



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFSAUDE**

**JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS**

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE A INSERÇÃO DA  
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NAS SUAS EQUIPES**

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. RILVA LOPES DE SOUSA MUÑOZ**

**JOÃO PESSOA – PB**

**2019**

JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE A INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA  
DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NAS SUAS EQUIPES

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, no Eixo Pedagógico de Educação (Linha de Pesquisa de Educação e Saúde), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para obtenção do Título de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz

JOÃO PESSOA - PB

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

F866p Freitas, Jandira Arlete Cunegundes de.

Percepção de profissionais da ESF sobre a inserção da residência de medicina de família e comunidade nas suas equipes / Jandira Arlete Cunegundes de Freitas. - João Pessoa, 2019.

101 f.

Orientação: Rilva Lopes de Sousa Muñoz Muñoz.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Residência Médica. 2. Estratégia Saúde da Família.  
3. Medicina de Família e Comunidade. 4. Atenção  
Primária à Saúde. I. Muñoz, Rilva Lopes de Sousa Muñoz.  
II. Título.

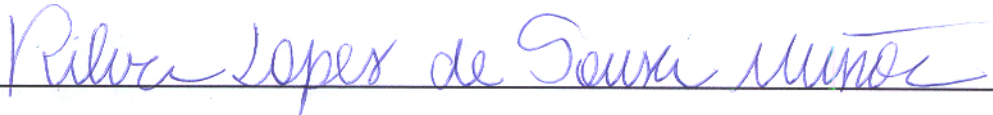
UFPB/BC

**JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS**

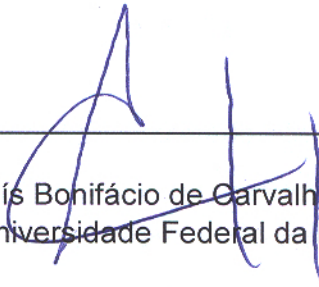
Dissertação a ser apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, no Eixo Pedagógico de Educação (Linha de Pesquisa de Educação e Saúde) da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Mestre

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019

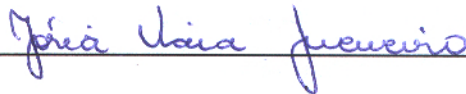
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz (Orientadora e Presidente da Banca)  
Universidade Federal da Paraíba - UFRB



Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho (Examinador Externo)  
Universidade Federal da Paraíba



Prof. Dra. Jória Guerreiro Viana (Examinadora Interna)  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

## AGRADECIMENTOS

O desafio ao escrever esta dissertação foi imensurável, ter pessoas que percorreram este caminho comigo, apoiando-me e incentivando-me em todos os momentos, tornou este sonho uma realidade possível. A elas serei eternamente grata.

Aos meus pais, minha maior fonte de inspiração diária e modelo de vida.

Aos meus irmãos e cunhados, presentes de Deus em minha vida, encorajando-me a superar os desafios diários neste processo.

A minha tia preciosa Gracinha, exemplo de luta e perseverança em tudo o que faz.

À minha orientadora, Profa. Rilva, que soube acreditar e, com paciência e dedicação, me acompanhou durante este tempo, ajudando-me a vencer os imensos obstáculos enfrentados neste período.

Aos demais professores do mestrado, Prof. Claudio, Prof. Eduardo, Profa. Jória e Profa. Juliana que ao compartilharem os seus saberes, edificaram o meu aprendizado durante este tempo.

Aos examinadores da Banca de Qualificação, pelas preciosas contribuições e preceitos compartilhados.

À Rafael, nosso cordial secretário do PROFSAÚDE/CCM/UFPB, sempre disponível em colaborar.

Aos colegas que vivenciaram o mestrado comigo, Ana Flavia, Alexandre, Celeste, Edenilson, Paula, Philipe e Ranulfo, tornando a trajetória mais leve e repleta de significados.

Às amigas de percurso entre Mossoró e João Pessoa durante o mestrado, Ligiane e Tammy, que alegraram estes momentos e foram um estímulo a mais desta caminhada.

À Andrea Taborda, que sempre nos impulsiona a qualificação e nos acalma nos momentos mais turbulentos com o seu equilíbrio.

Aos preciosos residentes da PMM, internos da UERN e demais alunos da graduação da UFRSA que me instigam e foram a motivação para perseverar em muitos momentos.

Às duas equipes onde realizo a preceptoria da residência, por me inspirarem na realização deste projeto.

Aos colegas professores do Eixo EAPS, especialmente João Mário, por todas as contribuições realizadas neste período.

Aos profissionais da ESF que se prontificaram em participar da pesquisa, sempre com interesse em ver uma Atenção Básica resolutiva e de qualidade.

“Mesmo que tu já tenhas feito uma longa caminhada, há sempre um caminho a fazer”

(Santo Agostinho)

## RESUMO

O tema central deste estudo é a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade em Unidades Básicas de Saúde, analisada na perspectiva de profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família. Os objetivos são descrever e analisar, esta inserção em seu cenário de prática, a partir da visão dos trabalhadores destas equipes, assim como a contribuição desta equipe interprofissional sobre a formação dos residentes. O modelo da pesquisa foi descritivo, com abordagem qualitativa. Os participantes foram 27 profissionais que fazem parte de cinco equipes inseridas em quatro Unidades Básicas de Saúde da cidade de Mossoró-RN (três enfermeiros, uma técnica de enfermagem, 21 agentes comunitários de saúde, um técnico de saúde bucal e um auxiliar de consultório dentário). As entrevistas foram realizadas através da técnica do grupo focal, com gravação em áudio e vídeo, transcrição posterior e realização de análise de conteúdo proposta por Bardin. Através da análise temática, 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. A pesquisa permitiu uma análise de diversos aspectos relacionados a inserção e atuação da residência nas unidades referidas, ressaltando potencialidades e fragilidades neste processo.

Palavras-chave: Residência Médica. Estratégia Saúde da Família. Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde.



## **ABSTRACT**

The central theme of this study is the insertion of the Family and Community Medicine residency in Basic Health Units, analyzed from the perspective of team professionals of the Family Health Strategy. The objectives are to describe and analyze this insertion in their practice scenario, based on the vision of the workers of these teams, as well as the contribution of this interprofessional team on the training of residents. The research model was descriptive, with a qualitative approach. The participants were 27 professionals who are part of five teams enrolled in four Basic Health Units of the city of Mossoró-RN (three nurses, one nursing technician, 21 community health agents, one dental technician and one dental assistant). The interviews were carried out through the technique of the focal group, with audio recording, later transcription and content analysis proposed by Bardin, through the thematic analysis, the following categories emerged: residence and their presence in the team, residence and the work process, residence and community and residence and management. The research allowed an analysis of several aspects related to the insertion and performance of the residence in the referred units, highlighting potentialities and weaknesses in this process.

**Keywords:** Internship and Residency. Family Health Strategy. Family Practice. Primary Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PMM	Prefeitura Municipal de Mossoró
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RM	Residência Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDA	Unidade Docente-Assistencial
UERN	Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Estratégia Saúde da Família (ESF)</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Integração Ensino-Serviço</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3</b>	<b>Serviço: Trabalho em Equipe Interprofissional</b> .....	<b>21</b>
<b>2.4</b>	<b>Ensino e Serviço: Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde</b> .....	<b>27</b>
<b>2.5</b>	<b>Residência em Medicina de Família e Comunidade</b> .....	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>35</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>35</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Modelo do Estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário de Pesquisa</b> .....	<b>36</b>
<b>4.3</b>	<b>Coleta dos Dados</b> .....	<b>39</b>
<b>4.4</b>	<b>Técnica de Coleta de Dados</b> .....	<b>40</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos Dados</b> .....	<b>43</b>
<b>4.6</b>	<b>Considerações Éticas</b> .....	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>46</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos Participantes</b> .....	<b>46</b>
<b>5.2</b>	<b>Análise Lexical de Conteúdo</b> .....	<b>46</b>
<b>5.3</b>	<b>Análise temática de conteúdo</b> .....	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>66</b>
<b>6.1</b>	<b>Perfil dos participantes</b> .....	<b>66</b>
<b>6.2</b>	<b>Residência e a sua presença na equipe</b> .....	<b>66</b>
<b>6.3</b>	<b>Residência e o processo de trabalho</b> .....	<b>70</b>

<b>6.4</b>	<b>A residência e a comunidade .....</b>	<b>75</b>
<b>6.5</b>	<b>A residência e a gestão.....</b>	<b>76</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>96</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tema central deste estudo é a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade, analisada na perspectiva de profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação ao serviço onde atuam e ao seu próprio processo de trabalho de assistência à comunidade, assim como à própria comunidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), atual responsável pelo processo de construção das políticas reorientadoras da formação na saúde, tem fortalecido sua preocupação com a lógica da saúde individual e coletiva prestada aos usuários. O reconhecimento da educação em serviço, educação continuada e educação permanente na Atenção Básica à Saúde, como essencial na formação de médicos residentes e estudantes de graduação da área, responde a uma demanda social imprescindível e às mudanças no cenário de trabalho no SUS, para ajudar na formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo e preparado para atuar em equipe (CAMPOS, 2007).

Essa aproximação requer a integração das universidades com os serviços de saúde, ou seja, a integração ensino-serviço, além de alargar cenários de práticas clínicas e de saúde coletiva, levando à necessidade de discussões em torno da relação que se estabelece entre os procedimentos de ensino-aprendizagem e o processo de trabalho em saúde.

O modelo inovador da ESF de reorientação do padrão assistencial é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em contrapartida, esta proposta impôs aos municípios responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia do programa. Apesar de todos os avanços ocorridos desde a efetivação da ESF, ainda existem inúmeras dificuldades, como o deficiente acesso a serviços de saúde de qualidade pela população e a reorganização das relações de trabalho dos profissionais com ênfase na saúde do trabalhador (GUEDES et al., 2013).

Nesse contexto da formação de profissionais da saúde, a residência médica (RM) é uma pós-graduação *lato sensu* em que os conhecimentos, habilidades e atitudes dos médicos são aperfeiçoados com vistas ao desenvolvimento de

competências específicas para um melhor cuidado, com educação em serviço e integração ensino-serviço.

Com o objetivo de propiciar “a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas em comum acordo com gestores do SUS”, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação ampliaram nacionalmente as vagas para a RM, instituindo o Programa Pró-Residência (Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas), lançado nos Editais convocatórios para novas bolsas de Residência Médica em 2010 e 2011 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009). O município de Mossoró, no Rio Grande do Norte, foi beneficiado neste processo. Em 2011, ocorreu a abertura da Residência de Medicina de Família e Comunidade, inicialmente com nove vagas, a partir de uma parceria entre a Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN) e a Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM). A responsabilidade foi compartilhada pelas duas instituições, UERN e PMM, que dividiram deveres e atribuições, sendo o município a instituição executora, a qual, além dos campos de prática, cede também os seus profissionais para exercerem a preceptorial de campo para os médicos residentes.

A inserção da Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no contexto das equipes da ESF traz como aspecto importante a formação em equipe, no seu processo de trabalho e abre a possibilidade de aprendizado compartilhado. Esta formação ocorre no contexto da atuação das equipes da ESF, onde os residentes são introduzidos. Sabe-se ser necessário que estes profissionais em formação aprendam a trabalhar em equipe e com a equipe, e para isso, precisa haver aprimoramento desta habilidade através da formação em serviço. Destaca-se também, nesta inserção, a importância da real integração ensino-serviço, pois a presença dos médicos residentes discentes no serviço pode levar a novas formas de organização do trabalho em saúde e possibilitar uma melhor qualificação do atendimento. Além disso, a relação de troca de saberes formada entre discentes, docentes, profissionais do serviço, assim como dos próprios usuários, pode contribuir para a formação de um novo perfil de profissionais comprometidos com o atendimento das reais necessidades de saúde da população (BALDOÍNO; VERAS, 2016).

Entretanto, a integração de serviços de atenção à saúde com as universidades traz consigo algumas exigências, sobretudo no que concerne às relações horizontais, processos conjuntos de trabalho, interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades (BREHMER; RAMOS, 2014). Além destes, há outros desafios vivenciados nesse processo, entre os quais, Sarti et al. (2018) enumeram a construção de estrutura física adequada para o processo de ensino-aprendizagem do residente, a valorização e formação do preceptor médico para a RM, o desenvolvimento das interfaces de trabalho entre gestão e instituições de ensino responsáveis pelos programas, a melhoria da estrutura de ensino em MFC/APS nas instituições de ensino, o aumento da taxa de ocupação das vagas e de fixação dos residentes na RM de MFC, assim como a qualificação de todo o processo de planejamento e execução pedagógica do programa com vistas à formação do especialista em MFC.

Além disso, é importante que os próprios residentes percebam a grande riqueza desta vivência e dos inúmeros desafios a serem superados, tendo em vista que, apesar das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), muitos profissionais ainda saem do curso de graduação despreparados em relação a tais habilidades, mesmo aqueles que escolhem MFC como especialidade de atuação. Uma das preocupações envolvidas neste processo é o impacto da inserção dos médicos residentes sobre a própria equipe da ESF, assim como a forma como estes profissionais lidam com a referida inserção e que repercussão sobre os serviços e o processo de trabalho da equipe ocorrem, a partir dela, é um questionamento de pesquisa relevante. Esta problemática de pesquisa ganha contornos especiais quando se considera que existem importantes desafios e complexidade na atuação profissional no âmbito da APS.

Mudar este cenário, onde os graduandos ainda saem das universidades despreparados para esse desempenho, implica na inserção dos médicos residentes no contexto do SUS e, no caso das residências de MFC, na ESF. Os profissionais que atuam na ESF, queiram ou não, irão deparar com esta realidade de ampliação da equipe de trabalho pela inserção de alunos, graduandos e residentes. Se há repercussão na formação do discente, poderá haver também consequências no processo de trabalho das equipes e de cada profissional nela inserido. Por outro lado, a despeito da complexidade considerada, pressupõe-se que a inclusão de

médicos residentes nas Equipes de Saúde da Família possa melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas no território onde estão inseridas, principalmente com a atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde.

Segundo Barreto et al. (2011), a equipe “assume como parte do seu processo de trabalho o ensino na saúde por meio de uma compreensão de educação permanente de si mesma e dos educandos que atravessarem sua história” (p. 582). Estes autores reiteram a importância da realização de pesquisas científicas que contemplem o estudo desta inserção. Neste mesmo argumento, Aguiar (2017) questiona as razões que induzem profissionais de saúde a se preocuparem com a formação das novas gerações, paralelamente à prestação de serviços, comumente em condições desfavoráveis e na ausência de estratégias de qualificação e de remuneração adequada da supervisão.

Para Maciel et al. (2007), é preciso observar como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção do projeto de atenção compartilhado por todos. Cotta et al. (2006), por sua vez, avaliam a organização do trabalho e o perfil dos profissionais de saúde inseridos na ESF, destacando a relação entre profissionais da mesma equipe, entre profissionais de equipes diferentes e entre profissionais e a comunidade, mas não enfocam a relação dos profissionais com os médicos residentes inseridos em treinamento em serviço nos seus cenários de trabalho.

Neste contexto, estudam-se as percepções de trabalhadores da ESF sobre a inserção da residência no seu cotidiano de trabalho à luz dos referenciais teóricos relacionados à educação permanente em saúde (EPS), educação continuada (EC), integração ensino-serviço e trabalho em equipe. A EPS é o encontro do mundo do trabalho com o mundo da formação, pois a educação está ancorada no processo de trabalho e, portanto, será o aspecto central do marco teórico. Peduzzi (2007) destaca que as atividades de ensino desenvolvidas nos serviços de saúde, assim como as atividades assistenciais e educativas com usuários são apreendidas pelos trabalhadores como atividades de cunho educativo e experiências de aprendizado.

Com base nessas considerações, levanta-se como principal problema de pesquisa a seguinte questão: como os 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?

Quanto à organização da dissertação, no capítulo 2 apresenta-se o referencial teórico que compõe estudos sobre a Estratégia de Saúde da Família, a Residência em Medicina de Família e Comunidade, a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde, a Integração Ensino-Serviço, o Trabalho em Equipe Interprofissional, suas origens e desdobramentos no tocante às práticas de saúde, o modelo assistencial, a integralidade e a atenção básica. No capítulo 3 abordam-se os objetivos do estudo. O capítulo 4 mostra o percurso metodológico que, ancorado no quadro teórico, constitui um desenho de pesquisa composto pelos locais de estudo, participantes da pesquisa, técnicas de coleta de dados e análise do material empírico.

No capítulo 5 estão os resultados e no 6, a discussão do estudo, com base na análise do material, subdivididos em cinco seções: residência e a sua presença na equipe; residência e o processo de trabalho; residência e a comunidade; e residência e a gestão.

Finalmente, o capítulo 7 traz uma síntese dos resultados da pesquisa com destaque para as contribuições mais significativas no tocante aos objetivos e objeto de estudo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A partir da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU), o direito à saúde foi reconhecido como direito humano fundamental. No Brasil, o processo da Reforma Sanitária baseou-se nesse direito como individual e universal, que passou a ser firmado por meio da Constituição Federal de 1988, com garantia de acesso universal, equidade e integralidade da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), implementado em 1990. Assim, a saúde é um direito constitucional de todos os brasileiros:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.118)

Para que este direito constitucional seja concretizado de forma adequada, entre outras condições, a formação dos trabalhadores da saúde precisa proporcionar as competências necessárias para que eles atuem de forma eficaz no sistema de saúde. Essa obrigação do Estado também foi legitimada por meio da Constituição Federal, em seu artigo 200, inciso III, no qual se estabelece que “ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988, p.120).

No SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) está organizada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que coloca suas unidades como cenários de práticas para a formação médica (GUSSO, 2009). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) correspondem aos locais que oferecem ações e serviços de atenção básica pelo SUS e, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), “[...] são consideradas **potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS**”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Grifo nosso. Citação do Anexo da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 – Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica. RAS: Redes de Atenção à Saúde.

A Atenção Básica (AB) é de fundamental importância para a consolidação do SUS, sendo a principal porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Portaria 2.416 de 21 de setembro de 2017, revisa e regulamenta as diretrizes que regem a AB. Nela, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a sua importância ressaltada em seu artigo 2º, ao descrevê-la como:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. (BRASIL, 2017, p.2)

É necessário destacar o aspecto de integralidade nos cuidados de saúde na ESF. Considerado um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade tem uma grande importância estratégica para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil. Trabalha-se com a concepção de integralidade como uma dimensão das práticas de saúde o que permite uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. Conforme Araújo e Rocha (2007), a integralidade deve ser considerada como um “tipo de marcador contínuo” que inclui aspectos objetivos e subjetivos da interação dos profissionais em suas práticas no cotidiano das instituições de saúde.

Na ESF, o trabalho em equipe tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (NAVARRO et al., 2013). É mediante esta proposta que, através da ESF, almejam-se alcançar os principais objetivos do SUS: universalidade, integralidade, equidade. A complexidade de suas ações exige que seja realizada por uma equipe multiprofissional que esteja ciente do seu papel e que deve estar preparada para atuar frente às diversas atribuições que lhe são referidas. A composição das equipes varia de acordo com as especificidades da ESF determinadas na PNAB de 2017.

A equipe da ESF - denominada, em sua forma abreviada, como eSF quando a referência é à equipe da estratégia -, é a unidade que interessa no presente estudo e, na sua forma mínima, deverá ser composta pelos profissionais médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). O agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal como o cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal, também poderão compor esta equipe, no seu formato ampliado. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), recomenda-se que o médico seja “preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade”, e os enfermeiros e cirurgião dentista “preferencialmente especialista em saúde da família”. Esta equipe terá atribuições comuns e específicas visando ao cumprimento pleno de suas ações (BRASIL, 2017).

Ao pensar no trabalho e atribuições de cada membro de uma equipe da ESF, é preciso destacar a necessidade de complementaridade entre eles, diante da grande riqueza e complexidade do ofício exercido e em seus imensos desafios. A ESF e o cuidado a cada pessoa, a cada família e comunidade, envolve uma complexidade de ações frente a uma diversidade de diagnósticos, bem como contextos de vida, que influenciam de forma marcante o processo saúde-doença. Starfield (2002) menciona que um trabalho em equipe que seja proveitoso não é simples e entre as dificuldades, encontra-se a comunicação e a transmissão de informações na coordenação da atenção, importante princípio da APS.

Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é promovida pelo conjunto de visões dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, com a possibilidade de se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Vale destacar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais na ESF, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada e, portanto, são necessários dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde. De acordo com Rocha e Araújo (2007, p. 456), é necessário que se identifiquem nas equipes os elementos que podem configurar uma “nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde”.

O processo de trabalho em equipe é instigador e para tal, faz-se necessário “rever conceitos, refletir sobre como manter os conhecimentos, as habilidades e as

competências específicas e, ao mesmo tempo, promover um campo de atuação comum a todos os membros da equipe multiprofissional” (JACOWSKI et al., 2016). Estes mesmos autores afirmam que o trabalho em equipe exige flexibilidade na divisão das tarefas, com ações específicas para cada área profissional e ações executadas, indistintamente, por profissionais de diferentes áreas de atuação, nas quais estão integrados saberes provenientes de diversos campos, como recepção, acolhimento e grupos educativos. Ainda Campos (2013) aborda a necessidade da gestão compartilhada, com construção conjunta de programas, enfrentamento de problemas e compartilhamento de poder. Este parece ser um desafio na ESF, porém indispensável.

No processo de trabalho em saúde, a autossuficiência e o compromisso dos profissionais, bem como o desempenho dos serviços, necessitam de mudanças nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, sendo, neste caso, primordial o apoio institucional como fomentador das “relações, processos e atitudes” (CASANOVA et al., 2014).

Nesse sentido, salienta-se também a importância da integração ensino-serviço, através da inserção dos discentes no serviço de saúde levando a novas formas de organização do trabalho em saúde e possibilitando uma melhor qualificação para o atendimento. Além disso, a relação de troca de saberes formada entre discentes, docentes, profissionais do serviço e usuários pode contribuir para a formação de um novo perfil de profissionais comprometidos com a qualidade na saúde e que atenda às reais necessidades da população (BALDOINO; VERAS, 2016).

## **2.2 Integração Ensino-Serviço**

O Ministério da Saúde considera a integração ensino-serviço como estratégia importante para a formação de profissionais segundo os princípios e diretrizes do SUS (BALDOINO; VERAS, 2016). É importante explorar teoricamente esta aproximação entre os âmbitos da saúde e da educação, determinando-se a natureza da ligação entre “o mundo da formação” e o “mundo do trabalho”, que implica na necessidade de reestruturação das práticas a partir da formação de recursos humanos preparados e conhecedores do seu papel na concretização e

fortalecimento dos princípios do sistema e da qualificação do cuidado (BRASIL, 2018).

Segundo Albuquerque et al. (2008, p. 356), entende-se por integração ensino-serviço:

o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Nesse processo de integração o modelo de formação profissional desenvolvido na residência é bem característico da área da saúde, intimamente inserido no mundo do trabalho, e por isso mesmo permeável a todas as mudanças que ocorrem na sociedade. Por ser considerada “treinamento em serviço” ou educação em serviço, a RM possibilita oportunidades de uma aprendizagem significativa, assim como transformações de práticas profissionais, sendo uma forma de Educação Permanente, já que ocorre no cotidiano das pessoas e organizações.

Em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), tornou-se “um marco” viabilizando a “institucionalização da política de educação na saúde” (BRASIL, 2018, p. 9), bem como a implantação de projetos referentes “à reorientação da formação profissional” com destaque para a:

abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS”. Progressos no âmbito da educação na saúde ocorreram com a PNEPS, com acordos na cooperação entre “serviço e ensino” e “educação e trabalho. (BRASIL, 2018, p. 9)

Os serviços de saúde, e sobretudo a APS, constituem cenários de prática ou de aprendizagem privilegiados de interseção do mundo do trabalho com o mundo do ensino. Nos serviços de saúde, as práticas cotidianas podem ser remodeladas e transformadas na medida em que impulsionam o desenvolvimento de um processo relacional e interativo entre professores, estudantes, profissionais de saúde e pacientes (BALDOINO; VERAS, 2016).

Para tanto, o cenário de prática ofertado aos médicos residentes de MFC está no âmbito das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, para que se assegure a

sua inserção no âmbito político-gerencial, de modo que os futuros profissionais possam se responsabilizar pelas práticas de formulação de políticas, planejamento, programação, coordenação, controle e avaliação de sistemas de serviços de saúde, além de colaborar para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e das ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

### **2.3 Serviço: Trabalho em Equipe Interprofissional**

A colaboração é um dos fatores decisivos para a aquisição de uma atenção centrada nas necessidades das pessoas e das famílias, aparecendo como um aspecto importante na discussão das políticas de saúde no Brasil, com o objetivo de aperfeiçoar e qualificar o acesso aos serviços e uma atenção à saúde mais abrangente e efetiva (FAQUIM; FRAZÃO, 2016).

Em conformidade com esse reconhecimento, houve expressivo aumento de publicações na literatura acadêmica voltadas para o trabalho em equipe na saúde desde o ano 2000, o que se atribui à tendência internacional de apresentar este tipo de organização de trabalho como alternativa à necessidade de racionalização da assistência médica e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (PEREIRA et al., 2013).

Esse aumento de trabalhos sobre a temática se deve à crescente complexidade das necessidades de saúde da população, apontando para a necessidade de um novo perfil profissional caracterizado pela colaboração interprofissional, que figura como pressuposto para as mudanças do modelo de atenção à saúde e da formação profissional articulada (SILVA et al., 2015). A tendência cada vez maior é reconhecer a conexão de interdependência e complementaridade das ações de vários profissionais para melhorar a qualidade da assistência, e que o grau de integração entre estes pode estar relacionado à qualidade do cuidado resultante do trabalho colaborativo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) considera a colaboração interprofissional em educação e prática como uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde. De acordo com o seu Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, a redução de muitas instigações

confrontadas mundialmente pelos sistemas de saúde pode ser enfrentada através de uma educação interdisciplinar e prática colaborativa nos serviços de saúde (OMS, 2010). A exemplo das iniciativas internacionais, no Brasil, a utilização de trabalho colaborativo em saúde também é uma estratégia cada vez mais utilizada, constituindo a proposta oficial dos Ministérios da Saúde e Educação (NAVARRO et al., 2013).

Portanto, existe um corpo razoável de evidências que indica a importância do trabalho em equipe para o desempenho das ações em todos os níveis de atenção à saúde. Mencionam Merthy e Franco (2008) que “o trabalhador de saúde é sempre coletivo”, porque o trabalho em saúde é realizado por um coletivo de trabalhadores. Não seria possível que apenas uma ou duas categorias de profissionais de saúde pudessem se incumbir isoladamente das grandes necessidades de saúde da comunidade. Tal interdependência deve ser considerada em busca da reorganização do processo de trabalho em saúde. Potencialidades de mudanças de práticas através da integração ensino-serviço-comunidade também devem ser consideradas, sabendo-se que a universidade proporciona a possibilidade de discussão relacionadas a pontos diversos do processo de trabalho (VASCONCELOS et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde. A educação interprofissional é um passo importante da força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, para que esteja mais bem preparada para responder às necessidades de saúde locais. Um profissional de saúde “colaborativo preparado para a prática” é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim.

O trabalho em equipe tem sido apontado como uma estratégia para a organização efetiva dos serviços de saúde. Essa integração tem uma dimensão qualitativa que pode ser identificada através das experiências dos profissionais de saúde e do significado que eles dão ao trabalho em conjunto, sendo construído cotidianamente em um processo de relações a serem refletidas pelos próprios



trabalhadores na perspectiva de inúmeras possibilidades e desdobramentos, ao articularem os saberes de cada profissional (SILVA; ARANTES, 2017).

Contudo, a simples composição de equipes nos serviços não corresponde necessariamente à configuração de um “trabalho em equipe”, termo mencionado a propósito da discussão de Peduzzi (2008). Muitas vezes, esta é uma expressão cujo uso aparenta um certo desgaste, não só na fala coloquial dos trabalhadores, mas no discurso provindo da academia, com as terminologias acompanhadas dos prefixos multi, inter ou trans – profissional ou disciplinar.

Peduzzi (2001), ao especificar padrões de equipes de saúde, propõe a classificação das equipes multiprofissionais em agrupamento e interação, baseando-se nos estudos sobre trabalho em saúde e na “Teoria da Ação Comunicativa” de Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão que, explicitada aqui em termos gerais, trata de como a ação comunicativa pode levar a uma discussão conjunta a fim de se alcançar um consenso, pois a comunicação seria o meio que possibilitaria a conexão entre os diversos profissionais da equipe. A ideia de equipe perpassa as duas concepções propostas por Peduzzi (2001) na perspectiva da tipologia agrupamento/interação: a equipe como agrupamento de agentes apenas com justaposição de ações e ajuntamento de profissionais, e a equipe como integração entre relações e práticas, sendo a primeira caracterizada pela fragmentação das atuações e, a segunda, pela tentativa de reconstrução compatível com a proposta da integralidade das ações de saúde. Entretanto, de acordo com a referida autora, em ambas as concepções, geralmente existe uma desigual valoração social dos diferentes trabalhos (PEDUZZI, 2009; PEDUZZI 2001).

Ellery et al. (2013) citam as críticas existentes ao modelo “multiprofissional tradicional”, marcado pelo isolamento entre os trabalhadores da saúde, propondo a construção de um “novo campo” de saber que seria comum a todas as categorias, com a interseção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Para que a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se indispensável que os trabalhadores envolvidos nessa estratégia articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe com a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança da cultura e do

compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Entretanto, ainda recorrendo a Peduzzi (2008, p. 275), salienta-se que o trabalho em equipe multiprofissional é “uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão”, apresenta uma discussão sobre a interface entre o trabalho e a interação em uma equipe. Assim, neste ponto, passa-se agora para a abordagem do trabalho colaborativo interprofissional. A última autora mencionada emprega preferencialmente a expressão “trabalho em equipe” para expressar o trabalho colaborativo, no sentido da articulação de diferentes processos de trabalhos envolvidos. Mas é preciso destacar que essa conexão precisa ter como base o conhecimento de um profissional em relação ao trabalho do outro, valorizando-se mutuamente os saberes e construindo as concordâncias em termos de objetivos e resultados a serem alcançados conjuntamente (SOUSA; HAMMAN 2009).

Portanto, o real trabalho em equipe de saúde implica interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, de reconstrução dos modos de lidar com os saberes e disciplinas, necessários para o atendimento em saúde (FORTUNA, 2005). Fernandes et al. (2015) destacam que o comprometimento é uma qualidade própria dos trabalhadores da saúde, independentemente de onde exercem sua prática profissional.

Entretanto, a falta de empenho tem sido um dos fatores apontados na atuação do trabalho em equipe. A oposição às mudanças e não cumprimento do trabalho pode comprometer a equipe de saúde, sendo um grande obstáculo para o desenvolvimento profissional (FERNANDES et al. 2015). Sinais de cooperação podem ser observados quando o grupo está mais coeso e as ações estão mais claras. Porém, mesmo em sistemas de saúde como o do Canadá, onde é amplamente reconhecida a atenção primária como bem consolidada, a adoção de um modelo colaborativo interprofissional baseado em equipe, de atendimento nos cuidados de saúde, ainda é considerado incipiente (BARRET et al. 2007).

Aspectos que dizem respeito ao campo das relações interprofissionais —, como a interdependência das ações, foco nas necessidades do usuário, negociação entre profissionais, tomada de decisão compartilhada, respeito mútuo e confiança

entre os profissionais —, permitem a conformidade de diversos arranjos nos serviços, levando as relações para uma realização efetiva ou na direção contrária àquela (GARCIA; HENNINGTON, 2011).

Outro aspecto importante na dimensão da articulação entre ensino e serviço diz respeito à Educação Interprofissional em Saúde (EIP). Tal prática aprimora a sinergia interprofissional e manifesta-se através de: “uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos, de modo interativo, com a finalidade de valorizar a qualidade da atenção à saúde” (BRASIL, 2018, p. 41). No Brasil, a EIP se distingue, tendo um sistema de saúde cujo trabalho é “baseado em equipe” e um “modelo de atenção centrado na APS”, através da ESF com diversas categorias profissionais e trabalho compartilhado (BRASIL, 2018).

Em 2015, com o objetivo de fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade no contexto do SUS, foi lançada a Portaria Interministerial nº 1.1127, criando diretrizes para a celebração de “Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde” (COAPES). Este instrumento teve, entre seus objetivos, assegurar cenários de prática para o preparo de alunos tanto na graduação como nas residências em saúde, em serviços cuja responsabilidade fica a cargo do gestor da saúde. Com este instrumento e a participação de todos os envolvidos neste processo, há uma maior clareza das pactuações realizadas (BRASIL, 2015).

Através do COAPES, pode-se oportunizar “o aprofundamento, a reflexão, o debate e a resolução de dificuldades enfrentadas no campo dos cenários de prática das graduações em saúde” (BRASIL, 2015). Além disso, a disposição para o diálogo entre as instituições de ensino e os gestores do sistema de saúde sobre a integração ensino-serviço, assim como a participação da comunidade, podem possibilitar a expressão de suas proposições, embora dificuldades sejam esperadas no transcurso desse processo. As dificuldades para implementar essa integração ensino-serviço podem ser de natureza gerencial, estrutural, operacional e/ou política e sociais (BALDOINO; VERAS, 2016).

Entre os pressupostos do COAPES, estava a ideia de acabar com a separação entre os “serviços de saúde” e as “instituições de ensino”, de forma que o primeiro seria apenas um local de trabalho enquanto o segundo seria incumbido da educação (BRASIL, 2018). Frequentemente, os “profissionais dos serviços, por sua vivência prática, são preceptores dos estudantes e residentes, ao mesmo tempo em

que docentes podem também desempenhar com excelência a assistência, mas há dificuldade de reconhecimento destas habilidades que vão além de suas atribuições formais (BRASIL, 2018).

O trabalho interprofissional colaborativo como forma de educação dos profissionais de saúde, para os estudantes e os residentes vem sendo apontado como premissa para reorientar o modelo de formação e de atenção à saúde e, também, para elevar a capacidade de resposta às demandas de saúde da população, fortalecendo, assim, o próprio SUS (FREIRE FILHO et al., 2018).

Com base em revisão integrativa da literatura, prestadores de serviços de saúde que trabalham de maneira colaborativa interprofissional são mais satisfeitos e têm uma experiência mais positiva, quando comparado com os prestadores que trabalham em um modelo uni-profissional (um único profissional que presta e acessa outros serviços para o cliente através de um sistema de referência) além de desenvolverem mais conhecimentos e habilidades e fornecerem uma gama mais ampla de serviços, com utilização mais eficiente dos recursos, melhor acesso à comunidade, menor tempo de espera, melhor coordenação dos cuidados, e um atendimento mais abrangente (BARRET et al. 2007). Por outro lado, ainda de acordo com estes últimos autores, os pacientes/usuários dos serviços de saúde expressam mais satisfação e identificaram o atendimento como uma experiência mais positiva quando há colaboração interprofissional.

É decisivo, portanto, manter equipes colaborativas interprofissionais dentro de locais de educação em serviço. Todavia, há poucos projetos colaborativos interprofissionais em grupo nas faculdades de medicina - o que soa estranho quando se considera que existem poucos médicos que possam trabalhar sozinhos no mundo real. Pelo contrário, a educação médica tradicional enfatiza o treinamento em separado dos demais profissionais de saúde, o que prepara inadequadamente estudantes e residentes para novos modelos de prestação de cuidados de saúde que enfatizem o cuidado em equipe e a responsabilidade compartilhada dos pacientes. Contudo, a força de trabalho em saúde vem mudando nos últimos anos e espera-se que continue a evoluir, com ênfase no papel integral das equipes de APS e interprofissional.

Para McPherson et al. (2001), grupos que trabalham em equipe precisam também aprender e ensinar em equipe. Assim, a educação permanente deve ser um

processo em comum para toda a equipe, e não apenas para indivíduos isolados, com base em suas disciplinas separadamente, mas é altamente recomendada a promoção do desenvolvimento profissional coletivo e o espírito de grupo nesse processo, ou seja, a educação interprofissional.

#### **2.4 Ensino e Serviço: Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde**

No contexto da prática de saúde e do desenvolvimento profissional, a questão educativa pode ser percebida em diferentes vertentes e conjunturas: educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

Inicialmente há que salientar que há uma distinção entre estes três conceitos que, embora se caracterizem pela continuidade das ações educativas dos profissionais após o processo formal de graduação ou de escolaridade de nível médio, se baseiam em diferentes princípios metodológicos, por imprimirem particularidades ao processo de ensino-aprendizagem. A diferenciação da terminologia, segundo Paschoal et al. (2007), é importante para definir o tipo de ação a ser desenvolvida, assim como seus objetivos, diante da necessidade educativa apresentada no exercício de seu processo de trabalho.

A organização do aprendizado nos locais de trabalho apareceu primeiro com o formato de “educação em serviço”, que era mais um processo de capacitação de profissionais, atendendo em primeiro lugar aos interesses da instituição, enquanto os interesses formativos dos próprios profissionais permaneciam como secundários. Esse formato de educação em serviço não passa muitas vezes de conjuntos de treinamentos com predomínio do aspecto do aprimoramento técnico. A modalidade chamada de capacitação, sempre que possível, deve acontecer antes mesmo de se estruturar a equipe, consistindo na formação introdutória para o trabalho, com orientações que proporcionam a integração dos membros e a organização do processo de trabalho (NAVARRO et al., 2013).

Por outro lado, a educação continuada (EC) tem como base a interdisciplinaridade, que propicia maior interação na equipe de saúde (PEIXOTO et al., 2013). No entanto, conforme estes últimos autores citados, o conceito de EC ainda envolve uma dimensão limitada de educação pois ocorre dentro de

metodologias tradicionais, embora vise ao desenvolvimento profissional. Portanto, habitualmente a EC emprega métodos de transmissão de informações, de forma tradicional, não valorizando os saberes preexistentes e a construção de novos conhecimentos, oportunizando o desenvolvimento profissional, assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição (CUNHA; MAURO, 2010). As ações de EC são descritas como palestras, treinamentos e cursos que ocorrem subsequentemente à formação inicial, mas não criam condições para que esse conhecimento seja reelaborado frente às condições reais dos próprios serviços (PASCHOAL et al., 2007).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada como uma relevante estratégia para promover mudanças de procedimentos nas unidades de saúde, pois se baseia em pressupostos de ensino problematizador e aprendizagem significativa (PEREIRA et al., 2018). A premissa da EPS é a de que o processo de ensino-aprendizagem se dá pela reflexão sobre a realidade vivida no dia-a-dia do trabalho, onde os profissionais têm a oportunidade de pensar sobre atuações e condutas, para buscar estratégias inovadoras e meios para a superar dificuldades, tanto particulares quanto gerais. Assim, a EPS concretizada no ambiente de trabalho é um aporte fortalecedor não só da qualidade dos serviços à comunidade, mas das condições de trabalho das equipes e do processo formativo de médicos residentes.

A educação do dia-a-dia no âmbito do trabalho é potencialmente proveitosa, pois as situações vivenciadas, são analisadas de forma crítica e reflexiva pelos próprios profissionais em um processo de educação permanente (SIGNOR et al., 2015). A iniciação ou a alteração de uma prática nos serviços de saúde implica trabalhar não somente o desenvolvimento de outras aptidões, mas além disso, e especialmente, o aprimoramento das próprias práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores em confronto com os problemas em seu processo de trabalho.

Na revisão da literatura, percebe-se que há ampla dificuldade em praticar a EPS, de modo crítico e participativo, embora a sua institucionalização como política nacional tenha mais de uma década (PEREIRA et al., 2018). Como política, foi em 2003 que o Ministério da Saúde a aprovou como uma das estratégias do SUS para o desenvolvimento dos seus trabalhadores e o aprimoramento organizacional no campo dos serviços e da gestão (BRASIL, 2007).

Sob uma perspectiva mais abrangente, a EPS tem o objetivo de transformação no desenvolvimento profissional, pois “articula esferas como a gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e órgãos de controle social” (PEIXOTO et al., 2013, p. 336). Há vários obstáculos na sua implementação pois há resistência dos próprios profissionais da saúde, e a disponibilidade dos trabalhadores é imprescindível nesse processo porque se trata de uma modificação de natureza político-social, partindo da compreensão da realidade dos profissionais, no trabalho, e mediada pela integração ensino-serviço-assistência.

A origem do conceito de EPS ocorreu há cerca de cinco décadas, quando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tendo conhecimento das falhas na formação das equipes de saúde, recomendou, na década de 1970, um debate para a constituição de um novo modelo pedagógico que aprimorasse as práticas na saúde (LIMA; RIBEIRO, 2016). Começou, naquele momento, uma procura a respeito das bases da Educação Permanente, mas até então discutida apenas na área da educação. Posteriormente, a denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu, em meados da década de 1980, tendo sido disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS (1988). Esta Organização também afirmou haver uma distinção entre as expressões “educação permanente” e “educação continuada”, considerando, esta última, mais limitada em seu escopo (LEMOS, 2016).

A EPS passou a receber maior proeminência no Brasil em 2003, por meio da Portaria nº 198, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), reformulada posteriormente em 2007, indicando a necessidade de mudança nas “práticas de formação, atenção, gestão e controle social”, pretendendo alterar a lógica da repetição e da fragmentação dos cursos denominados de “capacitação” (BRASIL, 2007). Nesse sentido, a EPS constitui-se em uma das opções de transformações no espaço de trabalho, pois incluem configurações distintas de educação e aprendizado, transcendendo o simples tecnicismo e os cursos separados de capacitação, estimulando a participação ativa dos educandos e o desenvolvimento da sua capacidade crítica e reflexiva. Portanto, considera-se que a educação permanente busca mudar as práticas profissionais existentes mediante conhecimento erigido pelo exercício da reflexão dos próprios trabalhadores, estudantes e demais integrantes dos serviços de saúde (SILVA et al., 2011).

A PNEPS (BRASIL, 2009, p. 20) traz como “princípio de formação e desenvolvimento para o SUS”, em todos os âmbitos, “as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde”. Na Política Nacional, a PNEPS (2007), a EPS é definida “como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho e propõe que, os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática”.

Diante das incomensuráveis dificuldades que se observam na prática dessas ações, pode-se perceber que tal articulação requer um esforço contínuo de todos os envolvidos neste processo, assim como na conciliação de interesses diversos. De acordo com a PNEPS (BRASIL, 2009), aprender no trabalho, vinculando o “aprender e o ensinar” às práticas diárias no serviço é Educação Permanente, e esta se fundamenta na “aprendizagem significativa” e na oportunidade de “transformar as práticas profissionais”.

Profere-se ainda no texto da PNEPS que

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2009, p. 20)

Dentro da PNEPS, a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores atuantes no SUS precisam ocorrer de modo inseparável, sendo pautada nas demandas de saúde da população e nas particularidades locais. É necessário então, como emana do Manual do COAPES, a importância da “participação de trabalhadores da assistência, da gestão e da docência, estudantes/residentes, e usuários do SUS” (BRASIL, 2015, p. 7), na elaboração compartilhada de metas entre as instituições de ensino e o serviço de saúde, a



gestão de pessoas e os aspectos materiais, para obtenção de efeitos compactuados, de forma continuada, com o objetivo de melhoria, tanto da qualidade do cuidado quanto da formação (BRASIL, 2015).

## **2.5 Residência em Medicina de Família e Comunidade**

Atualmente, não é suficiente “saber” ou “fazer”, é preciso “saber fazer”, interagindo e intervindo, e essa formação deve ter como características a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa, ou seja, não deve haver separação entre conhecimento e a ação (PASCHOAL et al., 2007).

A Residência Médica é considerada a melhor forma de educação em serviço, apontada como ideal, tanto pelos órgãos governamentais quanto pelas entidades médicas (BERGER et al., 2017), sendo entendida como um processo de capacitação supervisionada, com equilíbrio entre aprender e exercer a profissão ao mesmo tempo. Para Skare (2012), se durante a residência médica há demasiada liberdade na prática profissional, pode-se induzir o residente a se sentir desamparado, por outro lado, uma supervisão muito controlada pode atrasar o desenvolvimento de aptidões. Além disso, a Residência Médica, como modalidade de educação na saúde que congrega a experiência de trabalho supervisionado com processos de formação e reflexão em serviço, constitui uma qualificação com vistas a fixar o profissional na atenção primária.

Os programas de Residência Médica (RM) tiveram início no Brasil na década de 1940, sendo implementados inicialmente nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Física Biológica Aplicada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ALESSIO; SOUSA, 2016). Formalmente estabelecida pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a RM é uma modalidade de ensino de pós-graduação (pós-graduação lato sensu) destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização e caracterizada como “treinamento em serviço” (RIBEIRO, 2011; p. 11), sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação (preceptoria) de profissionais médicos qualificados. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), também instituída pelo mesmo Decreto de 1977, coordena as iniciativas na área da RM no

Brasil e é a instância credenciadora dos programas válidos nacionalmente (RIBEIRO, 2011).

A CNRM é responsável pela fiscalização e legislação das instituições que têm ou que desejam iniciar programas de residência médica no país e sua composição é formada por diversos representantes de entidades médicas e do Ministério da Saúde e Educação, que se reúnem periodicamente. As reuniões podem contar com a presença das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs) que não tem direito a voto (LOPES et al., 2009).

A Lei 6.9324, de 7 de julho de 1981, caracterizou a RM como sendo uma categoria de ensinamento para qualificação ética e profissional (MICHEL, 2011). De acordo com a especialidade médica e a legislação vigente, o tempo de residência pode variar entre dois e cinco anos, durante os quais, 85% da pós-graduação deve ocorrer como treinamento em serviço (LOPES et al., 2009).

Em 1976, a formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) iniciou-se no Brasil com a criação dos três primeiros programas de RM, e cujo objetivo era formar especialistas em APS, sendo um no Rio de Janeiro, instituído pela Universidade do Estado, denominado de Medicina Integral, e o outro em Vitória de Santo Antão, sob referendo da Universidade Federal de Pernambuco, enquanto dois programas foram criados no Serviço Comunitário Murialdo, em Porto Alegre (RS), com o nome de Residência em Medicina Geral Comunitária (ANDERSON; RODRIGUES, 2008).

Os primeiros programas de residência em MFC tiveram sua relevância na estruturação da especialidade no país. A nomenclatura adotada para a especialidade, pela CNRM, desde a sua criação em 1981 até 2002, foi Medicina Geral Comunitária. Inicialmente, as vagas de residência tiveram crescimento insignificante, nas décadas de 1980 e 1990, porém, após 2002 observou-se aumento no número de vagas (AUGUSTO, 2012).

Recentemente, houve expressiva ampliação de vagas para RM em MFC no país, repercutindo positivamente no número de especialistas que entram no mercado de trabalho a cada ano, o que indica a necessidade de se aprofundar a discussão dos desafios postos à gestão dos programas de RM no âmbito local ligados à rede municipal de APS (SARTI et al., 2018). Formar médicos para trabalhar na APS é um grande incentivo e a RM possibilita que a vivência sob

supervisão seja associada à perspectiva de fixação do residente (BERGER et al., 2017). Preparar médicos para atuar na APS, com a qualificação e a capacidade resolutiva necessárias, faz parte do objetivo de uma Residência de MFC, sendo a carga horária necessária para isso um mínimo de 5.760 horas.

De acordo com Lopes et al. (2009), a Unidade Docente-Assistencial (UDA) torna-se o “cenário” propício para a prática na APS por ser campo de interação no sistema de saúde, além de possibilitar o trato com a complexidade individual, familiar e comunitária. Neste espaço, o médico residente deverá integrar-se à equipe da unidade e desenvolver a sua formação.

A equipe já tem as suas especificidades e o seu processo de trabalho, o que torna a inserção de qualquer profissional em seu meio um desafio maior. No caso do residente, essa inserção ainda enfrenta particularidades. Entre estas, pode-se citar o fato de permanecerem apenas dois anos na equipe, um prazo predeterminado correspondendo aos dois anos de residência. Além disso, geralmente os residentes são jovens, recém graduados, não acostumados ao trabalho em equipe e inexperientes no cuidado ambulatorial das pessoas, nas visitas domiciliares e nos Programas de Vigilância à Saúde (LOPES et al, 2009).

É relevante para os trabalhadores da unidade conhecerem as expectativas, fortalezas e limitações do residente, colaborando com o processo de sua inserção, assim como pelo “contrato didático” estipulando a sua atuação durante a residência (LOPES et al, 2009). A RM possibilita que o médico obtenha conhecimentos não adquiridos durante a graduação, assim como evolua em termos de habilidades e atitudes necessárias à sua prática profissional (AUGUSTO, 2012).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), colaborando com os anseios dos programas de residência em MFC idealizou em 2014 o Currículo Baseado em Competências para MFC, cuja elaboração fundamentou-se em experiências reconhecidas internacionalmente na formação do profissional desta especialidade. Tal instrumento deve orientar os programas de residência no Brasil, de acordo com a realidade local. O material produzido foi submetido a uma revisão do conteúdo no formato Delphi, passando por uma consulta pública em 2014 e, a seguir, em 2015, ocorreu um painel com especialistas para avaliação e revisão final do produto.

O material elaborado organiza as competências em área e dentro das áreas níveis, denominados: Pré-requisito, Essenciais, Desejáveis e Avançadas. O pré-requisito é uma competência que convém a todo “profissional antes de entrar na residência”. O nível Essencial seria o esperado para todo residente ao concluir a sua especialização. O Desejável corresponde àquele profissional que foi além das competências essenciais. Por fim, o nível avançado, em que o residente conquistou maestria em um âmbito específico no campo de atuação da especialidade, domínio geralmente alcançado após o término da residência, podendo demandar outras formações específicas.

Ao analisar este material, todos os pontos referidos merecem apreciação. Porém, diante do presente trabalho, merecem destaque algumas áreas de competências relacionadas com a ESF e o trabalho da equipe e em equipe. Estas competências tornam-se primordiais no desempenho da função de um médico residente inserido no processo de trabalho de uma equipe, devendo conquistá-las ao longo de sua formação.

Os programas de residência, ao empregarem o instrumento da educação continuada, precisam incentivar os profissionais a questionarem a si mesmos e problematizarem situações que são observadas e vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde, o que resultará nas modificações de suas práticas, o que converte a educação em EPS. Dessa forma, os programas de residência podem partir do desafio fundamental na área de educação na saúde: a mudança da formação e do modelo assistencial, que é a proposta do SUS, no espaço de intersecção entre o serviço e o ensino.

Portanto, um possível impacto da inserção da residência médica no serviço são as possíveis influências no “processo de trabalho em saúde”, conceito que se refere à dinâmica interna do trabalho no serviço de saúde e na sua organização (MERHY; FRANCO, 2003). A partir dessa intersecção, já ensejada em vários pontos da revisão teórica desta monografia, considera-se imprescindível focar os processos formativos, o cotidiano dos serviços de saúde, as relações interprofissionais e o resultado das ações com vistas ao bem-estar dos usuários da ESF.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar, a partir da visão dos trabalhadores de equipes da ESF de Mossoró-RN, a inserção da residência de MFC no seu cenário de trabalho.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever como os trabalhadores da ESF veem a atuação dos médicos residentes para mudanças nos processos de trabalho das equipes e na qualificação do trabalho;

- Identificar pontos positivos e negativos da presença dos médicos residentes para a população atendida na perspectiva dos profissionais da ESF;

- Verificar como os trabalhadores da ESF percebem a inserção dos médicos residentes no contexto das equipes do ponto de vista das relações interpessoais;

- Avaliar como os profissionais veem sua própria contribuição na formação dos médicos residentes.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Modelo do Estudo**

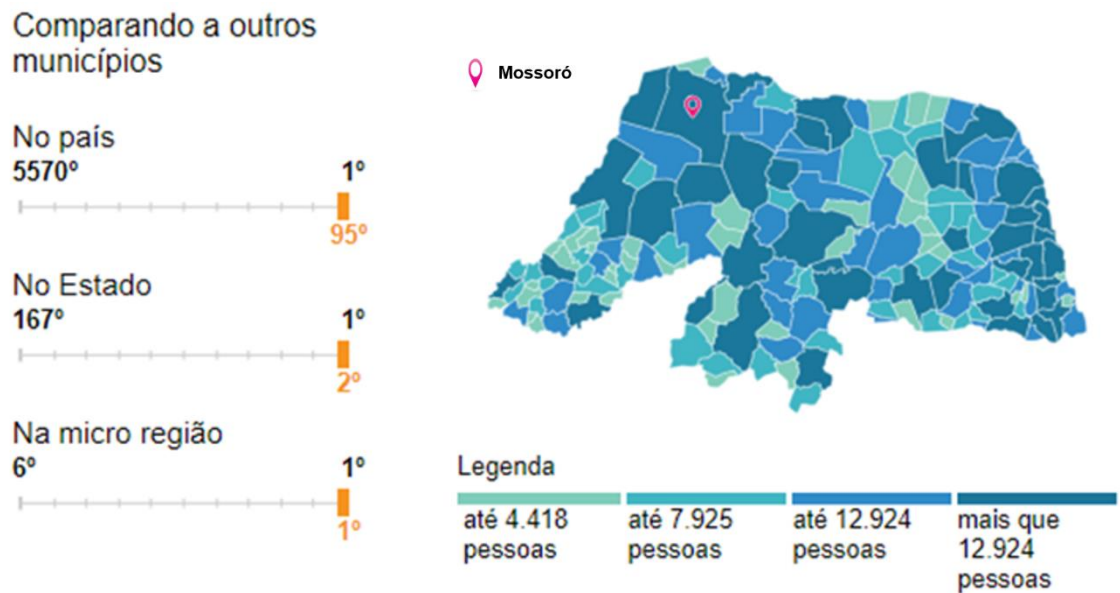
Em consonância com os objetivos propostos nesta pesquisa, ou seja, a descrição e análise, a partir da visão dos trabalhadores de equipes da ESF de Mossoró-RN, sobre a inserção da residência de MFC no seu cenário de trabalho, optou-se pelo modelo de pesquisa descritivo com abordagem qualitativa. Assim, o presente estudo classifica-se, em relação aos objetivos, como descritivo, pois visa a uma descrição da percepção dos participantes, enquadrando-se no que define Gil (2009, p. 28) quanto ao objetivo de “descrever características de determinada população ou fenômeno”.

### **4.2 Cenário da Pesquisa**

A cidade de Mossoró é um município brasileiro do interior do estado do Rio Grande do Norte, situado no Oeste Potiguar, região Nordeste do país, ficando entre as capitais Natal e Fortaleza (CE), das quais se encontra distante 278 e 245 km, respectivamente (MOSSORÓ, 2019).

O município possui uma área de 2120,07 km<sup>2</sup> e, no último censo de 2010, apresentava um contingente populacional de 259.815 pessoas e uma densidade demográfica de 123,76 hab./km<sup>2</sup> (Figura 1), constituindo o segundo município mais populoso do Rio Grande do Norte (IBGE, 2016).

**Figura 1** – Mapa da população e densidade demográfica de Mossoró (2016)

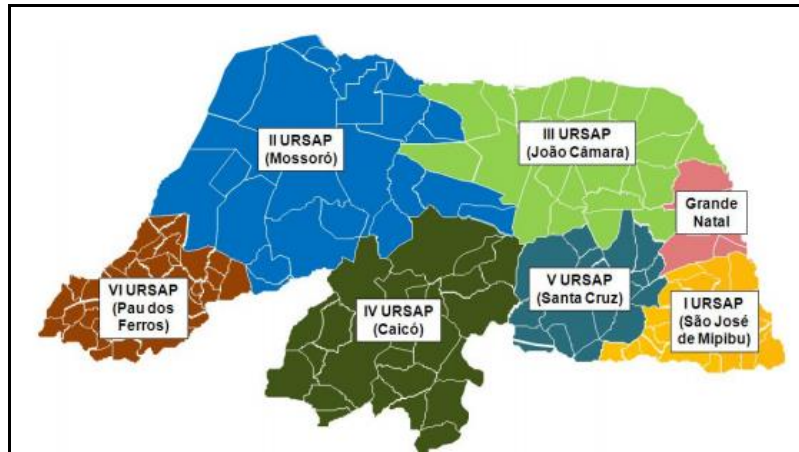


Fonte: IBGE Cidades: Mossoró-RN

Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Mossoró foi de 0,720, o que situa a cidade em uma faixa de Desenvolvimento Humano Alto quanto ao IDH-M (entre 0,700 e 0,799), índice que considera as três dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano Global – longevidade, educação e renda –, mas o ajusta ao contexto brasileiro global (IBGE, 2016). O Produto Interno Bruto *per capita* da cidade em 2016 foi de R\$ 19.714,79, ocupando o 16º lugar no estado do RN e o lugar nº 2.200 na classificação nacional (IBGE, 2016).

Na área da saúde, que é o contexto temático deste estudo, o município faz parte da II Unidade Regional de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (II URSAP), segue representação da localização geográfica das URSAPs do Rio Grande do Norte.

**Figura 2** – Mapa das regionais de saúde do Rio Grande do Norte, com suas respectivas sedes.



Fonte: SESAP/RN

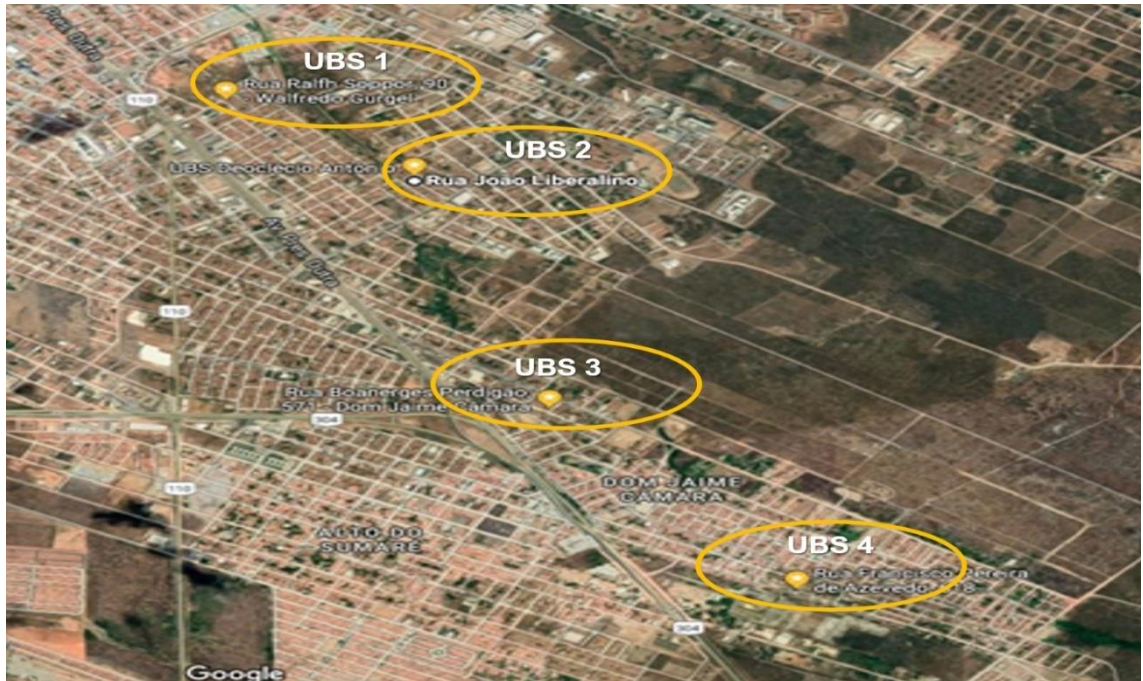
No que se refere, especificamente, à atenção primária, de acordo com o Relatório Quadrimestral de Saúde (2018), o município apresenta 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 32 localizadas na zona urbana e 13 na zona rural, respectivamente. Em Mossoró, atuam 70 equipes da ESF, complementadas pelas 69 equipes de saúde bucal (ESB), 5 equipes do NASF e 1 equipe do consultório de rua.

As UBS escolhidas como locais do presente estudo correspondem as primeiras a receberem residentes de Medicina de Família e Comunidade no município (UBS Durval Costa, UBS Maria Neide da Silva Souza, UBS Duclécio Antônio de Medeiros e UBS Dr. José Holanda). Estas UBS estão localizadas em diferentes bairros da cidade, porém se encontram geograficamente próximas entre si (Figura 3).

A UBS Durval Costa (UBS 1) localiza-se no Bairro do Alto do São Manoel e tem duas equipes da ESF que participaram dos grupos focais em momentos distintos. A UBS Duclécio Antônio de Medeiros (UBS 2) situa-se no bairro Costa e Silva. A UBS Dr. José Holanda (UBS 3) localiza-se no bairro Dom Jaime Câmara e recebe médicos residentes desde 2012. A UBS Maria Neide da Silva Souza (UBS 4) situa-se no Bairro Dom Jaime Câmara, porém o território é mais conhecido como Nova Vida e Malvinas. As UBS 1, 2 e 4 recebem residentes desde o ano de 2011.



**Figura 3** – Imagem com marcação da localização (sem delimitação de territórios) das unidades básicas de saúde cujas equipes foram incluídas no estudo. UBS: Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Programa Google-Earth Maps (Google<sup>R</sup>) – Imagem adaptada pela autora. 2019.

### 4.3 Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre julho e agosto de 2018, nas primeiras quatro UBS que recebem médicos residentes de MFC no município de Mossoró.

A amostra convidada a participar do estudo foi composta pelos profissionais que fazem parte de equipes mínimas da ESF das referidas unidades, ou seja, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, os agentes comunitários de saúde, o odontólogo e atendentes de consultório dentário.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (a) profissionais das equipes de ESF das referidas UBS de Mossoró-RN; (b) profissionais que trabalham há pelo menos dois anos nestas equipes; e (c) profissionais que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: (a) servidores das referidas equipes que estiveram recentemente ausentes do serviço por um período igual ou superior a um ano; e (b) não aceitação dos trabalhadores das

equipes em participar do estudo; e (c) médicos destas equipes atuando na preceptoría dos residentes de MFC.

Inicialmente, estimou-se um número de 45 participantes para a pesquisa, nos quais os critérios de elegibilidade propostos foram verificados, a partir do número de profissionais elegíveis em atividade nas quatro UBS de Mossoró que foram os locais do estudo (UBS Durval Costa, UBS Maria Neide da Silva Souza, UBS Deoclécio Antônio de Medeiros e UBS Dr. José Holanda).

#### **4.4 Técnica de Coleta de Dados**

As entrevistas foram realizadas por meio da técnica do grupo focal (GF). No emprego desta técnica exploratória de coleta de dados, considera-se o propósito de captar percepções, atitudes, sentimentos e motivações diante de uma questão deliberada em um local de diálogo entre as pessoas selecionadas (TRAD, 2009; PASCHOAL et al., 2007). O seu uso tem se ampliado como coleta de dados especialmente pela possibilidade de se investigar um tema de forma profunda e sob a visão coletiva (DALL'AGNOL et al., 2012). Sob essa ótica, o grupo focal apresenta caráter exploratório e avaliativo, voltado à compreensão de dimensões subjetivas do coletivo, acerca do tema de estudo.

Além disso, de acordo com Busanello et al. (2013), o uso desta técnica suscita, entre os participantes, a possibilidade “de autoconhecimento, de autoafirmação, de revisão conceitual e de reflexão crítica, acerca das atividades cotidianas”, permitindo a percepção dos significados que expressam o ponto de vista de quem foi pesquisado, com suas singularidades, experiências, vivências e sentimentos. A interação do grupo permite problematizar a questão abordada, analisando os diversos pontos de vista e levando a reflexões e uma melhor compreensão do objeto de estudo (BACKES et al., 2011). Por estas características, esta técnica foi escolhida como forma de coleta de dados.

Os grupos tiveram um moderador e um observador. O moderador com experiência em pesquisa qualitativa teve como tarefa proporcionar o diálogo entre os participantes, instigando as argumentações e locuções (BUSANELLO et al., 2014), assim como operacionalizar as etapas de cada momento. O observador realizou as anotações sobre a dinâmica do grupo e as falas dos participantes, assim como apoio

ao moderador na gestão do tempo e das discussões (BACKES et al., 2011). As discussões foram gravadas em áudio e vídeo, sendo posteriormente transcritas na íntegra pela própria pesquisadora e pelos outros colaboradores da pesquisa.

Os grupos focais realizados tiveram como moderadores e observadores, médicos egressos da residência de MFC de Mossoró. Nenhum deles participou das equipes de ESF das UBS onde realizaram a residência e não atuaram como preceptores nas mesmas, para que não tivessem vínculos com os integrantes das equipes envolvidas na pesquisa como participantes dos grupos focais.

A pesquisadora responsável pelo estudo também colaborou como observadora em dois dos cinco GF. Contou-se ainda com uma terceira pessoa, aluna da graduação da UFERSA que colaborou na gravação do vídeo em dois grupos. Tanto o moderador como o observador foram selecionados como colaboradores do projeto em virtude do seu perfil e interesse, e receberam um treinamento para aprimorar a técnica do grupo focal antes de sua realização. Realizaram-se três momentos para explicação da pesquisa e treinamento prático com simulação para a realização do grupo focal e a participação de todos os colaboradores do projeto.

Entre os egressos da residência que colaboraram como moderadores e/ou observadores, tivemos duas pessoas do sexo feminino, que são professoras da graduação em medicina pela Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), campus de Mossoró-RN, e umas delas também exerce a preceptorial da residência. Além delas, os outros dois egressos eram do sexo masculino, sendo que um deles atuou como professor colaborador da UERN e o outro profissional foi selecionado pelo perfil e aptidão para a realização do GF.

Foram realizados cinco encontros de grupo focal em diferentes turnos, sendo um para cada equipe da ESF. O primeiro GF teve como moderador um ex-professor da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN) e como observadora, a própria pesquisadora. Esta seção também contou com o apoio da aluna da graduação da UFERSA que operou a gravação do vídeo e atuou na organização do espaço. O segundo e o terceiro grupos tiveram como moderadora uma professora de graduação da UFERSA e preceptora da residência, mas no caso do segundo grupo, a observadora foi a pesquisadora responsável, enquanto no terceiro grupo, o observador foi o mesmo moderador do primeiro grupo. O segundo

GF contou ainda com a participação de outro egresso da residência como apoiador na gravação. Por fim, os dois últimos grupos contaram com a participação deste último ex-residente que atuou como observador do quarto grupo e moderador do quinto grupo, em conjunto com a outra professora da UFERSA.

Antes do início da discussão em cada grupo, foi entregue a opção de escolha de uma placa com o nome de um pássaro, sendo pactuado que, durante o GF, ao se dirigirem um ao outro ou fazerem algum comentário entre si, seria utilizado este nome fictício, evitando a verbalização dos nomes reais dos participantes durante as gravações de áudio.

Os grupos ocorreram em espaços existentes dentro do território de atuação das cinco equipes, utilizando-se um Guia de Entrevista elaborado pela autora (Apêndice A) visando a busca por esclarecimentos que fundamentassem os objetivos do estudo, consistindo em questões que foram trabalhadas nas reuniões, com o propósito de nortear a discussão.

As três primeiras questões deste Guia de Entrevista abordaram o processo de inserção do residente na equipe da ESF, enquanto as seis seguintes enfocaram os aspectos relacionados à atuação do médico residente e do processo de trabalho junto à equipe. Na última pergunta, questionou-se se os participantes do grupo gostariam de acrescentar algo que considerassem pertinente, mas que não tinha sido abordado através das perguntas anteriores. Utilizou-se, para todos os grupos, o mesmo roteiro condutor.

Cada grupo reuniu-se em um único dia, porém em dias distintos em relação aos demais GF, em um período de discussão que teve duração variável entre uma hora e duas horas, contemplando as fases de preparação, apresentação, desenvolvimento e encerramento. O ambiente de reunião dos grupos foi em um local propício às interações, com interferências visuais e auditivas externas mínimas.

Utilizou-se também o critério da saturação teórica, pois nos cinco GF realizados, observaram-se repetições que permitiam formar agrupamentos e constituição de categorias abertas empíricas.

Os participantes receberam esclarecimentos prévios sobre o objetivo do estudo. Antes da discussão, foi distribuído o Questionário de Identificação do Participante (Apêndice B) em uma folha de autopreenchimento, visando ao registro

de informações sobre os participantes como idade, sexo, profissão, escolaridade, tempo de atuação e tempo de atuação na equipe atual.

Visando proteger o anonimato dos participantes, os dados coletados não seguiram a organização espacial demonstrados na figura três, como também não seguiram a ordem cronológica da realização dos grupos focais por equipes participantes. Porém aleatoriamente estas equipes receberam nova numeração sendo denominadas como eSF 1, eSF 2, eSF 3, eSF 4 e eSF 5, conforme será visto na análise dos resultados.

#### **4.5 Análise dos Dados**

As técnicas de análise temática e de análise lexical de conteúdo foram utilizadas de forma complementar uma em relação à outra no trabalho de interpretação dos dados discursivos manifestados pelos trabalhadores nos grupos focais.

As transcrições literais na íntegra das discussões ocorridas nos grupos focais foram realizadas e a análise textual foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011). De acordo com esta autora, obedeceu-se à seguinte ordem de procedimentos: pré-análise, classificação do material e interpretação dos resultados.

Na fase de pré-análise, realizaram-se as leituras das falas registradas para identificar os pontos convergentes e estabelecer uma primeira classificação. Na execução da análise qualitativa, os depoimentos foram submetidos à categorização temática conforme a semelhança semântica dos recortes, estabelecendo-se um conjunto de classes de equivalência, que foram definidas *a posteriori*, ou seja, após a leitura do material transcrito. Inicialmente duas pesquisadoras realizaram a codificação separadamente, depois as duas codificações foram confrontadas e discutidas até que uma estrutura de códigos para os temas foi acordada. A inferência e a interpretação foram feitas confrontando-se os objetivos específicos da pesquisa com as referências teóricas sobre a temática.

Realizou-se a análise léxica automatizada do material textual por meio do *software* IRAMUTEQ (acrônimo de sua denominação em francês, *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Este programa gratuito, criado por Pierre Ratinaud e desenvolvido com base no *software* R, permite diversas formas de análises estatísticas do *corpus* textual (CAMARGO; JUSTO, 2013). Após ser processado pelo IRAMUTEQ, pelo método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o *corpus* foi dividido em cinco classes pelo programa. Além da CHD, os seguintes tipos de análises lexicais foram propiciados pelo programa: estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidades de grupos, análises de similitude e nuvem de palavras.

O emprego desta análise lexical de conteúdo computadorizada, como complemento à análise de conteúdo clássica não é, contudo, um fim em si mesmo. Os resultados apresentados nos gráficos não são, por si mesmos, a própria análise do trabalho, tendo em conta que os participantes da pesquisa são pessoas que emitiram seus discursos a respeito de sua percepção da inserção da residência em MFC no contexto do seu trabalho em equipe da ESF, e esse discurso como objeto de análise é basicamente o conteúdo manifesto explicitamente pelos trabalhadores. Assim, o *corpus* textual precisa ser explorado e interpretado, e não pode estar desvinculado do seu conteúdo semântico.

#### **4.6 Considerações Éticas**

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução CNS nº 466/12 e a resolução 510/2016 referentes a pesquisa com seres humanos, observando-se os princípios basilares da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN) em junho de 2018, sob Parecer número 2.673.393 (Anexo A).

Os riscos inerentes à pesquisa relacionaram-se a fortuito constrangimento em responder às questões e expor opiniões pessoais sobre o funcionamento da residência médica e do processo de trabalho da UBS. No entanto, considerou-se que os benefícios da pesquisa poderão colaborar para o trabalho destes profissionais, na medida que sejam aperfeiçoadas as condições para a inserção dos

residentes em suas equipes. Os riscos foram minimizados mediante a comunicação de que a identificação de cada participante não apareceria nos resultados da pesquisa e houve codinomes que dificultaram a sua identificação.

Os participantes foram orientados sobre a natureza da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice C) ao optarem em participar. O Termo foi colhido pela pesquisadora responsável e pela equipe de colaboradores do projeto. Após esclarecimentos, os participantes assinaram os termos de autorização para gravação dos grupos focais em áudio e vídeo (Apêndices D e E).

Foi obtida Carta de Anuência assinada por representante legal pela Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró-RN para a realização da pesquisa nas unidades selecionadas da ESF da cidade (Anexo B).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos Participantes

Participaram da pesquisa 27 profissionais das cinco equipes de ESF selecionadas em quatro UBS de Mossoró, sendo três enfermeiros, uma técnica de enfermagem, 21 ACS, um técnico de saúde bucal (TSB) e um auxiliar de consultório dentário (ACD). Entre os profissionais que preencheram os critérios de exclusão pelo tempo de serviço na UBS há menos de dois anos, houve duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma odontóloga. Os demais odontólogos se encontravam em um período de paralisação de servidores municipais e não participaram da pesquisa. Uma das equipes estava sem técnico de enfermagem desde maio de 2018, enquanto a outra técnica estava em período de licença-prêmio. Um ACS se encontrava de férias. Os demais profissionais que não se enquadravam nestes critérios de exclusão, recusaram-se a participar da pesquisa.

As características demográficas e de tempo de trabalho na ESF e nas equipes estão apresentadas na **Tabela 1**. A idade dos participantes variou de 32 a 57 anos, com média de 43,4 (desvio-padrão: 7,7) e mediana de 42 anos, e 66,6% tinham mais de 40 anos. A maior parte da amostra (77,8%) era ACS e trabalhava na ESF há dez anos ou mais.

### 5.2 Análise Lexical de Conteúdo

As falas dos participantes foram agrupadas e inseridas no programa IRAMUTEQ, gerando as informações a partir dos 27 textos correspondendo aos 27 participantes que foram individualizados por equipe da ESF.

Assim, a constituição do *corpus* geral foi composta por 27 textos, divididos em 869 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 763 ST, 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 (*hapax*). O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: Classe 1 (117/15,3%), Classe 2 (169/22,1%), Classe 3 (141/18,5%), Classe 4 (190/24,9%) e Classe 5 (146/19,1%) dos ST.



**Tabela 1** – Caracterização demográfica e tempo de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de cinco equipes de quatro Unidades Básicas de Saúde de Mossoró-RN.

eSF	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Tempo ESF	Tempo equipe atual
1	34	feminino	superior	ACS	5 anos	5 anos
1	33	masculino	superior	ACS	4 anos	4anos
1	40	feminino	superior	Enfermeira	15 anos	3 anos
1	54	feminino	médio	ACS	21 anos	13 anos
1	47	masculino	superior	ACS	21 anos	13 anos
1	55	feminino	fundamental	ASB	14 anos	13 anos
2	35	feminino	superior	ACS	13 anos	12 anos
2	37	feminino	médio	ACS	13 anos	12 anos
2	39	feminino	médio	ACS	20 anos	12 anos
2	39	feminino	médio	ACS	12 anos	12 anos
2	42	feminino	superior	ACS	5 anos	5 anos
2	44	feminino	superior	Enfermeira	18 anos	10 anos
2	50	feminino	médio	ACS	21 anos	12 anos
3	36	feminino	médio	ACS	13 anos	13 anos
3	42	feminino	superior	Enfermeira	17 anos	4 anos
3	46	feminino	médio	ACS	15 anos	13 anos
3	48	feminino	superior	TE	4 anos	4 anos
3	54	feminino	médio	ACS	20 anos	13 anos
3	56	feminino	médio	ACS	15 anos	13 anos
4	40	feminino	médio	ACS	13 anos	13 anos
4	45	feminino	médio	ACS	21 anos	21 anos
4	52	feminino	médio	ACS	4 anos	4 anos
4	57	feminino	médio	ACS	18 anos	18 anos
5	32	feminino	superior	ACS	4 anos	4 anos
5	33	feminino	médio	ACS	13 anos	13 anos
5	40	feminino	médio	ACS	13 anos	13 anos
5	41	feminino	superior	TSB	14 anos	10 anos

eSF: Equipe de Saúde da Família; ESF: Estratégia Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde; ASB: Auxiliar de Saúde Bucal; TE: Técnico em enfermagem; TSB: Técnico em Saúde Bucal.

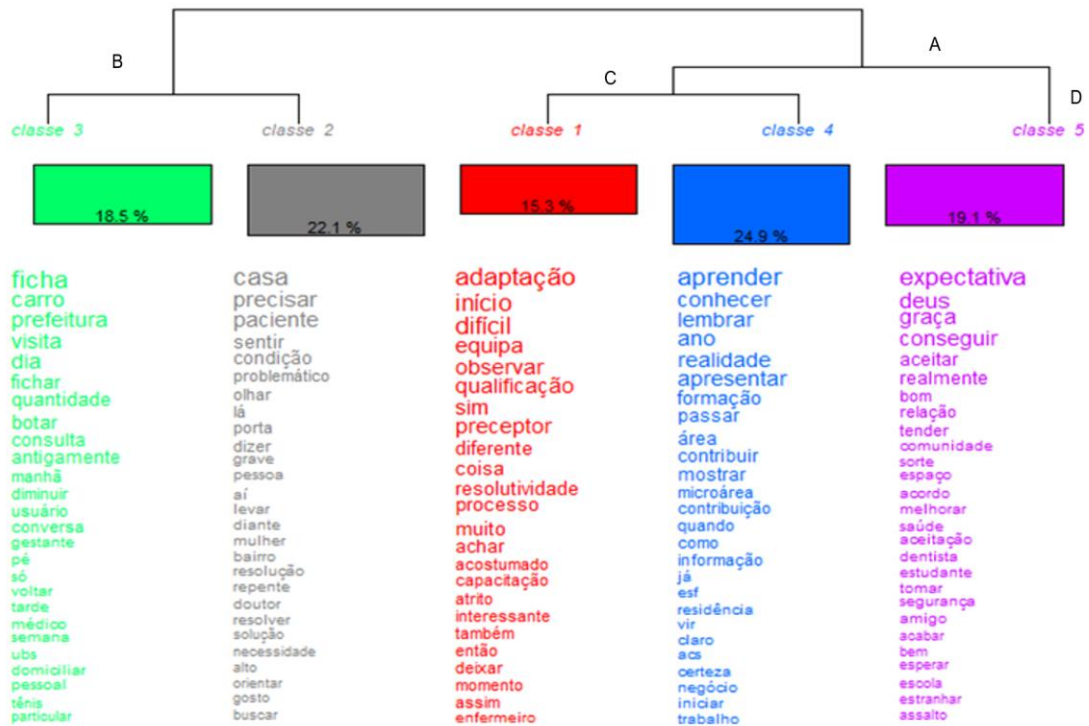
Observaram-se as evocações que apresentaram vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes, como mostra as figuras 4 e 5 apresentam cada uma das classes emergidas na Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com filograma das palavras que formam cada classe construída pelo *software*. Na figura 4, percebe-se que as representações das relações entre as cinco classes provêm de duas ramificações do *corpus* total em análise, denominadas A e B. O *subcorpus* A é subdividido em C e D, ramificações compostas pelas classes 1, 4 e 5. O *subcorpus* B é composto pelas classes 2 e 3.

As classes inicialmente não foram denominadas, sendo referidas pelas suas numerações correspondentes postas através do próprio *software*. As cores vermelha, cinza, verde, azul e roxo representam as classes 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente.

A “Formação no ambiente do trabalho” corresponde ao subcorpo A que se subdividiu em C e D, sendo a “Formação no cotidiano do dia a dia” o C e as “Expectativas e possibilidades com a inserção da residência” o D. O subcorpo C gerou a classe 1 (“Desafios na adaptação a realidade do contexto de trabalho”) e a Classe 4 (“A aprendizagem na prática diária”). A Classe 5, pertencente ao subgrupo D corresponde as “Expectativas e os desafios enfrentados”.

O subcorpo B corresponde ao “Processo de trabalho com a inserção da residência”, sendo subdividido na Classe 2 (“Interferência do processo de trabalho na residência e da residência no processo de trabalho”) e na Classe 3 (“Implicações do processo de trabalho nas relações interpessoais”)

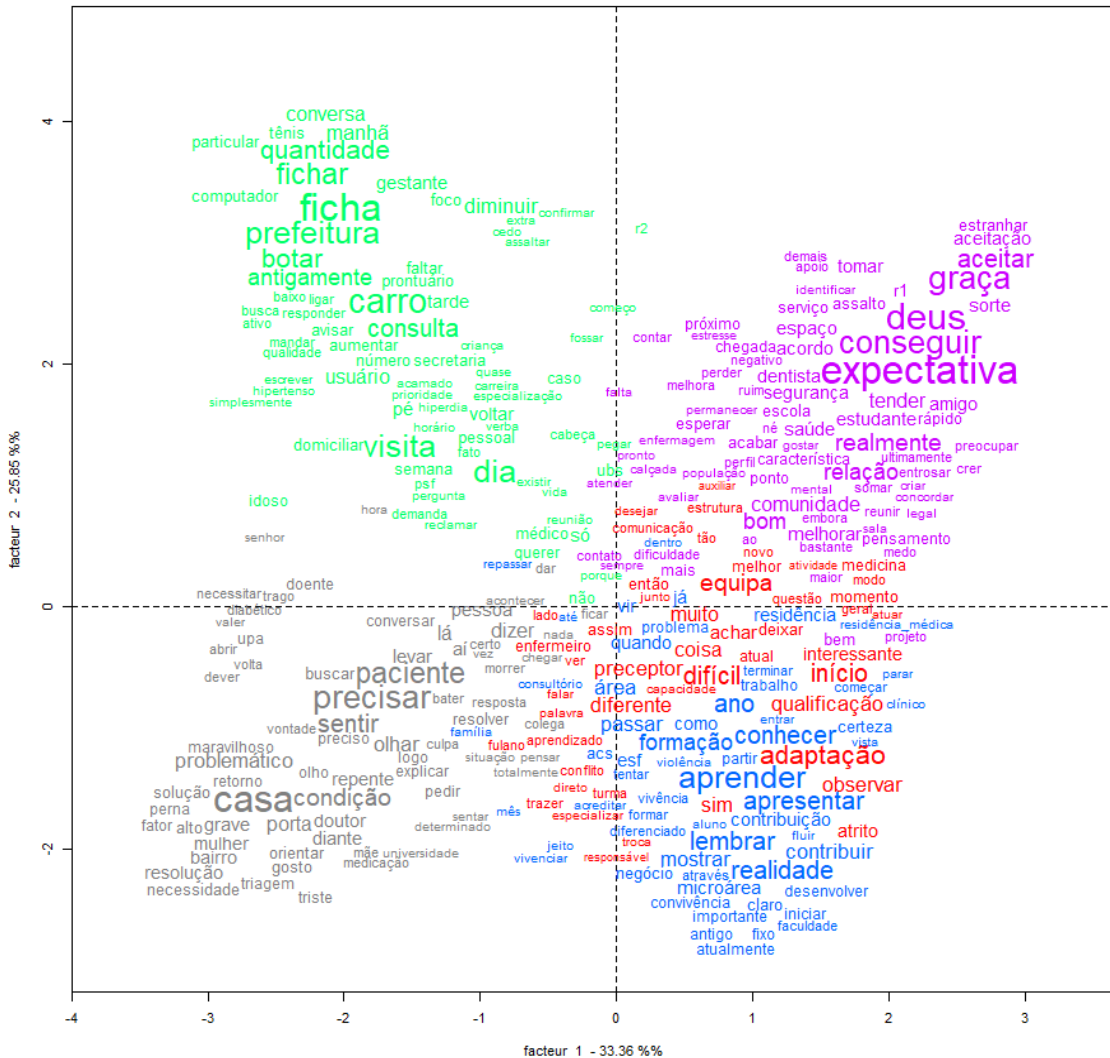
**Figura 4** – Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual sobre a percepção dos profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família de Mossoró-RN a respeito da inserção da residência médica em seus serviços.



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo (2018)

A Análise Fatorial por Correspondência (AFC) possibilitou a análise da produção textual, considerando a incidência de palavras e classes, representadas em um plano cartesiano (Figura 5). Este mostra os segmentos de texto mais presentes em cada uma das classes, possibilitando uma análise de contextualização do vocabulário típico de cada classe, apresentando sobre um eixo bidimensional, cujas distâncias e posicionamentos entre as palavras representam os conceitos correlatos (mesmo quadrante) ou opostos (quadrantes diferentes). A classe 2 aparece no quadrante inferior esquerdo e a classe 3 no superior esquerdo, indicando a proximidade maior entre as duas do que com as demais. Já as classes 1 e 4 localizam-se muito próximas entre si, no mesmo quadrante, extrapolando minimamente para os quadrantes superior direito e inferior esquerdo.

**Figura 5 – Análise fatorial de correspondência (AFC) com a distribuição das classes de termos no plano cartesiano**



Fonte: Dados primários da pesquisa de campo (2018)

### 5.3 Análise temática de conteúdo

Os grupos foram dinâmicos e participativos, trazendo diversos aspectos a serem considerados, a partir da compreensão dos profissionais e da discussão realizada entre os participantes por meio do grupo focal.

Da leitura e classificação das transcrições da discussão, emergiram as seguintes categorias: “residência e sua presença na equipe”, “residência e o

processo de trabalho”, “residência e a comunidade” e “residência e a gestão” (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
SUBCATEGORIAS	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	O desafio da visita domiciliar		
		Violência urbana		

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo (2018)

Como demonstra o Quadro 2, o processo de inserção da residência e do residente na equipe, ocorreu com a apresentação do preceptor sem participação manifesta da gestão local. Com relação ao entendimento sobre a residência, observou-se que no momento inicial da sua inserção e mesmo cerca de cinco anos

depois (a residência foi implantada em 2011 e 2012 nas UBS), não havia compreensão plena do que fosse a residência por parte dos trabalhadores das UBS.

Neste processo de inserção inicial, houve uma reorganização da equipe a esta nova realidade, o que foi expresso nas falas dos profissionais, além de referências sugestivas de terem sido geradas muitas expectativas entre eles, por não saberem o que esperar desse novo processo. Houve relatos de desapontamento com a evolução do treinamento em serviço, por terem esperado mais benefícios do que realmente ocorreu. Com relação ao processo formativo do residente, os profissionais relataram que alguns residentes pareciam ter perfil para MFC, enquanto outros, não.

Um outro aspecto evidenciado foi a percepção dos profissionais sobre a sua própria contribuição no processo formativo do residente, com seus saberes e experiência sobre a prática da ESF, conhecimentos sobre o território e como integração entre a teoria e a prática. Recortes de falas foram referentes à preceptoria na residência, tanto no aspecto da sua presença e atuação, como também sobre sua ausência, especialmente diante de demandas que surgiram no acompanhamento e formação do residente, também foram explicitados pelos participantes (Quadro 2).

**Quadro 2 – Subcategorias do tema “residência e a sua presença na equipe”**

<b>CATEGORIA: RESIDÊNCIA E A SUA PRESENÇA NA EQUIPE</b>
<b>Entendimento sobre o que é a residência</b>
<i>“[...] ano passado 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)</i>
<i>“De quando eu entrei até o ano passado, eu não tinha essa informação. Já sabia que os médicos eram médicos residentes, mas eu não sabia como era que funcionava.” (Part. 05, eSF 1)</i>
<i>“[...] naquele momento era uma coisa totalmente desconhecida, então ela [a preceptora] foi falar o que era, como era que ia funcionar e que nós íamos receber.” (Part. 7, UBS 2)</i>

### **Expectativas sobre a residência**

*“[...] a expectativa era muito grande, realmente, como falaram, de como ia ser, como ia se dar essa residência, se ia continuar da mesma forma ou não, o que teria de melhorias, que, na época, foi dito que teriam muitas melhorias para UBS...” (Part. 14, eSF3)*

*“E num primeiro momento até ficamos um pouco assim, como sempre, o novo ficamos meio assim, será que isto é bom? [...] Acho que correspondeu às expectativas da residência.” (Part. 7, eSF 2)*

*“Quando chegam pensamos logo: ah, será que vai ser uma médica que vamos ter entrosamento? Será que vamos nos entender? (Part. 11 eSF 2)*

*“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. 16, eSF 3)*

### **Aportes da equipe à formação dos residentes**

*“[...] acredito que contribuimos na formação do residente, devido ser uma equipe, eles vão vendo como uma equipe funciona, e vão aprendendo para quando tiver terminado a residência, forem trabalhar em algum local...” (Part. 1, eSF 1)*

*“[...] o residente chegou 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, o que ele tem, do mesmo jeito quando ele chega da UBS para conhecer a área, quais são os pontos de risco, os problemas, tudo isso ele só vai saber através de nós. Outros profissionais dentro da unidade não vão ter como orientar nesse sentido, só as ACS mesmo” (Part. 10, eSF 2)*

*“Eles chegam aqui com a teoria, temos a prática. Vocês têm o conhecimento clínico, mas nós conhecemos a população, então assim, é uma troca.” (Part. 27, eSF 5)*

### O perfil de residente de MFC

*“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. Isso também influencia muito. Afasta a comunidade, afasta a equipe.” (Part. 14, eSF 3)*

*“[...] éramos acostumados a trabalhar com a médica preceptora de uma forma mais humana. Sabemos como a médica preceptora trabalhava com a comunidade, ela não tinha nojo de ver um canto de unha aqui, tocar, pegar, examinar. Hoje vemos que tem médicos que não encostam nem no paciente, vemos e sentimos.” (Part. 16, 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 pra vida dele, e tem aquele que vai só para cumprir, para aumentar a especialização na hora do emprego.” (Part. 20, eSF 4)*

*“[...] eles trabalham em quatro, cinco cantos, um exemplo, a UBS é o limite para eles ali, já chega estressado da noite que passou num plantão, tem que voltar muito cedo para dar o horário ou em consultório, ou um hospital particular [...]. É o que vemos, esses estresses deles, atendendo mal a comunidade, muitas vezes, é isso. Querer abraçar o mundo, eu acho que residente é para ser residente, está ali, dedicado àquilo, mas aí vão trabalhar, plantão em duas, três cidades diferentes” (Part. 17, eSF 3)*

### Intermediação da Preceptoría

*“[...] assim, é jogado o residente na UBS. Mas quem é que fiscaliza esses residentes? Quem é que vê como é que eles estão funcionando? Quem é que vê se eles estão fazendo da forma certa? [...] Ah, tem a preceptora, mas ela vem uma vez na semana...” (Part. 20, eSF 4)*

*“A preceptora também se preocupa muito em como é o relacionamento com a população. Se o residente está sendo bem aceito pela população, se a população tem alguma queixa deles... (Part. 8, eSF 2)*



*“Chegamos para a preceptora e dizemos isso aqui aconteceu na minha área, tem como dar uma resolução? Essa resolução não volta, não sabemos onde é que fica e se fica perdida. Não tem àquela contra referência, que é para ir e que é para voltar, não temos. Continua do mesmo jeito e não sabemos nem se a reclamação chegou na residente.” (Part. 20, eSF 4)*

*“Quando começou com a residência médica, quando tinha um problema na área, vinha para a nossa médica preceptora, aí ela falava ‘você tem que falar com o residente, ele que está vendo o atendimento, você tem de direcionar a ele’. Demora também se acostumar, se habituar a ir direto assim para eles. (Part. 10, eSF 2)*

**Fonte:** Dados primários da pesquisa de campo (2018)

A segunda categoria temática definida foi relacionada ao processo de trabalho nas UBS (Quadro 3). Uma série de particularidades foram levantadas durante a realização dos grupos focais envolvendo o processo de trabalho no serviço, e com repercussões sobre a atenção prestada à comunidade assim como impacto sobre as próprias equipes. Da mesma forma que outros aspectos retratados anteriormente, o enfoque favorável ou não destas questões variou entre grupos abordados. Entre os fatores favoráveis da inserção da residência na ESF, mencionou-se uma maior proximidade com as universidades, tornando a rede local mais resolutiva. Também foi enfocada a capacidade resolutiva propiciada pela atuação do próprio residente, por conhecimentos novos assim como o interesse em resolver os problemas. Segundo os participantes, a residência possibilitou ainda que alguns trabalhos antes não realizados pela equipe passassem a ser efetuados na UBS.

As relações interpessoais representaram uma dimensão importante na análise das falas em relação ao processo de trabalho de uma das equipes da ESF a respeito dos residentes, mas percebendo-se claramente a variação da natureza dos relatos e a percepção individual de cada profissional, independentemente da equipe. Segundo alguns profissionais, o diálogo entre os profissionais também favorecia a resolução direta dos problemas interpessoais identificados.

Nesse sentido, relatou-se que as reuniões de equipe colaboravam neste processo de resolução de conflitos. Por outro lado, dependendo da equipe, o vínculo

e o relacionamento passavam a ser bons e persistiam contatos mesmo após a saída do residente da pós-graduação. Citou-se que as dificuldades no relacionamento interpessoal acabavam interferindo no processo de trabalho da equipe e na resolução de problemas do cotidiano da equipe e da UBS.

A dimensão relacionada a Educação em Saúde da equipe, foi reconhecida pelos participantes através dos momentos em que houve atendimentos compartilhados com o médico residente, além de capacitações realizadas e da percepção de demandas específicas dos profissionais que, em um segundo momento, foi aperfeiçoada com a colaboração do residente.

Embora pareça um problema periférico em relação à temática principal do presente estudo, a questão das dificuldades relacionadas à realização das visitas domiciliares foi um dos aspectos recorrentes, representando um assunto difícil enfrentado dentro do processo de trabalho em relação ao médico residente, o que foi observado em três das cinco equipes. Neste aspecto, foi levantado entre os participantes que a realização de visitas era problemática em virtude da resistência dos residentes em realizá-las, mesmo que eles atribuíssem a dificuldade à violência urbana local, mas considerada uma razão que não justificava o fato de as visitas serem realizadas apenas às casas de pacientes graves, após triagem pelo ACS.

Associada ao aparente impedimento de realização das visitas domiciliares, a violência urbana e a falta de segurança pública nos bairros da população adstrita mostra a vulnerabilidade do território, que aparece nos depoimentos como fator que também foi um relato recorrente por passar a interferir no processo de trabalho e impactar sobre a segurança da própria UBS, representando um aspecto externo ao serviço que influenciou no seu funcionamento e no bem-estar dos profissionais.

**Quadro 3 – Subcategorias do tema “Residência e o processo de trabalho na equipe”**

<b>CATEGORIA: RESIDÊNCIA E O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE</b>
<b>Repercussão para a UBS/serviço</b>
<i>“Diminuem as fichas da demanda, mas também foi implantado o programa de pré-natal, os agendamentos e as consultas, o programa de hipertensos, da criança...” (Part. 21, eSF 4)</i>

*“Assim, para mim também é um ponto positivo, assim, de mudança no processo de trabalho e, também uma coisa que não falta é médico na UBS. Está lá todos os dias, tem o médico, o pessoal procura, tem os atendimentos. Foi o que mudou porque às vezes faltava. Tem mudança boa com a chegada dos residentes.” (Part. 19, eSF 3)*

*“O lado que eu vejo, 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)*

*Antigamente as 30 fichas eram assim, chegava 30 fichas, o médico atendia viu, do PSF, era a cabeça baixa, já era PSF, eram as 30 fichas, porque tem pessoas que querem quantidade e não querem qualidade. O médico abaixava a cabeça e falava: ‘é o que?’, ‘vou passar cefalexina, vá embora’. Agora, o médico conversa, porque não é todo médico de família que conversa não. Conversa, o problema da pessoa é só a doença da alma, de conversa.” (Part. 22, eSF 4)*

### **Qualificação do trabalho**

*“Sim, 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)*

*“Eu acho que até pelo fato dos residentes fazerem atendimento junto com a preceptora, pelo fato de serem duas cabeças pensando, analisando aquele caso, eu acho que também já ajuda nessa resolutividade...” (Part. 7, eSF 2)*

*“[...] foi um avanço gigantesco que a saúde de Mossoró teve com as residências de modo geral... Eu acho que mudou muito e ao meu ver foi para melhor, começamos a trabalhar coisas que talvez até pela sobrecarga de trabalho que tínhamos, não conseguíamos trabalhar e, com um médico a mais conseguimos trabalhar muita coisa que não trabalhava.” (Part. 7, eSF2)*

*“[.], a residente inicial sempre procurou tentar seguir, tentar fazer o diferencial, como os outros sempre chegam a fazer algum diferencial de verdade para a população.” (Part. 6, eSF 1)*

*“O bom de termos a residência é isso. Estamos todos os dias ali e sabemos as dificuldades que tem, então para ir fazer visita, para ir nas escolas, trabalhar um grupo dentro da unidade. Se fosse um médico que não fosse residente e tivesse aqui 3 dias na semana não teríamos como ir na escola, ir fazer a visita, porque tem muitas unidades que não tem, eu vejo que muitas pessoas falam isso e dizem: na nossa comunidade não vamos para a escola, não vamos fazer visita.” (Part. 25, eSF 5)*

*“Com a chegada dos residentes, sempre têm alguma mudança, tem a questão da territorialização, que eles têm que realizar, como requisito, com os ACS. Tem outros projetos também que eles têm que desenvolver então, de certa forma, nos ajuda também a estar parando para pensar aquilo ali, como os ACS também quando saem com eles na territorialização, para apresentar, então sempre tem pontos positivos.” (Part. 14, eSF 3)*

*“Ela [a residente] é ótima na visita. Ela faz a visita, pergunta, examina e sempre vai acompanhada com o pessoal do estágio, os internos. Os internos ajudam muito, examina, pergunta e ela sempre é muito observadora nesse ponto.” (Part. 20, eSF 4)*

*“E eu falo muito para alguns colegas que eu conheço, ACS, que lá não tem residência, quando falo da minha realidade aqui e ela fala da realidade dela lá, eu digo muito para ela que eu tenho muito medo que acabe a residência na minha unidade, porque a realidade de lá é completamente diferente.” (Part. 2, eSF 1)*

*“Tivemos que nos organizar, planejar, fazer cronograma, trabalhar em base de cronograma. Foi criado coisas que de repente não eram costume fazer, trabalho direcionado à saúde do homem, porque só se trabalhava a mulher, então fomos buscando as novas mudanças diante do que o ministério preconiza.” (Part. 6, eSF 1)*

*“Muda o processo de trabalho, porque assim... os trabalhos, quando chegou a residência, os trabalhos da equipe mudaram um pouco e eles começam a participar também, sempre tem a escala de atividade da semana nossa e inclui eles também.” (Part. 10, eSF 2)*

**Descontinuidade do trabalho**

*“Vínhamos acostumados com o médico que tinha na UBS, todo mundo já era acostumado com ele, e quando chegou a residência, passou a ser: o médico passou dois anos, vai embora. [...] Foi uma surpresa tanto para nós como para comunidade, porque quando está acostumando com um médico, o médico vai embora e vem outro. Começa tudo de novo.”* (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)

*“[...] éramos acostumados a trabalhar de uma forma e foi totalmente, para mim, do meu ponto de vista, era para dar continuidade ao mesmo trabalho, do mesmo jeito que éramos acostumados a trabalhar, mudou muita coisa.”* (Part. 17, eSF 3)

*“Eu acho que, eu não estava antes, logo quando os residentes chegaram, mas eu vejo a reclamação hoje é em razão ao vínculo que ele não consegue firmar. O residente passa aquele tempo e ele não consegue, pronto, ele não cria um vínculo, entendeu?”* (Part. 18, eSF 3)

**Relações interpessoais**

*“Existem conflitos. É porque pensamos que é melhor do que nada, infelizmente. Pior é quando estava aqui sem ninguém, então na dificuldade vamos tentando superar porque passa, só são dois anos. Aí vem outro.”* (Part. 1, eSF 1)

*“Tem, sim, os conflitos, trazendo agora, eu observo, isso e é complicado, acaba abalando muito a equipe, que não entra em harmonia, sentimos. Teve um impacto, porque é dele, é da pessoa dele. Quando ele [o residente] chegou já foi passando como queria, e tivemos que nos adaptar às normas dele.”* (Part. 2, eSF 1)

*“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)

*“[...] foi o que eu expliquei ao colega, quando ele [o residente] me criticou na frente da equipe inteira, por esse tipo de procedimento que eu faço. Mas é como eu digo, é melhor do que nada, vai passar, vamos tentando convivência tranquila.” (Part. 1, eSF 1)*

*“[...] no momento atual é bem notório que há essa particularidade em relação a conflitos, não só com determinado setor, com ACS, ou com direção, com a enfermeira, é de um modo geral.” (Part. 2, eSF 1)*

*“É, até hoje, de modo geral, o entrosamento é bom. Inclusive assim, eles voltam. Sabemos que todo mundo tem sua vida, mas temos vários exemplos de residentes que foram e de vez enquanto voltam para nos visitar” (Part. 7, eSF 2)*

*“Graças a Deus não tivemos problema com nenhum residente, nós nos demos bem com todos que passaram na UBS. Pegamos aquela saudade, que não queríamos que fosse embora, mas entendemos que tem que ir.” (Part. 11, eSF 2)*

*“[...] quando eles chegam, é apresentado e dizemos: olhe, trate a gente bem, seu trabalho vai depender da gente, então, se eles já viessem pisando em ovos ele vai ter que se ajeitar. Mas até então, nunca pegamos ninguém assim, cheio de frescura não. Não é ameaçando. Como disse a colega, quem toma realmente café conosco se entrosa melhor.” (Part. 12, eSF 2)*

*“Mas o contato, e equipe de uma forma geral, entre todas as pessoas, antes era um contato ótimo e hoje em dia está um contato ruim, de ruim para péssimo. [...] para vocês terem noção que é tão esquisita a relação delas [enfermeira e residente], que você chega assim e diz assim à enfermeira, fala: ‘Fulaninha, resolva isso lá com a doutora.’ Ela diz: ‘não, mulher, é muito difícil. Fala com fulaninho para resolver.’ Part. 20, eSF 4)*

*“Com ele [residente] tínhamos aquele momento, ficava todos assim, parecia a Xuxa e as paquitas...” (Part. 22, eSF 4)*

*“Aqui é aceitação total na relação entre equipe e residente. E temos aqui uma outra coisa que ajuda muita que é uma equipe pequena, então assim, somos*

*meio que família mesmo, já vamos abraçando, já acolhemos, não temos dificuldade de nos relacionarmos com eles não...” (Part. 27, eSF 5)*

### **Educação continuada**

*“Sim, a equipe se torna mais qualificada com a residência. Também em relação às capacitações que ocorrem, que ultimamente não tem, mas que já houve em outros momentos quando os residentes traziam temas para nós” (Part. 5, eSF 1)*

*“A questão de educação em saúde, eu falo de educação continuada da equipe, começamos a estudar mais, que é também uma das funções deles, a educação continuada.” (Part. 7, eSF 2)*

*“É, nessa parte de capacitação, se for, tem, assim, em conjunto. Eu acho que muitas coisas são resolvidas, e também é um aprendizado para nós. Eles aprendem conosco e aprendemos com eles.” (Part. 16, eSF 3)*

*Foram feitos vários treinamentos. Os outros residentes sempre fizeram treinamentos conosco sobre várias coisas...” (Part. 20, eSF 4)*

*“Sim, o residente contribui para qualificação da equipe porque ele muitas vezes, além do que eles vêm para passar para a comunidade em atendimento, muitos que vieram fizeram algumas coisas conosco, como cursos, aperfeiçoamento e o que eles veem que temos dificuldade eles procuram trabalhar, no tempo que dá, porque nem toda vida dá...” (Part. 26, eSF 5)*

### **O desafio da visita domiciliar**

*“Do meu ponto também, o problema com a residência são as visitas domiciliares.” (Part. 17, eSF 3)*

*“[...]Atualmente para mim, como problema vivenciado da residência, já foi falado a questão das visitas. Para nós, enquanto ACS, nós somos seis, se na nossa área tiver uma demanda de pessoas precisando de visita, então nós temos que distribuir, no sentido de ver quais são as mais graves, porque só atende três pacientes, então, é um problema, eu vejo que é uma situação*

*problema.” (Part. 6, eSF 1)*

*“É que, às vezes, o que fica a desejar mesmo é a questão das visitas domiciliares, precisaria melhorar, ampliar esse perfil, não ser aquela visita só para aquele paciente que está muito doente...” (Part. 14, eSF 3)*

*Quando falamos em visita domiciliar, de PSF, eles agora inventaram um cronograma lá e temos que dizer o que a pessoa está sentindo, é uma escala de risco. Se der um número alto, a pessoa perto de morrer e merece visita. Se der um número baixo, a pessoa não está sentindo nada, é descartada, a última da última da última é que aquela pessoa que vai [...] acontece que ela [a residente] não quer ir não. Diz: ‘não precisa não, passe para a enfermeira, passe para não sei quem.’ (Part. 20, eSF 4)*

### **Violência urbana**

*“Só que o que eles alegam é a questão da violência. Só que é como eu digo, não é só a questão da violência... [...] O foco principal não é a violência.” (Part. 1, eSF 1)*

*“Hoje uma coisa que veio e flui negativamente é essa questão, a vulnerabilidade de assalto, que antes fazíamos nossas visitas ótimas, mas hoje é um medo, uma dificuldade, mas eu trabalho na rua, né? Eu sempre coloco que eu trabalho na rua, e aí, eu não sou também vulnerável a assalto? Tem esse medo, os residentes têm esse medo das visitas... [...] às vezes visita até próxima, de repente que antes fazíamos até a pé, e de repente só vamos se tiver o carro.” (Part. 6, eSF 1)*

*E a segurança é outro problema... [...] fomos assaltadas três vezes dentro da UBS. [...] a residente ficou receosa de ir até a comunidade. Só ia se tivesse o carro, o carro não vinha [...] e assim, tivemos essa dificuldade na época da residente anterior por conta disso, por conta da segurança...” (Part. 24, eSF 5)*

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo (2018)

Outras categorias que emergiram da análise temática foram a “residência e a comunidade” e “residência e a gestão”, cujas subcategorias e recortes de trechos das falas estão nos Quadros 4 e 5.



**Quadro 4 – Subcategorias do tema “Residência e a Comunidade”**

<b>CATEGORIA: RESIDÊNCIA E A COMUNIDADE</b>
<b>Aceitação por parte da Comunidade</b>
<p><i>“[...] 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)</i></p> <p><i>“[...] a comunidade eu acho que é de acordo com o que vamos recebendo e passando pra 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)</i></p> <p><i>“Quando a residência chegou, automaticamente já diminuiu o número de vagas de ficha. [...] Então a população que vinha pegar 16 fichas é uma população que vem pegar 8 fichas, pronto, chegávamos na área já era reclamação: ‘como é que pode?’” (Part. 20, eSF 4)</i></p>
<b>Repercussão para a comunidade</b>
<p><i>“Pensamos com a chegada que aumentaria mais os atendimentos da comunidade, que não tinha uma ficha, e quando chega um residente, a ficha aumenta, fica todo mundo alegre porque agora no posto tem médico à vontade, era todo mundo feliz.” (Part. 4, eSF 1)</i></p> <p><i>“São pessoas da comunidade que até hoje ficam: cadê aquele residente? Ele não está trabalhando aqui não, ele está trabalhando nas bandas de Assú, ah, então arrume o nome da clínica que ele está trabalhando que eu vou lá conversar com ele...” (Part. 9, eSF 2)</i></p> <p><i>[...] o médico residente, ele não dá para conhecer a população em dois anos, em um ano, em dois anos de residência. No caso, é um ano, fica mais difícil. (Part. 16, eSF 3)</i></p> <p><i>“[...] veio algo novo que a partir daí teria mais outras atribuições, outras atividades, outros possíveis encaminhamentos, encaminhamentos, com vários</i></p>

*outros procedimentos que iam fazer o bem-estar da população.” (Part. 6, eSF 1)*

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo (2018)

### Quadro 5 – Subcategorias do tema “Residência e a Gestão”

<b>CATEGORIA: RESIDÊNCIA E A GESTÃO</b>
<b>Falta de apoio</b>
<p><i>“Eu acho que a gestão não apoia a residência, eu acho que não. 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)</i></p> <p><i>“E o residente estando na UBS, ele tem um horário para a cumprir, e não é comum num médico efetivo que sempre se engaja em outra coisa pela secretaria sempre pegar ele para coordenar isso, fazer aquilo ou fazer aquilo outro, independente de saber se vai deixar aberto ou não, mas o residente é bom por isso...” (Part. 24, eSF 5)</i></p>
<b>Falta de recursos materiais</b>
<p><i>“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 da marcação de exames, essas coisas, temos muita dificuldade...” (Part. 26, eSF 5)</i></p> <p><i>“Se era para ter vindo verba para isso, para residência, então era para ter montado um escritório ou um consultório, para residência atender naquele consultório. Não ter tirado a vaga do outro médico que atendia lá, na minha opinião.” (Part. 20, eSF 4)</i></p> <p><i>“Para nós, a residência não trouxe problema não. O problema da gente é falta de estrutura na unidade para suportar” (Part. 10, eSF 2)</i></p>

Fonte: Dados primários da pesquisa de campo (2018)

Além dessas categorias, os entrevistados revelaram, também, dificuldades, agravantes, benefícios e sugestões relacionadas à inserção da residência no seu cenário de trabalho.

## **6 DISCUSSÃO**

Para organizar a discussão dos resultados, esta seção foi dividida em subseções segundo as categorias temáticas construídas e a caracterização da amostra.

### **6.1 Perfil dos participantes**

O coletivo dos profissionais participantes do estudo 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. Este perfil é 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, mostrando que a maior parte da amostra (83,3%) foi de mulheres, com médias de idade de 45,8 anos e de 20,4 anos de formação (BRITO et al., 2016). O referido perfil também é semelhante a estudos qualitativos realizados no Brasil para avaliar o trabalho interprofissional colaborativo na ESF (FREIRE FILHO et al., 2018; VALADÃO et al., 2017; SILVA; ARANTES, 2017).

### **6.2 Residência e a sua presença na equipe**

Os relatos nos depoimentos de alguns profissionais das equipes de ESF a respeito da falta de compreensão do que significava a residência e sobre a lacuna na sua supervisão mostram a importância de se conhecer os aspectos relacionados à inserção da residência nas UBS na ótica dos próprios trabalhadores. Percebe-se que o residente deve iniciar este processo formativo com a equipe informada sobre o que é a residência médica e quais as atribuições e limites dos residentes, assim como sobre o intercâmbio de informações entre eles com a intermediação da preceptoria, por lacunas na comunicação e na supervisão.

A presença do residente na equipe, segundo alguns relatos, pela sua permanência temporária, faz com que eles sejam percebidos como passageiros pelos profissionais da equipe, o que dificulta o estabelecimento de relações de

confiança entre eles, e à pequena duração da permanência do residente nas suas atribuições em relação ao conhecimento da comunidade. Por outro lado, dependendo da interação do residente e da abertura e preparo adequado da equipe a este processo, vínculos estáveis são formados o que facilita a inserção e atuação deste profissional na comunidade durante a residência.

Inicialmente, a inclusão deste profissional em formação na UBS foi sentida pelo fato de suas atividades no serviço estarem articuladas com a programação da equipe e também pelas novas ações que são estabelecidas através do cronograma da residência em relação à UBS e à comunidade.

Em relação à figura do residente como profissional modelando-se para a MFC, sobretudo os depoimentos de ACS, que o acompanham no campo, mostraram que é perceptível quando há um olhar médico ampliado, além da visão do modelo biomédico predominante. O Currículo Baseado em Competências, elaborado pela SBMFC, expressa claramente estas questões, devendo ser melhor discutido com os próprios residentes para que tenham ciência da aquisição e desenvolvimento destas competências necessárias ao médico de família e comunidade.

De acordo com os resultados apresentados, o desafio da inserção da residência no serviço envolve variáveis que influenciam este processo. Questões como quem é o residente, o seu perfil atual e como precisa ser formado durante o período dos dois anos da residência, devem ser levadas em consideração pela preceptoria. Porém, não se pode esquecer que o contexto da atuação do residente, sob o acompanhamento do preceptor e a dinâmica do processo de trabalho dentro da ESF, irá influenciar neste processo e consequentemente no profissional gerado com esta 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, e da própria preceptoria.

O preceptor também experimenta a complexidade do contexto de formação na APS, precisando de atribuições que sejam condizentes com a função e tendo um olhar diferenciado sobre as especificidades do território, sendo interessante que se observe a quantidade de residentes por preceptores, a vulnerabilidade social do território e a manutenção contínua da educação do médico de família e comunidade (IZECKSOHN, 2017).

Estas questões não são dissociadas. Elas ocorrem juntas, de forma que também geram um outro produto, além do residente especialista ou, pelo menos, espera-se que seja gerado um impacto, preferencialmente positivo, sobre a equipe da ESF e sobre a sua atuação dentro do território com repercussões sobre a comunidade assistida. Ao se trabalhar e formar um médico residente em MFC, concebe-se também uma equipe de trabalho com características semelhantes, em muitos aspectos, ao especialista gerado, ou seja, com capacidade resolutive, capaz de trabalhar em equipe, com uma sensível percepção sobre a realidade do território e da família e os impactos gerados no indivíduo.

Depoimentos sobre a contribuição dos ACS para o processo formativo dos residentes sugerem que os trabalhadores interagem também na busca pelo reconhecimento da capacidade e valoração de sua atuação na equipe. A forma como o serviço de saúde está organizado historicamente, ou seja, pautado na “verticalização do saber”, em que o conhecimento do médico é considerado o mais importante e válido, torna essa valoração do ACS escassa (SILVA; ARANTES, 2018). O reconhecimento dos residentes é tido como importante para os ACS e pode aumentar sua satisfação com o trabalho (CALDEIRA et al., 2011).

Sarti et al. (2018), ressaltam, ao partilhar a experiência de implementação de um Programa de Residência em MFC, que se deve continuamente laborar junto aos profissionais do serviço e à comunidade, o desenvolvimento da residência, com suas particularidades e possíveis conflitos que podem ocorrer com a inserção do residente, inclusive com resistência dos usuários a este processo. Tais questões ressaltam a importância de gerir conflitos e conversas frequentes entre as partes envolvidas e realização da cogestão entre eles.

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 (CALDEIRAS et al., 2011) e sobre a inserção da residência multiprofissional nesse cenário de práticas (DOMINGOS et al., 2015).

Em estudo similar, porém envolvendo estudantes de graduação, buscou-se compreender a percepção dos profissionais de equipes da ESF sobre a inserção do estudante de Medicina neste cenário, realizado através de abordagem qualitativa com grupos focais e análise de conteúdo, em cidade do norte de Minas Gerais. As

categorias temáticas definidas a partir dos discursos dos profissionais entrevistados no referido estudo foram integração ensino-serviço-comunidade, funcionamento do serviço e formação médica, observando-se que os profissionais percebem a necessidade do trabalho interdisciplinar e orientado na comunidade, mas com a visão de serviço de saúde centrado no médico (CALDEIRA et al., 2011). As categorias temáticas que emergiram do referido estudo destoam das encontradas na presente pesquisa, que se pautaram mais no processo de trabalho, considerando-se o residente como um integrante ativo na equipe e com importância funcional destacada. Entretanto, entre os profissionais entrevistados por Caldeira et al. (2011), havia médicos incluídos nos grupos focais, além dos demais profissionais das equipes da ESF.

Contudo, no estudo referido, verificou-se também que, por meio de maior integração dos estudantes com a equipe e com a comunidade, pode-se obter um serviço mais efetivo e de qualidade, aumento da satisfação dos profissionais e diferencial positivo na formação dos estudantes. Os autores afirmam que é preciso haver integração e que se construa a imagem do médico/estudante de medicina como integrante da equipe de saúde, recomendando ser preciso aprimorar as relações entre os profissionais da equipe de saúde e destes com os estudantes (CALDEIRA et al., 2011). Ainda neste estudo, a presença do estudante de medicina foi vista como facilitadora de um ambiente de intercâmbio de saberes e práticas entre os profissionais da equipe.

Também em UBS da cidade de João Pessoa-PB, a inserção de estudantes de medicina e residentes tem repercutido diretamente no cotidiano dos serviços de saúde, ampliando a abrangência da atenção e contribuindo para a organização dos processos de trabalho (SOARES et al., 2018). Nestes serviços, o médico residente de MFC assume a função de médico na equipe de saúde da família da qual faz parte, sendo estimulado também a atuar como preceptor dos alunos do internato de medicina da universidade.

O outro estudo semelhante, mas envolvendo a residência multiprofissional de saúde, será comentado posteriormente na discussão das falas classificadas como relacionadas diretamente ao processo de trabalho.

### 6.3 Residência e o processo de trabalho

A incorporação do médico residente ao processo de trabalho das equipes trouxe uma série de repercussões, conforme apresentado nos resultados. De acordo com algumas falas, se por um lado diminuíram o número de fichas para atendimento médico, por outro lado a presença constante deste profissional no serviço, bem como a qualidade da assistência e capacidade de escuta foi ampliada, gerando satisfação. Isto se reflete também na qualificação e expansão das atividades realizadas pela equipe, conforme relatos de alguns participantes.

No entanto, de acordo com alguns integrantes de duas equipes participantes da pesquisa, houve descontinuidade de alguns trabalhos realizados, dificultando o vínculo e a satisfação dos profissionais e da comunidade com a residência médica.

Uma vez que conflitos podem emergir nas negociações sobre objetivos e papéis na equipe e o papel do próprio residente, é necessário que profissionais/residentes saibam lidar com os desacordos entre si. Nas falas dos profissionais, houve menção à importância de diálogo e da necessidade da realização de encontros e reuniões periódicas com os integrantes da equipe, no intuito de estabelecer vínculo interpessoal entre seus membros, além de proporcionar uma oportunidade formal para o repasse de informações pertinentes ao trabalho coletivo (NAVARRO et al., 2013).

Os conflitos mencionados pelos participantes foram em parte considerados por eles como o que se denomina de “conflito positivo”, a ser utilizado para interpretar as diferenças de opiniões ou como algo a ser encorajado para interações construtivas (AGRELLI, 2017), mas sendo também encarados por alguns depoentes como incompatibilidades por dificuldade de comunicação com determinados residentes.

O espaço das reuniões de equipe é reconhecido pelos profissionais como espaço de troca entre os agentes, onde ocorre planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas, discussões relativas à operacionalização do serviço, divulgação de informações, discussão de casos. Acontecem construções coletivas entre os profissionais e, entre concordâncias e divergências, são traçados projetos, assumidos compromissos e elaborados os acordos possíveis, como aludiram alguns dos participantes dos grupos focais.



Em consonância com as falas registradas nos grupos focais, Fernandes et al. (2015) destacam que é imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam a importância de lidar com as relações interpessoais, pois estas acabam por interferir, significativamente, no cuidado prestado ao cliente. A desmotivação profissional pode interferir de modo negativo na prestação do cuidado, uma vez que a humanização e a integralidade da assistência estão baseadas em ouvir e compreender o indivíduo a ser cuidado. No entanto, as referidas autoras ponderam que o conflito, por muitos anos associado a situações desagradáveis, na moderna abordagem relacionada à resolução de conflitos, são considerados inevitáveis consequências das interações entre as pessoas e que, dependendo da sua intensidade e da maneira como forem tratados, podem ser benéficos ao ambiente de trabalho.

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 as expectativas do exercício profissional. Nesse sentido, autores têm possibilitado o diálogo entre a teorização do processo e a realidade do trabalho em saúde, possibilitando “parâmetros” que permitam a reflexão e problematização das práticas nos serviços e no ensino, o que se aplica a essa dimensão da integração ensino-serviço, incluindo os aspectos pertinentes à repercussão sobre a inserção da residência sobre a UBS, mencionados nas falas dos profissionais nos GF (PEREIRA et al., 2013; FORTUNA et al., 2005).

Algumas falas que convergiam para a questão da relação interpessoal com os residentes foram expressivas de integração positiva, e algumas até manifestando afetividade, em uma visão idealizada, aspecto que foi convergente com a observação de estudo anterior que enfocou, porém, relações interpessoais em equipes de profissionais da ESF (ELLERY et al., 2013).

Na escola médica, os estudantes não são preparados para trabalhar em equipe e não conseguem se integrar a ela. Embora o currículo objetive à formação de um profissional capaz de agir de acordo com o modelo biopsicossocial, no qual se reconhece que além dos fatores biológicos há influência de fatores psicológicos e sociais no processo saúde-doença, muitas vezes o médico recém-formado não está cognitivamente preparado para entender seu papel na ESF. Atitudes de desrespeito dos estudantes para com os trabalhadores da equipe e pacientes acabam por

segregar o ambiente de serviço e do ensino. Tais atitudes dos estudantes parecem refletir uma ideologia vigente de supremacia da profissão médica ainda presente nos sujeitos responsáveis pela formação e percebida pelos demais profissionais de saúde (SILVA; ARANTES, 2017; VILLA et al., 2015). Embora o trabalho da ESF se apresente com uma estruturação mais horizontalizada que outros âmbitos de atenção à saúde, o médico é a figura de autoridade, independentemente dos cargos ocupados pelos outros profissionais. Villa et al. (2015) observaram que há intensas relações de poder-saber entre os integrantes das ESF, que ocorrem de forma naturalizada, sem que a maioria dos trabalhadores as identifique, ao enfatizar o bom relacionamento entre todos.

Em estudo de abordagem quantitativa, Faquim e Frazão (2016) avaliaram a percepção dos profissionais de uma unidade da ESF de um município de médio porte do estado de Minas Gerais sobre grau de hierarquia nas relações de trabalho, grau de habilidade para evitar conflitos e grau de importância das atividades de colaboração, concluindo que a percepção geral dos profissionais foi favorável à colaboração interprofissional. No entanto, muitas vezes, a abordagem quantitativa não apreende aspectos mais sensíveis e que exigem maior profundidade na observação.

Pondera-se como fator positivo a visão da inserção da residência nas equipes da ESF favorecer o crescimento de seus membros, incentivando-os a buscar conhecimentos e habilidades que antes não possuíam como grupo de trabalho. Destaque deve ser dado ao processo de comunicação, que primeiramente deve ser apropriado para que haja espaço para a confiança, respeito, cooperação e busca de objetivos e metas comuns. Esse tema é de grande relevância no contexto dos serviços de saúde, embora sua produção científica ainda seja considerada incipiente (NAVARRO et al., 2019).

Houve depoimentos que sugerem a influência positiva na qualificação do trabalho nas equipes. Para os trabalhadores, no decorrer da residência, os trabalhadores aprendizes eram modificados pela realidade, não somente com relação à técnica, mas na habilidade de se relacionarem com o usuário, de praticarem o cuidado solidário, comprometido com a produção de saúde. Esses resultados corroboram a afirmativa de que os residentes favoreceram o trabalho coletivo na ESF (DOMINGOS et al., 2015). A formação em saúde, frequentemente, é

considerada uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de se aproximar das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido.

Domingos et al. (2015) estudaram a percepção do trabalhador de saúde sobre as contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) em cinco UBS contempladas com esta inserção em Londrina-PR, e consideraram que a inserção dos residentes permeou a mudança do processo de trabalho de acordo com a perspectiva da atenção básica. Segundo as referidas autoras, a RMSF foi potente para induzir ao avanço no trabalho em equipe multiprofissional e inovadora por inserir no serviço de saúde as categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente, o que contribuiu para evidenciar a insuficiência da equipe mínima da ESF. Os trabalhadores das UBS que participaram do mencionado estudo, relataram que sua visão sobre a residência era como uma estratégia de formação. Esta visão foi expressa também pelos participantes da nossa pesquisa, embora alguns tenham considerado que há determinados residentes que não têm o perfil para a MFC. Para os trabalhadores das UBS de Londrina, a residência ampliou o conhecimento dos trabalhadores das unidades sobre o território de abrangência por meio do levantamento e da organização de dados epidemiológicos (morbidade, morbimortalidade, demográficos) referentes às microáreas, realizados pelos residentes, em parceria com os ACS, havendo uma “troca” de conhecimentos, ideias que também permearam os discursos dos participantes da presente pesquisa.

Considerando a totalidade dos depoimentos, pode-se dizer que as ações dos ACS são as que mais se articulam com o conjunto de profissionais da equipe, o que apresenta semelhança com o que observaram Pereira et al. (2013), em estudo de observação-participante de uma equipe de ESF no Rio de Janeiro. Além disso, os profissionais se referem à busca de consensos quanto às possibilidades de execução cotidiana do trabalho em equipe.

Para a consolidação do SUS, é fundamental que se possibilitem esses espaços de formação que articulem instituição de ensino, serviço de saúde e comunidade, para que a simples e insuficiente transmissão de conhecimento dê lugar à problematização e à transformação da realidade, integrando discentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde no cotidiano dos serviços.

Um aspecto evidente na pesquisa foram os muitos obstáculos existentes na realização da atenção domiciliar pelo médico residente, verbalizado durante o grupo focal por alguns membros em três das cinco equipes participantes.

A atenção domiciliar leva em consideração o aspecto territorial onde aquela pessoa, juntamente com a sua família é cadastrada. O domicílio é espaço de atuação de uma equipe da Atenção Básica, onde além do cadastramento, outras ações poderão ser executadas como busca ativa, ações de vigilância e educação em saúde. Tais práticas devem ser diferenciadas do cuidado realizado a pessoas com dificuldade de locomoção e deslocamento até a UBS (BRASIL, 2012).

A “atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar” (BRASIL, 2012, p. 21).

Não serão destacados neste estudo os diversos aspectos relacionados à abordagem domiciliar da família e sua realidade no âmbito domiciliar. Porém, de acordo com os resultados observados, verifica-se que o processo de trabalho relacionado a esta questão precisa ser reorganizado e pactuado com a equipe e comunidade assistida. Lembrando que entre as atribuições de todos os membros da equipe da ESF, de acordo com a PNAB, encontra-se a execução de visitas domiciliares e atendimentos, tanto em residências, quanto em outras instâncias, devendo para isto a equipe se organizar reconhecendo a inevitabilidade e priorizando as situações (BRASIL, 2017).

Para Gonçalves (2009), a visita domiciliar efetuada pelo profissional médico é motivo de realização ao aproximar este de uma prática centrada na pessoa. Além disto, o autor ressalta que esta prática pode durar entre 10 a 30 minutos, enfatizando os diversos pontos a serem observados na moradia e as características dos seus habitantes.

De acordo com o Currículo Baseado em Competências para MFC, espera-se que o residente de MFC inicie a residência médica acolhendo “o domicílio como espaço terapêutico” e ao fim de seu processo formativo, ele possa, entre outras coisas, ser capaz de avaliar “os fatores do processo saúde-doença no espaço

domiciliar” e “aplicar critérios de elegibilidade para os níveis de complexidade em cuidados domiciliares”, como a “vigilância em saúde, consultas e internação domiciliar”. (BRASIL, 2015, p.51)

O que se observou, de acordo com os resultados apresentados, é que alguns residentes apresentam dificuldade no entendimento sobre a importância e necessidade de realização do cuidado domiciliar. Além disto, ressalta-se o aspecto interprofissional deste cuidado que deve ser discutido com a equipe e com responsabilidades compartilhadas.

A questão da violência e da vulnerabilidade no território é um aspecto que, apesar de presente, ainda é muito pouco discutido entre os profissionais da ESF. Em 2017, os profissionais em formação de Mossoró, tanto da residência de Medicina de Família e Comunidade, juntamente com a residência Multiprofissional em Saúde da Família, fizeram uma paralisação para garantir que as Unidades utilizadas como campos de estágio, tivessem uma ronda da guarda municipal. Tanto algumas UBS, quanto escolas, foram vítimas de assaltos. Além disto, a Unidade do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) foi invadido duas vezes. Mossoró, de acordo com o Observatório Potiguar (2016), é um município que apresenta um aumento no percentual de crimes, cuja taxa já é o dobro da nacional e observando-se a dinâmica do risco maior de alguns bairros na periferia da cidade.

Benício e Barro (2017), traz entre outras particularidades, a violência como um fator desfavorável ao acesso dos profissionais à comunidade, bem como dificultando o processo de trabalho, levando a um maior rodízio de servidores e descontinuidade de ações. Ressaltam ainda que apesar da violência se efetivar na rotina diária, mesmo assim é pouco discutida na rotina da ESF, como pauta de formação e processo de trabalho.

#### **6.4 A residência e a comunidade**

Pressupõe-se que a inserção de médicos residentes nas equipes da ESF pode melhorar 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 contraditórios, em relação ao que se enfocou sobre a repercussão no serviço e na

equipe, sendo de natureza diversa, variando entre a relação próxima e afetiva de usuários em relação aos residentes e a falta de aceitação da redução no número de atendimentos nos consultórios da UBS com a chegada da residência.

A participação da comunidade no processo de formação do residente também foi pouco pontuada, quase não aparecendo nos discursos dos profissionais. Embora não estivesse entre as questões instigadoras dos grupos focais, essa situação dificulta o alcance das mudanças pretendidas com a residência, de impacto direto sobre a comunidade.

Alguns ACS apontaram a intermediação que eles fazem na resposta e aceitação da comunidade em relação aos residentes, o que remete ao que foi comentado anteriormente sobre a busca de valoração de sua atuação. Os ACS são membros particularmente marcantes da equipe da ESF porque moram na comunidade onde se situa a equipe de saúde da qual faz parte, sendo um trabalhador peculiar e com identidade comunitária (SIMAS; PINTO, 2017), por estarem próximos às pessoas assistidas pela UBS, ao formar a intermediação do vínculo entre as famílias e a equipe (BRITO et al., 2014), pertencendo a um só tempo aos dois grupos (CARDOSO et al., 2010).

Através de sua atuação no território, o ACS percebe possíveis problemas existentes com a inserção do residente, bem como a satisfação gerada ou não com a performance deste profissional em formação. Assim, esse papel mediador dos ACS é exercitado no dia-a-dia do trabalho para organização da assistência em saúde e consecução dos propósitos da residência médica nas unidades básicas de saúde e, principalmente junto à comunidade.

## **6.5 A residência e a gestão**

A parceria existente entre a gestão municipal e a UERN, tornou possível a implantação da residência em MFC no município. A gestão libera profissionais para fazerem a residência, se aprovados no processo seletivo, bem como cede médicos com esta formação para exercerem a preceptoria dos residentes, como descrito anteriormente.

Nos depoimentos, a gestão apareceu de forma muito tangencial e relacionada a aspectos problemáticos. Para a apresentação dos residentes às equipes, a

preceptoria foi mencionada como intermediadora do primeiro contato dos residentes com a equipe, e não os gestores. Outra menção feita à gestão foi para demonstrar que não havia apoio aos residentes e que a infraestrutura era precária e muitas vezes não comportava mais atores naquele cenário. Para Cecílio (2011), os gestores são percebidos como elementos externos à equipe, por vezes, vistos como alheios à realidade do serviço, fato refletido no distanciamento desses com os trabalhadores e suas necessidades inclusive em relação aos residentes.

São diversos os desafios vivenciados nesse processo de formação em MFC, entre os quais, Sarti et al. (2018) enumeram a construção de estrutura física adequada para o processo de ensino-aprendizagem do residente. Oliveira Junior (2013) cita a escassez de recursos materiais que dificultam as práticas de trabalho na ESF e a vivência cotidiana dos residentes em condições precárias de manutenção.

Balduino e Veras (2016), relatam que a infraestrutura inadequada se encontra entre as dificuldades na articulação ensino e serviço com a inserção de discentes e docentes nas UBS. A adequação destes espaços permite uma ampliação das atividades realizadas e conseqüentemente uma qualificação do serviço e satisfação do usuário.

Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, a celebração de contratos entre instituições de ensino e serviço, está sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço- comunidade.

O COAPS poderia ajudar neste processo, favorecendo a articulação entre o ensino-serviço, bem como dando clareza as responsabilidades entre todos os atores envolvidos. Inicialmente, em Mossoró, entre 2015 e 2016, as instituições se articularam e discutiram a construção do COAPS, com participação de gestores dos municípios da segunda, oitava e sexta regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Norte, porém o projeto inicial não foi dado continuidade após a mudança nas eleições municipais de 2016, o que dificultou a continuidade do processo.

A formação em saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da ESF no território (estágios de graduação e residências), beneficiam tanto as UBS

quanto as instituições, os trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação na APS.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os profissionais dos serviços que participaram dos grupos focais desenvolvidos por este estudo, com a inserção da residência nas UBS, houve ampliação da relação teoria-prática e qualificação do trabalho da equipe além de iniciar ações específicas de políticas de saúde que inexistiam nas UBS, fortalecendo também ações de saúde de acordo com a integralidade da atenção. Assim, a inserção da residência médica foi entendida como positiva para as equipes da ESF, para a UBS e para a comunidade.

Salientam-se também entre as visões exibidas pelos profissionais as que remetem a fatores externos à ESF e à residência que interferem na integração com o serviço, além do escasso apoio da gestão.

Alguns aspectos foram contraditórios de acordo com a UBS onde ocorreu o grupo focal, o que permite uma série de questionamentos sobre a influência na inserção e atuação do residente como a preceptoria exercida e o preparo adequado da própria comunidade e equipe durante a inserção da residência. Além disto, o perfil do residente e entendimento de suas atribuições dentro da equipe exerceu influência neste processo, de acordo com os relatos descritos na pesquisa.

O vínculo, a preceptoria, o perfil e as relações interpessoais foram fatores influenciadores citados tanto como motivo de satisfação como de insatisfação relacionados a atuação dos residentes nas equipes. A dificuldade na realização da visita domiciliar foi evidente em três das cinco equipes participantes, fator este relacionado tanto ao perfil do residente, como também a questão da violência no território, levando a necessidade de apoio da gestão com transporte para a sua realização.

A violência, hoje intrínseca a realidade do município tem gerado grande insegurança, prejudicando a atuação dos profissionais e residentes e dificultando o acesso das equipes ao território.

Como potencialidades associadas a inserção dos residentes, foram relatados a ampliação do espectro de trabalho, possibilitando a realização de atividades antes não realizadas. Além disto, o fato de ter sempre um médico no serviço e com uma capacidade de escuta qualificada e um olhar diferenciado sobre a realidade de cada pessoa cuidada foi um distinguidor no processo de trabalho da equipe.

Diante da riqueza do trabalho dentro da ESF, torna-se um desafio inserir o residente neste ambiente e torná-lo um espaço potencial de aprendizado. Certamente que não há melhor local para formar um médico de família e comunidade, tendo em vista as competências que precisam aprimorar ou adquirir durante a residência médica. Conhecer e acompanhar as pessoas onde vivem, no contexto de sua realidade e com a ajuda do ACS, permite uma apreensão ampliada do processo saúde doença e conseqüentemente uma atuação centrada em suas necessidades. A dinâmica e complexidade do trabalho em equipe, é outro aspecto que pode ser aperfeiçoado durante a formação do residente.

O impacto sobre o residente é perceptível, porém há uma repercussão sobre os profissionais daquele serviço, confirmado nesta pesquisa. Ao inserir alunos, sejam da graduação ou pós-graduação, deve-se ter o cuidado para que esta inserção não prejudique o processo de trabalho da equipe, mas possa, por outro, ser um labor colaborativo que contribua para o crescimento de todos os envolvidos, gerando benefícios evidentes para a comunidade.

O profissional de saúde forma e é formado e o médico residente também. O aprendizado compartilhado permite a mudança do cenário local de trabalho. Não é simples, porém um imenso desafio que envolve muitas questões como: trabalho em equipe com práticas interprofissionais, condições dignas de trabalho.

Por fim, nesta pesquisa foram explanados determinados sentidos que permeiam as percepções dos profissionais de ESF sobre a inserção da residência no cotidiano de seu trabalho. Não se pode apresentar como um trabalho com conclusões bem definidas, mas coloca questões que podem compor novas perguntas para a realização de outras pesquisas na perspectiva desta temática.



## REFERÊNCIAS

AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde** [tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2017

AGUIAR, A. C. **Preceptoría em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. Disponível em: <https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoría-em-programas-de-residência.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2018.

ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação em Medicina de Família e Comunidade. **Cadernos ABEM**, v. 4, p. 30-37, out 2008. Disponível em: [http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM\\_\\_Vol04.pdf](http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol04.pdf). Acesso em: jul. 2017.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med**, 32 (3), p. 356-362, 2008.

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis** v. 26, n.2, p. 633-667, 2016.  
AUGUSTO, D. K. Residência em Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade princípios, formação e prática, p. 381-386, 2012.

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.12, n.2 , p.455-464, 2007.

BACKES, D.S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo v. 35, n. 4, p. 438-442. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_da\\_dos\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_da_dos_pesquisa_qualitativa.pdf)> Acesso em: 14 Out .2017.

BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.50, n. spe, p. 17-24, June 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETT, J. et al. **CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare**, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, 2007. Disponível em: [https://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport\\_E\\_rev4\\_FINAL.pdf](https://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/SynthesisReport_E_rev4_FINAL.pdf). Acesso em: 04 mai 2019.

BARRETO, V. H. et al. 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** v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BENICIO, L. F.S.; BARRO, J.P.P. Estratégia saúde da família e violência urbana: abordagem e práticas sociais em questão. **SANARE**, Sobral- v.16 Suplemento n.01, p.102-112, 2017

BERGER, C. B. et al. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v. 16, n. 1, p. 228-37, 2014.

BRITO, G. E. G. et al. Perfil dos Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma Capital do Nordeste do Brasil. **Rev. APS**, v. 19, n. 3), p. 434-445, 2016.

BRITO, R. S.; FERREIRA, N. E. M. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Sau. & Transf. Soc.** v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014.

BUSANELLO, J. et al. Grupo focal como técnica de coleta de dados. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 358-364, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 out. 1988, Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 24 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2007. Disponível em:  
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>. Acesso em: 26 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS (PRÓ-RESIDÊNCIA)**. Edital 1. 2009. Disponível em:  
[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1686-edital-proresidencia1-pdf&category\\_slug=documentos-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1686-edital-proresidencia1-pdf&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS (PRÓ-RESIDÊNCIA)**. Edital 2. 2011. Disponível em:  
[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1687-edital-proresidencia2-pdf&category\\_slug=documentos-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1687-edital-proresidencia2-pdf&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 02 jul 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/icvgv/files/2017/06/3.-Manual-de-Apoio-aos-Gestores-do-SUS-para-implementa%C3%A7%C3%A3o-do-COAPES.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde **Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES [Recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 27 p.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 1127, 04 ago. 2015. Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013 .

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. **Rev. bras. educ. med.** v. 35, n. 4 p. 477-485, 2011

CAMPOS, G.W.S. Diretrizes para a reorganização do trabalho em saúde – HumanizaSUS. Youtube, 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=t40gHKgS76l>>. Acesso em: jul. 2017.

\_\_\_\_\_. “Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes”. **Cadernos ABEM**, v. 3, p. 6-10, out. 2007. Disponível em: [http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM\\_\\_Vol03.pdf](http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol03.pdf). Acesso em: jul. 2017.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, suppl.1, p. 1509-1520 2010.

CASANOVA, A.O.; TEIXEIRA, M.B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS – Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4417.pdf>>. Acesso em: jul. 2017.

CECÍLIO, LC. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CUNHA, A. C., MAURO, M. Y. C. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. bras. Saúde ocup**, 35 (122), p. 305-313, 2010.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 186-190, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 out. 2017.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface** (Botucatu), v. 19, n.55, p.1221-1232, 2015.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, v.23, n.2, p.415-437, 2013.

FERNANDES, H. N. et. al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Cuidado é Fundamental: revista on line de pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, 2015.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1421-1428, 2009.

\_\_\_\_\_. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **J. res.: fundam. care.**, 7(1), p. 1915-1926, 2015.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.26, 2008.



FORTUNA, C. M. et al. O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latinoam Enferm**, 13(2), p. 262-8, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GUEDES, S. A. G.; ARAÚJO, J. A.; OLIVEIRA, C. C. C. et al. Análise da Satisfação dos Profissionais de Saúde da Família com as Condições de Trabalho. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 1, p. 121-130, 2013.

GOOGLE-EARTH MAPS. [Http.www.maps.google.com](http://www.maps.google.com). Acesso em: 03 mai. 2019.

GUSSO, G.; MARINS, J. J.; DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina (SBMFC e ABEM". **Cadernos ABEM**, v. 5, p.13-20 2009. Disponível em: [http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM\\_\\_Vol05.pdf](http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol05.pdf). Acesso em jul.2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **IBGE Cidades**. Mossoró. 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/mossoro/panorama>. Acesso em: 06 mai. 2019.

JACOWSKI, M. et al. Trabalho em Equipe: Percepção dos Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, s.v, s.n, p. 1-9, 2016

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21 (3), p. 913-922, 2016.

LIMA, L. P. S.; Ribeiro, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; 26 (2), p. 483-501, 2016.

LOPES, J.M.C. et al. **Manual da oficina para capacitar preceptores de medicina de família e comunidade**. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. 184p.

MACHADO, Leticia Martins et al. The meaning of professional making at family health strategy: primary care as scenario practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 4026-4035, jan. 2016.

MACIEL, R. H. M. O.; LIMA, A. F. A. L.; ALBUQUERQUE, M. F. C.; et al. **O Multiprofissionalismo em Saúde e a Interação das Equipes do Programa de Saúde da Família**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2007. Disponível em: [http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio\\_ObserveRH/CETREDE/Multiprofissionalismo\\_saude.pdf](http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObserveRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf). Acesso em: 22 set. 2017.

MCPHERSON, E. A.; HEADRICK L.; MOSS F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it. **Quality in Health Care**;10 (Suppl II):ii46–ii53, 2001.

MERHY, M.E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno assistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

\_\_\_\_\_. O trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MICHEL, J. L. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M.P.T. Residência médica no Brasil. **Cadernos ABEM**, v.7, p. 7-12, 2011. Disponível em: [http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM\\_\\_Vol07.pdf](http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol07.pdf). Acesso em: jul. 2017.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME Rev Min Enferm**, v.17, n 1, p. 61-68, 2013.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n.4, p. 433-438, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Rede de Profissões de Saúde -Enfermagem & Obstetrícia. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf](http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf) Acesso em: jul. 2017

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Educación permanente de personal de salud en la región de las américas. **Fascículo I: Propuesta de reorientación.** Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos, Washington, n. 78, 1988.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, vol.41, n.3 , p.478-484, 2007.

PEDUZZI, M. **Trabalho em Equipe.** In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho\\_em\\_Equipe\\_ts.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf). Acesso em: 06 mai. 2019.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saude Publica**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PEDUZZI, M. (Coord.). **Análise dos processos educativos de trabalhadores e equipes de saúde e de enfermagem: características, levantamento de necessidades e resultados esperados** [relatório de pesquisa na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/observatorio/observatorio/relatorios/re1092.pdf>. Acesso em: 03 mar 2019.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the Family health strategy: a study on ways of teams. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.327-40, 2013.

PEIXOTO, S. L. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, n. 29, p. 325-340, 2013.

PEREIRA, L. A. et. al. Educação Permanente em Saúde: Uma Prática Possível. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 12(5), p. 1469-79, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório quadrimestral de saúde, janeiro a abril de 2018.** Mossoró, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ;SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório quadrimestral de saúde: janeiro a abril de 2018.** Mossoró, 2018.

RIBEIRO, M. A. A. Apontamentos sobre a Residência Médica no Brasil. **Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados e Centro de Documentação e Informação Coordenação de Biblioteca**, Brasília, 2011. Disponível em: [https://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/apontamentos\\_residencia\\_ribeiro\\_1.pdf](https://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/apontamentos_residencia_ribeiro_1.pdf). Acesso em: 22 abr. 2019.

SANTOS, C. W.; FARIAS FILHO, M. C. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Ciênc Saúde Colet**, n. 21, v. 5, p. 1659-1668, 2016.

SARTI, T. C. et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade** v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018.  
SIGNOR, E. et al. Educação Permanente em Saúde: Desafios para a Gestão em Saúde Pública. **Rev Enferm UFSM**, 5(1), p. 01-11, 2015.

SILVA, J. A M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde **Rev. esc. enferm. USP** v. 49, n.spe 2, p.16-24, 2015.

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 70, n. 3, p. 580-587, 2017.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente**, 14 (2), p. 1-5, 2012.

SOARES, R. S. et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726 p.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Cienc Saude Coletiva**, 14(Supl1)1325-35, 2009.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; PETROLI, M. F. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, 2016.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – GUIA DE ENTREVISTA

O Guia de Entrevista conterá as seguintes perguntas norteadoras:

- 1- Quando e como vocês souberam que receberiam médicos residentes de MFC nas UBS onde trabalham?
- 2- Quais foram às expectativas sobre a chegada destes residentes à UBS?
- 3- Os primeiros dias de trabalho foram de acordo com estas expectativas?
- 4- Vocês identificam algum aspecto que demonstre mudança no processo de trabalho da equipe após a inserção da Residência de Medicina de Família e Comunidade? Qual (is)?
- 5- Como vocês observam a relação interpessoal da equipe com o residente e do residente com a equipe?
- 6- Na opinião de vocês, o residente contribui para a qualificação e capacidade resolutiva da equipe? Por quê?
- 7- Que problemas foram percebidos e vivenciados ao longo destes anos após a inserção da residência médica de MFC no serviço?
- 8- Vocês acreditam que, como profissionais de saúde, contribuem para a formação do médico residente? Como?
- 9- Há mais algo que vocês gostariam de acrescentar ao que foi abordado?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “ **Percepção de profissionais da ESF sobre a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade nas suas equipes**” coordenada pelo (a) **Prof. Jandira Arlete Cunegundes de Freitas**, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família e tem como orientadora a **professora Doutora Rilva Lopes de Souza Muñoz** que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, será submetido ao seguinte procedimento: participar de um grupo de discussão com outros membros de sua equipe de trabalho e responder a um questionário com seus dados.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: “Identificar, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde de equipes da ESF do Município de Mossoró-RN, como se dá a inserção da residência de MFC no contexto de sua própria atuação e do funcionamento do serviço”.

O benefício desta pesquisa será a possibilidade de aperfeiçoar a inserção e atuação do médico residente nas equipes onde são inseridos.

Os riscos envolvidos em sua participação são: o constrangimento, o medo e o desconforto em participar de atividades em grupo e que serão minimizados mediante diálogo e explicação do termo de consentimento. Além disto, para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, apenas a pesquisadora responsável poderá manusear e guardar as informações coletadas, bem como será mantido o sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado dado que identifique o participante;

Os dados coletados serão, ao final da pesquisa, armazenados em CD-ROM e caixa arquivo, guardada por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

Você ficará com uma via original deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora responsável, Jandira Arlete Cunegundes de Freitas, pelo telefone: (84)996215151 e pelo email:jandirlete@gmail.com Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antônio Campos, S/N, Costa e Silva. Tel: (84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material,

exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade da referida pesquisadora.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

### **Consentimento Livre**

Concordo em participar desta pesquisa “ **Percepção de profissionais da ESF sobre a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade nas suas equipes**” . Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais meu/ minha filho (a) será submetido (a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do Participante

**Jandira Arlete Cunegundes de Freitas –**

CPF: 02371953482

Identidade: 958874 SSP/RN

Endereço: Av Francisco Mota, 99, Alto do São Manoel, CEP: 59625300-Mossoró – RN. [Tel:\(84\) 996215151](tel:(84)996215151)

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antônio Campos, S/N, Costa e Silva.Tel: (84) 3312-7032.

e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090.



## APENDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ÁUDIO

Eu \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade da gravação de áudio produzido por mim, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Jandira Arlete Cunegundes de Freitas, do projeto de pesquisa intitulado “PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE A INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NAS SUAS EQUIPES” a realizar captação de áudios que se façam necessários sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destes áudios (suas respectivas cópias) para fins científicos e de estudos (livros, artigos, monografias, TCC’s, dissertações ou teses, além de slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N° 3.298/1999, alterado pelo Decreto N° 5.296/2004).

Mossoró - RN, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador responsável

## APENDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Eu \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Jandira Arlete Cunegundes de Freitas do projeto de pesquisa intitulado “PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE A INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NAS SUAS EQUIPES” a realizar captação de imagens que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas imagens (suas respectivas cópias) para fins científicos e de estudos (livros, artigos, monografias, TCC's, dissertações ou teses, além de slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (ECA, Lei N.º 8.069/1990), dos idosos (Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Mossoró - RN, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável

## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESF SOBRE A INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NAS SUAS EQUIPES

**Pesquisador:** JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87672218.2.0000.5294

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.673.393

## Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa pretende avaliar a percepção dos profissionais de saúde que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, no município de Mossoró-RN, com relação a inserção e atuação do médico residente de Medicina de Família e Comunidade, em suas equipes de trabalho. Assim, tem como objetivo geral identificar, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde de equipes da ESF do município de Mossoró-RN, como se dá a inserção da residência de MFC no contexto de sua própria atuação e do funcionamento do serviço. Será desenvolvido com 45 profissionais de saúde em quatro unidades de saúde da família que recebem residentes. A coleta de dados vai utilizar a técnica de grupo focal com questões que observem esta temática, de acordo com a vivência local da equipe. Os dados serão analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

## Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

- Identificar, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde de equipes da ESF do município de Mossoró-RN, como se dá a inserção da residência de MFC no contexto de sua própria atuação e do funcionamento do serviço.

**Objetivo Secundário:**

- Averiguar como os trabalhadores da ESF vêem a atuação dos médicos residentes para a qualificação do trabalho das equipes;- Identificar pontos

**Endereço:** Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN  
**Bairro:** Presidente Costa e Silva **CEP:** 59.610-090  
**UF:** RN **Município:** MOSSORÓ  
**Telefone:** (84)3212-7032 **E-mail:** cep@uern.br

UERN - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO  
NORTE



Continuação do Parecer: 2.873.393

positivos e negativos da presença dos médicos residentes para a população atendida e para o serviço de saúde;- Verificar como os trabalhadores da ESF percebem a inserção dos médicos residentes no contexto das equipes do ponto de vista das relações interpessoais;- Identificar mudanças nos processos de trabalho das equipes após a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade a partir da percepção dos trabalhadores da ESF;- Estimar como os profissionais vêem sua própria contribuição na formação dos médicos residentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Claros e bem delineados

**Riscos:**

Os riscos inerentes à pesquisa relacionam-se ao constrangimento em responder às questões e expor opiniões pessoais. Os riscos poderão ser minimizados mediante a comunicação de que a identificação de cada participante através de codinomes que dificultarão a sua identificação e garantindo-se o sigilo de sua participação. Os dados e materiais produzidos serão mantidos em sigilo e armazenados por cinco anos, sob a guarda da pesquisadora responsável.

**Benefícios:**

Aperfeiçoar as condições para a inserção e atuação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade nas equipes da ESF, colaborando com o processo de trabalho de todos os profissionais envolvidos, bem como impactando na situação da equipe na comunidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Proposta relevante, pertinente que contribui para avaliação e melhorias nas unidades de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme recomendações do CEP

**Recomendações:**

Conforme "Conclusão ou pendências e lista de inadequações"

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km-48 - Campus Central - UERN  
Bairro: Presidente Costa e Silva CEP: 59.610-000  
UF: RN Município: MOSSORO E-mail: cep@uern.br  
Telefone: (84)3212-7022

Continuação do Parecer: 2.673.393

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa é relevante a medida que busca identificar, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde das equipes da ESF do município de Mossoró-RN, como se dá a inserção da residência de MFC no contexto de sua própria atuação e do funcionamento do serviço. O protocolo apresentado atende as recomendações das resoluções 488/2012 e 510/2016, podendo ser executado a partir da liberação desse parecer. Após o período de realização da pesquisa, o pesquisador deverá elaborar um relatório final, conforme modelo constante na home page do CEP/UERN e em seguida encaminhá-lo ao CEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1111838.pdf	13/04/2018 11:06:53		Aceito
Outros	cartafluencia.pdf	13/04/2018 10:50:07	JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/04/2018 10:48:43	JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEPparaenvio.docx	12/04/2018 22:11:31	JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisacp.pdf	12/04/2018 22:06:11	JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS	Aceito
Outros	termoaudio.doc	12/04/2018 22:02:37	JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS	Aceito
Outros	termomagem.doc	12/04/2018 22:00:37	JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS	Aceito
TCE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimentoinveesclarecido.docx	12/04/2018 21:59:38	JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	12/04/2018 21:05:09	JANDIRA ARLETE CUNEGUNDES DE FREITAS	Aceito

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km-48 - Campus Central - UERN  
Bairro: Presidente Costa e Silva CEP: 58.610-000  
UF: RN Município: MOSSORÓ E-mail: cep@uern.br  
Telefone: (84)3312-7032

UERN - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO  
NORTE



Contribuição do Parecer: 2.071.205

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MOSSORO, 24 de Maio de 2018

---

Assinado por:  
Pablo de Castro Santos  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 113, km 49 - Campus Central - UERN  
Bairro: Presidente Costa e Silva CEP: 59.610-000  
UF: RN Município: MOSSORO  
Telefone: (84)3212-7032 E-mail: cnp@uern.br

Página 36 de 36

## ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA



### CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Benjamin Bento de Araújo Neto, CPF: 020.039.044-92, representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró-RN, localizada no endereço: Rua Pedro Álvares Cabral, S/N Aeroporto, Mossoró-RN, CEP: 59607-140, venho através deste documento, conceder a anuência para a realização da pesquisa intitulada: Percepção de Profissionais da ESF sobre a Inserção da Residência de Medicina de Família e Comunidade nas suas Equipes, tal como foi submetida à Plataforma Brasil, sob a orientação da mestrandia Jandira Arlete Cunegundes de Freitas, vinculada a Universidade Federal do Semi-árido a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde campos de inserção do residente de Medicina de Família e Comunidade.

Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução 466/12 e suas complementares.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades, como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu cumprimento no resguardo da segurança e bem estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia do participante em solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Liberdade do participante de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalidade ou prejuízos.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Mossoró/RN, 10/04/18

Benjamin Bento de Araújo Neto

Assinatura e Carimbo do responsável preferencialmente

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*Benjamin Bento de Araújo Neto*  
Secretaria Municipal de Saúde

