo e responsabilização com os usuários nas falas dos respondentes, pela menção ao desenvolvimento de ações educativas e de vigilância à saúde como um campo comum nas práticas interprofissionais das equipes. Ainda no referido estudo, encontraram-se evidências da adoção de medidas de autocuidado e de cuidado com os colegas, aspecto que foi similar ao de outro artigo revisado (Navarro, Guimarães & Garanhani, 2013, em que se destacou a presença de questões afetivas, como uma “troca de favores entre pessoas conhecidas e busca de aceitação no grupo”. Em relação a este aspecto, os próprios

autores ponderaram que o desenvolvimento da equipe precisa transcender essa “visão mágica e idealizada do ambiente familiar” para se inserir no chamado mundo do trabalho de forma mais madura.

No único estudo de abordagem quantitativa entre os selecionados nesta revisão, avaliaram a percepção dos profissionais de uma unidade concluindo que a percepção geral dos profissionais foi favorável à colaboração interprofissional (Faquim & Frazão, 2016).

Discussão

As principais categorias temáticas que emergiram nos estudos selecionados são consistentes com resultados de revisões anteriormente publicadas sobre relações interprofissionais na saúde (Bollen, Harrison, Aslani & Van Haastregt, 2019; O’Reilly, Lee, O’Sullivan, Cullen & Kennedy, 2017; Sangaleti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli & Soares, 2017). Os resultados sugerem existir um desafio na concretização do trabalho em equipe, associado a uma rede de interações interpessoais, permeadas por dinâmicas de poder, saberes, afetos e interesses (Fortuna, Mishima, Matumoto & Pereira, 2005).

Os artigos analisados revelaram também que os profissionais que compõem as equipes entrevistadas destacaram a prática na qual prepondera a liderança da categoria médica sobre as demais categorias de nível superior na ESF, uma questão que tem sido discutida na literatura (Fortuna, Mishima, Matumoto & Pereira, 2005; Oliveira, Moretti-Pires & Parente, 2011). Tal dinâmica compromete o trabalho em equipe, pois a relação hierárquica não favorece a tomada de decisão compartilhada e a colaboração interdependente, influenciando o desempenho colaborativo geral da equipe (Teles, Cabral, Peduzzi, Lourdes & Baldini, 2014; Molina-Mula, Gallo-Estrada, & Perelló-Campanerint, 2018). O desempenho da equipe, por sua vez, influencia os resultados, como estado de saúde e satisfação do paciente, qualidade do atendimento, relação custo-benefício, bem-estar profissional e a disposição dos membros da equipe de trabalharem juntos no futuro (Oliveira, Moretti-Pires & Parente 2011; Bispo, Tavares & Tomaz, 2014).

Os resultados ainda indicaram que determinadas práticas da ESF há integração, ainda que sem menção à independência entre os papéis, porém, destacou-se a presença de conflitos (Carvalho, Peduzzi & Mesquita, 2014;

Fernandes *et al.*, 2015; Silva & Arantes, 2017; Escalda & Parreira, 2018; Peruzzo *et al.*, 2018), assim com incoerência entre discurso e prática (Faquim & Frazão, 2016; Valadão, Lins & Carvalho, 2017; Farias *et al.*, 2018). Dados menos críticos relacionando o trabalho em equipe ao companheirismo e confiança entre os profissionais apareceram em dois estudos (Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Navarro, Guimarães & Garanhan, 2013; Pereira, Rivera & Artmann, 2013).

Ao discorrer sobre equipes interprofissionais, destaca-se a questão das diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas, tratadas como relativas às distinções entre os saberes dos diferentes profissionais, embora devam existir também diferenças entre as próprias pessoas envolvidas. Foi possível observar que no cotidiano das relações interprofissionais destacou-se uma descaracterização da própria atenção primária (Valadão, Lins & Carvalho, 2017). Os resultados encontrados indicam que a experiência referida com o trabalho em equipe geralmente não é uma prática facilitada no cotidiano do serviço, e que existem problemas institucionais (Kell & Shimizu, 2010; Fernandes *et al.*, 2015; Matuda, Pinto, Martins & Frazão, 2015; Faquim & Frazão, 2016) que contribuem para as barreiras relacionais (Teles, Cabral, Peduzzi, Lourdes & Baldini, 2014). Por outro lado, a presente revisão mostra que os profissionais também experimentam o trabalho interprofissional como um processo contendo aspectos positivos (Kell & Shimizu, 2010; Ellery, Pontes & Loiola, 2013), os quais poderiam ser abordados como possíveis iniciativas para melhorar a implementação das tarefas coletivamente concretizadas nas equipes da ESF.

Não foram referidos nos estudos selecionados aspectos associados à necessidade de uma mudança cultural como uma base necessária, ainda que não suficiente, para a promoção sustentável de uma prática de colaboração interprofissional efetiva (Teles, Cabral, Peduzzi, Lourdes & Baldini, 2014). Igualmente decisivo, o reconhecimento de aspectos organizacionais na determinação do trabalho em equipe na ESF foi destacado nos estudos por sua insuficiência (Kell & Shimizu, 2010; Fernandes *et al.*, 2015; Matuda, Pinto, Martins & Frazão, 2015; Faquim & Frazão, 2016).

O trabalho em equipe corresponde a um processo de relações a serem reformuladas pelos próprios trabalhadores ao articularem diversos saberes dos membros da equipe. A ampliação das discussões sobre interprofissionalidade nos

últimos anos ainda se mostram insuficientes quando o panorama analisado passa a ser a dimensão da prática (Araújo, Vasconcelos, Pessoa & Forte, 2017; Previato e Baldissera, 2018). Existe, na literatura, a ideia de que a interprofissionalidade como forma de integração entre os membros da equipe na área da saúde esteja contida apenas no discurso institucional, sobretudo no que concerne à tomada de decisão compartilhada e à colaboração interdependente (Teles, Cabral, Peduzzi, Lourdes & Baldini, 2014; Garcia & Azevedo, 2011; Peduzzi & Agreli, 2018).

Observou-se a presença de termos distintos nos vários estudos no que concerne ao trabalho interprofissional em equipe que, ainda que representem conceitos relacionados, como “trabalho em equipe” e “colaboração interprofissional”, apresentam diferenças conceituais. No trabalho em equipe, supõe-se maior compartilhamento de objetivos e ações, assim como uma redistribuição de papéis dos profissionais, enquanto a “colaboração interprofissional” é considerada mais flexível, com níveis menores de compartilhamento e interdependência das ações (Peduzzi & Agreli, 2018). As circunstâncias de maior complexidade exigem maior integração e, portanto, o trabalho em equipe é mais empregado, devendo haver, na prática, alternância dessas modalidades de atividade interprofissional, em conformidade com as necessidades locais.

Torna-se difícil que diferentes profissionais pratiquem a interdisciplinaridade se a superposição de papéis e a replicação do atendimento aos usuários do serviço são questões críticas para eles. Considera-se que o principal facilitador da colaboração interprofissional na atenção primária é o interesse comum dos diferentes atores visando melhorar a qualidade do atendimento (Peduzzi & Agreli, 2018; Pereira, Rivera & Artmann, 2013).

A atenção primária é considerada um nível de cuidado mais propício ao trabalho em equipe interprofissional que os outros níveis do sistema de saúde (Matuda, Pinto, Martins & Frazão, 2015, Previato & Baldissera, 2018). Pesquisas visando ao estudo da concretização dessa disposição da equipe interprofissional em função de aspectos organizacionais precisam ser desenvolvidas em uma lógica institucional, considerando-se os padrões históricos socialmente construídos de símbolos, valores e crenças, através dos quais os atores dão significado à sua atividade diária.

As funções estendidas dos enfermeiros já foram implementadas em muitos

projetos colaborativos, especialmente no Reino Unido. Consultas, diagnóstico e terapêutica medicamentosa, gestão de casos e acompanhamento de pessoas com condições crônicas levam a melhoria do acesso para o usuário, o cuidado integral, assim como a ampliação da competência profissional (Toso, Filippone & Giovanella, 2016). Na presente revisão, a enfermagem se destacou entre as áreas de publicação dos artigos selecionados e na menção do enfermeiro como o profissional de maior inclinação para a prática interprofissional. Esse conceito de papéis estendidos poderiam se aplicar a outros profissionais da saúde na atenção primária.

Essa abordagem leva a uma mudança a partir da subordinação para a complementaridade para atender às necessidades dos usuários do serviço. Os atores entrevistados nos estudos que foram analisados não discutiram explicitamente problemas associados à redistribuição de papéis. Essa redistribuição pode estar associada a mudanças na identidade dos atores, possivelmente levando à assimilação de uma profissão por outra, voltando ao que foi comentado anteriormente (Araújo, Vasconcelos, Pessoa & Forte, 2017). A reflexividade profissional pode ser útil para garantir que essas mudanças sejam implementadas por meio da comunicação, treinamento, construção de visões compartilhadas e superação de preconceitos (Teles, Cabral, Peduzzi, Lourdes & Baldini, 2014; Terra & Campos, 2019).

Resultados de uma revisão integrativa da literatura internacional (Wilson, Coulon, Hillege & Swann, 2005) mostraram que o trabalho interprofissional em equipe é um conceito entendido de forma positiva por grupos de profissionais de saúde. Estes autores destacaram que dificuldades aparentes foram observadas em relação aos médicos que, em seu treinamento e experiência profissional, tendem a priorizar o binômio médico-paciente, e não o trabalho coletivo, interpondo, assim, barreiras ao trabalho em equipe. Exemplos considerados bem-sucedidos por esses autores foram os de profissionais de enfermagem que passam tempo com outras pessoas da equipe para entender seus papéis e os dos outros profissionais, o que é consistente com as conclusões de dois dos artigos analisados na presente revisão, cujos autores são da subárea da enfermagem (Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Freire Filho, Costa, Magnano & Forster, 2008).

Na identificação de elementos críticos ao trabalho em equipe, os estudos analisados também destacaram a necessidade de melhorar a comunicação e integração (Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Pereira, Rivera & Artmann, 2013, Fernandes

et al., 2015; Escalda & Parreira, 2018), que determina se as pessoas trabalham juntas como uma equipe coesa ou apenas como um grupo de indivíduos que trabalham fisicamente próximos uns dos outros (Previaro & Baldissera, 2018). Destacou-se que a comunicação deveria ocorrer por meio de reuniões interprofissionais regulares aprimorando a tomada de decisão compartilhada e o entendimento mútuo dos membros da equipe (Ellery, Pontes & Loiola, 2013). Esta é considerada uma alternativa para minimizar a concentração de poder, com centralização de responsabilidade apenas em determinados membros da equipe (Silva *et al.*, 2018).

Agentes de distintas áreas profissionais podem levantar barreiras para a permuta de saberes e redistribuição de papéis na resolução de problemas, em virtude da percepção de uma ameaça à própria identidade profissional, em que os trabalhadores reconhecem como possuidoras de especificidades (Teles, Cabral, Peduzzi, Lourdes & Baldini, 2014; Arruda & Moreira, 2018). Nesse sentido, o isolamento profissional parece ser histórico na área da saúde, tentativa de garantir e proteger suas áreas profissionais específicas (Kell & Shimizu, 2010; Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Villa, Aranha, Silva & Flôr, 2015).

A corresponsabilidade pelas práticas de cuidado pode ocorrer por meio de compartilhamento de conhecimento (Reeves, 2016), favorecendo a difusão de responsabilidades, com o devido crédito sendo dado aos papéis de diferentes profissionais (Loo, 2011). Estes aspectos comunicativos e de educação interprofissional contribuem para que a equipe perceba como os membros estão se sentindo em relação ao processo de trabalho, assim como possibilitam oportunidades de educação permanente (Previato & Baldissera, 2018). Embora as pesquisas sobre comunicação no trabalho em equipe na área da saúde ainda estejam em estágio inicial (Loo, 2011), sobretudo de uma perspectiva sociológica na compreensão da sua complexidade (Peduzzi & Agreli, 2018), sabe-se que a sua apropriada concretização resulta em melhor uso dos recursos, atendimento mais qualificado e menos conflitos quanto à realização do trabalho compartilhado (Mater, Aldwairi & Ibrahim, 2018; Tierney *et al.*, 2016).

A educação interprofissional — tanto na graduação, quanto na pós-graduação e na educação permanente como parte do desenvolvimento profissional — é invocada pelos formuladores de políticas de educação na saúde como um método eficaz para melhorar a colaboração (Marcussen, Nørgaard & Arnfred,

2019; Rossit *et al.*, 2018). Para que isso ocorra, são necessárias novas configurações de trabalho e que envolvam mudanças no campo do planejamento e gestão dos serviços de saúde (Matuda, Pinto, Martins & Frazão, 2015).

As limitações deste estudo relacionam-se a possível viés de publicação pela própria abrangência incompleta dos índices de literatura científica, porém ainda que alguns artigos possam não ter sido identificados na presente revisão, utilizaram-se bancos de dados reconhecidos pela comunidade acadêmica na área da saúde no Brasil e os resultados apresentam relevância para profissionais da ESF, gestores, usuários e formuladores de políticas. Aponta-se também a limitação representada pela imprecisão na terminologia e conceituação referentes ao trabalho interprofissional.

Considerações finais

Considerando o número de estudos sobre relações interprofissionais na ESF, parece haver interesse em investigar o assunto, uma vez que os profissionais de saúde são cada vez mais impulsionados a trabalhar juntos, integrando suas ações. Isso pode ter atuado como um catalisador para as pesquisas em colaboração interprofissional. A compreensão empírica de se os profissionais fazem tais contribuições e, em caso afirmativo, como e por que, permanece fragmentada. Mesmo os termos para designar relações interprofissionais parecem indistintos nos vários estudos no que concerne ao trabalho interprofissional, como “trabalho em equipe” e “colaboração interprofissional.

Sobressaíram-se categorias empíricas referentes a relações interpessoais e atitudes no trabalho; perspectivas divergentes sobre colaboração entre profissionais; enfermeiros mais inclinados para práticas colaborativas; falta de avanço da equipe no trabalho em equipe; relações de poder. Trata-se de um conjunto de estudos qualitativos enfocando desafios das relações interprofissionais na ESF, permeadas de conflitos e poucos avanços, assim como por relações de poder.

Referências

- Araújo, T. A. M., Vasconcelos, A. C. C. P., Pessoa, T. R. R. F., & Forte, F. D. S. (2017). Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), pp. 601-613.
- Arruda, L. Z., & Moreira, C. O. F. (2018). Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/

- UERJ), Brasil. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), pp.199-210.
- Bispo, E. P. F., Tavares, C. H. F., & Tomaz, J. M. T. (2014). Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 18 (49), pp. 337-350.
- Bollen, A., Harrison, R., Aslani, P., & Van Haastregt, J. C. M. (2019). Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review. *Health Soc Care Community*, 27(4), pp.189-212.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-Am de Enfermagem*, 12 (1), pp. 14-21.
- Carvalho, B.G., Peduzzi, M. A. & Mesquita, J. R. C. (2014). Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), pp.1453-1462.
- Ellery, A. L., Pontes, R. S. S., & Loiola, F. A. (2013). Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis*, 23 (2), pp. 415-437.
- Escalda, P., & Parreira, C. M. S. F. (2018). Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. *Interface (Botucatu)*, 22(Supl. 2), pp.1717-27.
- Farias, D. N., Ribeiro, K. S. Q. S., Anjos, U. U., & Brito, G. E. G. (2018). Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*, 16 (1), pp. 141-162.
- Faquim, J. P. S., & Frazão, P. (2016). Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde Debate*, 40 (109), pp. 59-69.
- Fernandes, H. N., Thofehrn, M. B., Porto, A. R., Amestoy, S. C., Jacondino, M. B. & Soares, M. R. (2015). Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. *Rev. pesqui. cuid. fundam.*, 7 (1), pp. 1915-1926.
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., & Pereira, M. J. B. (2005). O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13 (2), pp. 262-268.
- Freire Filho J. R., Costa, M. V., Magnago, M., & Forster, A. C. (2008). Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, (e3018). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3018.pdf.
- Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24 (2), pp. 335-342.
- Garcia, C. C., & Azevedo, H. E. (2011). Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: Uma Construção à Espera pelos Sujeitos da Mudança. *Trab. educ. saúde*, 9 (1), pp. 85-112.
- Kanan, L. A. (2010). Poder e Liderança de Mulheres nas Organizações de Trabalho. *O&S Salvador*, 17 (53), pp. 243-257.
- Kell, M. C. G & Shimizu, H. I. (2010). Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Suppl. 1), pp. 1533-1541.
- Lanzoni, G. M. M., & Meirelles. B. H. S. (2012). A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 25 (3), pp. 464-70.
- Loo, L. (2011). *Teamwork and Communication in Healthcare a Literature Review*. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute. Disponível em: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf>.
- Marcussen, M., Nørgaard, B., Arnfred, S. (2019). The Effects of Interprofessional Education in Mental Health Practice: Findings from a Systematic Review. *Acad Psychiatry*, 43(2), pp.200-208.
- Mater, W., Aldwairi, M., & Ibrahim, R. (2018). Enhanced Teamwork Communication Model for Electronic Clinical Pathways in Healthcare. *The Open Bioinformatics Journal*, 11, pp.140-163.
- Matuda, C. G., Pinto, N. R. S., Martins, C. L., & Frazão, P. (2015). Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), pp.2511-2521.
- Molina-Mula, J., Gallo-Estrada, J., & Perelló-CampanerInt, C. (2018). Impact of Interprofessional Relationships from Nurses' Perspective on the Decision-Making Capacity of Patients in a Clinical Setting. *J. Environ. Res. Public Health*, 15(1), pp. 49. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/1/49/htm>.
- Navarro, A. S. S., Guimarães, R. L. S., & Garanhani, M. L. (2013). Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *REME Rev Min Enferm*, 17 (1), pp. 61-68.
- Oliveira, H. M., Moretti-Pires, R. O., Parente, R. C. P. (2011). As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface Comunic., Saude, Educ.*, 5 (37), pp. 539-50.
- O'Reilly, P., Lee, S.H., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C., et al. (2017). Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLOS ONE*, 12(7), pp. 1-22.
- eduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*, 20 (56), pp. 199-201.
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 22 (Suppl. 2), pp. 1525-1534.
- Pereira, R. C. A., Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*, 17 (45), pp. 327-40.
- Peruzzo, H. E., Bega, A. G., Lopes, A. P. A., Torquato P. A., Haddad, M. C. F. L. et al. (2018). Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Escola Anna Nery*, 22(4), e20170372.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA). Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp.185-97.



- Peruzzo, H. E., Bega, A. G., Lopes, A. C. A. T., Haddad, M. C. F. L., Peres, A. M., & Marcon, S.S. (2018). Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*, 22(4), e20170372.
- Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 22 (Suppl 2), pp. 1535-1547.
- Rossit, R. A. S., Santos Junior, C. F., Medeiros, L. M., Martorelli, O. P., Regis, C. G., & Batista, S. H. S. S. (2018). Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre educação interprofissional (EIP): narrativas em foco. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl. 2), pp.1511-1523.
- Sangaleti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P., & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIC Database System Review Implement Rep.*,15(11), pp.2723-2788.
- Silva, I., & Arantes, C. I. S. (2017). Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 70 (3), pp. 580-587.
- Silva, T. W. M., Velloso, I. S. C., Araújo, M. T., Galdino, C. S., Pires Júnior, J. F., & Nobre, T.A.O. (2018). Circulation of power-knowledge in the constitution of professional practices of physicians and nurses. *Rev baiana enferm*, 32 (e28234). Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/28234/17335>.
- Muñoz, R. L. S., Freitas, J. A. C., & Carvalho A. L. B. (22 jul., 2020). Relações Interprofissionais na Estratégia Saúde da Família [Versão Eletrônica]. *Semioblog Humanitas*, s. v., s. p., Acesso em 22 de julho de 2020 de <https://tinyurl.com/yyox2a47>.
- Teles, C., Cabral, M., Peduzzi, Lourdes. E., & Baldini, C. (2014). The experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration to health care professionals in primary health care settings: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(5), pp.24–33.
- Terra, L.S. S. V., & Campos, G. W. S. (2019). Alienação Do Trabalho Médico: Tensões Sobre O Modelo Biomédico e o Gerencialismo na Atenção Primária. *Trab. educ. saúde*, 17 (2): e0019124.
- Toso, B. R. G. O., Filippin, J. & Giovanella, L. (2016). Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. *Rev. Bras. Enferm.*, 69 (1), pp. 182-191.
- Tierney, E., O’Sullivan, M., Hickey, L., Hannigan, A., May, C. & Cullen, W. et al. (2016). Do primary care professionals agree about progress with implementation of Primary Care Teams: Results from a cross sectional study. *BMC Family Practice*, pp. 1-23.
- Valadão, P. A. S., Lins, L., & Carvalho, F. M. (2017). Problemas Bioéticos no Cotidiano do Trabalho de Profissionais de Equipes de Saúde da Família. *Trab. educ. saúde*, 15 (3), pp. 725-744.
- Villa, E. A., Aranha, A. V. S., Silva, L. L. T., & Flôr, C. L. (2015). As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*, 39 (107), pp. 1044-1052.
- Wilson, K., Coulon, L., Hillege, S., & Swann, W. (2005). Nurse practitioners’ experiences of working collaboratively with general practitioners and allied health professionals in New South Wales, Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23, pp.22–7.

MAIS MÉDICOS NA PARAÍBA: UMA ANÁLISE DA PERSPECTIVA DOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA

Philippe Meneses Benevides
Alexandre José de Melo Neto
Maria Emília Chaves Tenório
Isabelle Cristina Borba da Silva
Gabriella Barreto Soares
Juliana Sampaio

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como seu principal elemento para organizar, expandir e consolidar a Atenção Básica (AB) (Harzheim & Mendonça, 2014; Portaria nº 2.436, 2017). O aumento da cobertura populacional do SUS, através da expansão da ESF foi fundamental na melhoria do acesso à AB. Porém a ausência do médico, em algumas localidades, inviabilizou a conformação de novas equipes e impactou negativamente na expansão dessa estratégia (Rodrigues, Quaresma & Monteiro, 2015).

Dentre as mais recentes políticas de fortalecimento da AB, surge o Programa Mais Médicos (PMM), inicialmente como Medida Provisória nº 621 e, posteriormente, como lei nº 12.871/2013. O programa foi estruturado em três eixos: investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, especialmente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir da ampliação do programa RequalificaUBS; ampliação das vagas e reformas curriculares nos cursos de graduação em medicina e nos programas de residências médica no Brasil, priorizando regiões com escassez de médicos, como o Nordeste e cidades do interior de todas as regiões brasileiras e provisão emergencial de médicos em áreas de maior vulnerabilidade (Lei n. 12.871, 2013; Cyrino *et al.*, 2015).

Os dados de má distribuição de médicos e da ausência destes profissionais na região Nordeste expressam as grandes dificuldades de provimento desses profissionais na região. Diante de tal situação, compreende-se o destaque na

contratação pelo PMM no estado da Paraíba que ocupou, juntamente com o Rio Grande do Norte, o sexto lugar na distribuição dos profissionais contratados na região Nordeste, entre agosto de 2013 e dezembro de 2014 (Nogueira *et al.*, 2016).

Segundo informações do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), em julho de 2016, havia 1.344 Equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas na Paraíba (Brasil, 2018). E, nesse panorama, 400 médicos do PMM as integravam (29,8% do total das equipes), evidenciando a contribuição do Programa na cobertura assistencial das populações das cidades neste estado nordestino.

Diante da importância do PMM na cobertura da AB para população da Paraíba e das especificidades da supervisão do programa no estado, este estudo objetiva avaliar elementos relacionados à satisfação dos médicos participantes com o PMM e com a supervisão ofertada por este no estado da Paraíba.

Referencial teórico/ Revisão de literatura

Apesar de ser inegável a ampliação do cuidado em saúde promovido pelo fortalecimento da AB, no contexto do SUS e especialmente da ESF, a potencialização da resolutividade e a ampliação do acesso ainda são fortes desafios a serem enfrentados para promoção de um cuidado integral. Tais desafios são agravados pela falta de médicos, principalmente em comunidades remotas e vulnerabilizadas (Oliveira *et al.*, 2015).

Neste contexto, é notória a predominância de médicos nos centros urbanos, em detrimento das áreas rurais ou remotas, nas quais se concentra metade da população mundial e apenas $\frac{1}{4}$ dos médicos (Buchan *et al.*, 2013). Nesta perspectiva, vários países do mundo, ao longo do tempo, têm adotado estratégias para sanar tanto o déficit quanto a má distribuição de profissionais, considerando, principalmente, as áreas remotas e as zonas rurais (Sassi, 2018).

No contexto brasileiro, a problemática da distribuição de médicos não se associa apenas às áreas remotas ou rurais, sendo também difícil o provimento e fixação de profissionais em UBS situadas nos bairros da periferia das grandes cidades, nos quais se acentuam as desigualdades sociais e os agravos delas decorrentes, como a violência urbana (Storti, Oliveira & Xavier, 2017). Em 2017, o Brasil possuía uma relação de 2,18 médicos por mil habitantes, com capitais onde

esse valor ultrapassava 12 médicos por mil habitantes, como Vitória/ES, região Sudeste do Brasil, em contraponto a cidades do interior da região Nordeste, com relação inferior a 1 médico por mil habitantes (Scheffer, 2018).

Para enfrentar as dificuldades de provimento e fixação de profissionais médicos nas eSF no Brasil, ao longo do tempo, o MS lançou alguns programas, dentre os quais, se destacam (Sassi, 2018): 1) o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) – 1976; 2) o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) — 1993; 3) o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) – 2001; 4) o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) – 2011; e 5) o Programa Mais Médicos (PMM) – 2013.

O PROVAB, instituído através da Portaria Interministerial n. 2.087/2011, visava a atração e estímulo dos profissionais a atuarem na AB, por meio de investimentos voltados para a melhoria nas condições de trabalho e da bonificação na pontuação para qualquer programa de residência médica (Portaria nº 2.087, 2011).

A implantação do PROVAB se deu sob várias tensões entre as entidades médicas e governamentais. A Associação Médica Brasileira repudiou o programa que, na sua concepção, valorizou os médicos recém-formados em detrimento dos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), além disso instituiu bonificação para programas de residência, o que segundo a Associação, seria negativo por desprestigiar a meritocracia dos processos seletivos (Oliveira *et al.*, 2015).

Apesar das disputas, o Programa foi implementado e priorizou suas ações naqueles municípios de difícil acesso e com populações socialmente vulnerabilizadas. Obteve seu maior feito com a captação de mais de 3500 médicos para atuação na AB, atraídos especialmente pela bonificação de 10% na nota das provas de residência médica, após a conclusão de 1 ano no Programa. Ainda assim, este quantitativo foi insuficiente para suprir as necessidades das regiões brasileiras mais pobres e remotas.

Com o objetivo de aumentar o provimento de médicos e diminuir as desigualdades regionais, o governo federal lançou o PMM em 2013, o qual foi estruturado em três eixos: provimento emergencial de médicos, formação médica e investimento em infraestrutura das unidades de saúde.

Esse primeiro eixo conseguiu prover mais de 18 mil médicos, permitindo a cobertura de 73% dos municípios brasileiros, inclusive beneficiando todas as

áreas indígenas. Esse contingente foi alcançado a partir do recrutamento não só de médicos brasileiros, mas também de estrangeiros. Estes últimos eram constituídos 60% por cubanos, através de acordo firmado entre os governos federais de Brasil e Cuba com a intermediação da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) (Kemper *et al.*, 2018).

Na região Nordeste, o provimento de médicos aumentou 19,2% o quantitativo de consultas médicas entre abril de 2013 e setembro de 2015. Nesse período, a mediana de consultas nos municípios com até 5.000 habitantes aumentou de 701,0 para 768,0, enquanto a mediana da proporção de cobertura de equipes de saúde da família passou de 89,2% para 95,3%, aproximando-se de 100% nos municípios com até 20.000 habitantes (Gonçalves *et al.*, 2019). Tal fato evidencia a expansão do número de consultas médicas e do acesso na AB no Nordeste com a efetivação do PMM, caracterizando com isso fortalecimento da AB no SUS.

No âmbito formativo, o PMM engloba a supervisão médica, que prevê acompanhamento e suporte para os médicos nos atendimentos clínicos e na dinâmica do processo de trabalho. Ela é desenvolvida por uma instituição de ensino superior a partir da atuação de um tutor e de supervisores ligados a ela. Apesar das posições contrárias de discentes e docentes do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sobre o PMM (exemplificada na não adesão desta instituição a implantação da supervisão do Programa na Paraíba), a maioria dos tutores do Programa tinham vinculação institucional com esta Universidade (Sassi, 2018).

Um estudo de revisão sistemática publicado em 2016 com o objetivo de avaliar estratégias para recrutar e reter médicos na AB encontrou como resultado que intervenções que aproximavam os médicos das atividades de ensino e de pesquisa produziram 75% de retenção desses profissionais na AB (Verma *et al.*, 2016). Nesta perspectiva, o componente do PMM que trata da supervisão e formação dos médicos vinculados ao programa é um importante elemento para ser analisado, por sua relevância na retenção desses profissionais na AB.

Método

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal e abordagem quantitativa. A análise do perfil profissional e da avaliação do médico participante do PMM sobre o programa foi feita a partir de banco de dados obtido por formulário aplicado junto a esses profissionais, no estado da Paraíba, entre dezembro de 2015 e setembro de 2016. Este formulário foi disponibilizado online no período supracitado, através do Google Docs.

O formulário foi construído através da sistematização da literatura sobre avaliação dos serviços de saúde e de inúmeros documentos concernentes à avaliação de estrutura e processo de trabalho na AB, como o 'Relatório de Primeira Visita de Supervisão do PMM e os módulos 1 e 2 da avaliação externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), entre outros.

O formulário foi composto por 122 questões, organizadas em seções: Identificação Geral, Formação profissional e experiência do médico, Identificação do programa de provimento, Identificação da UBS, Avaliação da estrutura física da UBS, Avaliação de insumos, equipamentos e medicamentos para o atendimento clínico, Avaliação de recursos humanos, Avaliação de processo de trabalho, Avaliação da rede de saúde, Avaliação da supervisão, Avaliação geral do programa e avaliação da satisfação do médico.

Houve disponibilização do formulário para o universo de 400 médicos que participaram do PMM na Paraíba, dos quais 296 responderam. Para a presente análise, foram consideradas as questões que constavam nos blocos: avaliação da supervisão e avaliação da satisfação do médico.

Os respondentes possuíam média de idade de 37 anos, havendo proporcionalidade entre homens e mulheres, com discreta predominância do sexo feminino (50,6%) e 58,8% se autodeclararam brancos. A maioria (63,9%) dos médicos concluiu sua graduação no Brasil, 31,7% em Cuba e 4,4% em outros países. O tempo médio de formação dos profissionais era de 11,7 anos.

A maioria (70,7%) dos respondentes era brasileira, o que pode estar relacionado à dificuldade em acessar os cubanos nesta pesquisa (apenas 27,3% destes responderam ao questionário).

Os dados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel* para a tabulação e, após a limpeza do banco, foram obtidas 249 respostas válidas para o presente estudo. Em seguida, os dados foram exportados para o software *IBM SPSS Statistics 22.0* para a realização da análise descritiva.

O presente estudo deriva do projeto de pesquisa intitulado “Mais Médicos na Paraíba: Uma avaliação a partir do olhar dos Médicos vinculados ao Programa”, cujas exigências éticas de pesquisas com seres humanos foram atendidas e obteve a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, em 02 de maio de 2018, sob o número CAAE 88015318.6.0000.8069.

Resultados e Discussão

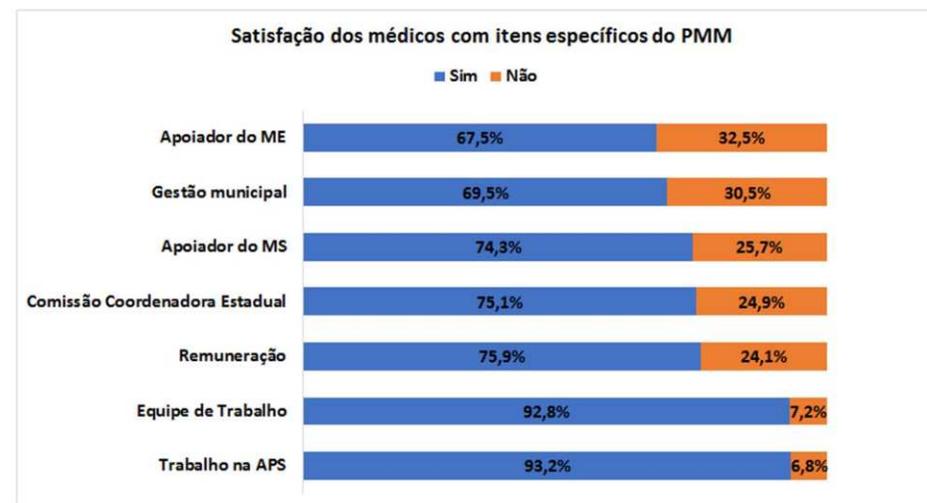
Para a análise da satisfação do médico com o PMM foram consideradas as avaliações de recursos pedagógicos e itens específicos do programa, a saber: apoiadores dos ministérios da educação e da saúde, gestão municipal, Comissão Coordenadora Estadual (CCE), remuneração, equipe de trabalho e trabalho na AB. Quanto à supervisão, foram analisadas as estratégias utilizadas nas visitas dos supervisores, relacionando-as às expectativas dos médicos para esses encontros.

Avaliação da Satisfação com o PMM

A avaliação da satisfação geral dos médicos com o PMM obteve uma média de 8,3 e a maioria (79,5%) atribuiu nota igual ou superior a 8 para seu nível de satisfação com o Programa. Quando se analisa a satisfação com itens específicos do PMM, percebe-se que o trabalho na AB (93,2%) e a equipe de trabalho (92,8%) são os itens que apresentam melhor avaliação, seguidos pela remuneração (75,9%) e pela satisfação com a CCE (75,1%) (gráfico 1).

Esses dados indicam que a satisfação com PMM não está relacionada apenas com a remuneração dos profissionais, sendo necessária a garantia de outras condições de trabalho. Na mesma direção, Silva *et al.* (2018) apontam que a remuneração é um importante elemento de recrutamento de profissionais médicos para a AB, não sendo, contudo, suficiente para a retenção dos mesmos nos locais de trabalho.

Gráfico 1 — Avaliação da satisfação dos itens específicos do Programa Mais Médicos.



Fonte: Elaborado pelos autores

Além dos aspectos supracitados, outros elementos que podem contribuir para a satisfação dos médicos com o Programa estão relacionados à formação e supervisão ofertadas. Neste sentido, destacam-se o tutor e o coordenador regional (que integram a supervisão acadêmica), com 92,0% de satisfação, os cursos oferecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e AVASUS, com 89,2% de satisfação e as reuniões locais regionais, com 86,7% de satisfação.

A supervisão acadêmica constitui um dos eixos de formação do PMM, que, por meio da integração ensino-serviço, objetiva o fortalecimento da política de Educação Permanente em Saúde (EPS), a partir da formação dos médicos participantes do Programa (Azevedo *et al.*, 2016). Nesta dimensão o supervisor realiza o acompanhamento periódico dos médicos e oferta apoio pedagógico para o aperfeiçoamento das competências necessárias ao desenvolvimento das ações e qualificação da AB (Brasil, 2015).

A satisfação com a tutoria, com a coordenação e com os cursos ofertados pela UNA-SUS e AVASUS (com 84,3% de satisfação), possui relação com o processo de ensino-serviço e pode estar relacionada a contribuição destes itens para formação dos médicos do Programa, tendo impacto no eixo de formação e na fixação destes profissionais na AB. Neste sentido, vale ressaltar que metodologias de educação à distância (EaD) tem sido cada vez mais difundidas e se tornado uma

importante alternativa para a formação dos profissionais. Tal fato é evidenciado no estudo de Thumé *et al.* (2016), no qual constata-se a avaliação positiva do EaD por médicos vinculados ao PMM que concluíram a especialização em Saúde da Família nesta modalidade. Apesar das vantagens no EaD, o referido autor ainda destaca que é importante considerar limitações importantes dessa modalidade de ensino, a saber o acesso à internet, especialmente em localidades interioranas do Norte e Nordeste.

A satisfação com os recursos pedagógicos do Programa é relevante, pois como observado na literatura (Oliveira *et al.*, 2016), a percepção de que os cursos de formação ofertados contribuem para o aperfeiçoamento profissional e impactam numa maior permanência deste na equipe, por um período igual ou superior a um ano. Estas atividades são percebidas pelos médicos como elementos de melhoria na qualidade do serviço ofertado em sua prática profissional.

A supervisão acadêmica do PMM é realizada por médico vinculado a uma instituição supervisora e tem a previsão de espaços de EPS como: a supervisão *in loco*, mensal, que deve ser realizada no local de trabalho do médico participante do PMM; a supervisão locorregional, trimestral, que deve promover a troca de experiências entre atores envolvidos na dinâmica de determinada região; e a supervisão longitudinal que deve ser operacionalizada através de meios de comunicação e tecnologias da informação (Brasil, 2015).

No contexto da supervisão, é importante resgatar a EPS que consiste na problematização da realidade vivida no trabalho, envolvendo todos os atores inseridos neste processo, considerando as experiências que as pessoas já possuem, bem como as necessidades de saúde das populações (Almeida, 2017). A EPS amplia a capacidade resolutiva dos profissionais no contexto da AB e implica na qualificação do cuidado neste nível de atenção (Brasil, 2018). Embora os entrevistados afirmem que a maioria dos supervisores faziam reuniões de educação permanente (73,1%), há de se considerar que a supervisão realizada no PMM se dá numa perspectiva médico-centrada, na medida em que é ofertada por médicos e para médicos, não envolvendo o restante da equipe. Se a equipe de trabalho é também um importante elemento para satisfação do médico com o PMM, esse seria mais um aspecto a ser considerado para a supervisão, numa perspectiva interprofissional. Desse modo, a supervisão deveria utilizar ferramentas que promovam a troca de saberes e a

construção de um diagnóstico mais detalhado do território sob a perspectiva de diversos profissionais que nele atuam (Engstrom *et al.* 2016).

Avaliação do médico sobre a supervisão ofertada no PMM

A supervisão acadêmica objetiva singularizar a vivência dos médicos participantes do PMM, ofertando o suporte aos mesmos. Sendo assim, espera-se que os diferentes recursos ofertados na supervisão possam proporcionar trocas de saberes entre os sujeitos nela envolvidos, com destaque para a discussão de casos e embasamento teórico para a atuação na AB (Cardoso *et al.*, 2017).

Os recursos pedagógicos utilizados nas atividades de supervisão (gráfico 2) são diversificados, sendo os mais frequentes: discussões de casos (78,3%), de temas, artigos ou capítulos pactuados e lidos previamente (63,5%), de temas sem leitura prévia e acompanhamento de consultas do médico supervisionado com feedback ao final (63,1%).

Os recursos mais usados nas atividades de supervisão coincidem com os recursos pedagógicos que os médicos supervisionados gostariam que fossem usados. Observa-se que tais recursos abrem espaços dialógicos para trocas de experiências e saberes entre os profissionais e suporte técnico pedagógico fundamental para a qualificação das práticas profissionais. Nesta direção, Engstrom *et al.* (2016) defendem que a supervisão deve acompanhar as vivências dos médicos, orientando esta prática às necessidades locais.

Gráfico 2 — Tipos de recursos pedagógicos usados nas visitas de supervisão e recursos que os médicos desejariam que fossem utilizados



Fonte: Elaborado pelos autores.

Observa-se que o uso do recurso Telessaúde se dá aquém do esperado pelos médicos respondentes. Esta ferramenta possibilita a interligação de instituições de ensino e serviços de saúde, num processo de trabalho cooperado e permanente, por meio do qual se identificam os problemas e soluções para os mesmos, de modo a contribuir para a resolubilidade e qualificação do serviço (Oliveira & Sales, 2018).

Entretanto, a informatização é um desafio à implementação do Telessaúde, já que uma das duas formas de acessar a plataforma é via internet e depende totalmente de equipamentos como computadores, garantia de conectividade e pessoal treinado no uso das tecnologias de informação. Apesar desse pré-requisito, a realidade evidenciada no Brasil é de uma baixa disseminação das tecnologias da informação e comunicação, o que atua como uma barreira à implantação do Telessaúde no SUS (Oliveira & Sales, 2018).

De maneira geral, cabe ressaltar que a importância do suporte pedagógico ofertado pela supervisão acadêmica é ainda mais significativa pela fragilidade da formação médica, que organiza-se em disciplinas fragmentadas em especialidades e que tem o hospital como principal cenário de formação em serviço (Sorti, Oliveira & Xavier, 2017).

Adicionalmente, a maioria dos profissionais que atuam na AB não possui especialização na área. No grupo estudado, apenas 28,9% eram médicos de família e comunidade, e dentre eles os brasileiros correspondiam a 1,6% desse percentual. Tal dado corrobora com os achados do estudo Demografia Médica no Brasil que evidencia uma baixa frequência (1,4%) de médicos especialistas na área atuando no país (Scheffer, 2018).

Mesmo com o aumento do número de vagas para residência em MFC, a taxa de ocupação é reduzida. No ano de 2015, por exemplo, a mesma foi de 26,3% no Brasil, o que é preocupante pela importância que a especialidade assume na consolidação da AB e por interferir no provimento com médicos especialistas em MFC neste nível de atenção (Berger *et al.*, 2018).

Tal panorama traz questionamentos para a formação em medicina. Mesmo com os avanços trazidos pelas novas diretrizes curriculares para inserção e atuação dos graduandos na AB, este campo de atuação ainda é bem menor, se comparado com os demais cenários de aprendizagem disponibilizados pelas instituições

formativas (Berger *et al.*, 2018). Ainda para os mesmos autores, os especialistas em MFC são estigmatizados socialmente como profissionais precarizados, que trabalham no “postinho” de saúde e que não teriam competência para o cuidado de pessoas com melhor poder aquisitivo.

Sendo assim, percebe-se que o problema para a formação de especialistas que possam atuar na AB vai além da ampliação da oferta de vagas e perpassa por outros fatores, como o processo de formação e a valorização social do papel do especialista em MFC.

Esse dado reforça também a importância da especialização em Saúde da Família oferecida pelas universidades públicas participantes da UNA-SUS, a qual foi realizada por 50,2% dos respondentes. Verifica-se, portanto, que existe um papel significativo deste curso de especialização no processo de formação dos médicos que atuam no PMM na Paraíba, com o destaque para os dados coletados que evidenciam que nenhum outro tipo de pós-graduação possui uma frequência tão elevada entre os respondentes.

Conclusão

Apesar da consolidação do PMM, este passa por recentes modificações após a mudança de diretrizes políticas do MS, com a mudança do Governo Federal. Com a dissolução da cooperação com a Organização Panamericana de Saúde e o Ministerio de Salud Pública de Cuba, mais de 8000 médicos cubanos deixam o programa (Santos *et al.*, 2018), tornando incerto o futuro do mesmo e da provisão e fixação de médicos no âmbito da AB. Surge então o desafio para pesquisadores e gestores estudarem e, assim, discutirem formas de atração e de diminuição da rotatividade dos médicos brasileiros na AB.

Ademais, mesmo com as divergências na implantação do PMM por parte da comunidade médica na Paraíba, desde posicionamentos contrários ao PMM e não aceitação por parte da instituição federal de ensino superior em contribuir no eixo de apoio pedagógico, este estudo apresenta importantes resultados relacionados à satisfação dos médicos participantes com o PMM. Além disso, aponta a supervisão como um importante elemento para a satisfação dos médicos e os cursos de especialização em Saúde da Família pela UNA-SUS como

importante dispositivo no processo de formação destes. Desta forma, evidencia-se a necessidade de que esta supervisão seja fortalecida, ampliada e transformada em uma política de apoio para qualificação e fixação dos profissionais na AB. Esta importância é ainda mais emergente se considerarmos que a atual estratégia de provimento médico do Governo Federal, o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) (Lei nº 13.958, 2019), propõe reduzir a supervisão dos médicos para os dois primeiros anos destes profissionais no Programa.

Referências

- Almeida, E. R. et al. (2017). Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica. *Interface*, 21 (Supl. 1), p.1291-1300, Botucatu. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501291&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2018.
- Azevedo, M. et al. A Educação Permanente transversalizada nas ações de tutoria e supervisão do Projeto Mais Médicos para o Brasil. 12º Congresso Internacional da Rede Unida. (2016, Mar 21). Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida, *Revista Saúde em Redes.v.2*, n.1. Supl. 2016. ISSN 2446-4813 Disponível em: <<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2579>>. Acesso em: 05 out 2019.
- Berger, C. B. et al. (2017). A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 12, n. 39, p.1-10. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1399](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1399)>. Acesso em: 11 dez. 2018.
- Histórico de Cobertura SF. Brasília, DF, ago. 2016. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 23 jul. 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf#page=55&zoom=auto,-150,414>. Acesso em: 03 ago. 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 — Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS — PRO EPS-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. P.39.
- Brasil. Portaria nº585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 16 de junho 2015, nº 112, Seção 1, p. 11.
- Buchan, J. et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*, v.91, p. 834–840, 2013. Disponível em: <<https://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-119008/en/>>. Acesso em: 13 jul. 2019.
- Cardoso, M. L. M. et al. (2017). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciênc. saúde coletiva*, 22, n.5, p.1489-1500. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002501489&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2018.
- Cyrino, E. G et al. (2015). O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Esc. Anna Nery*, 19, n. 1, p. 5-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150001>.
- Engstrom, E.M. et al. (2016). O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locais regionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus*, 10, n.1, p.241-252.
- Gonçalves, R. F. et al (2019). Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste. *Revista de Saúde Pública*, 53, p. 110. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100299&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 jul 2020. Epub Dec 09, 2019. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001571>.
- Harzheim, E. & Mendonça, C. S. (2014). Estratégia Saúde da Família. In: Duncan B.B. et al. (org.) *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed:32-42. E-book.
- Kemper, ES et al. (2018). Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 42, 7 jun. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.1>>. Acesso em: 18 jul. 2020.
- Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF*, 23 out. 2013b. Seção 1, p.1. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/10/2013&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=112>>. Acesso em: 05 jul. 2018.
- Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil. Brasília: *Diário Oficial da União*; 2019. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.958-de-18-de-dezembro-de-2019-234338710>> Acesso em: 18 jul. 2020.
- Nogueira, P. T. A. et al. (2016). Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, 21, n.9, p. 2889-2898. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17022016>>. Acesso em: 01 ago. 2018.
- Oliveira, C. M. et al. (2015). Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, 20, n. 10. Disponível em: <http://googleweblight.com/?lite_url=http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002999&ei=WljcOauN&lc=pt-BR&s=1&m=159&host=www.google.com.br&ts=1492007450&sig=AJsQQ1A55rvavz52_CcHTIU01k_6xSO7tA>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- Oliveira, M. P. R. et al. (2016). Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Rev. bras. educ. Med*, 40, n. 4, p.547-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2018.
- Oliveira, T. C. & Sales, M. L. H. (2017). A implantação do Programa Telessaúde na Atenção Básica. *Rev enferm UFPE (online)*, 11, n. 6, p.2380-2388. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23401/1906>>. Acesso em: 12 dez. 2018.
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. 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*, 22 Set, 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 07 Mai 2018.

- Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União 1 set 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html. Acesso em: 07 abr. 2019.
- Rodrigues, C. C. P., Quaresma, M. S. M., & Monteiro, R. C. (2015). Educação em Saúde no Programa Mais Médicos para o Brasil. Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva, 9, n. 4, p.151-158. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1730/1479>>. Acesso em: 25 jul. 2018.
- Santos, L. M. P. et al. (2018). The end of Brazil's More Doctors programme? BMJ, 363: k5247. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/363/bmj.k5247>> Acesso em: 17 jul. 2020.
- Sassi, A. P. (2018). Dinâmicas da implantação do programa mais médicos na Paraíba: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública. Neves, Ednalva Maciel (Orientadora). 343fl. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Scheffer, M. (2018). Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP; Cremesp; CFM. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf)> Acesso em: 12 out. 2018.
- Silva, E. N. et al. (2018). Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. Rev Panam Salud Pública, 42, e.11. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.11>> Acesso em: 17 jul. 2020.
- Storti, M. M. T., Oliveira, F. P. & Xavier, A. L. (2017). A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. Interface, Botucatu, 21 (Supl. 1), p. 1301-1314. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>>. Acesso em: 12 out. 2018.
- Thume, E. et al. (2016, Sept). Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, 21, n. 9, p. 2807-2814. 2016. Rio de Janeiro Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902807&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.14632016>.
- Verma, P. et al. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. BMC health services research, v. 16, p. 126, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828812/>> Acesso em: 17 jul. 2020.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Fortaleza Rocha da Silva. Coordenadora Substituta de Ações Estratégicas, Inovação e Avaliação da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. E-mail: adriana.fortaleza@saude.gov.br

Alba Angélica Nunes Mouta. Universidade Federal do Piauí-UFPI. Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: angelicanmouta@gmail.com

Alexandre Botelho Brito. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: alexandre.brito@ifnmg.edu.br

Alexandre José de Melo Neto. Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Membro do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: halemao@hotmail.com

Aluísio Gomes da Silva Junior. Médico sanitário. Doutor em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ). Professor Titular do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFF.

Ana Luiza Machado Pinto. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde Campo Grande/FIOCRUZ MS. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: analuizampinto@gmail.com

Ana Maria Ribeiro Nogueira. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Mestre em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: anamarianrn@yahoo.com.br

Anderson Milfont Feitosa de Oliveira. Professor da Faculdade Estácio. Mestre em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Juazeiro do Norte, CE, Brasil. E-mail: andersonmilfont@gmail.com

André Luis Bonifácio de Carvalho. Docente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, Campus I. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: andrelbc4@gmail.com

Antonio de Padua Python Cyrino. Médico Sanitarista. Professor livre-docente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNESP). E-mail: a.cyrino@unesp.br

Antônio Pazin Filho. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: apazin@fmrp.usp.br

Augusto César Beltrão da Silva. Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba (IESVAP). Mestre em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: drbeltrao@gmail.com

Bárbara Ferreira Leite. Consultora Técnica da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas, Inovação e Avaliação da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. E-mail: barbaraleite.saude@gmail.com

Bruno Denes Cesário Pereira. Mestre em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Médico da Prefeitura Municipal de Curitiba. Residência em Medicina de Família e Comunidade. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: profsaudeufpr@gmail.com

Carla Pacheco Teixeira. Assistente Social, Sanitarista, Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora Executiva Nacional do PROFSAÚDE. Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Doutoranda em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). Experiência na gestão da Atenção Primária; Gestão e docência em cursos de graduação e pós-graduação na saúde. RJ, Brasil. E-mail: carla.teixeira@fiocruz.br

Cátia Regina Branco da Fonseca. Docente do Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). Mestre em Pediatria. Doutora em Ciências Aplicadas à Pediatria. Botucatu, SP, Brasil. E-mail: catia.fonseca@unesp.br

Cesar Augusto Orazem Favoreto. Professor Associado do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitário. Faculdade de Ciências Médicas UERJ. Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: cesarfavoreto@globo.com

Daniela Araújo Veloso Popoff. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Doutora em Clínica Odontológica pela Universidade Federal de Minas Gerais. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: danielaveloso@yahoo.com.br

Débora Carvalho Ferreira. Professora do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Saúde Coletiva (UFJF). Doutora em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ/UERJ/UFF/ENSP). Viçosa, MG, Brasil. E-mail: deborajf@yahoo.com.br

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento. Pesquisadora em Saúde Pública e Coordenadora da área de Educação da FIOCRUZ do Mato Grosso do Sul. Mestre em Enfermagem (USP). Doutora em Ciências (USP). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ MS). Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: debora.dupas@fiocruz.br

Débora Maria Marques Bezerra. Discente do curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido. Mossoró, RN, Brasil. E-mail: debora.dmmmb@gmail.com

Deivisson Vianna Dantas dos Santos. Médico Psiquiatra. Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: profsaudeufpr@gmail.com

Denise Silva da Silveira. Universidade Federal de Pelotas. Médica. Mestre e doutora em Epidemiologia pela UFPel. Experiência na área de Medicina (atenção e ensino), Saúde Coletiva (atenção e ensino) e Avaliação de Serviços de Saúde (pesquisa). Pelotas, RS, Brasil. E-mail: denisilveira6965@gmail.com

Dinair Ferreira Machado. Assistente Social, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Doutora em Sociologia, UFSCar. Pós-doutora em Saúde Coletiva, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. E-mail: dinair.machado@unesp.br

Eda Schwartz. Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica. Pelotas, RS, Brasil. E-mail: edaschwa@gmail.com

Eliana Goldfarb Cyrino. Professora Associada do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Supervisora do Centro de Saúde Escola de Botucatu. Botucatu, SP, Brasil. E-mail: eliana.goldfarb@unesp.br

Fabiane Budel. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Médica. Especialista em Medicina de Família e Comunidade e em Preceptoría de Residência Médica no SUS. Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: fabianebudel@gmail.com

Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira. Centro Universitário UNIFIPMOC, Doutora em Odontologia com ênfase em Saúde Coletiva pela UFMG. Professora colaboradora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros. E-mail: fernandapiana@gmail.com

Fernando Sfair Kinker. Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Terapia Ocupacional e do PROFSAÚDE. Atualmente é pró-reitor adjunto de graduação da Unifesp. Santos, SP, Brasil. E-mail: fernando.kinker@unifesp.br

Francisco Jander de Sousa Nogueira. Universidade Federal do Piauí-UFPI. Docente do Programa em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPI). Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: jander.sociosaude@gmail.com

Gabriella Barreto Soares. Docente da Universidade Federal da Paraíba e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF). Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela UNESP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS). E-mail: gabriella.barreto@yahoo.com.br

Glaucele do Amaral Souza. Mestre em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Professora da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Teixeira de Freitas, BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4842-3785>. E-mail: glauceleamaral@yahoo.com.br

Isabel Cristina Gonçalves Leite. Departamento Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. Cirurgiã-dentista (UFJF). Doutora em Saúde Pública (ENSP). Bolsista de Produtividade do CNPq. E-mail: isabel.leite@ufjf.edu.br

Isabelle Cristina Borba da Silva. Universidade Federal da Paraíba. Discente do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado. João Pessoa, PA, Brasil. E-mail: isabelleborba08@gmail.com

Jandira Arlete Cunegundes de Freitas. Mestre em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Semi-Árido. Mossoró, RN, Brasil. E-mail: jandira.freitas@ufersa.edu.br

Jane Mary Medeiros Guimarães. Doutora em Saúde Pública, Professora da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE - UFSB). Itabuna, BA, Brasil. E-mail: janemg@ufsb.edu.br

Joanna Ribeiro Nogueira. Centro Universitário UNIFIPMOC. Mestre em História Social pela Universidade Estadual de Montes Claros (PPGH - UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: joanna.r.nogueira@gmail.com

João Felix Leandro de Souza Araújo. Centro Universitário São Camilo. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo. Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: joaofelix2@yahoo.com.br

José Rodrigues Freire Filho. Consultor Técnico da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas, Inovação e Avaliação da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. E-mail: joserodrigues.saude@gmail.com

Juliana Maria Nascimento Souza. Departamento de Internato, Faculdade de Medicina (UFJF). Médica de Família e Comunidade. Docente e preceptora em Atenção Primária à Saúde. Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: julianamarianascimento@yahoo.com.br

Juliana Sampaio. Universidade Federal da Paraíba. Doutora em saúde pública. Docente dos Programas de Pós Graduação em Saúde Coletiva e Modelos de Decisão em Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS). João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: julianasmp@hotmail.com

Ligiane Medeiros Diógenes. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Semi-Árido. Mestre em Saúde da Família = PROFSAÚDE. Mossoró, RN, Brasil. E-mail: ligiane.diogenes@ufersa.edu.br

Lina Faria. Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFSB). Porto Seguro, BA, Brasil. E-mail: lina@ufsb.edu.br

Lívia Machado Rigolon. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Acadêmica de Medicina da UFJF, voluntária em programa de iniciação científica relacionado ao PROFSAÚDE (2018-2019). MG, Brasil. E-mail: liviariigolon@yahoo.com.br

Lorena Soares David. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Especialista em Medicina de Família e Comunidade e em Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade pela UNA-SUS/UFCSPA. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: lorensd@hotmail.com

Lucas Gaspar Ribeiro. UNAERP. Médico de Família e Comunidade. Docente do curso de medicina na disciplina Medicina de Família e Comunidade. Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE Diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: lucasgasparribeiro@gmail.com

Lucinéia de Pinho. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) Doutorado em Ciências da Saúde UNIMONTES. Membro permanente no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: lucineiapinho@hotmail.com

Marcos Vinícius Dias da Silva. Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestre em Ciências Biológicas. Doutorando em Biodiversidade e Conservação da natureza, com atuação em educação em saúde e em ciências na formação de professores de Enfermagem e Biologia. MG, Brasil. silva.mvds@gmail.com

Maria Cristina Rodrigues Guilam. Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora Acadêmica Nacional do PROFSAÚDE. Médica (UERJ); Mestrado e Doutorado (IMS/UERJ). Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Experiência na área de educação e gestão da Pós-graduação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: cristina.guilam@fiocruz.br

Maria de Fátima Antero Sousa Machado. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE e da Rede Nordeste em Saúde da Família – RENASF (FIOCRUZ CE). Pesquisadora na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ensino na Saúde. Eusébio, CE, Brasil. E-mail: fatimaantero@uol.com.br

Maria Emília Chaves Tenório. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Discente do curso de Medicina (UFPB). Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: mariaemiliachaves@gmail.com

Maria Eugênia Bresolin Pinto. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UFCSPA. Professora dos Mestrados PROFSAÚDE/UFCSPA e Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde da UFCSPA. Coordenadora de Educação do Hospital Moinhos de Vento. E-mail: eugenia@ufcspa.edu.br

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito. Doutorado em Ciências da Saúde pela UNIMONTES. Professora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Cuidado Primário em Saúde da UNIMONTES. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: nanda_sanfig@yahoo.com.br

Maria Rosilene Cândido Moreira. Professora adjunta da Universidade Federal do Cariri. Pesquisadora na área de Saúde Coletiva, Saúde do trabalhador e Processos formativos em saúde. Barbalha, CE, Brasil. E-mail: rosilene.moreira@ufca.edu.br

Marina Bollini e Silva. Mestre em Saúde da Família – PROFSAÚDE. Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Médica da Saúde da Família e Nutróloga. Botucatu, SP, Brasil. E-mail: marinamed39@yahoo.com.br

Marina Lemos Villardi. Faculdade Sudoeste Paulista. Avaré, SP, Brasil. E-mail: mavillardi@yahoo.com.br

Marise Fagundes Silveira. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da UNIMONTES. MG, Brasil. E-mail: ciaestatistica@yahoo.com.br

Marta Quintanilha Gomes. Professora Adjunta do Departamento de Educação e Humanidades da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFCSPA) E-mail: martaqg@ufcspa.edu.br

Maximiliano Ribeiro Guerra. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Médico. Mestre e doutor em Epidemiologia (IMS/UERJ). Especialista em Saúde da Família. Juiz de Fora. MG, Brasil. E-mail: maximiliano.guerra@ufjf.edu.br

Musa Denaise de Sousa Morais de Melo. Coordenadora Geral de Ações Estratégicas, Inovação e Avaliação da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. E-mail: musa.melo@saude.gov.br

Nildo Alves Batista. Professor Titular da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde/CEDESS. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: nbatista@unifesp.br

Patty Fidelis de Almeida. Pós-Doutora, Doutora e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFF). Niterói, RJ, Brasil. E-mail: pattyfidelis@id.uff.br

Paula Rafaela Pegorer Geromini. Secretária Municipal de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo. Médica de Família e Comunidade. Especialista em Saúde da Família pela UNIFESP/UNA-SUS. Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE. E-mail: paula.geromini@gmail.com

Pedro Coniã Szewczak Camelo. Discente na graduação do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: pedroconia@gmail.com

Philipe Meneses Benevides. Prefeitura de João Pessoa. Preceptor do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: philipebenevides@gmail.com

Priscilla Barbosa Silva Chaves. Discente na graduação do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: prihh@live.com

Renata Paula Lima Beltrão. Universidade Federal do Piauí-UFPI. Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: rplbeltrao@gmail.com

Rilva Lopes de Sousa Muñoz. Docente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, Campus I. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: rilva.munoz@academico.gmail.com

Sabrina Stefanello. Professora. Médica Psiquiatra, Doutora em Ciências Médicas, Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP e Pós-doutorado no Departamento de Artes e Ciências Sociais da Universidade de Montreal. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: profsaudeufpr@gmail.com

Samyra Paula Lustoza Xavier. Professora da Universidade Regional do Cariri. Pesquisadora na área de Enfermagem e Promoção da Saúde. Iguatu, CE, Brasil. E-mail: samyralustoza@gmail.com

Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira. Enfermeira. Pesquisadora do Núcleo de Evidência da Faculdade de Medicina (UFMS). Pós-doutorado em Políticas Informadas por Evidências (FIOCRUZ). Doutorado em Doenças Infecciosas (UFMS). Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: sandra.leone@ufms.br

Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli. Faculdades Pequeno Príncipe (FPP). Médica de Família e Comunidade. Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Professora de Medicina na FPP e preceptora da Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade de Curitiba. PR, Brasil. E-mail: tayciele@hotmail.com

Vanira Matos Pessoa. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE e da Rede Nordeste em Saúde da Família - RENASF (FIOCRUZ CE). Pesquisadora na área de Saúde Pública, Saúde da Família, Ecologia de saberes e Saúde das populações do campo, da floresta e das águas. CE, Brasil. E-mail: vanira.pessoa@fiocruz.br

Vinícius Nunes Azevedo. Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. E-mail: vinicius.azevedo@saude.gov.br

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Série Vivências em Educação na Saúde

Pensamento Negro Descolonial

Educação Popular & Saúde

Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-15-1



DISQUE
SAÚDE
136



Ministério da Saúde
PROCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

