



Juliana Fernanda Romualdo

**Formação do médico de Família e Comunidade no contexto da pandemia da
COVID-19**

Santos

2022

Juliana Fernanda Romualdo

Formação do médico de família e comunidade no contexto da pandemia COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de São Paulo como requisito para obtenção ao título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker.

Linha de pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias.

Santos

2022

Ficha Catalográfica

R767 Romualdo, Juliana.
Formação do médico de Família e Comunidade no contexto da pandemia da COVID-19 . / Juliana Romualdo; Orientador Fernando Kinker; Coorientador . -- Santos, 2022.
96 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2022.

1. Residência Médica. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção Primária em Saúde. I. Kinker, Fernando, Orient. II. Título.

CDD 610.969

Juliana Fernanda Romualdo

Formação do médico de família e comunidade no contexto da pandemia COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal de São Paulo como requisito para obtenção ao título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 21 de janeiro de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato.
Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Adriana Barin de Azevedo
Universidade Estadual de Maringá

Profa. Dra. Carla Bertuol
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker (Orientador)
Universidade Federal de São Paulo

Santos
2022

Este trabalho é dedicado à minha mãe Renilde e irmã Rita por sempre estimularem meus estudos e acreditarem o quão longe eu poderia chegar um dia. Ao meu esposo Mateus, fiel e parceiro que me incentiva todos os dias a continuar e a meu querido filho Guilherme, pelos dias ausentes e pela compreensão. Amo vocês.

RESUMO

Introdução. Os anos de 2020 e 2021 ficarão marcados historicamente pela grande pandemia da COVID-19. O coronavírus foi e ainda é responsável por números exorbitantes de contaminação e mortes em todo mundo. Grandes esforços como isolamento social e quarentena foram instituídos como forma de controle da doença, o que gerou diversas transformações nos ambientes social, econômico, educacional e comportamental da população mundial. A formação médica dentro dos programas de residência, tiveram sua rotina de aprendizado modificada devido a grande necessidade de concentração de esforços para contenção da doença. A partir desse contexto, e considerando a realidade do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do Município de São Bernardo do Campo do (PRM MFC SBC), foi visto como relevante um estudo das impressões dos residentes sobre sua formação como Médicos de Família e Comunidade em seus cenários de prática. Objetivos. Geral: Analisar as percepções dos residentes do segundo ano do PRM MFC SBC acerca de seu cotidiano e formação profissional durante a pandemia da COVID-19. Método. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório realizado por meio de entrevistas com residentes do segundo ano do programa de residência, a partir de roteiro semi estruturado, focado na vivência profissional no contexto da pandemia A análise das entrevistas se deu pela técnica de análise de conteúdo e permitiu a avaliação das informações obtidas através da interpretação objetiva e subjetiva das narrativas, em articulação com referências bibliográficas e observações da pesquisadora. Conclusões: Foram percebidos como interferentes na formação como médicos de família no contexto da pandemia: a pandemia COVID-19, a preceptoria do programa de residência, o processo de trabalho nos cenários de prática e as relações interpessoais construídas durante a formação.

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

ABSTRACT

Introduction. The years 2020 and 2021 will be historically marked by the great pandemic of COVID-19. The coronavirus was and still is responsible for exorbitant numbers of contamination and deaths worldwide. Great efforts such as social isolation and quarantine were instituted as a way of controlling the disease, which generated several transformations in the social, economic, educational and behavioral environments of the world population. Medical training within residency programs had their learning routine modified due to the great need to concentrate efforts to contain the disease. From this context, and considering the reality of the Family and Community Medicine Residency Program of the Municipality of São Bernardo do Campo do (PRM MFC SBC), a study of the residents' impressions about their training as Health Physicians was seen as relevant. Family and Community in their practice scenarios. Goals. General: To analyze the perceptions of PRM MFC SBC second-year residents about their daily lives and professional training during the COVID-19 pandemic. Method. This is an exploratory qualitative study carried out through interviews with residents of the second year of the residency program, based on a semi-structured script, focused on professional experience in the context of the pandemic. of content and allowed the evaluation of the information obtained through the objective and subjective interpretation of the narratives, in conjunction with bibliographic references and the researcher's observations. Conclusions: The following were perceived as interfering in the training as family doctors in the context of the pandemic: the COVID-19 pandemic, the preceptorship of the residency program, the work process in the practice scenarios and the interpersonal relationships built during training.

Keywords: Medical Residency. Family and Community Medicine. Family Health Strategy. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa Conceitual.....	14
Figura 2 - Representação Esquemática dos estágios previstos no R1.....	32
Figura 3 - Representação Esquemática dos estágios previstos no R2.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Respostas das perguntas do Questionário Sociodemográfico.....	41
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde APS Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	Comissão de Residência Médica
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CoVs	Coronavírus
DABGC	Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado
DASS-21	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMABC	Faculdade de Medicina do ABC
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
HR	Hora do Residente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INF	Intervenções Não Farmacológicas
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MFC	Medicina/ Médica(o) de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OD	Observação Direta
OR	Observação Reversa
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização (ões) Social (ais)
PICS	Práticas Integrativas e Complementares

PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRM	Programa de Residência Médica
PRM MFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PMMB	Programa Mais Médicos do Brasil
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
ReSOAP	Registro de Saúde Orientado por Problemas
RS	Rio Grande do Sul
RT-q PCR	Biologia Molecular
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SBC	São Bernardo do Campo
SG	Síndrome Gripal
SISU	Sistema de Seleção Unificada
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	A PANDEMIA DA COVID-19: PANORAMA GERAL.....	15
1.2	APS E A COVID-19.....	24
1.3	RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC).....	27
1.2	RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	30
2	OBJETIVOS	35
2.1	OBJETIVO GERAL.....	35
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3	PERCURSO METODOLÓGICO	36
3.1	LOCAL DO ESTUDO.....	37
3.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	39
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS RESIDENTES DO PRM MFC SBC.....	39
4.2	A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE.....	43
4.3	A PRECEPTORIA DO PRM MFC SBC.....	47
4.4	O PROCESSO DE TRABALHO E FORMAÇÃO NO CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19	56
4.5	REFLEXÕES SOBRE A PANDEMIA.....	68
4.6	RELAÇÕES PROFISSIONAIS.....	71
5	CONCLUSÕES	74
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	86
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	89
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA A PESQUISA	90
	ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA A PESQUISA	92
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	93

1 INTRODUÇÃO

Fui criada no litoral de São Paulo na cidade de São Vicente, mas sou “ceboleira”, apelido dado aos nascidos no município de Santo André, região do grande ABC. Graduei-me em medicina em 2010 pelo Centro Universitário Nove de Julho. Após a saída da graduação, iniciei minhas atividades assistenciais como médica de equipe de Estratégia Saúde da Família na região vulnerável da Brasilândia, zona norte da cidade de São Paulo. Naquela época realizei o curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela parceria da Universidade Federal de São Paulo/ Universidade Aberta do SUS (UNIFESP/UNASUS). Sempre tive afinidade por esta prática assistencial desde os tempos das disciplinas de Saúde Coletiva da faculdade. A proximidade com a população, o vínculo com os pacientes e a grande variedade de modalidades de atendimento como puericultura, pediatria, saúde da mulher, pré-natal, saúde mental, entre outros, me atraíram para Medicina de Família e Comunidade. Em 2017, no município de Praia Grande iniciei atividade como preceptora de residência médica no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade após formação em cursos de preceptoria. Em 2020 passei a atuar como preceptora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de São Bernardo do Campo.

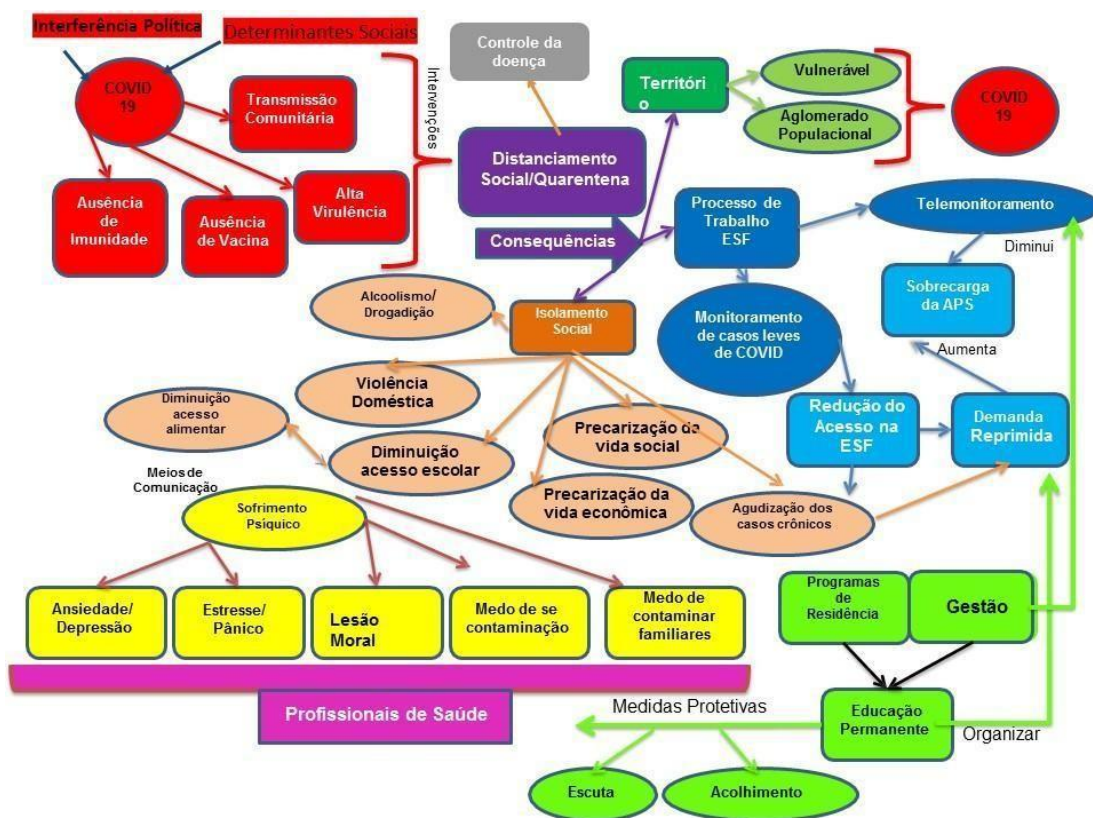
A pandemia da COVID-19 trouxe desespero, ansiedade e incertezas ao mundo, conforme acompanhado pelos meios de comunicação e mídias sociais. As mudanças nos hábitos das vidas das pessoas provenientes da quarentena geraram comoção e uma necessidade muito grande de adaptação sem tempo hábil de organização para realizá-la. Ficou perceptível no trabalho junto aos residentes o quanto sua formação parece ter sido prejudicada devido às modificações nos processos de trabalho provenientes da pandemia, o que despertou meu interesse em compreender o olhar, as experiências, e sentimentos vivenciados.

Cabe ainda, uma breve linha do tempo a respeito da escolha do tema desta pesquisa. Sempre tive muito interesse em estudar e trabalhar as diversas faces da abordagem da saúde mental na saúde do trabalhador no cenário da APS (Atenção Primária à Saúde). O incômodo sempre foi saber como lidar com a pressão assistencial exigida pelas atribuições profissionais da APS por intermédio das Organizações sociais (OS), e, me manter emocionalmente estável, dadas inúmeras responsabilidades a cumprir. Quando fui para entrevista do processo seletivo deste mestrado, o tema inicial era esse, sem muitas elaborações e embasamento teórico. Com o aprimoramento de minhas habilidades como

Médica de Família e Comunidade (MFC), fui descobrindo as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como opção terapêutica de algumas condições de saúde sensíveis na APS, como abordagem de tabagismo, dor crônica, ansiedade, entre outros. Daí, surgiu um novo tema de pesquisa, relevante para MFC e APS, que foi trabalhado até o primeiro semestre de curso e que por questões de saúde, mudança de vínculo profissional e afastamento das atividades do mestrado foi perdendo força.

Após recuperação e retorno às atividades teóricas, como primeira tarefa de reabilitação do primeiro semestre, tivemos a construção do Mapa Conceitual, que era uma atividade que tinha como objetivo a integração e reflexão dos processos de trabalho dos alunos envolvidos, apoiada nas disciplinas estudadas até aquele momento. Neste contexto, a situação de emergência pública mundial, a pandemia da COVID-19, exigiu reorganização de todos os processos de trabalho para atendimento de sintomáticos respiratórios para enfrentamento do coronavírus, gerando muitas dúvidas acerca de como o trabalhador e o residente, atores com os quais estou envolvida neste momento, lidaram e estão lidando com esse ambiente não usual. O mapa conceitual permitiu que minhas ideias fossem clarificadas, contribuindo para a mudança da minha pergunta de pesquisa, dada a centralidade que a pandemia ocupava mundialmente. Ele, ainda, foi utilizado como referencial dos temas que compuseram a introdução do trabalho.

Figura 1 - Mapa Conceitual construído no Primeiro Semestre do Curso do Mestrado Profissional que contribuiu para elaboração do Projeto Final.



Fonte: Elaborado pela autora.

Por fim, este trabalho está organizado da seguinte forma: Inicialmente é apresentada a introdução que aborda a influência da pandemia da COVID-19 nos âmbitos da saúde, da sociedade e da economia, bem como as estratégias que foram realizadas para coibir a evolução da mesma no Brasil e no mundo; o papel que a atenção primária ocupou dentro do controle da pandemia e quais ajustes foram realizados nos processos de trabalho para a manutenção do acesso à população aos serviços e apresentação do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do município de São Bernardo do Campo. Posteriormente, apresento os objetivos geral e específicos, bem como a metodologia utilizada. E, finalmente, apresento os resultados que mesclam elementos da minha experiência profissional como preceptora de programa de residência, análise das entrevistas realizadas com os residentes do segundo ano articulados com elementos da literatura científica, produzindo assim uma discussão e reflexão sobre o objeto pesquisado.

1.1 A PANDEMIA DA COVID-19: PANORAMA GERAL

A atual pandemia do Coronavírus Disease 2019 (COVID-19) é causada por um coronavírus (CoVs) chamado SARS-CoV-2, cuja fonte zoonótica é desconhecida. Os (CoVs) são uma grande família de vírus, vários dos quais causam doenças respiratórias em humanos, do resfriado comum a doenças mais raras e graves como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), ambos com altas taxas de mortalidade. Os primeiros casos humanos de COVID-19 foram relatados pela primeira vez na cidade de Wuhan, China, em dezembro de 2019. Até o momento não é possível determinar com precisão como os seres humanos foram inicialmente infectados. No entanto, todas as evidências disponíveis sugerem que ele tem uma origem animal e que provavelmente tenha seu reservatório ecológico em morcegos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020)

A transmissão do vírus se dá de humanos para humanos, principalmente através do contato de gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos. O período de incubação é de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias. Para o diagnóstico da doença, recomenda-se uma investigação detalhada do histórico do paciente para determinar o nível de risco da COVID-19 e avaliar a possibilidade de outras causas. Os casos suspeitos são definidos como: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

1- SÍNDROME GRIPAL (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. A febre pode estar ausente e a diarreia pode estar presente. Nas crianças a obstrução nasal pode ser considerada na ausência de outro diagnóstico específico, e, em idosos, considerar sinais de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência, irritabilidade e inapetência (BRASIL, 2020).

2- SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG): Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. Nas crianças, além dos itens anteriores, devem-se observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O diagnóstico de caso confirmado pode ser feito por meio de (UFRGS, 2021):

1. **Critério Clínico:** casos de SG ou SRAG associado à anosmia ou ageusia na ausência de causa pregressa;
2. **Critério Clínico-Epidemiológico:** Casos de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sintomas, com casos confirmados para COVID-19;
3. **Critério Clínico-Imagem:** Casos de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial e que apresente pelo menos uma (1) das seguintes alterações tomográficas: OPACIDADE EM VIDRO FOSCO periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis, ou OPACIDADE EM VIDRO FOSCO multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis, ou SINAL DE HALO REVERSO ou outros achados de pneumonia em organização;
4. **Critério Laboratorial:** Casos de SG ou SRAG com testes de: BIOLOGIA MOLECULAR com resultado detectável para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real; IMUNOLÓGICO com resultado reagente para IgM, IgA e/ou IgG realizados por: ensaio imunoenzimático (*Enzyme- Linked Immunosorbent Assay- ELISA*), imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos e imunoensaio por eletroquimioluminescência (ECLIA); PESQUISA DE ANTÍGENO com resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia.
5. **Critério Laboratorial em Indivíduo Assintomático:** indivíduo ASSINTOMÁTICO com resultado de exame por: BIOLOGIA MOLECULAR com resultado detectável para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR em tempo real e PESQUISA DE ANTÍGENO com resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de imunocromatografia para detecção de antígeno.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo COVID-19 constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo caracterizada como pandemia em 11 de março de 2020. No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020 foi declarada emergência de saúde pública e, em 6 de fevereiro, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Lei de Quarentena, com medidas destinadas a proteger a comunidade e lidar com a emergência sanitária resultante da SARS-CoV-2, incluindo: isolamento; quarentena; notificação obrigatória, estudo epidemiológico ou

investigação; exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáveres; restrição excepcional e temporária à entrada e saída do país; requisição de bens e serviços de pessoas singulares e coletivas. O primeiro caso de COVID-19 no Brasil e na América do Sul foi registrado em 26 de fevereiro em São Paulo. Era um homem de 61 anos de idade com um histórico de viagem à região da Lombardia, na Itália, local que havia relatado grande número de casos e mortes. O MS reconheceu que a transmissão comunitária estava ocorrendo em todo o país em 20 de março como uma medida estratégica para garantir um esforço coletivo de todos os brasileiros para reduzir a transmissão do vírus (CRODA *et al.*, 2020).

Intervenções não farmacológicas (medidas individuais, ambientais e comunitárias) são indicadas, visando inibir a transmissão e disseminação da doença, reduzindo ou retardando o pico de sua ocorrência na curva epidemiológica (GARCIA *et al.*, 2020). As Medidas Individuais incluem a lavagem das mãos, distanciamento social abrangendo isolamento de casos, quarentena aplicada a contatos e a prática voluntária de não frequentar locais com aglomerações de pessoas, além do uso de máscaras. As Medidas Ambientais referem-se ao arejamento e exposição solar de ambientes, e à limpeza rotineira de ambientes e superfícies, procedimentos que ajudam a eliminar os vírus que podem permanecer fora do corpo humano por muitos dias. Já as Medidas Comunitárias são ações tomadas por gestores, empregadores e/ou líderes comunitários para proteger a população. Incluem a restrição ao funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio comunitário, transporte público, entre outros onde há aglomeração de pessoas, como eventos sociais, esportivos, teatros, cinemas e estabelecimentos comerciais, que não são caracterizados como prestadores de serviços essenciais (GARCIA *et al.*, 2020). Para a implementação dessas medidas, deve-se considerar condições particulares de vulnerabilidade de subgrupos populacionais: pessoas em situação de rua, população carcerária, idosos institucionalizados, em comunidades onde há aglomeração de pessoas, condições inadequadas de saneamento básico, ventilação inadequada, migrantes, portadores de necessidades especiais, pessoas que vivem sozinhas, entre outros. Essas medidas impactam nas atividades diárias das pessoas e na sociedade. Crianças deixam de ir às escolas, tendo seus estudos interrompidos e perdem o acesso à alimentação escolar (GARCIA *et al.*, 2020).

As condições de vida precárias nas favelas brasileiras predispõem seus habitantes a contraírem coronavírus e perpetuar a propagação da doença. As baixas condições socioeconômicas, as precariedades sanitárias e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde contribuem para este cenário desastroso (PEREIRA *et al.*, 2020). Para que as medidas

sanitárias de controle da pandemia pudessem ser eficientes de forma que não prejudicasse a população vulnerável piorando as iniquidades já existentes, seria necessária uma atuação eficiente de políticas de saúde pública pelo governo federal que garantisse uma transição epidemiológica da pandemia de forma controlada e estratégica. Porém, não foi isso que foi visto. Pelo contrário, o que se viu foi uma Política de Negacionismo bastante enérgica e estruturada negando a gravidade da doença, estimulando o uso de compostos farmacológicos (azitromicina e hidroxicloroquina) como milagrosos para o tratamento da COVID-19, além do movimento antivacina que estimulava que estas não seriam seguras dada a rapidez e a forma que surgiram. Todos esses fatos podem reduzir a expectativa e a qualidade de vida das pessoas, descontrolando a situação já incontrolável (VALENTI *et al.*, 2021).

Ainda no que se refere às comunidades mais vulneráveis socialmente, o distanciamento social nestas habitações torna-se quase impossível dentro de lares em que gerações dividem espaços de quase confinamento. Apesar do impacto da COVID-19 nessas comunidades ser percebido pelas autoridades, pouco ainda é discutido e absolutamente nada foi feito (PEREIRA *et al.*, 2020).

A restrição do contato social pode trazer consequências para a saúde mental e física das pessoas. Trabalhadores alteram suas rotinas de trabalho ou podem perder seus empregos ou fontes de renda. Mulheres e crianças ficam mais vulneráveis à violência doméstica e intrafamiliar (GARCIA *et al.*, 2020). Embora as evidências a respeito dos impactos do isolamento sobre a violência doméstica e familiar sejam incipientes, notícias divulgadas na mídia e relatórios de organizações internacionais apontam para o aumento desse tipo de violência. Na China, os registros policiais de violência doméstica triplicaram durante a epidemia de COVID-19. Em uma sociedade patriarcal, durante o isolamento as mulheres são manipuladas psicologicamente. O controle das finanças domésticas, comumente dominado pela mulher, acirra a disputa entre os pares, ferindo a figura do macho provedor, servindo de gatilho para comportamentos violentos. (VIEIRA *et al.*, 2020). A separação dos entes queridos, a perda de liberdade, a incerteza sobre o status da doença e o tédio podem, ocasionalmente, criar efeitos dramáticos durante este período. Foram relatados suicídio, raiva e ações judiciais após a imposição de quarentena em surtos anteriores. Longas durações, medo de contaminação, suprimentos básicos inadequados (comida, água, roupas, acomodação) e informações inadequadas são agentes estressores durante a quarentena. (BROOKS *et al.*, 2020). Diante disso, o SUS e as políticas de proteção social de forma articulada deveriam favorecer a adesão das pessoas às medidas de proteção comunitárias,

minimizando os impactos deletérios das ações, se não estivessem sofrendo um desmonte por parte do Estado (GARCIA *et al.*, 2020), situação confirmada pela nova forma de Financiamento do SUS imposta recentemente. Desde 2016, após aprovação de emenda constitucional que permitiu o congelamento dos gastos federais com orçamento de políticas sociais, incluindo a saúde, assistimos a perda da efetividade dos princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade e equidade, apesar de estudos demonstrarem que países com maior percentual de financiamento público na APS apresentam melhores resultados em saúde com menores desigualdades entre os grupos populacionais. Em 2017 foi realizada uma revisão da PNAB (Política de Financiamento da Atenção Básica) que flexibilizou a composição das equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família), a fim de reduzir ao mínimo a quantidade de profissionais, inclusive do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que é tão essencial para o trabalho em equipe multiprofissional e cujo desmonte ratifica ainda mais um modelo de saúde centrado no cuidado médico. Projeções econômicas demonstram que uma redução no financiamento federal para os municípios leva à piora nos indicadores de saúde, principalmente nas regiões mais vulneráveis e dependentes do repasse federal. A nova política de financiamento implementada pelo Governo atual do Presidente Jair Bolsonaro, em 2019, o Previne Brasil, fez com que a política de saúde enfraquecesse seu caráter universal para ser restrita à população cadastrada por municípios, utilizando os seguintes critérios: utilização de captação ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica; pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes e indicadores e metas definidas pelo Ministério da Saúde e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do governo. (PINTO *et al.*, 2018). Seria fundamental que essas decisões fossem baseadas nas melhores evidências disponíveis e comunicadas de forma transparente, para promover a confiança da população, o que não foi o caso.

Mas, não foi apenas no Brasil, que viveu a fragilização do SUS por ação dos gestores federais, que a pandemia produziu consequências desastrosas. Até o dia 29/12/2021 foram 281.808.270 casos confirmados de COVID-19 e 5.411.759 de óbitos em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021). A partir da ineficácia de medidas terapêuticas, as comunidades científicas em parceria com indústrias farmacêuticas, universidades e agências sanitárias, possibilitaram em menos de um ano após a identificação do agente causador da doença, o licenciamento de vacinas seguras e eficazes contra a doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2021). Desde 18 de fevereiro de 2021, pelo

menos sete vacinas diferentes foram lançadas em diversos países. Até 29 de dezembro de 2021, 8.687.201.202 doses das vacinas foram administradas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Aqui cabe uma resenha sobre a intensa jornada que a vacinação da população contra a COVID-19 enfrentou, até ser de fato iniciada no Brasil. A partir da postura negacionista do presidente e da dissonância entre os responsáveis pelo Ministério da Saúde, o governo do estado de São Paulo, de forma independente, iniciou a vacinação no estado com as vacinas produzidas no Instituto Butantan, no início de 2021, o que causou maior desalinhamento político entre os entes aliados de campanha Jair Bolsonaro e João Doria. Apesar dos estudos científicos demonstrarem a necessidade e importância da vacinação da população como melhor forma de combate à doença, redução da mortalidade e internações e probabilidade de retorno gradual à vida comum de forma mais rápida, a postura do governo federal brasileiro manteve-se enrijecida em suas próprias crenças, deixando o país atrasado na aquisição de vacinas fabricadas no mundo. Enquanto era divulgado pela mídia que os países estavam vacinando sua população, no Brasil, criava-se uma CPI para compreender as irregularidades cometidas pelas aquisições das vacinas quando estas, sem saída, foram lentamente incorporadas como medida de combate à pandemia, mesmo que a contragosto do presidente. A situação estava insustentável para ele, pois a pressão científica, política, da população era grande, em paralelo ao elevado número de óbitos. Com o início da vacinação, de forma progressiva e lenta, foram diminuindo o número de mortes. No Brasil, de 3 de janeiro de 2020 a 29 de dezembro de 2021, ocorreram 22.246.276 casos confirmados de COVID-19 com 618.534 óbitos, notificados à OMS. Em 23 de dezembro de 2021, um total de 315.180.274 doses de vacina foram administradas. O país ocupa o terceiro lugar em número total de casos e o segundo lugar em mortes pela doença no mundo, situação essa que poderia ter sido evitada caso tivéssemos tido uma condução de controle da pandemia eficiente com políticas públicas estratégicas e eficazes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Levando-se em conta o ambiente estressor gerado pela pandemia, em março de 2020, o departamento de Saúde Mental da OMS elaborou recomendações de apoio à manutenção da saúde mental e psicossocial para diversos setores da sociedade. Dentre algumas orientações estão: não associar a COVID-19 a nenhuma etnia ou nacionalidade; Manter compaixão aos afetados pela pandemia; Fluxo constante de informação é prejudicial e piora a sensação de preocupação das pessoas; Evitar angústia e ansiedade selecionando informações de fontes confiáveis; Ajudar as pessoas necessitadas; Honrar os profissionais

de saúde reconhecendo seu papel; Gerenciar a saúde e bem estar dos profissionais de saúde pelos gestores e supervisores de saúde; Usar estratégias de autocuidado, descanso durante ou entre o turno de trabalho, manter hábitos alimentares saudáveis, praticar atividades físicas e manter contato com amigos e familiares mesmo que através de meios digitais (profissionais de saúde); Evitar utilizar álcool, tabaco e outras drogas como tentativa de enfrentamento da pandemia que pode piorar os problemas físicos e mentais a longo prazo (profissionais de saúde); Fornecer suporte às pessoas afetadas pela doença a respeito da saúde mental; Manter todos os funcionários protegidos contra estresse crônico (supervisores e líderes de equipe); Garantir boa comunicação entre a equipe, trabalhando em sistema de parcerias, apoio social mútuo; Garantir acesso e apoio à saúde mental a todos os prestadores. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

No Brasil, com o intuito de preservar a saúde mental dos trabalhadores da atenção primária, alguns serviços organizaram espaços de apoio. A secretaria Municipal de Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul (RS), junto aos Núcleos de Educação Permanente e de práticas integrativas e Complementares (PICS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) elaborou uma cartilha de recomendações baseadas nas PICS que auxiliam na prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores que se encontram no enfrentamento da COVID-19. Entre as orientações estão: produção de água aromatizada, utilização de escalda pés, auriculoterapia, auto massagem, Reiki e meditação (LUNA *et al.*, 2020).

As ciências humanas expõem algumas situações trazidas pela instituição da quarentena na vida das pessoas. O historiador Leandro Karnal, observa a piora das desigualdades sociais durante a pandemia, revelando quem são heróis e vilões, quem tem o ímpeto de ajudar os desfavorecidos e quem se aproveita da situação para benefício próprio. O filósofo Mario Sergio Cortella afirma que o sentido da vida durante a pandemia é permanecer vivo e que todo o resto se torna irrelevante. A liberdade e a autonomia encontram barreiras momentâneas para a proteção do todo (KARNAL *et al.*, 2020). Boaventura de Sousa Santos, em seu livro “A cruel pedagogia do vírus”, relata como a quarentena tem sido discriminatória, particularmente para alguns grupos sociais. Mulheres, trabalhadores informais, moradores das periferias pobres, imigrantes, refugiados, deficientes e idosos são alguns dos que sofrem com a imposição da quarentena, sendo por não poder realizá-la ou por enfrentar as consequências por ela trazidas. Estresse, violência doméstica, perda da fonte de renda, acentuação da pobreza, e risco à saúde devido a situação de suas residências são algumas das consequências da pandemia (SANTOS, 2020). O filósofo italiano Giorgio

Agamben diz que a epidemia é um pretexto para instaurar o pânico e limitar a liberdade como exercício do estado. Afirma que a vida foi reduzida à condição biológica com perdas das reações humanas, sociais e políticas e mostra muita preocupação com o período pós-pandemia e com a interação virtual fortemente estabelecida (FOLHA DE SÃO PAULO, 2020).

Em surtos de doenças infecciosas, as experiências de sofrimento psíquico como ansiedade, depressão, ataques de pânico, transtorno de estresse pós-traumático, psicose e suicídio podem acontecer com a população independente do gênero e do status sociodemográfico. A cobertura extensa da pandemia pelos meios de comunicação, mesmo que usada para incentivar as medidas preventivas, influencia a resposta psicológica que amplia a apreensão em geral. Em um estudo com 1210 residentes chineses nas duas semanas que se seguiram ao surto de COVID-19 na China, descobriu-se que as mulheres relataram maior ansiedade, depressão e estresse, reforçando estudos epidemiológicos anteriores que encontraram esse perfil com risco elevado para depressão. Profissionais que atuam na emergência, unidades de terapia intensiva (UTI) e enfermarias de isolamento têm risco maior de desenvolver problemas psiquiátricos que em outros departamentos. Isso pode ser atribuído à sua exposição direta a indivíduos infectados e à natureza exigente de seu trabalho. O delicado equilíbrio entre a chamada do dever profissional, o altruísmo e o medo por si e pelos outros frequentemente causa conflitos e dissonância em muitos profissionais de saúde. (HO *et al.*, 2020).

Pensando que a quarentena tem um enorme impacto na vida das pessoas causando mudanças importantes na qualidade de vida, podendo gerar desgaste psicológico, uma pesquisa online com 2.766 italianos foi realizada com a finalidade de avaliar a resposta psicológica imediata do público à pandemia. A saúde mental foi mensurada, usando os itens da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) (MAZZA *et al.*, 2020). A DASS 21 foi desenvolvida para proporcionar uma medida de autorrelato de sinais de ansiedade, depressão e estresse. Trata-se de um instrumento composto por três subescalas com sete itens cada, para avaliar esses quesitos na semana anterior à pesquisa. (SILVA *et al.*, 2016). Os resultados mostraram uma porcentagem aumentada de pessoas com níveis altos e muito altos de angústia em comparação com as estatísticas epidemiológicas europeias, que pode ser relacionado ao COVID-19, embora estudos adicionais sejam necessários para confirmar essa associação. O sexo feminino estava relacionado ao aumento da ansiedade, depressão e estresse, alinhado com os resultados de estudos anteriores que ligam o sexo feminino com o

aumento do sofrimento psíquico. Outros resultados encontrados foram: ter um conhecido infectado com COVID-19 aumentou a depressão e o estresse; o histórico de situações estressantes e problemas de saúde aumentou os níveis de depressão e ansiedade e ter um membro da família infectado e ser jovem e precisar sair do domicílio para ir ao trabalho aumentava os níveis de ansiedade e estresse, respectivamente (MAZZA *et al.*, 2020).

1.2. APS E A COVID-19

O papel da APS no contexto da COVID-19 se dá principalmente no acompanhamento dos casos suspeitos leves, contenção da pandemia e no cuidado para o não agravamento da doença (SARTI, et al. 2020). Porém, desde 2017 com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS vem perdendo força de trabalho, qualidade e capacidade de enfrentamento a todas as demandas postas a ela. Por outro lado, não temos leitos hospitalares suficientes para dar conta da gigantesca demanda associada à desigualdade social escancarada pela pandemia. A realidade no Brasil é de 1,98 leitos/1000 habitantes, longe da recomendação da OMS que é de 3 leitos/1000 habitantes. Se não temos leitos suficientes precisamos investir na diminuição de internações hospitalares, um dos objetivos específicos da APS e das Equipes de Saúde da Família (ESF), o que se encaixa perfeitamente na atual situação pandêmica da COVID-19 (BARBOSA, 2020). Questões posteriores oriundas do isolamento social prolongado, enfraquecimento das políticas públicas, má condução da pandemia pelo governo federal, com precarização da vida social e econômica, tais como: transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização de agravos crônicos, também irão chegar na APS, exigindo respostas rápidas.

A regulamentação da prática da telemedicina no contexto da COVID-19 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo MS permite a orientação, encaminhamento, monitoramento de pessoas suspeitas ou positivas para coronavírus, contribuindo para a redução da sobrecarga da APS e outros níveis de atenção, auxiliando no ordenamento do fluxo das pessoas dentro do sistema de saúde (SARTI, et al. 2020). Segundo o Ministério da Saúde, pessoas que apresentam sintomas leves da COVID-19 devem permanecer em casa para evitar a propagação da doença e ser acompanhadas pela atenção primária. Por isso, através da Secretaria de Atenção Básica em Saúde e em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde, foi construído e implementado estratégias de APS para o combate ao COVID-19. (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Diante da necessidade da APS acompanhar os casos de COVID-19, algumas

estratégias de cuidado para os trabalhadores como forma de compensar a sobrecarga que inevitavelmente aconteceria, 2 relatos de experiência podem ser mencionados. Um deles foi a implantação de um projeto com objetivo de ofertar cuidados humanizados, psicológicos e de bem-estar aos profissionais da Unidade de Atenção Primária em um município no estado do Ceará, oportunizado pelos estudantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública, durante o primeiro semestre de 2020. Essa estratégia surgiu em meio ao cenário de pandemia, pela situação de sobrecarga física e emocional observada nos profissionais de saúde, mostrando a necessidade de cuidar dos cuidadores. Criou-se um grupo de livre demanda terapêutico de relaxamento e manutenção da qualidade de vida, denominado “Tenda do Cuidado”, direcionado especialmente para aqueles que apresentavam dificuldades de adaptação e sofrimento psíquico, com sintomas de sobrecarga emocional, ansiedade, depressão ou ataques de pânico, e para aqueles que se sentiam vulneráveis pelo sistema social. As atividades desenvolvidas foram desde orientações alimentares, nutricionais, aconselhamento psicológico até realização de práticas integrativas e complementares que promovessem algum relaxamento. Trocas de experiências surgiram e evidenciaram que grande parte possuía medo de contaminação e transmissão para os familiares, visto que muitos moravam com pessoas consideradas do grupo de risco. Além disso, relataram angústia, medo, ansiedade, compulsão alimentar, cansaço físico e mental para atender à população que procurava à Unidade de Saúde com sinais gripais (BEZERRA *et al.*, 2020). Outra experiência foi de um grupo de saúde mental com servidoras de uma UBS em Brasília. Coordenado por duas residentes de psicologia, foi realizado com o intuito de oferecer espaço de escuta, acolhimento e validação dos sentimentos vivenciados no contexto da pandemia. Os principais pontos abordados foram a manutenção do autocuidado; informação de qualidade como combate ao medo e ao estresse; conscientização a respeito da responsabilidade social; trabalhar o estereótipo de super-heróis atribuído aos profissionais de saúde; empoderar os profissionais da qualidade técnica de sua atuação; trabalhar questões de produtividade em tempo de crise; orientação sobre os serviços de saúde mental online disponíveis para os profissionais da saúde; manutenção do vínculo familiar, utilização da tecnologia a favor; trabalhar expectativas para um futuro próximo e um futuro distante. Os temas mais abordados pelas participantes foram o distanciamento social dos familiares e de pessoas significativas, serem profissionais de saúde durante uma pandemia, sentimentos de medo, estresse, exaustão, angústia, tristeza e sobrecarga e o apoio mútuo sentido entre os colegas da unidade (ANDRADE *et al.*, 2020).

A pandemia exigiu das autoridades mundiais controle imediato da curva de contágio para impedir o colapso dos sistemas públicos de saúde mundiais, uma vez que quanto mais pessoas infectadas, maior seria a possibilidade de mortes, necessidade de internações e insumos para o tratamento prolongado. Diversos países, como forma de evitar este ciclo danoso, conforme orientação da OMS, impuseram o isolamento social de forma parcial ou total. Já era sabido que essa atitude acarretaria consequências nos âmbitos econômico, social e político e que os países deveriam se organizar para minimizar esses efeitos.

No Brasil, a atuação do governo federal brasileiro diante deste cenário tem sido marcada por conflitos políticos com as esferas estaduais e municipais. Alguns estados brasileiros organizaram políticas com medidas restritivas de contato social como tentativa de controle da pandemia, diferente do posicionamento do governo federal. O setor empresarial tem se posicionado e gerado conflitos a favor do governo devido aos interesses financeiros. A vacinação anda a passos lentos dificultando ainda mais a situação sanitária do país (SILVA *et al.*, 2021) (ORTEGA *et al.*, 2020). Em 2021, apesar da vacinação ter avançado significativamente, em especial devido às pressões sociais que o governo federal sofreu, até 23 de dezembro, 315.180.274 doses de vacina foram administradas.(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Ainda assim, permanece a polêmica do governo tentando dificultar a vacinação de crianças entre 04 e 11 anos, apesar das pressões de especialistas, mídia e sociedade civil, mantendo a postura negacionista habitual.

1.3 RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC)

As especialidades médicas surgiram na primeira metade do século 20 em consonância com o progresso tecnológico. Nesse período, a educação médica incentivou a produção de especialidades médicas com valorização de habilidades técnicas em detrimento ao atendimento produzido por médicos generalistas, que se tornaram impopulares e eram classificados como médicos que não tinham treinamento e nem qualificação. Essa fragmentação da profissão, com ênfase no uso das tecnologias, culminou na deterioração da relação médico-paciente observada pela falta de sensibilidade aos aspectos pessoais dos pacientes, pelo aumento dos processos judiciais por erro médico e pelo crescente descontentamento com a tecnologia. Com tudo isso, observou-se a necessidade de um novo tipo de médico generalista que tivesse um olhar para a importância da relação médico-pessoa, dos relacionamentos familiares e para aspectos pessoais da experiência com a doença para praticar o cuidado. A prática da medicina fora dos hospitais, sobretudo nas

comunidades, adquiriu importância na formação desse novo médico. A MFC evoluiu da clínica geral, sendo que esta especialidade pode ser considerada como organizadora da assistência à saúde, essencial para preservar os recursos financeiros em saúde. A importância de se compreender a experiência subjetiva da doença na pessoa; entender o papel desempenhado pela família e a comunidade na saúde e na doença das pessoas; abordar a medicina de forma mais humana; praticar equidade na comunidade que presta assistência e executar o método clínico centrado na pessoa são alguns dos atributos inerentes ao trabalho do MFC (MC WHINNEY *et al.*, 2009). Além disso, fundamenta-se nos princípios que envolvem a atuação na APS, também a atuação na educação médica continuada e na formação de liderança (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A partir da década de 1960, as atuações em saúde começaram a ser classificadas de acordo com o caráter dos serviços prestados. No nível primário incluía-se a atenção médica, pessoal e continuada constituindo porta de entrada para o atendimento médico, independente da moléstia que acometeu o paciente. Com o passar do tempo, o número de doentes crônicos foi aumentando, e, logo, o médico foi designado a acompanhar o doente durante um maior período. Os pacientes no seu percurso de vida são expostos a doenças comuns e com caráter crônico e necessitarão de maiores cuidados longitudinais. Outras moléstias lhes afetarão durante esse período, requerendo também cuidados. Nesse contexto, é fácil deduzir a necessidade que o médico tem de conhecer e entender bem o paciente, assim como o meio que o circunda, para poder cuidar dele com competência. Dessa forma, a APS se caracteriza como o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde (JANAUDIS, 2010).

Partindo da necessidade de aperfeiçoamento para suprimento das demandas das populações carentes dos níveis primários de atenção, em 1976 foi criado o Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina Geral e Comunitária (MGC), atual MFC, sendo pioneiros os estados do Rio Grande do Sul, Pernambuco e Rio de Janeiro, de forma experimental e não reconhecida. Só em 1981, a CNRM formaliza o programa de residência médica e em 1986 o CFM oficializa a MGC como especialidade médica. A MFC no Brasil ganhou maior visibilidade após a expansão do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O mercado de trabalho para o MCG cresceu, porém existiam poucos especialistas na área e a qualidade de formação era insuficiente. Por isso, em 2001, o MS implantou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), propondo especialização multiprofissional em Saúde da Família por meio de treinamento em serviço e ensino a distância. Este método foi criticado pelas entidades da MFC devido a formação insuficiente dos profissionais. Em 2012

foi implantado o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) com o objetivo de estimular médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas a atuarem na APS de áreas mais pobres e periferias de regiões metropolitanas com a premissa de consolidar a integração ensino-serviço-comunidade através de supervisão de instituições de ensino cadastradas no programa. Já no ano de 2013 o governo federal criou o Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) com a intenção de prover recursos humanos na área médica (brasileiros e estrangeiros) para APS por meio de fornecimento de bolsa e supervisão de instituições de ensino superior em locais carentes determinados pelo MS (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Porém, esses programas não resolveram as questões de ampliação de recursos humanos médicos na APS e, por isso, o governo federal através da portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013, instituiu a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estimulando a formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do SUS, por meio de incentivo financeiro. Neste mesmo ano, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) abriu edital para a seleção de projetos de PRM para posterior concessão de bolsas pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Neste ambiente, em dez anos, a especialidade que mais expandiu o número de médicos residentes foi a MFC, que passou de 18 vagas de R1, em 2010, para 1.031 vagas de R1, em 2019, um aumento de 469,6% (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Em paralelo ocorreu também a regulamentação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional pela Portaria Interministerial 1.224/2012, em que foram realizadas discussões para elaboração de propostas direcionadas para seu funcionamento. A ideia desses programas é o potencial de interdisciplinaridade, unindo formação e trabalho, fomentando a integralidade das ações em saúde oferecidas à população, bem como o incentivo ao trabalho em equipe com a interação entre gestores, profissionais de saúde, residentes, docentes e usuários como estratégia para a reorganização dos serviços públicos embasado nos princípios do SUS, em ambientes de atenção primária, secundária ou terciária (SILVA *et al.*, 2020).

1.4 RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

O município de São Bernardo do Campo foi criado em 8 de abril de 1553 e emancipado em 30 de novembro de 1944. Tem população estimada pelo IBGE para 2020 em 844.483 habitantes. Está localizado na Sub-Região Sudeste da Região Metropolitana de

São Paulo. Ele faz parte da região chamada Grande ABC que compreende também os municípios de Santo André, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. A região é conhecida como berço da indústria automobilística do Brasil, com complexos produtivos estruturantes. O PIB regional é de cerca de 120 bilhões (IBGE 2014), o 2º do Estado de São Paulo e o 4º em nível nacional. São Bernardo do Campo possui 408,45 Km² de área total, correspondendo a cerca de 50% da superfície do Grande ABC; a 5% da Região Metropolitana de São Paulo e a 0,2% do Estado de São Paulo. A maior área do município se encontra na zona rural, localizada em área de proteção aos mananciais. Nesta zona foram identificados importantes problemas relacionados à ocupação irregular e transformação de áreas rurais em áreas urbanas, ao saneamento básico e à infraestrutura necessária à população residente. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017).

Em 2013, a Secretaria de Saúde de SBC, através da Comissão de Residência Médica (COREME), solicitou à CNRM o credenciamento de programas de residência no município, incluindo o de MFC que atua desde o ano de 2014. O cenário de prática se dá através da vinculação do médico residente a uma equipe de ESF no chamado território 7, região de grande vulnerabilidade do município (OLIVEIRA, 2019). O programa tem como objetivo formar médicos através do treinamento em serviço na sua rede. Pretende-se que o MFC que esteja cursando o PRM tenha sua formação focada e desenvolvida a partir do conhecimento e utilização das diversas ferramentas do MFC. Estimula-se que o mesmo realize procedimentos de cunho ambulatorial e que seja proativo na busca de conhecimento clínico a partir de suas deficiências, utilizando instrumentos de busca aprendidos durante sua formação e que assim seja responsável pelo próprio aprendizado. Deve ser capaz de conduzir uma equipe de ESF, atuar, participar e colaborar com os processos de trabalho em seus cenários de prática. (PRM MFC SBC, 2022). Espera-se que no final de sua formação, esteja qualificado para produzir o cuidado de forma multidisciplinar, através de raciocínio clínico, epidemiológico e investigativo. Além disso, deve desenvolver habilidades de autoaprendizagem, de educação permanente e matriciamento de casos complexos com outros profissionais. A assistência oferecida à população deve ser: de forma resolutiva em aproximadamente 85% dos casos; através do domínio do método clínico centrado na pessoa e da medicina baseada em evidência; compartilhado com a equipe; planejado em conjunto com a gestão local, baseado nos princípios e diretrizes do SUS e também na competência cultural da comunidade (PRM MFC SBC, 2015).

O programa oferece anualmente 10 vagas para o primeiro ano (R1) e 10 vagas para o segundo ano (R2). Atualmente é composto por 9 R2 e 10 R1 distribuídos em 3 UBS (UBS Alvarenga, UBS União e UBS Orquídeas). O formato do processo de trabalho, da inserção das equipes na residência é o preceptor ombro a ombro, onde o residente do primeiro e segundo ano assumem a equipe e o preceptor fica na retaguarda, realizando apoio pedagógico. Os demais preceptores são vinculados aos cenários da prática nos ambulatorios, pronto atendimentos, hospitais, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outros equipamentos do município, designados por outros PRMs ou pelos departamentos em que atuam. A equipe em que o residente está vinculado deve manter a relação de no máximo 2.000-2500 pessoas adscritas por médico residente (R1 ou R2) da equipe, totalizando então o painel máximo para as equipes de residência de 5.000 pessoas. A carga horária total do R1 e do R2 é de 2880 horas em cada ano. No R1, 64% é destinada à APS, 15% de estágios externos e 21% de atividades teóricas. No R2, 73% compõe APS e estágio optativo (de escolha do residente e duração de 30 dias), 12% de estágios externos, 15% de atividades teóricas (incluindo Trabalho de Conclusão de Curso). (PRM MFC SBC, 2022). O Programa Curricular é demonstrado com detalhes nas figuras 2 e 3 e quadros 1 e 2:

Figura 2 - Representação esquemática dos estágios previstos no R1 (PRM MFC SBC, 2022)



Fonte: Manual do Residente do PRM MFC SBC de 2022.

Tabela 1 - Distribuição de carga horária dos estágios do primeiro ano do PRM-MFC – SUS-SBC (PRM MFC SBC, 2022)

Tipo	CH específica	% CH
APS	1848	64
Gestação	48	15
Urgência	96	

Ambu Espec	288	
Teóricas	380	
Recepção	220	21
Total	2880	100

Fonte: Manual do Residente do PRM MFC SBC de 2022.

Figura 3 - Representação esquemática dos estágios previstos no R2 (PRM MFC SBC,



2022)

Fonte: Manual do Residente do PRM MFC SBC de 2022.

Tabela 2 - Distribuição de carga horária dos estágios do primeiro ano do PRM-MFC – SUS-SBC (PRM MFC SBC, 2022)

Tipo	CH específica	% CH
APS	1848	
Optativo	240	73
Estágios Externos 2º e 3º	352	12
Teóricas	380	
TCC	60	15
Total	2880	100

Fonte: Manual do Residente do PRM MFC SBC de 2022.

Os preceptores também são responsáveis pela organização das atividades teóricas do programa. Entre essas atividades estão: reuniões e estudo autodirigido, discussão de

casos, seminários, aulas dialogadas, orientação e elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso, sessões clínicas e oficinas. A estrutura pedagógica empregada no programa é a de metodologias ativas em sua maioria. Além da APS, os residentes vivenciam a prática em estágios na rede de saúde do município, como: ambulatórios especializados (infectologia, tuberculose, hanseníase, dermatologia) e em outros serviços relacionados à atuação na APS como Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Maternidade do Hospital Municipal Universitário, atenção domiciliar, serviços de saúde mental (CAPS 3, CAPS Infanto-juvenil e CAPS Álcool e drogas), Consultório na Rua e serviço de cuidados paliativos, entre outros (PREFEITURA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2021).

Devido a pandemia da COVID-19, muitos programas educacionais foram afetados de forma negativa, incluindo os programas de residência médica em hospitais de ensino em muitos países (ZAREZADEH *et al.*, 2020). O currículo de competências das residências, devem ser protegidos durante a pandemia, pois caso contrário a formação poderá ser comprometida (FERREIRA *et al.*, 2020). Como exemplo, um programa de residência de anesthesiologia no Irã alterou suas atividades de ensino e utilizou como ferramenta pedagógica, o uso de um grupo de Whatsapp para discussões clínicas (ZAREZADEH *et al.*, 2020).

O Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado (DABGC) do município de SBC orientou que as unidades se organizassem para atendimento dos sintomáticos respiratórios obedecendo todas as regras sanitárias como distanciamento social, uso de EPI e higienização das mãos. Os atendimentos de demanda do dia foram mantidos priorizando queixas agudas, pacientes crônicos descompensados e portadores de tuberculose. As consultas eletivas foram canceladas, permanecendo somente consultas de pré-natal e puericultura e de pacientes crônicos descompensados. Incentivou-se o uso da telemedicina como recurso de acesso para todas as condições crônicas, bem como ao atendimento de saúde mental. Os grupos de saúde das unidades foram cancelados e as visitas domiciliares foram realizadas em caráter excepcional. O aplicativo de comunicação Whatsapp é utilizado como estratégia de ampliação do acesso aos serviços das UBS, instrumento de escuta digital e apoio para agendamento de consultas. Os intervalos entre as consultas foram ampliados para até 30 minutos, a depender da fase epidemiológica que o município se encontra, como forma de coibir a aglomerações nas unidades de saúde (SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO, 2021)

Diante disso, foi observável que a rotina de atuação nas equipes de ESF, cenário de

prática dos residentes, foi alterada devido a necessidade de atendimento preferencial de sintomáticos respiratórios. O contato com a comunidade, bem como com as diversas situações inerentes à APS foi reduzido. No ano de 2020, os residentes do primeiro ano tiveram as aulas introdutórias da residência canceladas (mês de recepção); todos os estágios ambulatoriais para R1 e R2 foram cancelados. Já em 2021, o mês de recepção manteve toda sua programação de forma on-line e os ambulatórios especializados foram retomados para residentes do primeiro e segundo anos, mantendo menor número de pacientes agendados por hora, reduzindo a circulação da população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções dos residentes do segundo ano de Medicina de Família e Comunidade do município de São Bernardo do Campo acerca de seu cotidiano e formação profissional experienciados na pandemia da COVID-19

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Possibilitar um espaço de expressão e reflexão para os residentes sobre a sua prática de formação, rotina de trabalho e experiências vivenciadas durante a pandemia COVID-19;
2. Refletir com a própria experiência a atuação como preceptora do PRM MFC;
3. Refletir qual o papel que o preceptor de residência ocupa dentro do PRM;
4. Testemunhar a vivência dentro da pandemia da COVID-19.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, cujos sujeitos do estudo são os residentes do segundo ano do PRM MFC SBC que estão atualmente distribuídos em 2 UBS (Orquídeas e União). Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: querer participar do estudo, e ser residente de MFC do segundo ano no PRMFC SBC, tendo vivenciado e ainda vivenciando a pandemia durante sua formação profissional. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de ética e Pesquisa na Plataforma Brasil, foram convidados para participar da pesquisa os 9 R2, em momentos presenciais durante intervalo de aulas, com posterior combinação do dia e horário para realização das entrevistas através do *whatsapp*. Aceitaram participar do estudo, por se sentirem à vontade para falar sobre o tema e pela disponibilidade de horário para o encontro, 7 residentes. As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de inserção de trabalho, de forma presencial e sigilosa, sempre respeitando as normas sanitárias para COVID-19 e tiveram entre 1 hora e 1 hora e meia de duração. Inicialmente realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 1) e foi explicada de forma mais detalhada do que se tratava a pesquisa. Após aceito, foi solicitado a assinatura do TCLE e preenchimento individual de um questionário sociodemográfico (Apêndice 2), cujo objetivo foi a obtenção dos dados demográficos dos participantes para compor a análise posterior na discussão dos resultados da pesquisa. Foi utilizado um gravador de voz para capturar as respostas obtidas com a aplicação de um roteiro semi estruturado relacionado ao tema (Apêndice 3). A entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa, que geram novas hipóteses, descrevem fenômenos sociais e mantém a presença consciente e atuante do pesquisador durante a coleta de informações. Está focada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas da entrevista. Esse roteiro serve como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante. A entrevista pode ter vertente fenomenológica ou dialética. Na fenomenológica o objetivo é atingir clareza na descrição dos fenômenos sociais com importância para os significados dos comportamentos das pessoas estudadas. Já na vertente dialética, as perguntas podem ser designadas como explicativas ou causais, ou seja, determinam as razões do fenômeno social estudado (MANZINI, 2000). Todo o material foi transcrito através do uso do aplicativo *transkriptor*. A técnica utilizada para a exploração dos dados foi a de análise de conteúdo, que seguiu

etapas. Realizou-se a leitura e releitura da transcrição obtida. Após, seguiu-se a fase de exploração dos dados com identificação de unidades de registro (identificação de palavras, expressões ou ideias recorrentes nos documentos) e a categorização dos discursos por temas pertinentes à pesquisa. Foi utilizado como facilitador a ferramenta do google chamada *jamboard*, que permitiu uma visualização das respostas de forma interativa e melhor organizada. Durante a análise das entrevistas surgiram reflexões da prática vivenciada como preceptora de residência que foram listadas como comentários no mesmo documento da dissertação do mestrado e que posteriormente compuseram a discussão deste trabalho. Os resultados, então, foram escritos na companhia destas reflexões e questionamentos, em conjunto com as informações obtidas na literatura científica (SILVA *et al.*, 2015). O item “Resultados e Discussões” deste trabalho é composto por reflexões produzidas sobre os temas categorizados, a partir da análise de conteúdo dos dados, articulados ao relato e reflexão da experiência da pesquisadora como preceptora do programa de residência, tendo como apoio o material bibliográfico pesquisado.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa se deu no município de SBC, local de atuação dos entrevistados, no chamado território 7, região de grande vulnerabilidade social. A rede básica de saúde do município conta com 34 UBS, algumas delas, ESF. As entrevistas aconteceram em 2 unidades de ESF, localizadas na região: UBS Jardim das Orquídeas e UBS União, que contam com 3 e 6 residentes do segundo ano, respectivamente. A primeira UBS comporta 6 equipes no total, sendo que 2 delas têm R2. Já a segunda é composta por 8 equipes e, destas, 3 são da residência médica, todas com R2. Os residentes trabalham em duplas e dividem a responsabilidade médica de cada equipe. Em sua maioria, as equipes são completas com enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgião dentista, técnico de saúde bucal, recepcionista e equipe de matriciamento do NASF. O município passa por período crítico de escassez de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que tem prejudicado a atuação das equipes e os processos de trabalho como um todo.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Na fase de pré-projeto foi solicitada junto ao coordenador do programa de residência e secretaria de saúde do município autorização para realização da pesquisa (Anexo 1) Após aprovação do município, a solicitação foi encaminhada para o Comitê de Ética e Pesquisa

da Unifesp (CEP) através da Plataforma Brasil, com aprovação em seu parecer (Anexo 2). Com a aprovação, as entrevistas foram agendadas conforme descrição anterior e foi reforçado o anonimato da entrevista, a necessidade da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). A reavaliação sobre a participação dos sujeitos da pesquisa poderia ocorrer em qualquer momento do estudo. Contudo, nenhum dos participantes solicitou o cancelamento de sua participação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

A discussão desta pesquisa é composta por elementos que emergiram da observação de campo, composta por trechos da minha experiência como preceptora e das entrevistas com os 7 R2, que compuseram os núcleos de registro a partir dos quais foram construídas as categorias de análise do conteúdo, metodologia escolhida para compor o projeto. Está articulada com relatos e reflexões da própria pesquisadora, bem como com as falas dos R2, dialogando com a literatura científica. Como forma de facilitar o entendimento dos elementos trazidos para essa discussão, os temas de análise foram divididos em itens. São esses: Perfil sociodemográfico do PRM MFC SBC, Escolha da Especialidade, Preceptoria do PRM MFC SBC, Processo de trabalho e cenários de prática, Relação interpessoal com profissionais de saúde e usuários e Sentimentos e Expectativas dos entrevistados. Os entrevistados são identificados através da letra “E” e enumerados de 1 a 7, que foi a ordem estabelecida durante as entrevistas.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS RESIDENTES DO PRM MFC SBC

Foram convidados a participar da pesquisa 9 residentes do segundo ano do PRM MFC SBC que iniciaram a residência em 2020. O convite se deu pessoalmente durante encontros nos espaços pedagógicos. Foi agendado com os residentes o melhor dia e horário para realização das entrevistas em local protegido dentro das próprias unidades que compõem o cenário de prática da residência. Destes, 7 concordaram (77%) em participar das entrevistas, disponibilizando espaço na sua agenda.

Após leitura, assinatura e concordância do TCLE, foi solicitado aos participantes o preenchimento de um questionário de Perfil Sociodemográfico com o intuito de conhecer alguns aspectos sociais dos entrevistados. Os resultados encontram-se listados abaixo e na tabela que segue (Tabela 1).

- 7 (100%) dos entrevistados têm idades entre 25-30 anos;
- 6 (85%) se denominaram como brancos e 1 (15%) como pardo;
- 3 (42%) são homens e 4 (57%) são mulheres;
- 1 (14%) casado e 6 (85%) solteiros;
- 3 (42%) não seguem nenhuma religião, 1 (14%) é espírita, 1 (14%) é evangélico e 2 (28%) são católicos;
- 7 (100%) não possuem filhos;

- 7 (100%) não possuem deficiência física;
- 7 (100%) não fez nenhuma outra residência anteriormente;
- 7 (100%) MFC foi a primeira opção de especialidade de residência médica
- 4 (57%) frequentaram universidade pública e 3 (42%) frequentaram universidade privada;
- 6 (85%) tem 1 a 2 anos de formação e 1 (14%) tem 5 anos de formação

Tabela 1 - Respostas das perguntas do Questionário Sociodemográfico

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Idade	27	29	25	30	27	27	27
Cor	Branca	Branca	Branca	Branca	Branca	Branco	Parda
Gênero	M	M	F	F	F	M	F
Estado civil	Casado	Solteiro	Solteira	Solteira	Solteira	Solteiro	Solteira
Filhos	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum
Religião	Espírita	Não respondeu	Evangélica	Não respondeu	Católica	Sem religião	Católica
Naturalidade	SBC	Barbacena/ MG	SBC	Campo Grande/ MS	São Paulo/ SP	Brasileiro	Recife/ PE
Deficiência	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Universidade	Privada	Pública	Privada	Pública	Pública	Pública	Privada
Residência	SBC	SBC	SBC	SBC	SBC	SBC	Santo André/ SP
Tempo de	2 anos	2 anos	2 anos	5 anos e 11	1 ano e 10	2 anos	2 anos e 6

formação				meses	meses		meses
MFC como 1 opção	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Fez outra residência	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Elaborado pela autora.

Algumas considerações podem surgir a partir da avaliação de alguns dados do questionário sociodemográfico. Os homens ainda são maioria entre os médicos em atividade no Brasil, mas a diferença relacionada ao gênero vem diminuindo a partir de levantamentos mais recentes do estudo Demografia Médica no Brasil, de 2020. Em 2019, as mulheres representavam 60% dos concluintes de graduação de medicina e 55% da quantidade de médicos que ingressaram na residência médica. Entre os médicos formados com até 29 anos, a maioria são mulheres e a maior parte dos residentes eram mulheres (58,4%) que tinham entre 25 e 29 anos (SCHEFFER *et al.*, 2021). Entre o grupo dos R2 de SBC que participaram da pesquisa, 57% são mulheres, com idades de 25 a 30 anos. Observa-se, portanto, uma feminização da carreira médica que vai em paralelo com o aumento da participação das mulheres em diversos aspectos ao longo do último século, inclusive na participação na medicina, que se deu principalmente a partir do ano de 2009 (SCHEFFER *et al.*, 2021).

A média de idade dos médicos em atividade no Brasil é de 45 anos, porém essa média vem caindo e apontando para o juvenescimento da Medicina no Brasil, que pode ser resultado do crescimento do número de cursos e vagas de graduação de Medicina com consequente entrada de muitos novos médicos no mercado de trabalho (SCHEFFER *et al.*, 2021). Em SBC a idade dos entrevistados encontra-se entre 25 e 30 anos.

Dentre os concluintes de Medicina no Brasil em 2019, 67,1% se autodeclararam da cor ou raça branca. Entre os períodos de 2013 e 2019, houve aumento gradual do percentual de alunos autodeclarados pretos e pardos, que pode ser sugerido pelas políticas de inclusão adotadas desde o ano 2000 para reduzir as desigualdades de acesso ao ensino superior no Brasil. Em 2012, com a criação da Lei Federal nº 12.7113 houve definição de políticas de cotas para ingresso em universidades federais, que passaram a oferecer, nos cursos de Medicina e em toda graduação, um duplo sistema de ações afirmativas: uma parte das vagas

reservadas para aqueles que estudaram em escola pública, independentemente de raça ou cor, e outra parte das vagas destinadas a estudantes de escola pública, que se autodeclararam pretos, pardos ou indígenas. Ainda, na rede pública, houve a criação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais e o Sistema de Seleção Unificada (SISU) que contribuíram com maior diversidade e inclusão de alunos. Já na rede privada, houve a expansão dos financiamentos estudantis, como o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e o Programa Universidade para Todos (PROUNI). Apesar disso, os cursos de Medicina ainda são frequentados majoritariamente por alunos brancos e esse perfil deve servir para analisar e planejar políticas públicas mais inclusivas, uma vez que através de pesquisa nacional por amostra de domicílios entre 2012 e 2019 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pardos e pretos somam o total de 56,2% da população brasileira (SCHEFFER *et al.*, 2021) (IBGE, 2019). No nosso PRM, encontramos uma predominância branca (85%). Esse dado merece reflexão acerca da desigualdade étnica racial existente na sociedade, incluindo no acesso às universidades. O Brasil mantém o racismo como marco em sua estrutura socioeconômica, sustentado por um legado pós-colonial de iniquidades raciais no acesso às universidades, mais evidente em cursos de maior prestígio social como a medicina, que é tradicionalmente ocupada por brancos, ricos e de classe média alta. Embora mais da metade da população se considere pretas ou pardas, em São Paulo, por exemplo, 0,9% da população médica formada é de pretos e pardos. Apesar das iniciativas governamentais de inclusão social, o que se observa é a presença de pessoas pobres e brancas nas escolas médicas, representando a falha na discussão e preocupação da sociedade sobre o racismo estrutural. Pesquisa realizada entre 2013 e 2017 com estudantes de uma Universidade Pública de Medicina do Rio de Janeiro encontrou, através de aplicação de questionário socioeconômico, o aumento no número de alunos vindos de ensino médio público com perfil majoritariamente branco, demonstrando que ações de cunho social tem tido dificuldades de aumentar a quantidade de alunos negros e indígenas (SOUZA *et al.*, 2020).

4.2 A ESCOLHA DA ESPECIALIDADE

A MFC pode ser definida como uma especialidade médica que presta assistência à saúde de forma contínua e integral às pessoas, famílias e às comunidades, em todos os ciclos e estágios de vida. Tem como seu campo principal de atuação a APS, cujos atributos

essenciais são: ser porta de entrada para o sistema de saúde, apoiar-se na continuidade do cuidado das pessoas ao longo do tempo, na integralidade da assistência prestada e na coordenação de todas as necessidades de saúde. Além disso, a MFC tem sua prática fundamentada em 4 princípios essenciais: ser um clínico qualificado, ter sua atuação influenciada pela comunidade, ser recurso de uma população definida e desempenhar seu papel de médico pautado na relação médico-pessoa. Sobre o primeiro princípio que é "ser um clínico qualificado", o MFC deve utilizar o método clínico centrado na pessoa demonstrando empatia para os que o procuram, além de desenvolver o entendimento da experiência da pessoa sobre sua própria doença envolvendo as ideias, sentimentos e expectativas sobre o que está acontecendo com ela, identificando os impactos que a doença pode causar na vida pessoal, familiar, profissional e social. O MFC através da utilização deste método, deverá investigar os reais motivos de consulta dos usuários, buscando sempre a pactuação de um plano conjunto entre o cuidador e o que recebe cuidado. Neste princípio ainda, o MFC deve ter o conhecimento clínico sobre os problemas mais prevalentes na APS. O segundo princípio, "atuação influenciada pela comunidade", diz que o MFC deve responder às necessidades das pessoas dentro da comunidade que ele atua, prestando cuidado dentro dos diversos ciclos de vida, de suas condições agudas e crônicas, além de fazer parte de uma rede de prestadores de cuidados à população, construindo uma rede social mediante participação intersetorial, promovendo cuidado às populações do território em que está inserido. Além disso, deve compartilhar o manejo de situações com os demais integrantes da unidade de saúde e com os profissionais da rede de apoio, otimizando o melhor cuidado possível. O terceiro princípio, "MFC ser um recurso de uma população definida", significa que o profissional deverá "dar conta" de uma população que esteja sob sua responsabilidade, sendo referência e um recurso para o cuidado de uma população delimitada. Por fim, o quarto princípio "relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do MFC", especifica que a ligação entre o usuário e profissional seja pautada em uma relação de fidelidade, compreensão, confiança e novamente empatia (GUSSO *et al.*, 2012).

Todos os 7 residentes entrevistados citam um certo incômodo pela abordagem médica realizada e focada em ambiente hospitalar durante a formação médica, e destacam a importância dos atributos da APS e dos princípios da MFC como influenciadores na escolha desta especialidade:

“Ver aquela pessoa ali internada, revirar ela de ponta cabeça e aí eu me questionava qual que é o sentido disso, não é saúde exatamente aquilo, é outro tipo de coisa que eu não sei muito bem o que é, mas não me parece que era saúde” (E6);
“O aspecto hospitalar e tudo mais, isso não me atraiu” (E1);
“Eu via muito mais sentido em estar em alguma especialidade em que eu pudesse fazer uma abordagem mais integral da pessoa e não fragmentada e não só da pessoa como do seu contexto e também porque para mim fazia muito sentido” (E4).

É possível que as histórias de vidas singulares desses residentes, pautadas na sensibilidade e necessidade de compreensão do outro e de si mesmos de forma profunda e reflexiva, somado a empatia e a responsabilidade social, tenham favorecido para que tivessem uma percepção de saúde e cuidado diferentes do habitual ensinado nas escolas médicas.

Os residentes de MFC do município de SBC tiveram, em sua maioria, seu despertar para a escolha da especialidade durante a graduação, como demonstrado nas entrevistas:

“Conheci medicina de família no terceiro ano com um dos professores” (E1);
“Comecei a ter contato com médico de família, então foi bem providencial, assim eu falei...ah então é isso... me identifiquei na faculdade no segundo ano” (E7).

Várias razões interferem na escolha da especialidade médica como: características individuais, currículo vivenciado na graduação, remuneração, uso de novas tecnologias, estilo de vida, status social e características da própria especialidade. Estudantes podem se identificar mais com a especialidade durante o curso e ter maior chance de escolhê-la quando médicos de família compõem o corpo docente, sobretudo quando são modelos durante a formação (RODRIGUES *et al.*, 2020), como descrito a seguir:

“Eu tive um professor que foi minha inspiração” (E4);
“O contato com o médico de família foi bem pequeno, mas foi bem potente quando ele aconteceu” (E6).

Um estudo de corte transversal envolvendo 104 médicos egressos das residências de MFC de Pernambuco entre os anos de 2012 e 2017 realizado através de questionário com perguntas sobre quais fatores contribuíram para a escolha da especialidade, demonstrou que, aspectos como compromisso social, aptidão, afinidade com a especialidade e circunstâncias da vida pessoal influenciaram na escolha, assim como aconteceu com os residentes de São

Bernardo do Campo. Nesse estudo ainda, fatores relacionados ao conteúdo curricular, como disciplinas ou módulos relacionados com a MFC, atividades extracurriculares, participação em ligas acadêmicas, movimento estudantil e projetos de extensão ou de pesquisa, não exerceram papel positivo na escolha da especialidade (RODRIGUES *et al.*, 2020). Já, para os residentes de SBC, essas atividades foram levantadas como pontos importantes de sustentação para a escolha, o que pode ser visto nos relatos abaixo:

“Eu participei da diretoria da liga e aí eu consegui conhecer medicina de família de uma forma um pouquinho mais aprofundada e foi dessa forma participando da liga, das atividades, que fiquei mais familiarizada com o conceito” (E3);

“No terceiro ano eu resolvi fundar uma liga de saúde da família” (E5);

“A trajetória do movimento estudantil, me fez refletir várias questões que eu nunca entraria em contato na minha vida se eu não tivesse participado... A discussão com médico de família e com pessoas que defendiam os dois, defendiam atenção básica, uma atenção básica mais revolucionária” (E6);

“Durante as aulas, durante umas atividades extras de liga, eu entrei mais em contato e aí que eu entendi um pouco mais de longitudinalidade e de coordenação do cuidado que foram aspectos que eu gostei muito e que me mantiveram na decisão” (E7).

Essa discordância entre as residências de Pernambuco e SBC pode ser explicada pelas mudanças instituídas na Diretriz Curricular Nacional (DCN) de 2014 para a graduação de medicina, cuja orientação é que o graduando tenha uma formação geral e humanizada com a capacidade de atuar nos diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo. Antes de 2014, a formação médica era desenvolvida a partir do estudo das especialidades médicas e todas suas peculiaridades. Os residentes de Pernambuco não experimentaram a mudança curricular em sua prática, diferente dos residentes de SBC que tiveram em sua grade curricular o estímulo à uma formação geral estabelecida pela DCN, e, portanto, foi um importante fator de influência na escolha da especialidade. Durante a minha graduação, que ocorreu entre os anos de 2004 e 2010, presenciei poucos períodos de APS. Alguns meses no primeiro ano de faculdade, fiz estágio em UBS cuja finalidade foi a compreensão do SUS e da APS como porta de entrada do sistema. No quinto ano, durante o internato, passei pelo estágio de APS que durou cerca de 30 dias. Durante esses 30 dias, acompanhamos uma médica generalista da equipe de ESF nas suas consultas habituais, visita domiciliar e reunião de equipe. Não tive contato com nenhum médico de família durante toda minha escalada ao título médico, diferente da maioria dos residentes de SBC.

O PRM MFC SBC recebe internos do sexto ano da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) nas 3 UBS em que a residência compõe algumas equipes de ESF. Eles acompanham os residentes em todas as suas atribuições, têm contato com a parte prática e teórica da MFC, aprendendo algumas ferramentas técnicas da especialidade e atendem os usuários sob supervisão dos residentes e preceptores do programa, realizando puericultura, pré natal de baixo risco, atendimento ao hipertenso e diabético, visita domiciliar e ações de saúde. Acredito que esse estímulo vigoroso aos internos de medicina exercerá influência na escolha de sua especialidade, que pode ser MFC.

O compromisso social pode ser estimulado ou despertado ao longo do percurso da graduação médica (RODRIGUES *et al.*, 2020), e também é um fator importante para os residentes de SBC:

“Eu quero ser o famoso famigerado médico da maletinha... fazer a parte mais social” (E1);

“Quero conhecer as pessoas num outro regime que não fosse dentro do hospital, ter uma outra relação de trabalho e que também participasse da vida, né? Da comunidade, atuando, fazendo grupo... eu até pensava em organizar politicamente as pessoas que eu tava ao meu redor... Eu achava que podia ser uma medicina mais transformadora, a medicina de família” (E6).

Para esses residentes, seus valores e convicções são levados em consideração para a escolha da carreira. Vale ressaltar que durante as entrevistas não foram levantados momentos de reflexões sobre a necessidade de reavaliação ou arrependimento pela especialidade escolhida, apesar das inúmeras dificuldades vivenciadas que serão levantadas ao longo deste trabalho.

4.3 A PRECEPTORIA DO PRM MFC SBC

Iniciei minhas atividades na preceptoria do Programa de Residência de SBC em outubro de 2020. Ao chegar, fui designada a compor a equipe de preceptores da UBS Alvarenga que na época contava com 6 R1 e 2 R3 com a supervisão de 2 preceptores. Completamos o total de 10 preceptores com cargas horárias de 20, 30 e 40 horas ao longo dos meses subsequentes.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) elaborou documento com recomendações de critérios mínimos de qualidade para os programas de residência de MFC levando em conta a diversidade dos programas existentes em todo o país. A carga horária do preceptor deverá ser igual ao número de equipes de residente menos 1

vezes 40 horas, sempre respeitando a relação máxima de 1 preceptor de 40h para 3 residentes em até 2 equipes. A inserção de residentes e preceptores nas equipes de ESF podem ser variadas, sendo que a equipe ideal sugerida deverá ser composta por até 4000 pessoas, com até 2000 pessoas por residente. Quando a população for vulnerável é recomendável limite de 1500 pessoas por residente. Recomenda-se que todos preceptores dos PRM tenham titulação ou residência em MFC e que tenham incentivo à formação complementar, por exemplo, por meio de liberação de parte da carga horária para mestrado e doutorado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

É importante salientar que as residências de MFC exigem diferentes atribuições ao papel do preceptor, uma vez que não há descrito nenhum modelo de preceptoria a ser seguido na APS. As funções da preceptoria ficam a cargo da coordenação do programa de residência somada às orientações de inserção desse profissional na visão da gestão local. Em sua maioria, o preceptor compõe a equipe de ESF junto com o residente ou é o responsável médico da assistência e gestão de outra equipe que não a do residente que ele supervisiona, dividindo-se então na função da preceptoria. Em SBC, o preceptor não compõe a equipe de ESF, e é portanto, um colaborador na equipe em que o residente está inserido, não sendo responsável pelas atividades inerentes ao papel do médico da APS de forma direta. Na época em que eu atuava como MFC na Prefeitura de Praia Grande entre os anos de 2016 e 2019, eu era a médica responsável da equipe e me dividia na função de preceptoria dos residentes e dos internos na unidade de saúde. A atuação do preceptor necessita de diretrizes e normas referentes ao perfil mínimo necessário, bem como às atividades a serem desempenhadas e os objetivos a alcançar. (BOMFIM, 2012). Fazendo uma reflexão acerca da minha experiência nos dois modelos de preceptoria que vivenciei, algumas vantagens e desvantagens podem ser elencadas. Prestar assistência na ESF de forma integral ao mesmo tempo em que se é preceptor, é uma tarefa árdua e extenuante que provoca muita sobrecarga profissional e emocional, pois o acúmulo de função deixa o prestador em permanente estado de alerta e estresse. O fato de atender exige concentração e disciplina para que haja cuidado de qualidade à população a qual se é responsável. Ter um residente ou interno sob sua responsabilidade dentro deste modelo traz a sensação de que esta supervisão não está sendo realizada com a qualidade que deveria, uma vez que não existem diretrizes organizacionais de como a preceptoria deve ser realizada. Fica difícil acompanhar os atendimentos dos residentes para avaliar suas habilidades clínicas e de comunicação inerentes ao papel do

MFC. As discussões de caso, em geral, são realizadas de forma rápida e pontual entre os atendimentos do dia a dia. Raramente é possível participar das reuniões de equipe, visitas domiciliares, atividades de grupo dos residentes e das discussões de matriciamento entre os diversos setores profissionais, pois não há espaço reservado oficialmente para isso. Um fator positivo vivenciado nesse modelo de preceptoria é o fato de o preceptor prestar assistência. Quando se está totalmente fora do cuidado, da responsabilização de uma equipe, sinto que perde-se um pouco a habilidade de realização de consultas, no que diz respeito a agilidade no tempo e técnica dos atendimentos, vulgarmente denominado como “perder a mão para atender”. No outro modelo em que o preceptor não é responsável direto pela assistência, tem-se mais tempo para elaboração, acompanhamento, avaliação do residente que está em formação. Pessoalmente gostaria de experimentar um modelo misto de preceptoria que se dividisse em partes entre assistência à população e a assistência ao residente, desde que estivessem regulamentadas e descritas as funções e atividades esperadas do preceptor. No PRM SBC, as funções da preceptoria são:

- Acompanhar dois ou três residentes em suas atividades na UBS, sendo referência para discussões de casos. As discussões podem ocorrer de forma pontual, rápida, no que se refere a casos simples, ou de forma sistemática em espaço destinado para este fim, quando se trata de casos mais complexos;
- Realizar atendimentos pontuais quando necessário ou compartilhados com os residentes, contribuindo com sua formação;
- Ensinar a partir das necessidades observadas e pactuadas dos residentes a partir do modelo de ensino centrado no aprendiz, através da pedagogia renovada. Nela, o professor facilita o processo de busca pelo conhecimento por parte do aluno, contribuindo na organização e coordenação das situações de aprendizagem, adaptando-se às características individuais para desenvolver habilidades e competências de cada um, além de estimular o alcance das metas pessoais dentro de seu processo de formação, incluindo cada vez mais a inserção de uma pedagogia crítica, devido às transformações sociais, econômicas e políticas que ela possibilita na sociedade (PEREIRA, 2003).
- Avaliar frequentemente o residente através da Observação direta (OD) e utilizar

a estratégia da Observação Reversa (OR). A OD consiste no acompanhamento dos atendimentos realizados pelos residentes em período previamente combinado, cujo objetivo é avaliar se o residente aprendeu e está utilizando a habilidade de comunicação, ferramenta essencial para formação de um bom MFC, bem como identificar lacunas clínicas para posteriormente compor seu plano de estudo individual. Já a OR, consiste na avaliação das consultas dos preceptores pelos residentes como forma de estimular a crítica dentro do processo de aprendizagem, fornecendo treinamento para verificação e percepção da importância do uso das ferramentas do MFC. A boa comunicação nas consultas está associada a melhor satisfação do usuário e do profissional, além de facilitar a descoberta dos reais motivos da consulta, melhoria do vínculo médico-paciente e resolutividade (CAMPOS *et al.*, 2018).

- Realizar Auditorias de Prontuário das consultas registradas. O objetivo é avaliar se o prontuário está de acordo com o Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP), registro empregado em diversos sistemas de APS que permite uma abordagem integral da pessoa, além da avaliação dos problemas trazidos durante as consultas. O registro em prontuário é critério de avaliação de qualidade de um serviço de saúde, bem como uma ferramenta de raciocínio clínico, sendo uma das necessidades de aprendizado do MFC (GUSSO *et al.*, 2012).
- Cumprir a Hora do Residente (HR) semanalmente. A HR é uma hora semanal reservada à elaboração do plano formativo centrado no residente. Nela, podem acontecer: discussões clínicas, feedbacks diversos, apoio pedagógico, momento de reflexões, entre outros;
- Apoiar as equipes em que os residentes estão inseridos, colaborando no planejamento das atividades, ações e resolução de questões inerentes à qualquer equipe de ESF;
- Contribuir para que a formação no cenário de prática ocorra em consonância com os processos de trabalho das unidades, garantindo ambiente protegido para o aprendizado. Os períodos de reunião de equipe, visita domiciliar, reunião técnica, matriciamento com NASF e atividades comunitárias são garantidos. A agenda do residente é organizada quanto à duração do atendimento. No primeiro ano os

atendimentos ocorrem a cada 30 minutos (2 por hora) e no segundo ano ocorrem a cada 20 minutos (3 por hora). O modelo de acesso dos usuários depende da unidade em que o residente está inserido, podendo ser por demanda espontânea ou agendamento;

- Dar suporte teórico às aulas do plano pedagógico vigente, sendo a forma de ensino adotado, as metodologias ativas de aprendizagem, que se dão através de oficinas, simpósios, entre outros;
- Estimular a produção do Caderno de formação do residente, que é um registro produzido pelo residente ao longo de sua formação, descrevendo seu percurso de aprendizado percorrido ao longo dos 2 anos de curso;
- Contribuir com a organização e funcionamento da UBS em conjunto com a equipe, participar da organização dos processos de trabalho, promover as discussões com a comunidade e cooperar com a educação permanente local.

O Preceptor é o professor que ensina um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades (BENTES *et al.*, 2013). São fundamentais para formação de residentes em qualquer área, sendo os facilitadores na condução dos novos especialistas. A formação dentro da APS exige habilidades que vão além do treinamento clínico e de sua experiência. Esta, deve formar especialistas com olhar voltado para as questões socioculturais dos indivíduos, das famílias e da comunidade, apoiada nas necessidades de aprendizado e estilo de aprendizagem de cada residente. É fundamental a presença de um preceptor para que haja bom desempenho do aprendiz (IZECKOSOHN *et al.*, 2017). Espera-se que os preceptores atuem também como supervisores, desenvolvendo o desempenho clínico como um todo, fazendo com que o supervisionado se torne mais efetivo em seu trabalho; como tutores, auxiliando no aprendizado e estimulando o processo de “aprender a aprender” e, como mentores, aconselhando, estimulando, inspirando e orientando a atuação desses novos especialistas que estão se formando.

Alguns atributos são essenciais para ser um bom preceptor; são eles: ter responsabilidade profissional, ser acessível, flexível e estimulador (BENTES *et al.*, 2013). Em geral, os preceptores não são preparados para exercer a função que ocupam. Habitualmente, são médicos assistenciais contratados e lotados nas unidades de saúde, carentes de formação pedagógica em ambiente de prática clínica, que se movem entre o

atendimento e o ensino (BENTES *et al.*, 2013), fato esse que ocorreu com os residentes no início do R1. Com a saída repentina dos preceptores contratados e preparados para ocupar o cargo, recorreu-se à utilização de profissionais da rede de SBC de forma paliativa para que pudessem cumprir com as funções de preceptor. Quando cheguei ao PRM em outubro de 2020, a proporção residente-preceptor era de 4 ou 5 residentes para 1 preceptor. Ao todo havia 7 preceptores para 20 residentes, situação diferente do preconizado pelo programa que prevê 2 ou 3 residentes para cada preceptor. Havia 10 R2 distribuídos em 2 UBS, 10 R1 distribuídos em 3 UBS e 3 R3 do ano opcional de Gestão e Preceptor em 2 UBS. Diante do cenário de escassez de preceptores, diversas modificações e adequações foram realizadas com a intenção de manter minimamente a programação do PRM, como pode ser visto nas afirmações a seguir:

“A residência estava passando por um processo de estruturação, e teve bastante troca de preceptores, né? e aí a gente apelou à preceptoría dos médicos da rede. Eles não tinham a disponibilidade do tempo que só virou uma tarefa a mais para eles, a parte de preceptoría” (E1);

“Eu fiquei numa UBS que não tinha a menor estrutura para receber residente. A gente não fazia parte do fluxo da UBS, a gente fazia parte do fluxo de atendimento da médica tal que ficou responsável por nós por causa do desespero de não ter preceptores” (E7);

“Quando a gente entrou, a primeira coisa que a gente se reuniu foi pra discutir e darem a notícia que tinha tido uma diáspora de preceptores e aí a gente não tinha lugar pra ficar e que a gente ia ser temporariamente colocado em UBSs e em estágios que talvez nem fossem pertinentes... que a gente seria talvez remanejado com preceptores que não eram MFC” (E7);

“Primeiro a gente chegou sem preceptor, um mês com meio preceptor... outra metade a gente ficava em casa fazendo um estudo dirigido, curso...” (E6)

Quando os preceptores deixaram o programa, o cronograma da residência foi comprometido. Nessa época, eu não fazia parte do corpo docente do PRM. A partir de conversas informais com alguns residentes, elenco alguns motivos que podem ser apontados como decisivos na saída desses profissionais, como:

- Desalinhamento político da relação do PRM com a gestão de SBC: tinha-se a ideia que os objetivos de formação do MFC, que era qualificar o pós graduando e a rede de APS e formar o residente, não eram os mesmos da gestão municipal, que na visão de alguns, tinha como necessidade obter mão de obra, uma vez que havia dificuldade em fixar médicos que trabalhassem em ESF, o que pode ser visto na frase de E6:

“Está tendo equilíbrio entre assistência e o ensino? não tá! A balança tá perdendo pra um lado. E nessa disputa a gente precisa marcar uma posição. Não dá pra escolher os dois. Tem que escolher um. O outro é consequência” (E6)

- Oportunidades de trabalho não competitivas: havia melhores oportunidades de trabalho relacionadas às questões financeiras e carga horária flexível;
- Falta de reconhecimento da MFC como especialidade médica, que pode ser refletida na valorização salarial e na contratação de médicos generalistas pela gestão e não médicos de família;
- Falta de estrutura nos cenários de prática para formação. A quantidade de usuários cadastrados por equipe acima do preconizado, equipes de ESF incompletas e profissionais que compõem a ESF despreparados ou sem perfil para atuar na APS, parecem ter sido determinantes nessa decisão.

O baixo interesse do MFC em trabalhar no SUS pode ser explicado pela não valorização da especialidade, baixos salários, pouco reconhecimento da capacidade técnica e falta de estrutura do ambiente de trabalho para exercer a profissão (BOMFIM, 2012). Essas situações são bem semelhantes às encontradas no PRM SBC. A criação de plano de carreira, exigência de título de especialista para trabalhar na APS e equiparação salarial podem aumentar a permanência do MFC no âmbito do SUS (BOMFIM, 2012). Apenas 2 residentes durante a entrevista comentaram sobre motivo de saída de preceptores do PRM:

“A gente teve uma saída muito grande de preceptores porque o salário daqui não era atrativo e por causa de desorganizações estruturais mesmo e aí prejudicou a residência como um todo” (E2);

“Foi uma caça por preceptores e briga pra conseguir uma valorização salarial dos preceptores” (E1).

Em meados de janeiro de 2020, o PRM de SBC abriu edital para o terceiro ano opcional de residência de MFC com ênfase em Gestão e Preceptorial que tinha duração de 1 ano com início das atividades em março, junto aos recém chegados R1 na época, atuais R2. Houve 6 inscritos no concurso (sendo que 2 deles eram ex- residentes do PRM do ano anterior). Três deles desistiram do concurso de R3 principalmente pela ausência de profissionais que pudessem exercer a função de preceptorial. Estes 3 desistentes (2 ex R2 e 1 residente de outro programa de residência), foram convidados pela coordenação do

programa a se tornarem preceptores no PRM e aceitaram o desafio. Nenhum deles tinha experiência com preceptoria, pois eram recém saídos da residência de MFC (2 deles haviam sido formados no PRM SBC), mas estavam cursando especialização em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade. Sobre este acontecimento, algumas reflexões foram feitas durante as entrevistas:

“Eu tive a sensação de que estavam todos aprendendo a ser preceptores porque três deles eram ex 3 R3, então eles nunca tinham sido preceptores... eram dois processos de formação ao mesmo tempo: o dos residentes e dos preceptores” (E4);

“As minhas HRs deste ano melhoraram muito, comparados com o ano passado, por conta também da minha preceptora estar nesse processo de formação” (E4);
“Quando o preceptor saiu do R3 e se tornou preceptor, ele deu muito suporte pra gente, ensinou muitas coisas que a gente não sabia, mas chegou num ponto de que tava muito horizontal a ponto de não ter mais contradição ali entre a gente” (E6).

Fica claro nas falas acima que alguns residentes demonstraram algum desconforto em ter seu processo de formação supervisionado por preceptor inexperiente e com curso de especialização em Preceptoria ainda incompleto. Alguns questionamentos sobre a capacidade de realização da preceptoria de forma competente foram insinuados conforme descrito anteriormente. Para o cumprimento da missão de preceptoria, é necessário capacitação prévia e experiência de um indivíduo que espera-se que seja estimulador da aprendizagem e desenvolvedor de habilidades. É necessário ainda, que exista vínculo entre preceptor e preceptorado, pois o sucesso dessa relação depende de uma comunicação eficaz pautada no respeito, compromisso, disponibilidade e confiança mútua (SILVA et al., 2021).

No início do ano de 2021, a coordenação do PRM foi substituída pela secretaria de saúde por uma nova coordenadora que faz parte da gestão de atenção básica de SBC. A forma como ocorreu a troca de coordenação não agradou alguns residentes:

“Em janeiro, a coordenadora foi demitida pelo departamento... acho que foi bem ruim... ela segurou muito a nossa residência no passado... isso me instabilizou muito, me desestruturou... tinha essa coisa do laço afetivo, tinha essa coisa da admiração, ainda tem, né?” (E7)

Como isso ocorreu de forma inesperada, era possível sentir durante as reuniões realizadas entre coordenação, preceptores e residentes a tensão nos olhares e nas palavras proferidas para qualquer assunto que fosse discutido. A sensação era de um “campo minado”

em que qualquer gesto ou fala poderia desencadear discussões calorosas. Diversas reuniões aconteceram para reorganizar as coberturas entre as unidades, pois, mais uma vez, preceptores haviam saído do programa. Naquele momento, havia 4 preceptores em atividade, com 2 preceptores cumprindo aviso prévio. Como forma de suprir essa demanda, a residência na UBS Alvarenga deixou de existir e os R2 (na época R1 ainda), foram distribuídos entre as UBS União e Orquídeas. Com o tempo, a coordenação conseguiu pleitear aumento na bolsa de preceptores, o que há muito tempo estava sendo tentado. Isso atraiu o interesse de preceptores, levando a equipe a ficar com quadro completo de profissionais na proporção de 1 preceptor para 2 residentes, em meados de maio de 2021. Mesmo com o quadro de preceptores completo, os R2 se mantiveram nas unidades que haviam mudado no início do ano. A UBS Alvarenga se tornou, em 2021, novamente, unidade de cenário de prática com a entrada da nova turma de R1. Ainda nesse período, nessa unidade, questões de relacionamento interpessoal com acusações de violência de gênero dos preceptores homens sobre a preceptora mulher ocorreram. Diversas reuniões entre preceptores e coordenação ocorreram na tentativa de esclarecimento do ocorrido e comunicação das acusações à Comissão de Residência Médica (COREME) do município como forma de notificar o ocorrido. Apesar disso, não se chegou ao consenso, pois as partes envolvidas não identificaram violência em suas atitudes e a preceptora sim. Com isso, ela deixou o programa logo em seguida. A situação gerou muitas especulações entre o ocorrido e os residentes observavam o clima tenso entre o grupo de preceptoria, o que desestabilizou bastante o programa de residência. Mais tarde, um dos preceptores envolvidos acabou deixando o programa, uma vez que a relação interpessoal estava cada vez mais insustentável. E, então, mais uma vez, o grupo de preceptores ficou desfalcado. E novas adaptações foram necessárias. Recentemente, na UBS União, cenário de práticas de alguns dos R2 do programa, houve incompatibilidade de opiniões relacionadas ao modelo de acesso empregado e de atividades desenvolvidas na unidade, somado a acusações de violência de gênero e assédio moral por parte dos preceptores às residentes. Esses últimos fatos levaram à elaboração de uma carta de repúdio à coordenação do programa, que foi encaminhada à COREME, que abriu sindicância para elucidação do caso. Essa situação desencadeou momentos de tensão e prejuízo em saúde mental para todos os envolvidos, bem como para o programa como um todo. Noto que essas situações que ocorreram estariam presentes

independente da pandemia.

O preceptor do PRM MFC SBC tem papel de destaque na formação destes R2. Durante as entrevistas, percebe-se o alto valor que é dado a este profissional, bem como o nível de exigência a que este é submetido ao realizar seu trabalho, tornando a sua presença crucial para o desenvolvimento de uma boa residência. Quando este não está presente, fica claro que a percepção de formação com qualidade é questionável. O alto nível de conhecimento técnico, a boa comunicação, a experiência prévia e a alta performance em resolução de problemas que se relacionam com a residência são pontos essenciais para um preceptor ser chamado de “bom”. Criou-se um imaginário de perfeição e despersonalização das pessoas que escolhem ser preceptores, o que causa a estes, conflitos, desânimo, cansaço e sensação de inabilidade para exercer a função. A MFC prega a importância da humanização nas relações com os usuários e com a equipe em que trabalham, e, isso deve ser intensificado também na relação preceptor-residente.

4.4 O PROCESSO DE TRABALHO E FORMAÇÃO NO CENÁRIO DA PANDEMIA COVID-19

Todos os Programas de Residência Médica (PRM) tiveram seu processo de aprendizado transformado pela pandemia, mas isso não significa necessariamente prejuízo à formação de todas as especialidades. Esse período deve ser encarado como oportunidade de aprendizado com formação de profissionais experientes para lidar com situações semelhantes futuramente, uma vez que a residência médica tem compromisso com as questões e necessidades de saúde das pessoas (AFONSO *et al.*, 2020).

“O maior impacto na minha formação vem das políticas públicas que vêm sendo colocadas no Estado brasileiro...Esse desfinanciamento do SUS que vem junto com essa agenda neoliberal em que tudo vira mercadoria incluindo nossa própria saúde, Isso é uma reflexo do avanço do capitalismo” (E6);

“Não senti que foi o covid limitante das coisas. Acho que é mais cultura interna de unidades que dificultou e que se fosse fora do covid ia ser igual” (E1).

E6 faz crítica às políticas públicas impostas atualmente e que de alguma forma interferem em sua formação. O E1 dá pistas de que as organizações dos processos de trabalho podem interferir mais na formação do que a presença da COVID.

O preconizado para a formação do residente do PRM MFC dentro do cenário de

prática de SBC é a realização de atividades na UBS na maior parte do tempo, uma vez que a APS é seu campo de aprendizado principal. Os R2 deverão compor agenda nas equipes de ESF, e prestar atendimento às linhas de cuidado (gestante, puericultura, demanda espontânea, clínica, realização de procedimentos, visita domiciliar, reunião de equipe, abordagem comunitária, entre outros). Com a chegada da pandemia, o PRM teve que adaptar e reorganizar a agenda dos residentes conforme as várias deliberações da secretaria do município no sentido de controle da pandemia COVID-19, como forma de evitar as aglomerações (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2021). Vários Programas de Residência MFC alteraram seus cronogramas pedagógicos e assistenciais para lidar com a realidade sanitária mundial, garantindo assim a melhor formação possível. O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Distrito Federal durante o estágio de Consultório na Rua que tinha objetivos definidos baseados no Currículo de Competência do MFC, foi adaptado para acolher a população em situação de rua para atendimentos de sintomáticos respiratórios e outras questões trazidas e/ou percebidas pelos usuários e equipe de forma a prezar a integralidade do cuidado (RESENDE *et al.*, 2021). O PRM MFC de Anápolis, no estado de Goiás, suspendeu rodízios de estágios, realizou treinamento para paramentação e desparamentação dos EPI e implementou atividades didáticas em ambiente virtual (COSTA & FILHO, 2021). Ainda no Programa de Residência de Anápolis foram suspensos os ambulatórios e plantões fora do ambiente da APS e utilizada a telemedicina como forma de seguimento remoto de condições crônicas, monitoramento de casos de COVID-19, entre outros (FARIA, 2021).

Para os residentes de SBC, 2 aspectos foram muito mencionados nas entrevistas:

organização dos atendimentos no período pandêmico e o incentivo para utilização da telemedicina como forma de cuidado e acesso dos usuários aos serviços de saúde. Sobre a organização dos atendimentos ao público, as afirmações abaixo contextualizam a rotina de trabalho naquela época:

“Quando a gente entrou na residência em março de dois mil e vinte o atendimento tava bem limitado, bem restrito, para situações mais emergenciais e linhas de cuidados específicas” (E2);

“Minha rotina até mais ou menos julho foi atendendo basicamente casos mais urgentes e de demanda espontânea da minha equipe e de outras equipes também, fazendo pouco cuidado continuado” (E5);

“A gente passava muito tempo ocioso na UBS...era difícil até ter um direcionamento de quais eram as minhas principais demandas de aprendizado e tal porque elas não surgiam porque a gente não fazia atendimento” (E7).

No início de 2020, Bousquat e colaboradores realizaram uma pesquisa de abrangência nacional entre gestores e profissionais de saúde da APS com a participação de 2566 pessoas, cujo objetivo era identificar os principais constrangimentos e estratégias de reorganização da atenção primária utilizadas pelas equipes de ESF no enfrentamento da pandemia. Foi enviado de forma online um questionário contendo perguntas referentes à atuação da APS no cenário da pandemia. A maior parte das atividades de rotina haviam sido adaptadas em quase todas as UBS do país, com exceção de pré-natal e vacinação que em sua maioria foram mantidas da mesma forma que um período fora da pandemia. As consultas odontológicas, puericultura, atividades do NASF-AB e visita domiciliar dos ACS foram as atividades mais frequentemente suspensas e adaptadas para a realização de atividades referentes à vigilância e ou monitoramento de casos ou contatos de COVID-19. O agendamento de consultas para grupos prioritários, consultas médicas, de enfermagem e atendimento à demanda espontânea foram atividades adaptadas à distância (BOUSQUAT *et. al.*, 2020). Essas mudanças na organização do trabalho e o papel desempenhado pela APS no contexto da pandemia podem gerar vários questionamentos. Há dúvidas se as unidades poderiam ter desenvolvido estratégias mais intensas de monitoramento epidemiológico, orientação de medidas preventivas, desenvolvimento de ações comunitárias de apoio social e psicológico às famílias mais vulneráveis às situações de desemprego, insegurança alimentar e fome, articulando ações intersetoriais. Contudo, o que se verificou foi a necessidade contingente de evitar aglomerações e priorizar os atendimentos emergenciais, não evitando assim o agravamento de algumas condições de saúde mais crônicas, que exigem um atendimento longitudinal e um acompanhamento mais próximo. Tais avaliações sobre o papel da APS no contexto da pandemia também devem considerar o contexto das políticas públicas, em especial do SUS, no que diz respeito ao seu financiamento, ao direcionamento que as gestões federais, estaduais e municipais deram ao combate da pandemia, com todos os agravantes das perspectivas negacionistas, do atraso na compra de vacinas, das contradições entre a ação do governo federal e as pressões realizadas pelos outros entes federados (BOUSQUAT *et. al.*, 2020). Além das mudanças na organização dos serviços no contexto da pandemia, os residentes comentaram sobre o lugar que a telemedicina ocupou durante a sua formação realizada nesse contexto. Pode-se notar abaixo a visão de alguns residentes sobre a introdução do teleatendimento na rotina de trabalho que poderia ser realizado na forma de telefonema, contato via whatsapp ou por vídeo consulta:

“A partir de junho a gente ficou um tempo atendendo e fazendo tele atendimento.” (E5);
“No começo a gente não via ninguém, depois é um processo de muitas consultas virtuais, por telefone” (E3).

Os participantes abaixo comentam um pouco mais sobre o tema dos teleatendimentos, demonstrando sob seus pontos de vista os problemas, limitações e conclusões que encontraram durante suas práticas:

“Talvez se eu não tivesse covid, eu não teria tido a oportunidade de vivenciar o teleatendimento? Então, essa parte talvez tenha me agregado um pouco sim, até de ver como fazer e como não fazer, né” (E6);
“O lance dos teleatendimentos, começou como sendo uma coisa bacana e descambou para o lado ruim da coisa... Qual era o lado ruim da coisa? A gente ter que usar necessariamente a tecnologia do WhatsApp para resolver coisas que a gente resolveria melhor e mais fácil presencialmente, ou que as ACS poderiam resolver.” (E6);
“Fazendo muita teleconsulta, a gente não conhece a pessoa e perde toda a habilidade de avaliar como ela está, como elas se comportam” (E3).

Nos trechos anteriores, percebe-se o quanto foi incômodo para os entrevistados a utilização desse recurso. Uma das barreiras prevalentes na adoção da telemedicina na prática da assistência aos usuários é a presença de uma cultura desacostumada a compartilhar o cuidado através de meios digitais. Essa possibilidade de mudança pode ser ainda um desafio pois exige a aceitação e preparo dos usuários e do profissional que presta o atendimento (STEINMAN *et al.*, 2015). PAULA (2019), em sua tese de doutorado apresenta um quadro resumo dos principais benefícios e problemas da utilização da telemedicina. Dentre estes, no que se refere aos profissionais de saúde, podemos citar o aumento da produtividade, acesso a locais distantes e cooperação no trabalho em equipe. Para que a telemedicina seja plenamente desenvolvida nos serviços de saúde, é necessária infraestrutura de rede de dados, ou seja acesso à internet, o que foi demonstrado como fator limitante para execução desse tipo de assistência para esses residentes:

“Tentou-se incorporar uma tecnologia digital sem dar suporte técnico. Para utilizar o WhatsApp nas equipes a gente tinha que utilizar nosso próprio material, aí isso começou a gerar transtorno porque às vezes você esquecia de ocultar um número, a pessoa ligava de volta... Isso começou a onerar nós mesmos, a gente que utilizava nossos materiais... aí a gente começou a ser cobrado de fazer esses teleatendimentos, como se fosse uma coisa prioritária dentro da prática médica” (E6).

Não foi citada durante as entrevistas a questão da limitação de acesso dos usuários à

internet como preocupação ao cuidado que era possível prestar naquele momento. As unidades que comportam a residência são áreas vulneráveis economicamente e muitos não têm acesso à internet, pois lhe faltam coisas mais básicas que a conexão com o mundo digital. Diversas vezes durante minha atividade laboral, ouvia alguns residentes dizendo: “*Em tal local não pega sinal de internet*” ou “*A maioria não tem telefone celular*”, como impeditivo para manutenção do cuidado via teleatendimento, logo essa possibilidade de recurso de acesso não foi resolutive para os mais pobres. A presença de políticas de saúde, que incluem o acesso a internet e telemedicina como forma de cuidado parece ser o meio mais eficaz de estimular e desenvolver a modalidade em discussão.

Para o entrevistado E5, há um enfoque e aceitação diferente, entendendo esse método como potencial contribuinte de assistência ao cuidado:

“A questão da telemedicina que é um potencial parcial, dá pra usar pra algumas coisas... percebi que algumas coisas realmente podem ser resolvidas por telefone”
(E5).

A CNRM regulamenta os programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade quanto à carga horária. As atividades em serviço devem compor 70% a 80% da carga horária total do PRM e serem distribuídas entre consultas, atenção domiciliar, abordagem familiar e comunitária, atividades coletivas, escuta qualificada por ocasião do acolhimento e organização do cuidado dos serviços de APS. Para atividades em outros níveis de atenção está reservada a carga horária mínima de 10% do total do programa em estágios de urgência, emergência, enfermagem, atividades de gerenciamento, ambulatórios de atenção secundária e terciária. Quanto às atividades teóricas, a carga horária deve ser de 10% a 20% da carga horária total (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2015). Além das mudanças dentro dos processos de trabalho das UBS devido às restrições impostas pela pandemia, a coordenação do PRM alterou o cronograma da residência. A proposta curricular do PRM MFC SBC implica a vivência do residente nas redes temáticas prioritárias do SUS, tais como: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Serviço de Atenção Domiciliar, entre outras. Para o treinamento em competências no nível secundário são realizados estágios em Ambulatórios Especializados e outros Serviços que compõem a rede municipal com ênfase no atendimento de pessoas referenciadas pela APS com as afecções mais prevalentes na

comunidade. A carga horária destinada para realização desses estágios dentro do primeiro ano de curso é de cerca de 20% da carga horária total do programa (COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA SBC, 2020). Os estágios externos trazem a possibilidade de o residente conhecer a rede de saúde que compõe o âmbito do SUS nos diversos níveis de atenção, compreender a importância da APS como porta de entrada dos serviços de saúde, treinar a articulação e matriciamento com os diversos serviços, além de exercer seu papel junto ao especialista focal despertando um olhar diferente do MFC, qualificando a relação MFC- especialista focal, tornando o atendimento prestado ao paciente mais qualificado possível. Contudo, os estágios externos e programação de aulas sofreram alterações devido a pandemia. Alguns desses estágios foram cancelados no R1 e outros foram condensados no segundo ano (R2). Algumas repercussões podem ser analisadas entre os entrevistados:

“Agora a gente tá numa vibe de olhar os estágios externos como... eu vou ter que não atender mais...eu vou dificultar acesso da população... a gente já tem acesso já tão reduzido... Tanto na nossa grade normal assim de tempos de reunião e tempos teóricos e tal e ainda coloca um estágio a mais” (E4);

“Não ter estágios externos, foi péssimo, porque aí agora concentrou tudo e reduziu a carga horária... alguns estágios não fazem muito sentido nessa etapa... eu vejo mais uma culpa da própria gestão do município que não articulou o serviço para que eles ocorressem de maneira adequada e com segurança” (E6).

Os desafios impostos pela pandemia exigiram que a educação médica utilizasse novas estratégias para a formação, sendo representada pela Educação à Distância (EAD). Esta modalidade de ensino já era uma alternativa de ensino para formação e ganhou mais destaque devido à emergência sanitária mundial e a necessidade das medidas de distanciamento social (SANTOS *et al.*, 2020). Esta modalidade proporciona ao profissional a aquisição de conhecimento, permitindo que o aprendiz demonstre capacidade crítico-reflexiva, habilidades e competências para o desenvolvimento de suas funções, além de estimular e facilitar a produção de conhecimento a partir da autoaprendizagem (CESAR *et al.*, 2019). Como forma de manter o conteúdo pedagógico, algumas aulas no primeiro ano de especialização desses residentes foram realizadas através EAD. Para os residentes abaixo, a reflexão positiva acerca das aulas virtuais é o fato delas terem ocorrido como forma de manter atividade pedagógica. Não foram levantadas outras vantagens acerca dessa possibilidade de ensino:

“Tivemos aulas bacanas, aulas online... foi um grande trabalho da equipe de

preceptoria que ficou e da coordenação em manter tudo vivo” (E1);
“Ano passado a gente teve aulas online pra não ficar sem aula” (E2);
“Aulas online... não vejo como uma coisa ruim... É melhor do que não ter aula... adaptar de ter aula online acho isso super positivo... Tem limitações, claro, mas é impossível pelo próprio método e pela própria tecnologia.. Não dava. É uma pandemia” (E6).

Alguns residentes destacam aspectos negativos sobre a utilização do ensino à distância. O fato de um conteúdo ser realizado de forma online somado à falta de preparo do executor, no caso, o preceptor, parece desencadear insatisfação com o modelo que foi proposto:

“Tudo online fica mais difícil, mais difícil prestar atenção” (E1);
“Acho que ano passado foi bem ruim... as nossas aulas eram todas EAD... eu não consigo engajar no EAD... meu aproveitamento das aulas foi bem pouco” (E4)
“A questão da EAD foi bem ruim... Faltou da preceptoria, do corpo pedagógico uma intimidade com a ferramenta... ninguém tinha intimidade com a Ferramenta... Foi uma coisa que foi tipo imposta pro mundo inteiro do nada” (E4).

A falta de confiança no método de ensino por parte dos estudantes, seja por uma postura conservadora de aprendizagem, seja por resistência ao que é novo somada à percepção da necessidade de interação humana entre o professor e o aluno nessa relação, parecem justificar as frases dos residentes acima (VIDAL, 2002). Outro ponto que pode ser citado a respeito das aulas EAD foi a forma em que tudo aconteceu. As circunstâncias encontradas não permitiram um planejamento com uso de ferramentas adequadas para realização das aulas, muito menos preparo de quem estava ministrando-as. O que foi visto foi uma redução de danos pela necessidade de realizar um ensino remoto emergencial..

Por existir diversos processos de trabalho nas diferentes unidades frequentadas pelo PRM, alguns residentes experimentaram o atendimento a sintomáticos respiratórios, que pôde ser descrito como positivo. Pensando que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, e que os casos leves de síndrome gripal devem ser manejados por lá, esta experiência pode ter sido interessante para a formação dos residentes:

“Foi um grande desafio atender COVID na atenção primária e acho que isso gerou uma bagagem positiva, de repensar fluxos” (E1);
“A COVID-19 agregou pra eu trabalhar em cenário de guerra...eu me imaginava fazendo medicina num cenário de guerra mesmo” (E6).

Quanto à infraestrutura, os programas de residência de Medicina de Família e Comunidade devem oferecer estrutura física mínima que possibilite o atendimento ambulatorial de ao menos seis turnos semanais por residente para as diversas linhas de cuidado inerentes à formação, como já citado anteriormente. É importante que a agenda não seja determinada por faixa etária ou grupo populacional. A UBS que tiver a presença do médico residente deverá contar com equipe mínima completa de Saúde da Família e é desejável que esta disponha de equipamentos e instrumentos adequados aos atendimentos corriqueiros e à realização de procedimentos de pequeno porte, em caráter ambulatorial na atenção primária (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2015). Porém, a conjuntura não se mostra favorável à implantação de programas de residência. O sucateamento das instituições, a precarização e a privatização dos serviços, sobrecarga de trabalho para os profissionais dos serviços, o risco de exploração da mão de obra dos residentes, são alguns elementos que impactam diretamente a condução dos programas, afetando diretamente a prática profissional dos residentes e dos trabalhadores dos serviços, interferindo na consolidação dos programas de residência (SILVA *et al.*, 2020). Independente da presença da pandemia nos cenários de prática, algumas situações organizacionais do processo de trabalho se apresentavam como desafiadoras. Questões políticas também foram trazidas como obstáculos ao desenvolvimento do trabalho:

“Eu acho que tem sim influência da pandemia na desorganização, mas já era uma unidade que sofria por causa da falta de recurso humano mesmo” (E2); “Não tinha atendimento feito pelos médicos, todos os enfermeiros eram de todos os territórios, não tinha essa divisão por equipe” (E2);

“Devido a saída dos preceptores, a gente foi pra outras unidades, e a gente descobriu unidades sucateadas” (E6);

“Minha agenda não dava tanta vazão para minha equipe e eu atendia muita gente de outras equipes que estavam descobertas... aí a gente começou a sobrecarregar muito, começou a ter muito atrito com a gerência, principalmente porque ano passado foi um ano político” (E6);

Outro problema recorrente enfrentado pelas unidades que recebem a residência é a falta de salas para atendimento. Idealmente, cada profissional, independente da categoria, deveria ter disponível uma sala para uso, porém, existem muito mais profissionais que o espaço permite. Pensando que cada equipe que a residência compõe é composta por 2 médicos residentes, isso nunca seria possível, e, portanto, atividades fora da unidade eram estimuladas:

“A gente ficava tentando fazer atividade no território, por causa da questão de salas, que umas salas desde sempre era difícil” (E7).

Com a chegada de novos preceptores, foi possível a distribuição dos residentes em unidades de saúde que já recebiam médicos do PRM em anos anteriores. As mudanças na organização do acesso e assistência após flexibilização das medidas de controle da pandemia, foram sentidas como positivas nos cenários de prática, uma vez que estava-se executando o que era esperado de sua formação:

“As conversas com o técnico de enfermagem, quando ele ia te passar um caso é bem diferente de quando eu tenho uma conversa, os daqui da UBS Orquídeas, que a residência já tá há mais tempo” (E6)

“Mudei de unidade para uma unidade de acesso avançado que já era uma unidade, classicamente da residência, e aí melhorou muito a vida, de conseguir dar acesso para população” (E1);

É necessário que o espaço de formação esteja preparado para receber o residente em formação. Porém, pensando que o que vemos na APS pelo Brasil, é a presença de unidades de saúde com problemas (falta de estrutura física, insumos, medicações, materiais; profissionais nem sempre especializados em atenção primária à saúde, equipes de ESF incompletas, falta de entendimento e investimento da gestão sobre a importância da APS no sistema de saúde) apoiada na política de desmonte do SUS atual, a residência de MFC se dará dentro das realidades locais, no que é possível. Em SBC penso que as gestões locais que recebem e já recebiam a residência favorecem muito a presença da residência nos campos de prática, principalmente por estimular a participação nos espaços de discussão com todos os profissionais sobre as questões relacionadas aos processos de trabalho locais. Mudanças de acesso da população ao cuidado em saúde na UBS são sempre uma pauta frequentemente discutida, por exemplo. É deduzido que os profissionais que estão nessas UBS entendam a diferença entre o médico generalista e o médico de família e comunidade, quais os benefícios que esse profissional traz para a equipe e a população, mas nem sempre é assim. Às vezes vemos profissionais ocupando cargos dentro das equipes de ESF, sem nunca ter trabalhado em ESF, vindo de outro campo de atuação profissional que não APS, dificultando o trabalho em equipe. O problema não é o enfermeiro, psicólogo, nutricionista, educador físico ou médico, mas qualquer categoria profissional que nunca trabalhou com

ESF estar na APS. O problema é a falta de capacitação, de inserção desse profissional em seu novo campo de atuação, localmente. Faz parte da competência do MFC participar e estimular os espaços de educação permanente contribuindo para que as transformações locais possam acontecer. Outro ponto que observo são os profissionais antigos, com ampla experiência em Saúde da Família, que utilizam ainda o termo PSF para se referir à ESF. Alguns trazem à tona as memórias sobre o início do programa saúde da família, como era organizado, e como está diferente agora, e não enxergam os avanços da atenção primária, e, logo, não entendem as mudanças que ocorrem, apresentando dificuldade no próprio trabalho em equipe e relação interpessoal.

Uma forma de melhorar os processos de trabalho é a utilização da educação permanente nos próprios locais de atuação dos profissionais, principalmente quando este é desenvolvido pelos próprios trabalhadores. Ela permite reflexão coletiva sobre as atividades desenvolvidas pela equipe, bem como sobre as necessidades de saúde da população que presta assistência. Através da discussão dos problemas enfrentados no trabalho por todos os profissionais que compõem os cenários de atuação há o desenvolvimento de novos conhecimentos a partir das especificidades dos núcleos de conhecimento de cada categoria profissional, favorecendo um bom trabalho em equipe e melhora da assistência prestada. Em minha experiência profissional como médica da APS, sinto que às vezes as propostas de educação permanente dentro das unidades não são efetivadas, uma vez que sempre existe uma questão ou problema maior para ser resolvido. O engajamento profissional é baixo e sempre uma minoria se interessa em organizar e preparar o que e como serão realizadas as discussões dos processos de trabalho, e isso acaba sendo mais uma tarefa de sobrecarga daqueles que são mais engajados. No ano passado, quando atuava como preceptora na UBS União, sempre discutimos a necessidade de problematizar as questões de trabalho junto com a equipe. Através da utilização de ferramentas de planejamento em saúde e matrizes de solução de problemas, durante as atividades da residência, a educação permanente sempre surgia como fator importante de solução para problemas levantados. Inúmeras tentativas foram realizadas durante as reuniões e nunca se efetivaram. Hoje percebo que o fato de a equipe não participar da construção do planejamento de resolução dos problemas nas unidades não desperta interesse em realizar essas atividades, pois as mesmas não fazem sentido quando aquilo não é um problema para todos ou para maioria. A sensação que tenho

é que às vezes a residência em MFC precisa provar o tempo, a importância e a diferença que faz estar na APS. Nunca foi oferecido às equipes e profissionais uma apresentação sequer sobre o trabalho que o MFC faz, qual sua função, e o que é uma residência médica em rede. Logo, não há entendimento sobre o assunto e a inserção da residência torna-se dificultosa em novos cenários de prática, como pode ser percebido na frase do entrevistado abaixo:

“A residência não estava lá antes...isso entrava em choque, porque eu acho que eles não entenderam e não entendiam qual era o sentido da residência médica... isso impactava muito no cotidiano do trabalho” (E6);
“Tinham reuniões que eram muito exaustivas porque tinha muita demanda de coisas que a gente não ia dar conta de fazer...isso com certeza contribuiu pra dificultar que a gente pudesse conquistar a equipe” (E7);
“A gente chega lá e coloca algumas coisas diferentes, algumas pessoas não querem e ter uma agenda mais protegida então, pode ser que talvez incomode um pouco essa unidade” (E5).

Não há como uma situação ser denominada como importante e se exigir engajamento em algo, quando aquilo não é descoberto de forma coletiva como importante e não se pode exigir engajamento daquilo que não se compreende:

“Era um modelo de acesso muito difícil de lidar e aí eu lembro que eu ficava tentando várias alternativas que não exigiam mobilização da UBS porque a gente não estava conseguindo a adesão dos outros funcionários” (E7).

Alguns pontos devem ser inseridos na discussão do trabalho em equipe que vai além da educação permanente até aqui. Para desenvolver o trabalho é necessário confiança, comunicação, feedbacks, ética, habilidades individuais e respeito. A confiança está diretamente ligada à colaboração, pois, quanto mais confiança, haverá mais colaboração (ÁVILA *et al.*, 2013).

Nesse caminho vale a pena discorrer sobre as Residências Multiprofissionais que surgiram com a intenção de reorganizar os serviços de saúde, unindo em um mesmo espaço de formação diversos saberes que caminham rumo à integralidade das ações em saúde oferecidas à população, contribuindo assim para mudança do modelo biomédico (SILVA *et al.*, 2020). Logo, a presença de Residências Multiprofissionais no contexto da APS com formação conjunta com as Residências de Medicina de Família e Comunidade permitiria trocas de conhecimento, construção de novas práticas promovendo de fato o trabalho em equipe não centralizado na figura do médico. Tive a oportunidade enquanto preceptora do

Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade de Praia Grande de trabalhar em conjunto com o Programa de Residência Multiprofissional que era composta pelas categorias profissionais de enfermeiro, cirurgião dentista, psicólogo e fisioterapeuta. No cronograma pedagógico, havia disciplinas do chamado eixo transversal que eram realizadas entre as duas residências e tinham objetivo de discutir as políticas públicas do SUS e o papel da atenção primária à saúde. Infelizmente o PRM MFC SBC não tem a oportunidade de trabalhar com a Residência Multiprofissional do Município e infelizmente perde este potente ganho em formação.

Outra questão importante relativa às mudanças nos processos de trabalho no contexto da pandemia diz respeito às demandas reprimidas. Demanda em saúde pode ser definida como a presença do indivíduo no serviço que solicita acesso e resolução de seu problema. A demanda reprimida é constituída por usuários que foram desassistidos em algum momento, e que não obtiveram seu acesso dentro do sistema de saúde e que retornarão ao serviço para obtê-lo (CHAVEZ *et al.*, 2021). Com a pandemia houve a necessidade de priorização de atendimento de casos urgentes de COVID-19 em todo o sistema de saúde, o que resultou em fechamento temporário ou limitação de acesso ao cuidado de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No Brasil, como forma de minimizar a descompensação dessas doenças e evitar a sobrecarga posterior à flexibilização das medidas de isolamento social, foi ampliado o prazo para renovação de dispensação de medicamentos e autorizado o uso da telemedicina. Porém, a sobrecarga do sistema será inevitável. Os residentes encaram e se preocupam com esse efeito trazido pela pandemia:

“Metade de 2020 para frente começou a surgir e aparecer mais casos de demanda reprimida” (E2);

“Agora a gente tem uma demanda reprimida muito grande por conta da pandemia, essas pessoas ainda estão com muitos entraves de acesso” (E3); “Essa restrição de atendimento nas unidades possibilitou muito para que as coisas ficassem cozinhando nos seus locais para depois enfim estourar” (E4).

4.5 REFLEXÕES SOBRE A PANDEMIA

Uma das ideias desta pesquisa era encontrar elementos que pudessem ser levantados como agregadores para formação do residente de MFC no contexto da pandemia da COVID-19.

“Teve um pouquinho mais de vivência, talvez de situação de saúde mental e de luto” (E2).

Este residente enxergou como agregador sua vivência e manejo com questões relacionadas à saúde mental e luto em sua dinâmica de atendimento. Situação que talvez não fosse vivenciada se não houvesse a grande quantidade de famílias que perderam entes queridos e vivenciaram o luto, bem como as condições de saúde mental que o isolamento social, desemprego, piora das condições de vida trouxeram com a pandemia.

“Não ter muitos recursos para encaminhar o paciente meio que me obrigou a ser mais resolutiva naquele momento...ampliou a minha capacidade de querer resolver os problemas assim como a minha capacidade de abordar questões de saúde mental ” (E5);

“Na parte de locomoção, parte muscular, eu aprendi a orientar alongamento, atividade física, questões posturais e de autocuidado que eu talvez não orientasse se tivesse recursos ” (E5).

A entrevistada acima se viu sem apoio matricial para lidar com questões de saúde mental e autocuidado e enxergou como potencial a oportunidade de melhorar e buscar conhecimento próprio de temas que não tinha tanto conhecimento, o que é importante para o desenvolvimento de um bom MFC, mas que reforça o cuidado centrado no médico. Pensando na PNAB e no desmonte das equipes de NASF, isso se tornará muito comum para a prática do MFC que atua no SUS, pois o trabalho em equipe é cada vez menos realizado em equipe, porque quase não temos equipe. Mas e para as equipes que não têm médicos preparados e engajados em prestar diversas formas de cuidado? Quem vai cuidar? Ficarão desassistidas?

Outro ponto levantado como positivo foi a participação na organização de fluxos e decisões no trabalho. A pandemia exigiu articulação e empenho de todas as categorias profissionais para que os processos continuassem dentro do que era permitido.

“A gente teve uma oportunidade boa de vivenciar mais aspectos de gestão e de organização de acesso que talvez fora da pandemia, a gente não tivesse” (E2);

“A pandemia fez com que realidades e dificuldades que já existiam lá ficassem muito mais intensificadas e a partir dali o nosso trabalho também ficou mais árduo, com menos recurso e mais difícil...mas eu percebi que na dificuldade é que a gente consegue perceber as coisas com mais clareza, né?” (E3)

É possível considerar que, se não estivéssemos em um período pandêmico, atividades de gestão não teriam acontecido de forma natural e necessária e a função dos residentes seria em sua maioria de consultas médicas.

O maior tempo entre as consultas proporcionado pela pandemia foi visto como uma oportunidade para a residente abaixo. Este tempo a mais permitiu aprofundamento das discussões com o preceptor sobre questões trazidas nas consultas:

“Sempre quando aumenta o tempo Consulta é uma coisa que me agrada... foi me trazendo mais ferramentas pra eu explorar mais na consulta, só que em contrapartida na prática eu não teria tanto esse tempo” (E4).

O prejuízo na formação como residente de MFC foi percebido como menor em relação à outras residências, demonstrando que o trabalho na APS, que é campo de atuação no MFC, se manteve, e as residências que tinham objetivos de formação técnica foram mais prejudicadas:

“A gente continuou fazendo muito do que a gente faria se fosse fora da pandemia, a gente ainda continuava a fazer nosso pão com manteiga, arroz com feijão. Eu acho que a gente teve muitos prejuízos na formação com a pandemia, mas eu sinto que, pensando numa residência de medicina de família e comunidade, o nosso prejuízo foi bem menor do que outras residências mais técnicas, como tipo uma residência de cirurgia que basicamente era cirurgia eletiva e que foi totalmente cortado” (E4).

O sentimento de prestar assistência em ambiente de grande demanda, pouco recurso e incerteza foi relatada como uma experiência positiva:

“A gente se articulou enquanto atenção básica para receber o COVID. Eu me imaginava fazendo medicina num cenário de guerra mesmo..nosso atendimento ocorreu sem faltas, mas nessas precarizações” (E6).

Ao mesmo tempo, a alteração das rotinas das atividades executadas pela APS foi apontada como fator negativo para o aprendizado sobre a rotina de um médico de família inserido em uma ESF:

“Vivenciar o processo de formação dentro da pandemia foi frustrante por conta que existiam muitas expectativas, né?... Não ter a participação da comunidade no funcionamento da unidade, não ver as pessoas, eu senti muita falta. A gente precisa aprender a coordenar grupos, aprender a coordenar atividades e a gente não conseguiu fazer por conta da pandemia” (E3).

4.6 RELAÇÕES PROFISSIONAIS

O apoio entre alguns colegas da turma de residentes, bem como com os colegas de trabalho foi importante ponto de suporte para enfrentamento da pandemia dentro do cenário de trabalho:

“Meus colegas R1, foram pontos de apoio muito importante nesse período da pandemia” (E1);

“O trabalho foi um local de amparo, um local de amizade em que as pessoas se aproximaram mais no ambiente de trabalho porque esse era o único ambiente social possível naquele momento” (E3).

Porém, para outros residentes essa relação foi vista de forma diferente:

“Nosso grupo não conseguiu se firmar como grupo e não conseguiu firmar uma rede de apoio aos residentes, conflitos por diferenças ideológicas, com dificuldade de comunicação dentro dessas diferenças” (E4).

Foi perceptível para mim como preceptora desse programa de residência e especificamente deste grupo de residentes como a formação foi permeada por questões que vão muito além do aprendizado técnico, desenvolvimento de habilidades inerentes ao MFC e aperfeiçoamento clínico. As discussões sobre as relações pessoais, entre: residentes, preceptores-residentes, preceptores, residentes e coordenação, residentes e gestão, residentes e profissionais de saúde, ocuparam lugar de destaque na formação. A cada acontecimento associado às relações, oportunamente o grupo abria conversas em espaços coletivos de reuniões ou outros espaços protegidos. Cabe ressaltar que o grupo de preceptores também tinha comportamento semelhante. A fala a seguir aponta a importância que determinados fatos tiveram para a construção desses espaços de discussão:

“A saída da preceptora que também pediu demissão por ter sofrido violência de gênero e todas as questões que surgiram após isso e as discussões sobre violência de gênero” (E7).

Quando aconteceu este evento, a coordenação do programa realizou reuniões entre os envolvidos para apuração dos fatos que posteriormente foi notificado à COREME. O grupo de preceptores promoveu nova discussão sobre o assunto. Lembro-me o quanto foi desconfortável para os envolvidos a exposição ao grande grupo e como o teor da conversa foi difícil. Indubitavelmente os residentes tomaram conhecimento do ocorrido e alguns questionamentos foram levantados, sendo que o tema violência ganhou espaço nas atividades pedagógicas ou reuniões gerais. Percebia-se termos como *Mansplaining*¹, *Maninterrupting*², *Gaslighting*³, utilizados com bastante frequência entre esse grupo. Um grupo de preceptores e residentes criaram uma plataforma de denúncias para situações de violência que preceptores ou residentes pudessem sofrer a partir daquele momento.

¹ Recentemente, no mês de dezembro de 2021, os residentes (em sua maioria) do programa (R1 e R2) emitiram no grupo de whatsapp que existe entre coordenação, preceptores e residentes uma carta de repúdio a partir de suas interpretações sobre o que julgavam inconsistente com sua formação, incluindo questões éticas e a postura dos preceptores em relação aos residentes. A notificação foi entregue à COREME e sindicâncias estão acontecendo para apuração e resolução das citações. A troca de coordenação do programa por solicitação da gestão do município enfraqueceu a relação que já era frágil com a secretária de saúde por parte dos residentes. A coordenadora estava de licença maternidade na época e me lembro que isso foi levantado em conversas informais com o grupo como um fator agravante, uma vez que ela era vista como um figura de respeito e inspiração para alguns residentes. A aceitação e a confiança na nova coordenadora, que fazia parte da gestão local, foi delicada. O acontecimento pode ser resumido na frase abaixo:

“Em janeiro, a coordenadora foi demitida pelo departamento. Acho que foi bem ruim, ela segurou muito a nossa residência no passado. Isso me instabilizou muito, me desestruturou... tinha essa coisa do laço afetivo, tinha essa coisa da admiração, ainda tem, né?” (E7).

Situações de homofobia por parte de profissionais de saúde da unidade e machismo referido por uma residente por um preceptor, também foram citados nas entrevistas:

“Já chegaram a ocorrer situações de homofobia, né? Comigo e com o meu colega. Ocorreu machismo também com a nossa colega, vindo principalmente de profissionais” (E6).

Porém, o grupo de residentes não tinha opinião homogênea e pensavam e agiam de forma diferente, como é possível verificar na frase abaixo:

“Os colegas da residência são bem diferentes de mim. Encaram a residência de uma forma diferente de mim, muita teorização e tudo mais em detrimento da prática. Acho que essas coisas sempre me incomodaram, mas, me tornou uma pessoa mais resiliente” (E5).

¹ Mansplanning ocorre quando um homem julga que durante uma conversa com uma mulher ele tenha conhecimento maior do que ela sobre o conteúdo e não considera que talvez ela já saiba daquele assunto (KUTZKY., LAWSON 2019).

² Interruption pode ser definido quando um homem interrompe frequentemente uma mulher não permitindo que ela termine seu discurso (KUTZKY., LAWSON 2019).

³ Gaslighting significa manipulação psicológica e pode ser entendido quando uma pessoa através de seu discurso de forma indireta, manipula outra pessoa, fazendo com que a vítima duvide de sua própria memória ou sanidade (SOUZA, 2017).

Como pode ser percebido, a dimensão das relações pessoais e profissionais teve um papel importante no cotidiano de trabalho e de formação dos residentes, como seria esperado no funcionamento de qualquer grupo social. Ocorre que essa dimensão, segundo minha experiência como preceptora e conforme os relatos dos residentes nas entrevistas, tomou uma magnitude central, sendo questões que estariam presentes mesmo que a pandemia não tivesse surgido, embora com nuances singulares. Ou seja, a dimensão das relações, a meu ver, ocupa um lugar central na formação profissional, e entendo que esta pesquisa pôde corroborar essa ideia.

5 CONCLUSÕES

A pandemia da COVID-19 trouxe transformações em todos os segmentos da sociedade ao redor do mundo. Muitas famílias perderam entes queridos, pessoas empobreceram, ficaram desempregadas, passaram fome e desenvolveram e ou pioraram condições clínicas de saúde. A ciência e a medicina tiveram ampla necessidade de desenvolvimento rápido e seguro para romper a evolução dos desastres que a pandemia criou. O abismo social e econômico foi ampliado de forma rápida e incisiva nos diversos setores da sociedade. E, não poderia ser diferente com a formação médica, que se reorganizou para garantir que ela continuasse, uma vez que a mão de obra gerada nas residências médicas era essencial para a manutenção da assistência à população. O PRM MFC SBC tentou garantir a melhor formação possível do grupo de R2 que teve seu desenvolvimento completo dentro da pandemia. A partir desse contexto, as reflexões destes residentes em conjunto com as observações realizadas durante a atuação profissional da preceptoria, compuseram os resultados da pesquisa. A pandemia impactou a formação desta turma pois foi algo inesperado, atípico, que foi incorporado na vivência do cenário de prática de forma nunca antes vista. Para além da pandemia, outros temas foram percebidos como importantes influenciadores do processo de formação que a meu ver estavam presentes independente do período pandêmico ou foram agravados pela conjuntura atual. A dificuldade do programa de residência em manter um quadro de preceptores de forma estável, os diversos cenários de atuação em que os residentes foram inseridos, cada um com suas particularidades e organização, e as relações interpessoais vivenciadas por todos os atores do programa foram considerados elementos significativos na formação dos MFC. As residências em MFC são dispositivos importantes para o desenvolvimento da Atenção Primária e para a consolidação do SUS. Apesar de todas as dificuldades no que se refere ao financiamento da política de saúde, a questão da formação de profissionais sintonizados com as necessidades da população e preparados para construir respostas coletivas é vital para o Sistema de Saúde e para o bem estar da sociedade. Neste sentido, esta pesquisa pretendeu ser mais um elemento para contribuir com o enriquecimento desse processo, e com o fortalecimento das residências no Brasil.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Deise Herdy *et al.* Análise da Associação Brasileira de Educação Médica sobre os desafios da Residência Médica na pandemia da COVID-19. **Health Residencies Journal**, v. 1, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i3.4>. Acesso em: 06 jan. 2022.

ANDRADE, Camila Emerenciano Berrondo Menezes de; MOURA Monique Guerreiro de. Grupo de Saúde Mental com servidores de uma UBS do Distrito Federal: relato de experiência. **Health Residencies Journal**, v. 1, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i4.24>. Acesso em: 06 jan. 2022.

ÁVILA, Robson Nery; COUTO, Sabrina Valverde de Oliveira. **A importância do Trabalho em equipe: Uma revisão de literatura**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Faculdade Católica de Anápolis, Anápolis, 2013.

PREFEITURA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Manual do Residente do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de São Bernardo do Campo**. São Bernardo do Campo, 2021.

BARBOSA, Simone de Pinho. **O novo coronavírus na perspectiva da atenção primária à saúde**. Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020.

BENTES, Alessandra *et al.* **Preceptor de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A Contribuição de Quem Valoriza porque Percebe a Importância: Nós Mesmos!** Cadernos ABEM, v. 9, 2013. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEMVol09.p_df. Acesso em 15 dez. 2021.

BEZERRA, Carolina Rolim *et al.* Tenda do cuidado: profissionais de saúde assistidos durante a pandemia. **Cadernos ESP v.14, n. 1, 2020**.

BOMFIM, Ricarla Maria Oliveira Brito. **Médico na estratégia saúde da família - manter-se ou engajar-se? um estudo qualitativo sobre a permanência deste profissional na atenção primária à saúde**. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Campus de Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2012.

Bousquat Aylene *et al.* **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa**. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>. Acesso em 26 dez. 2021.

BRAUN, Joachim Von *et al.* The moment to see the poor. **Science**, 2020.

BROOKS, Samantha *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, p. 912-20, 2020.

CAMPOS, Claudinei José. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, Carlos Frederico Confort; Rios Izabel Cristina. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica É o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. , 108-118, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170138>. Acesso em 03 set. 2021.

CHAVEZ, Giannina Marcela *et al.* Teorização Da Demanda Por Profissionais E Usuários Da Estratégia Saúde Da Família: Espontânea, Programada, Reprimida. **SciELO**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ChR9ZRNWqfQPJhDBvr3Rfjj/?lang=pt#>. Acessado em: 27 dez. 2021.

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Manual do Residente**, São Bernardo do Campo, 2020.

COSTA, Frederico dos Santos Batista, *et al.* Mudanças decorrentes da pandemia de COVID-19 em um programa de residência médica em medicina de família e comunidade –relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, v. 07, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/24705>. Acessado em: 03 jan. 2022.

CRODA, Julio, et al. COVID-19 no Brasil: vantagens de um sistema unificado de saúde socializado e preparação para conter casos. **Revista Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>. Acessado em 05 mai. 2021.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Secretaria de Educação Superior. Mec, 2015.**

Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&category_slug=junho-2015-pdf&Itemid=30192. Acesso em 26 dez. 2021.

He, Katherine et al. “Addressing General Surgery Residents' Concerns in the Early Phase of the COVID-19 Pandemic.” **Journal of surgical education** vol. 77,4 (2020): 735-738. doi:10.1016/j.jsurg.2020.04.003. Acesso em 23 abr. 2021.

FARIA, Sabrina Feitosa. A importância da residência médica em medicina de família e comunidade e a reflexão de seu processo adaptativo frente à pandemia da COVID 19 - relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/23384/18787>. Acesso em 04 jan. 2022.

FERREIRA, IG.; WEBER, MB. The day after: the impact of COVID-19 pandemic on dermatology residency. **Actas Dermosifiliogr.** 2020 Nov 7:S0001-7310(20)30461-0.

English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2020.11.001. Epub ahead of print. PMID: 33171112; PMCID: PMC7648654. Acesso em 04 abr. 2021.

Saiba o que os grandes filósofos estão dizendo sobre o coronavírus. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 de Abril de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/04/saiba-o-que-os-grandes-filosofos-estao-di-zendo-sobre-coronavirus.shtml>. Acesso em 03 jun. 2021.

FONTES, Igor Ferreira. **A importância da Filosofia em meio à crise da Covid-19.** Le Monde Diplomatique Brasil, Brasil, 20 de Abril de 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-importancia-da-filosofia-em-meio-a-crise-da-covid-19/>. Acessado em 03 mar. 2021.

GARCIA, Leila Posenato.; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>. Acesso em 04 abr. 2021.

GUSSO, G., LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HARZHEIM, E.; *et al.* Ações federais para apoiar e fortalecer os esforços locais de combate ao COVID-19: Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do motorista. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

Ho, Cyrus Sh et al. “Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic.” **Annals of the Academy of Medicine, Singapore** v. 49, p. 155-160, 2020.

IMPrensa Oficial do Governo do Estado de São Paulo. **Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020**, São Paulo, Brasil.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas**. 2019;41:1-12. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 03 dez. 2021.

IZECKOSOHN, Melina Marques Vieira, *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>. Acesso em 04 jan. 2021.

JANAUDIS, Marco Aurélio. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. **O Mundo da Saúde**, v. 34, p. 300-310, 2010. Disponível em: DOI: 10.15343/0104-7809.20103300310. Acesso em 04 abr. 2021.

KARNAL, Leandro; CORTELLA, Mário Sérgio. **Karnal e Cortella: reflexões em tempos de coronavírus.** Revista Veja, São Paulo, 18 de Abril de 2020. Disponível em:

<https://veja.abril.com.br/saude/karnal-e-cortella-reflexoes-em-tempos-de-coronavirus/>. Acesso em 02 mar. 2021.

KUTZKY, Ursula; LAWSON, Robert. Gender Politics and Discourses of #mansplaining, #manspreading, and #manterruption on Twitter. **Sage Journals**, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2056305119861807>. Acesso em: 09 jan. 2022.

LUNA, Carleuza Oriente; LEÃO, Leticia. *Práticas Integrativas e Complementares Para Profissionais de Saúde no Enfrentamento à COVID-19*. **Biblioteca Virtual de Enfermagem**, Prefeitura Municipal do Rio Grande, 27 de Abril de 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/praticas-integrativas-e-complementares-para-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-a-covid-19/>. Acesso em 22 abr. 2021.

MANZINI, Eduardo José. *Entrevista Semi-Estruturada: Análise De Objetivos E De Roteiros*, 2000. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3145622/mod_resource/content/1/Entrevista%20semi%20estruturada%20estudo%20UNESP%20Mari%CC%81lia.pdf. Acesso em: 03 jan. 2022.

MAZZA, Cristina, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress Among Italian People During the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Researcha Public Health*, v. 17, 2020.

MC WHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. The Origins Of Family Medicine. Em I. R. MC Whinney, & T. Freeman, *Textbook of Family Medicine*, pp. 3-12, 2009. New York: Oxford University Press. Acesso em 03 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 1.248, De 24 De Junho De 2013**. Brasília, Brasil. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt1248_28_06_2013.html. Acesso em 04 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Edital N.29, De 27 De Junho De 2013**. Brasília, Brasil. Disponível em: <https://www.conass.org.br/ci-n116-publicado-o-edital-n29-para-selecao-de-projetos-de-programas-de-residencia-medica-prm-para-concessao-de-bolsas-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em 04 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **GVE Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília, Brasil. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavirus Brasil*, 2020. Disponível: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 04 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo de Manejo Clínico do Coronavirus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde*. Brasil, 2020.

OLIVEIRA, Denize Ornelas. **Implantação de um Programa de Residência Médica em**

Medicina de Família e Comunidade no SUS de município de grande porte da região metropolitana de São Paulo. *Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.* São Paulo, 2019.

OLIVEIRA, Vinicius Gomes, *et al.* Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 9, p. 85-89, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850). Acesso em 27 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)*, 30 de Abril de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em 01 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Organização Pan-Americana de Saúde, 02 de Abril de 2021.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 03 fev. 2021.

ORTEGA, Francisco; ORSINI, Michael. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Glob Public Health*, v. 15, p. 1257-1277, 2020. Disponível em: doi: 10.1080/17441692.2020.1795223. Acesso em 03 abr. 2021.

PAULA, Antonio da Cruz. (2019). *O potencial inovativo da indústria brasileira de telemedicina no segmento de telemonitoramento.* Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2019.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19(5), p. 1527-1534, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500031>. Acesso em 25 abr. 2021.

PEREIRA, R J et al. “The risk of COVID-19 transmission in favelas and slums in Brazil.” *Public health*, v. 183, p. 42-43, 2020. Disponível em: doi:10.1016/j.puhe.2020.04.042. Acesso em 06 mai. 2021.

PINTO Luis Felipe; GIOVANELLA Ligia. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Cien Saude Colet*. v. 23, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018. Acesso em 03 jun. 2021.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO- PRM MFC SBC. *Manual do PRM MFC SBC*, 2015.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO- PRM MFC SBC- *Manual do PRM MFC SBC*, 2022.

RESENDE, Ana Verônica de Sá, *et al.* A vivência de residentes de Medicina de Família e Comunidade no Consultório na Rua durante uma pandemia / A experiência de médicos de família residentes no estágio de Clínica de Rua durante a pandemia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-088>. Acesso em 05 jan. 2021.

RODRIGUES, Lucia Helena Guimarães Rodrigues *et al.* Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190212>. Acesso em 03 dez. 2021.

SANTOS, Boaventura De Sousa. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Edições Almedina, S.A., 2020.

SANTOS, Bruna Mascarenhas *et al.* Educação Médica durante a Pandemia da Covid-19: uma Revisão de Escopo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v 44. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200383>. Acesso em 03 dez. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. (2021). **Plano De Ação Covid-19 na Atenção Primária em Saúde**, 2021.

SARTI, Tiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v 29, 2020. Disponível em: doi: 10.5123/S1679-49742020000200024. Acesso em 04 abr. 2021.

SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acesso em 04 abr. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Pedido de Credenciamento do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade de São Bernardo do Campo**. São Bernardo do Campo, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil, 2017.

SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO. **Plano de Ação COVID-19 na Atenção Primária em Saúde**. Versão 9, São Bernardo do Campo, 2021.

SILVA, Andressa Henning; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para Análise de dados qualitativos**. *Qualit@s Revista Eletrônica*, Brasília, Distrito Federal, 2013.

SILVA, Cintia Alves da; ARAUJO, Maristela Dalbello. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *SciELO*, 2020. Disponível em: doi.org/10.1590/0103-1104201912320. Acesso em 6 abr. 2021.

SILVA, Hítalo Andrade, *et al.* Versão reduzida da Depression Anxiety Stress Scale-21: ela é válida para a população brasileira adolescente? *Einstein*, v. 14, p. 486-93, 2016.

SILVA, Silvia Martins Pinheiro; CLAUDINO, Karoline Claudino. O desgoverno Bolsonaro e o novo coronavírus: uma análise preliminar sobre o impacto social dessa combinação no Brasil. *Serviço Social em Perspectiva*, v. 5, n. 1, p. 32-50, 2021.

SILVA, Tuane Carla Moreira, *et al.* A atuação da enfermeira preceptora na residência de enfermagem em instituição militar. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 10, 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14862>. Acesso em 21 dez. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

Recomendações para a Qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, 2020. Disponível em:

[https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-p ara-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-p%20ara-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf). Acesso em 26 dez. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Vacinas COVID-19- Atualização. Guia Prático de Atualização**. Brasil, 2021. Disponível em:

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22908d-GPA-Vacinas_COVID19_-_Atualizac ao.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22908d-GPA-Vacinas_COVID19_-_Atualizac%20ao.pdf). Acesso em 02 abr de 2021.

SOUSA, Cristina Pereira. **Gaslighting: “Você está ficando louca?” As Relações Afetivas e a Construção das Relações de Gênero**. Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de Graduação em Psicologia. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179502/001067114.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 09 jan. 2022.

SOUZA, Pedro Gomes Almeida, *et al.* *Socio-Economic and Racial profile of Medical Students from a Public University in Rio de Janeiro, Brazil*. *SciELO*, v. 44, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190111>.ING. Acesso em: 04 jan. 2022.

STEINMAN, Milton, *et al.* Impacto da telemedicina na cultura hospitalar e suas consequências na qualidade e segurança do cuidado. *Gestão e Economia em Saúde Einstein*, v. 13, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/eins/a/Sx7Yfw9hhZwRdSFYbS344Gj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 dez. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas Coronavírus (COVID-19): informações para profissionais da APS: versão**

Porto Alegre: TelessaúdeRS, 2020. Disponível em:
<https://www.ufrgs.br/telessaunders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>.
Acesso em: 02 abr de 2021.

VALENTI, Valenti; SILVA, Alan Patrício. The effect of negationism on public health. **J Hum Growth Dev**, v. 31, p. 189-191, 2021; Disponível em:
<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/12299>. Acesso em 07 jul. 2021.

VIDAL, Elisabete. *Ensino à distância versus ensino tradicional*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Porto 2002. Disponível em:
<http://files.efa-portalegre.webnode.com/200000021-ecdc8edd85/educa%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20dist%C3%A2ncia.pdf>. Acesso em 07 dez. 2021.

VIEIRA, Pamela Rocha, *et al.* Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 33, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>. Acesso em 12 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Office for the Cordination of Humanitarian Affairs. **Inter-Agency Stanting Committee: World Health Organization**, 2020). Disponível em:
<https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-briefing-note-addressing-mental-health-andpsychosocial->. Acesso em 15 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (26 de Março de 2020). **World Health Organization**, 26 de março de 2020. Disponível em:
<https://www.who.int/health-topics/coronavirus/who-recommendations-to-reduce-risk-of-transmission-of-emerging-pathogens-from-animals-to-humans-in-live-animal-markets>. Acesso em 03 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization**, 02 de Abril de 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 03 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization**, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 28 dez. 2021. Acesso em 02 jan. 2022.

ZAREZADEH, Y; NASERI, K. Pandemia COVID - 19: A demanda cria sua própria oferta em programa de residência. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 70, 2020. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/347783857_Pandemia_COVID-19_A_demanda_cri_a_sua_propria_oferta_em_programa_de_residencia. Acesso em: 04 abr. 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Unidade Universitária Instituto Saúde e Sociedade
Departamento Saúde, Clínica e Instituições



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: Formação do Médico de Família e Comunidade no Contexto da Pandemia Covid-19

Pesquisador Responsável: Fernando Sfair Kinker

Local onde será realizada a pesquisa: São Bernardo do Campo/ SP

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito a você porque suas opiniões são imprescindíveis para este estudo. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda por que esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Fernando Sfair Kinker (telefone (13) 997762124, no endereço Rua Silva Jardim, 136, Vila Mathias, Santos- SP e e-mail fernando.kinker@unifesp.br e pesquisadora assistente Juliana Fernanda Romualdo, nos telefones (13) 33561705, celular (11) 987769952, no endereço: Rua Saldanha da Gama, 163, Bloco C, apto 1101, Bairro Itararé, município de São Vicente, Estado de São Paulo e e-mail julianafromualdo@gmail.com. Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, 5. andar (sala 557) CEP 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, às segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 12:00hs ou pelo e-mail cep@unifesp.br.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pelo pesquisador responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Página 1 de 3

Campus Baixada Santista – Instituto Saúde e Sociedade
Rua Silva Jardim, 136- Vila Matias – Santos
CEP: 11015-020
Tel: 13 32290100

	Rubrica do(a) Participante da Pesquisa
--	--

Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Unidade Universitária Instituto Saúde e Sociedade
Departamento Saúde, Clínica e Instituições



- ✓ **Justificativa para realização da pesquisa:** Partindo do contexto incomum trazido pela pandemia, torna-se relevante avaliar sob o ponto de vista dos residentes MFC de SBC, como estes enxergam sua formação. Este estudo ainda permitirá que o programa de residência se torne mais potente e fortalecido no âmbito municipal e para o SUS, na medida em que a pesquisa contribui para reflexão sobre a formação nos cenários de prática na APS;
- ✓ **Objetivos da pesquisa:** Analisar as percepções dos residentes do segundo ano de Medicina de Família e Comunidade do município de São Bernardo do Campo acerca de seu cotidiano e formação profissional experienciados na pandemia da COVID-19; Analisar e compreender a visão dos residentes de MFC sobre sua formação no contexto da pandemia da COVID-19; Avaliar a formação dos residentes de MFC na pandemia da COVID-19 e Analisar as vivências e experiências como médicos nos aspectos profissionais e pessoais de suas vidas dentro de uma pandemia;
- ✓ **População da pesquisa:** Os sujeitos do estudo serão residentes do segundo ano do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município de São Bernardo do Campo (PRMFC SBC);
- ✓ **Procedimentos aos quais será submetido(a):** Você será convidado inicialmente a preencher um questionário sócio demográfico que terá duração aproximada de 10 minutos. Após, será iniciada uma entrevista individual partindo de um roteiro semi estruturado de acordo com o tema do projeto, que após será transcrito. A entrevista será áudio gravada através de gravador, e será realizada em seu local e expediente de trabalho, de forma segura, protegida e sigilosa e terá em média duração de 60 minutos. Após a realização da transcrição, os registros em áudio serão eliminados, mantendo a identidade preservada. De forma alguma as gravações serão divulgadas e identificadas, sendo as mesmas de uso exclusivo do pesquisador até o término das transcrições.
- ✓ **Riscos em participar da pesquisa:** A entrevista poderá provocar ao participante algum constrangimento ou desconforto emocional;
- ✓ **Benefícios em participar da pesquisa:** Contribuir com a melhoria do programa de residência e promover reflexão sobre seu processo de formação na residência médica;
- ✓ **Privacidade e confidencialidade:** As gravações de voz, respostas do questionário e documentos das transcrições serão tratados de forma a garantir a privacidade e confidencialidade do participante. Os dados pessoais, bem como os dados da pesquisa não permitirão a identificação do participante;
- ✓ **Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa:** O participante terá o direito de obter o acesso ao resultado da pesquisa, caso solicite;
- ✓ **Custos envolvidos pela participação da pesquisa:** a participação na pesquisa não pode envolver custos ao participante, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles deverão ser ressarcidos pelo pesquisador responsável;
- ✓ **Danos e indenizações:** Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais o Sr. (Sra.) será submetido(a), lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito pelo pesquisador, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Página 2 de 3

Campus Baixada Santista – Instituto Saúde e Sociedade
 Rua Silva Jardim, 136- Vila Matias – Santos
 CEP: 11015-020
 Tel: 13 32290100

--	--

Rubrica do(a) Participante da Pesquisa

Universidade Federal de São Paulo
 Campus Baixada Santista
 Unidade Universitária Instituto Saúde e Sociedade
 Departamento Saúde, Clínica e Instituições



Autorização sobre o uso da gravação da voz na pesquisa

Assinale abaixo sobre a decisão de utilização de sua voz na pesquisa atual e utilização em pesquisas futuras:

- () Eu autorizo o uso da gravação de voz dos procedimentos propostos neste estudo, e estou ciente de que serei consultado sobre a utilização destas informações em pesquisas futuras.
 () Eu NÃO autorizo a gravação de voz dos procedimentos propostos neste estudo.

Decisão sobre a utilização de sua voz em Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo a minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a) participante: _____

Endereço: _____

RG: _____; CPF: _____

Assinatura: _____ local e data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____ Local/data: _____

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____; Assinatura: _____

Página 3 de 3

Campus Baixada Santista – Instituto Saúde e Sociedade
 Rua Silva Jardim, 136- Vila Matias – Santos
 CEP: 11015-020
 Tel: 13 32290100

	<small>Rubrica do(a) Participante da Pesquisa</small>
--	---

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Prezado entrevistado,

Este questionário visa traçar o perfil sociodemográfico dos entrevistados nesta pesquisa. É de livre escolha do participante responder as perguntas abaixo.

Nome do entrevistado: _____

Local da entrevista: _____

Data da entrevista: _____

1. Idade: _____
2. Gênero: _____
3. Cor da pele: _____
4. Estado civil: _____
5. Tem filhos? Se sim, quantos?: _____
6. Religião: _____
7. Naturalidade: _____
8. Alguma deficiência? Se sim qual?
9. Cidade que reside atualmente: _____
10. Frequentou universidade () pública () privada
11. Tempo de formado: _____
12. A residência de Medicina de Família e Comunidade foi sua primeira opção ?

13. Fez outra residência? Se sim, qual? _____

APÊNDICE C - ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA A PESQUISA

1. Por que escolheu MFC como especialidade médica?
2. Descreva como tem sido sua rotina de trabalho e formação na residência desde o ano de 2020.
3. Como tem sido a relação com os profissionais da equipe que você trabalha e com os usuários atendidos por você dentro deste período pandêmico?
4. Como é para você, vivenciar seu processo de formação como MFC no contexto da pandemia? O que você acha relevante citar sobre as adaptações que o programa de residência fizeram para que a sua formação ocorresse nessa situação?
5. Quais desafios de realizar uma residência no contexto da pandemia aparecem como agregadores na sua formação?
6. Fale-me como você tem lidado com a pandemia na sua vida pessoal.
7. Conte-me como você se vê profissionalmente ao término de sua formação.

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA A PESQUISA



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde
Departamento de Apoio à Gestão do SUS

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Eu, abaixo assinado, na qualidade de diretora de Departamento de Apoio a Gestão, declaro ciência da realização da pesquisa intitulada "Formação do Médico da família e comunidade no contexto da Pandemia COVID-19", a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana Fernanda Romualdo da Unifesp. Este projeto será realizado no Departamento de Atenção Básica.

Afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo, e sinalizar que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições bem como para atender eventuais problemas dela resultantes. Da mesma forma, estamos cientes dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do(a) pesquisador(a) aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo(a) a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

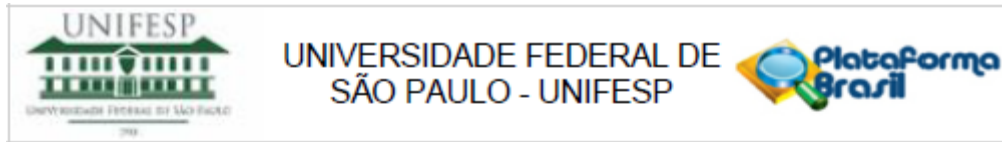
Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador(a) deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, CEP/HM.

No caso do não cumprimento dos itens acima, há a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

São Bernardo do Campo, 7 de junho de 2021.

Valquíria de Souza Ojehizian
Diretora de Departamento

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Pesquisador: FERNANDO SFAIR KINKER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47833421.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.882.143

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0650P/2021 (parecer final)

Trata-se de projeto de Mestrado de Juliana Fernanda Romualdo

Orientador: Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

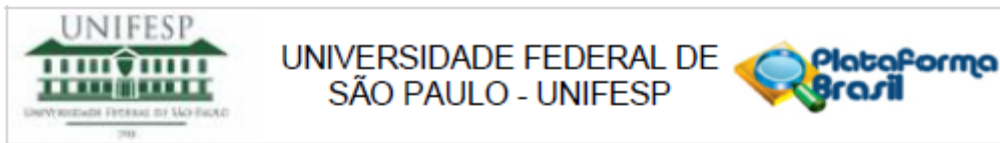
Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Campus Baixada Santista, Instituto De Saúde E Sociedade, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1762390.pdf> postado em 08/06/2021).

APRESENTAÇÃO:

Introdução. Os anos de 2020 e 2021 ficarão marcados historicamente pela grande pandemia da COVID-19. O coronavírus foi e ainda é responsável por números exorbitantes de contaminação e mortes em todo mundo. Grandes esforços como isolamento social e quarentena foram instituídos como forma de controle da doença, o que gerou diversas transformações nos ambientes social, econômico, educacional e comportamental da população mundial. A formação médica dentro dos programas de residência, tiveram sua rotina de aprendizado modificada devido a grande necessidade de concentração de esforços para contenção da doença. A partir desse contexto, sob

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.882.143

o olhar do PRMFC SBC, foi visto como relevante um estudo das impressões dos residentes sobre sua formação nesse ambiente caótico. **Objetivos. Geral:** Analisar as percepções dos residentes do segundo ano do PRM MFC SBC acerca de seu cotidiano e formação profissional experienciados na pandemia da COVID-19. **Específicos:** (a) analisar e compreender a visão dos residentes sobre sua formação no contexto da pandemia da COVID-19; (b) analisar as vivências e experiências como médicos nos aspectos profissionais e pessoais de suas vidas dentro de uma pandemia. **Método.** Trata-se de um estudo qualitativo que se dará através da realização de entrevistas de residentes do segundo ano do programa, a partir de roteiro semiestruturado focado na vivência profissional e pessoal dentro da pandemia. Pretende-se entrevistar todos os nove residentes do segundo ano. Estes serão convidados a participar da pesquisa de forma espontânea através do TCLE. A análise das entrevistas se dará pela técnica de análise de conteúdo que permite a avaliação das informações obtidas através da interpretação objetiva e subjetiva das narrativas.

HIPÓTESE:

Trabalha-se com a hipótese de que o surgimento da epidemia de COVID-19 alterou sobremaneira a formação dos residentes, uma vez que estes tiveram que se adaptar às necessidades e às condições reais dos cenários de prática para desenvolverem as ações de formação. Estas mudanças dificultaram alguns aspectos da formação, como a alteração do contato com os usuários dos serviços, a dificuldade de acessar quadros diferentes dos processos saúde-doença, ao mesmo tempo em que trouxeram novos desafios que puderam contribuir para o amadurecimento e o protagonismo dos residentes.

Objetivo da Pesquisa:

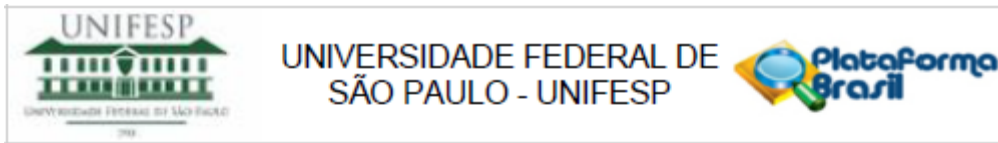
OBJETIVO PRIMÁRIO:

Analisar as percepções dos residentes do segundo ano de Medicina de Família e Comunidade do município de São Bernardo do Campo acerca de seu cotidiano e formação profissional experienciados na pandemia da COVID-19.

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

Analisar e compreender a visão dos residentes de MFC sobre sua formação no contexto da pandemia da COVID-19 Avaliar a formação dos residentes de MFC na pandemia da COVID-19 Analisar as vivências e experiências como médicos nos aspectos profissionais e pessoais de suas vidas dentro de uma pandemia

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.882.143

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

RISCOS:

Toda pesquisa realizada com seres humanos pode implicar riscos. A entrevista poderá provocar ao participante algum constrangimento ou desconforto emocional; caso isso ocorra, este poderá deixar a pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS:

Contribuir com a melhoria do programa de residência e promover reflexão dos residentes seu processo de formação na residência médica;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

RISCOS:

Toda pesquisa realizada com seres humanos pode implicar riscos. A entrevista poderá provocar ao participante algum constrangimento ou desconforto emocional; caso isso ocorra, este poderá deixar a pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS:

Contribuir com a melhoria do programa de residência e promover reflexão dos residentes seu processo de formação na residência médica;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.

2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a) Carta de Anuência da Secretaria de Saude de São Bernardo do campo | Documento: CartadeAnuenciaSBC.pdf

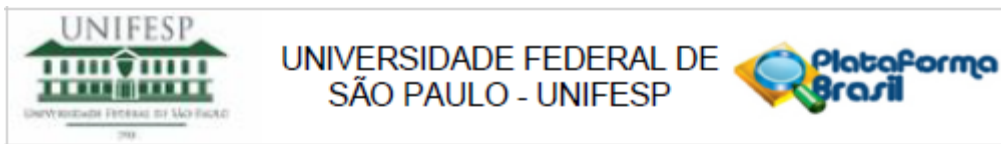
3- O modelo do TCLE foi apresentado pelo(a) pesquisador(a).

4- O modelo de questionário e roteiro de entrevista está anexado no final do projeto detalhado e anexado na plataforma Brasil.

Recomendações:

O CEP/UNIFESP recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.882.143

exclusivamente para a pesquisa. Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da pesquisa. Recomendamos que os pesquisadores, antes do início da coleta de dados, busquem informações sobre quais são os instrumentos/ferramentas mais seguros para realizar as gravações, e também para armazenar o material a fim de garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Resposta ao Parecer nº 4.864.032 de 23 de Julho de 2021. projeto aprovado

Resposta de pendência

PENDÊNCIA 1. 1. Solicita-se que o nome do Juliana Fernanda Romualdo (citado na folha de capa do projeto detalhado), seja incluído no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, nos campos "Assistente" ou "Equipe de Pesquisa" (na Aba 1).

RESPOSTA: O nome de Juliana Fernanda Romualdo foi inserido no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil.

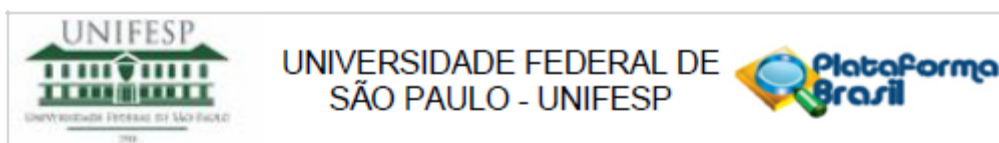
PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 2. Na pg 28 do projeto detalhado lê-se: "Estes residentes serão convidados a participar de entrevistas individuais". Solicita-se esclarecer como ocorrerá o recrutamento dos participantes.

RESPOSTA: Foi detalhada a forma como os participantes serão recrutados. Eles serão convidados pessoalmente pela pesquisadora, que lerá o TCLE, tendo os mesmos a liberdade de se recusar a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão (ser participante do segundo ano da residência) também estão explícitos, conforme texto abaixo inserido na página 28:

"Estes residentes serão convidados pessoalmente pela pesquisadora para participar das entrevistas de forma individual, uma vez que exercem as atividades profissionais e de formação no mesmo local que a mesma. A participação da pesquisa se dará de forma voluntária e opcional, não sendo

Endereço:	Rua Botucatu, 740		
Bairro:	VILA CLEMENTINO	CEP:	04.023-900
UF:	SP	Município:	SAO PAULO
Telefone:	(11)5571-1062	Fax:	(11)5539-7162
		E-mail:	cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.882.143

obrigatória e não causando prejuízo aos que optarem por não participar. Primeiramente será realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto ao participante da pesquisa. Neste momento, o participante, caso não concorde com algum ponto da pesquisa poderá desistir da participação sem ônus algum. Lido o TCLE, será solicitado que estes preencham questionário de perfil sociodemográfico que terá duração aproximada de 10 minutos (anexo 1). Após, serão realizadas as entrevistas a partir de roteiro semiestruturado (anexo 2). O tempo estimado para a entrevista será de aproximadamente 1 hora. Os critérios de inclusão são: ser residente do segundo ano do PRM MFC SBC e ter o desejo de participar do estudo. Não existe critério de exclusão."

Essas modificações foram inseridas no Projeto Detalhado (Projetov2_28jul2021) e no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

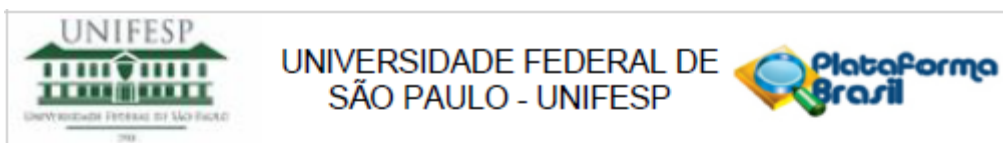
PENDÊNCIA 3.. Solicita-se incluir na metodologia do projeto detalhado e no TCLE o tempo necessário para preenchimento dos questionários e duração das entrevistas.

RESPOSTA: foi inserido na metodologia do Projeto e no TCLE o tempo necessário para o preenchimento dos questionários , bem como a duração da entrevista, como segue:

No projeto detalhado (Projeto2_28jul2021), e no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil, o texto ficou da seguinte forma:

"Estes residentes serão convidados pessoalmente pela pesquisadora para participar das entrevistas de forma individual, uma vez que exercem as atividades profissionais e de formação no mesmo local que a mesma. A participação da pesquisa se dará de forma voluntária e opcional, não sendo obrigatória e não causando prejuízo aos que optarem por não participar. Primeiramente será realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto ao participante da pesquisa. Neste momento, o participante, caso não concorde com algum ponto da pesquisa poderá desistir da participação sem ônus algum. Lido o TCLE, será solicitado que estes preencham questionário de perfil sociodemográfico que terá duração aproximada de 10 minutos (anexo 1). Após, serão realizadas as entrevistas a partir de roteiro semiestruturado (anexo 2). O tempo estimado para a entrevista será de aproximadamente 1 hora. Os critérios de inclusão são: ser residente do segundo ano do PRM MFC SBC e ter o desejo de participar do estudo. Não existe critério de exclusão.

Endereço:	Rua Botucatu, 740	CEP:	04.023-900
Bairro:	VILA CLEMENTINO		
UF:	SP	Município:	SAO PAULO
Telefone:	(11)5571-1062	Fax:	(11)5539-7162
		E-mail:	cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.882.143

No documento TCLEv2_28jul2021, o texto ficou da seguinte forma:

Procedimentos aos quais será submetido(a): Você será convidado inicialmente a preencher um questionário sócio demográfico que terá duração aproximada de 10 minutos. Após, será iniciada uma entrevista individual partindo de um roteiro semi estruturado de acordo com o tema do projeto, que após será transcrito. A entrevista será áudio gravada através de gravador, e será realizada em seu local e expediente de trabalho, de forma segura, protegida e sigilosa e terá em média duração de 60 minutos. Após a realização da transcrição, os registros em áudio serão eliminados, mantendo a identidade preservada. De forma alguma as gravações serão divulgadas e identificadas, sendo as mesmas de uso exclusivo do pesquisador até o término das transcrições.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 4. Solicita-se incluir na metodologia do projeto detalhado quais serão os cuidados para evitar a identificação dos participantes a partir do material gravado.

RESPOSTA: Foram inseridos na metodologia do projeto, quais serão os cuidados para evitar a identificação dos participantes, indicando que apenas o pesquisador terá acesso às informações, e que o material gravado será eliminado posteriormente à transcrição, conforme segue:

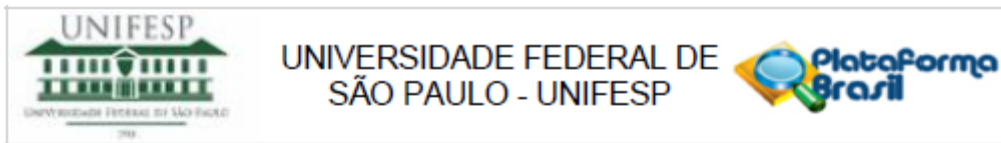
As entrevistas serão áudio gravadas através de gravador, um equipamento da pesquisadora e serão realizadas nos ambientes e expedientes de trabalho dos participantes. Ocorrerão nas salas de atendimento em horários previamente agendados com cada participante, em local seguro, protegido e sigiloso e terão em média duração de 60 minutos. Antes de iniciar as gravações, será explicado ao participante que após a realização da transcrição, os registros serão eliminados, mantendo-se a identidade preservada. De forma alguma as gravações serão divulgadas e identificadas, sendo as mesmas de uso exclusivo do pesquisador até o término das transcrições.

Estas informações estão na metodologia do projeto (Projeto2_28jul2021) e no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 5 TCLE

Endereço:	Rua Botucatu, 740		
Bairro:	VILA CLEMENTINO	CEP:	04.023-900
UF:	SP	Município:	SAO PAULO
Telefone:	(11)5571-1062	Fax:	(11)5539-7162
		E-mail:	cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.882.143

5.a) Solicita-se mudar o pesquisador responsável, pois o pesquisador responsável é o Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker, e também incluir o e-mail, telefone e endereço do pesquisador responsável. A Juliana Fernanda Romualdo pode permanecer no TCLE como pesquisadora assistente.

Resposta: Foram inseridos os dados do pesquisador principal e da pesquisadora assistente no documento TCLEv2_28jul2021, como segue:

"Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Fernando Sfair Kinker (celular 13 997762124, Rua Silva Jardim 136, Vila Matias – Santos-SP ; email: fernando.kinker@unifesp.br) e pesquisadora assistente Juliana Fernanda Romualdo, nos telefones (13) 33561705, celular (11) 987769952, no endereço: Rua Saldanha da Gama, 163, Bloco C, apto 1101, Bairro Itararé, município de São Vicente, Estado de São Paulo e e-mail julianafromualdo@gmail.com."

5.b) Retirar os tópicos "Forma de acompanhamento do tratamento:" e "Métodos alternativos de tratamento e/ou tratamento padrão:"

Resposta: foram retirados do TCLE os tópicos " Formas de acompanhamento do tratamento" e "Métodos alternativos de tratamento e/ou tratamento padrão", porque não se aplicam à pesquisa.

5.c) incluir quais serão os cuidados para evitar a identificação dos participantes a partir do material gravado e também incluir campo para que o participante decida se a sua voz poderá ou não ser utilizada no modelo proposto, informando-o de que será reconsentido futuramente caso a imagem e/ou voz seja utilizada em pesquisas futuras. Exemplo: () Eu autorizo o uso a gravação da voz dos procedimentos propostos neste estudo, e estou ciente de que serei consultado sobre a utilização destas informações em pesquisas futuras. () Eu NÃO autorizo a gravação da voz sons dos procedimentos propostos neste estudo.

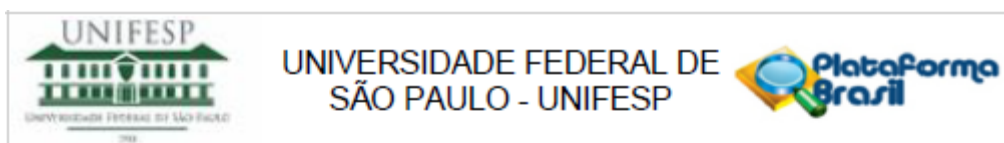
Resposta: foi inserido no TCLE (TCLEv2_28jul2021)o seguinte texto:

"Autorização sobre o uso da gravação da voz na pesquisa

Assinale abaixo sobre a decisão de utilização de sua voz na pesquisa atual e utilização em pesquisas futuras:

() Eu autorizo o uso da gravação de voz dos procedimentos propostos neste estudo, e estou ciente de que serei consultado sobre a utilização destas informações em pesquisas futuras.

Endereço:	Rua Botucatu, 740		
Bairro:	VILA CLEMENTINO	CEP:	04.023-900
UF:	SP	Município:	SAO PAULO
Telefone:	(11)5571-1062	Fax:	(11)5539-7162
		E-mail:	cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.882.143

() Eu NÃO autorizo a gravação de voz dos procedimentos propostos neste estudo.

Também foi inserido no projeto detalhado (Projetov2_28jul2021) o seguinte texto:

"As entrevistas serão áudio gravadas através de gravador, um equipamento da pesquisadora e serão realizadas nos ambientes e expedientes de trabalho dos participantes. Ocorrerão nas salas de atendimento em horários previamente agendados com cada participante, em local seguro, protegido e sigiloso e terão em média duração de 60 minutos. Antes de iniciar as gravações, será explicado ao participante que após a realização da transcrição, os registros serão eliminados, mantendo-se a identidade preservada. De forma alguma as gravações serão divulgadas e identificadas, sendo as mesmas de uso exclusivo do pesquisador até o término das transcrições."

PENDÊNCIAS ATENDIDAS

Considerações Finais a critério do CEP:

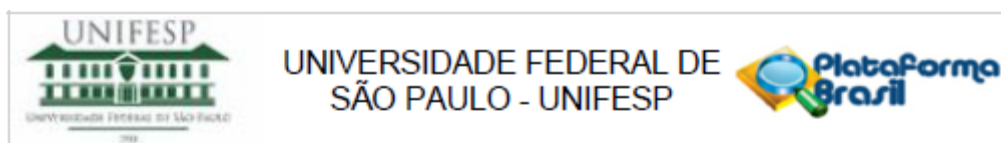
1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1782390.pdf	29/07/2021 17:08:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEv2_28jul2021.docx	29/07/2021 14:57:18	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoV2_28jul2021.docx	29/07/2021 14:57:04	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.doc	29/07/2021 14:56:43	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoJuliana.pdf	08/08/2021 15:52:57	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Outros	CadastroCEPassinado.pdf	08/08/2021 15:52:09	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.882.143

Outros	CartadeAnuenciaSBC.pdf	08/06/2021 15:49:22	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistas.docx	25/05/2021 18:00:43	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	25/05/2021 17:58:16	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/05/2021 17:55:55	FERNANDO SFAIR KINKER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Agosto de 2021

Assinado por:
Paula Midori Castelo Ferrua
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br