

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)

TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI



**LONGITUDINALIDADE NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE: COMO CONCILIAR FORMAÇÃO E CUIDADO?**

CURITIBA

2019

TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI

**LONGITUDINALIDADE NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE: COMO CONCILIAR FORMAÇÃO E CUIDADO?**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Setor de Saúde Coletiva, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sabrina Stefanello.
Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas.

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

B625 Bizinelli, Tayciele Schenkel Quintana
Longitudinalidade na residência de medicina de família e comunidade : como conciliar formação e cuidado? [recurso eletrônico] / Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Sabrina Stefanello

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas

1. Medicina de família e comunidade. 2. Atenção primária a saúde. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Internato e residência. I. Stefanello, Sabrina. II. Dantas, Deivisson Vianna. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: W84.6

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, BIBLIOTECÁRIA: RAQUEL PINHEIRO COSTA
JORDÃO CRB 9/991 COM OS DADOS FORNECIDOS PELA AUTORA

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
 33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI intitulada: Longitudinalidade na residência de medicina de família e comunidade: como conciliar formação e cuidado?, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 29 de Março de 2019.

SABRINA STEFANELLO
 Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

PAULO PÓLI NETO
 Avaliador Interno (UFPR)

GUSTAVO TENÓRIO CUNHA
 Avaliador Externo (UNICAMP)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todos os preceptores de residência, que todos os dias transmitem seu conhecimento e carinho aos seus residentes.

A minha mãe e minha vó que sempre estão ao meu lado me dando suporte, carinho e força.

E a meu marido Bruno, por me ajudar a crescer todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha mãe e à minha vó, pelo amor dado e que sempre me incentivaram a dar o meu melhor em tudo que eu fizesse, se hoje estou aqui devo ao apoio e incentivo delas.

Ao meu esposo e também colega deste mestrado Bruno Bizinelli, pela convivência diária, pela possibilidade de crescimento mútuo e nesta dissertação principalmente pelo apoio nos momentos de cansaço e frustrações.

À minha orientadora Prof. Dr.^a Sabrina Stefanello, por ter sido uma ótima, doce e divertida orientadora, por aceitar desenvolver comigo esta pesquisa e me dar palavras de apoio quando pensava que não seria possível.

A todos os meus residentes, foi para o melhor na formação de vocês e pelo sentimento que vocês me passam que idealizei esta pesquisa.

À minhas atuais residentes Thalyta, Bárbara e Fabiana, por terem me dado força e amizade, por terem suportado firme meus momentos de ausência e principalmente por terem aguentado momentos de nervosismo e de eventuais tristezas inerentes desta jornada.

Aos colegas de mestrado e também aos demais tutores, por terem passado comigo lado a lado, esses momentos de muito trabalho e dedicação, com leveza e diversão, além de terem contribuído muito com minha formação com suas posições.

Aos acadêmicos de Medicina Pedro e Priscilla, por toda a ajuda na realização nos grupos focais e no auxílio das transcrições do material.

À Universidade Federal do Paraná por ter me proporcionado excelência em mais uma etapa da minha formação.

E às Médicas de Família e Comunidade Camila Ament, Joseane Mouzinho e Tânia Pires por serem exemplos de pessoas, médicas e mulheres em minha jornada profissional.

“Não sei como pareço aos olhos do mundo, mas eu mesmo vejo-me como um pobre garoto que brincava na praia e se divertia em encontrar uma pedrinha mais lisa uma vez por outra, ou uma concha mais bonita do que de costume, enquanto o grande oceano da verdade se estendia totalmente inexplorado diante de mim. ”

Sir Isaac Newton

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada imprescindível para a efetividade de um sistema de saúde, para isso o entendimento de seus atributos é essencial. A longitudinalidade é um deles e é fundamental que o médico de família e comunidade (MFC) a desenvolva e a compreenda. Na residência médica de MFC a troca de residentes surge como um desafio para a sua continuidade perante os pacientes. Para compreensão da percepção da longitudinalidade em ambientes de residência de MFC, o objetivo desta dissertação é entender como preceptores e residentes de um programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade compreendem o conceito da longitudinalidade e quais estratégias usam em seu dia a dia para sua manutenção. Para isso foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, com a realização de grupos focais entre os preceptores e os residentes deste programa. Para tratamento dos dados foi realizada categorização das falas e análise de conteúdo. Com a análise foi observado que o conceito de longitudinalidade para os participantes é muito semelhante ao proposto por Starfield. Mas é a vivência na APS que faz com este conceito na prática seja sentido de diferentes maneiras. A maioria dos participantes também relata que é o atributo que mais lhe encanta e que lhe fez escolher a especialidade. Entre os principais achados para a manutenção da longitudinalidade, foi levantado o papel do preceptor mantendo a longitudinalidade na área apesar da troca dos residentes. Discutiram a importância da equipe para manutenção da longitudinalidade e também que o prontuário é uma das principais formas para se manter o cuidado do paciente. A passagem de casos entre novos e antigos residentes. E que apesar de quebras no cuidado, de um modo geral os participantes percebem que a continuidade pode ser mantida mesmo com a troca dos residentes.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Continuidade da Assistência ao Paciente. Longitudinalidade. Internato e Residência. Atenção Primária à Saúde. Reorganização de Recursos Humanos.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is considered essential for the effectiveness of a health system, for which the understanding of its attributes is essential. Longitudinality is one of them and it is fundamental that the family physician (FP) develop and understand it. In Family Medicine's residency, the exchange of residents appears as a challenge for their continuity with patients. In order to understand the perception of longitudinality in FP home environments, the purpose of this dissertation is to understand how preceptors and residents of a Family Medicine Residency program understand the concept of longitudinality and what strategies they use in their daily lives for their maintenance. For this, a qualitative research was carried out, with the realization of focus groups between the preceptors and the residents of this program. Data categorization was used for data treatment and content analysis. With the analysis it was observed that the concept of longitudinality for the participants is very similar to that proposed by Starfield. But it is the experience in PHC that makes this concept in practice be felt in different ways. Most participants also report that it is the attribute that most enchants you and that makes you choose the specialty. Among the main findings for the maintenance of longitudinality, the role of the preceptor was maintained maintaining the longitudinality in the area despite the residents' exchange. They discussed the importance of the team to maintain longitudinality and also that the chart is one of the main ways to maintain patient care. The passage of cases between new and old residents. And that despite breaks in care, participants generally perceive that continuity can be maintained even with the exchange of residents.

Keywords: Family Practice. Continuity of Patient Care. Longitudinality. Internship and Residency. Primary Health Care. Personnel Turnover.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

DCNs- Diretrizes Curriculares Nacional

ESF - Estratégia Saúde da Família

EURACT - *European Academy of Teachers in General Practice*

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

GF – Grupo Focal

GP - *General Practice*

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MFC - Medicina de Família e Comunidade

MS - Ministério da Saúde

PHC - *Primary Health Care*

PMM - Programa Mais Médicos

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

R1 - residentes do primeiro ano

R2 - residentes do segundo ano

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RMFC - Residência de Medicina de Família e Comunidade

SciELO - *Scientific Eletronic Library Online*

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPR - Universidade Federal do Paraná

US - Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 OBJETIVO GERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 CAPÍTULOS.....	26
3.1 NOTA EXPLICATIVA À COMISSÃO EXAMINADORA.....	26
3.2 ARTIGO 1 - O ENTENDIMENTO DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE DENTRO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	27
3.3 A LONGITUDINALIDADE DO PACIENTE E A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA. COMO CONCILIAR?	48
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	82
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
APÊNDICE B- PERGUNTAS NORTEADORAS/ DISPARADORAS PARA O GRUPO FOCAL COM OS PRECEPTORES.....	85
APÊNDICE C- PERGUNTAS NORTEADORAS/ DISPARADORAS PARA O GRUPO FOCAL COM OS RESIDENTES.....	86
ANEXOS	87
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	87

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de estratégias para organização dos sistemas de saúde com ações voltadas para melhorar a eficiência, equidade e gestão de serviços de saúde. Tem a sua importância atual devido a muitos fatos que aconteceram na história mundial. (STARFIELD, 2002; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Sua história inicia-se em 1920, na Grã-Bretanha, com o governo inglês solicitando um modelo de organização de sistemas de saúde pós Primeira Guerra Mundial. Assim, tivemos a divulgação de um texto oficial de Lord Dawson of Penn, conhecido como Relatório Dawson, relatando sobre a organização do sistema de serviços de saúde. Neste, tínhamos a distinção entre três níveis principais: centros de saúde primários, secundários e hospitais-escola. Assim, foram descritas as funções e importância de cada sistema e seu vínculo com a população. Tal referencial teórico serviu de base para mais tarde iniciar a reorganização dos sistemas de saúde em diversos países, assim como, seus níveis de atenção e o início do alicerce da APS. (STARFIELD, 2002).

Por conseguinte, em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde teve como meta que todos os cidadãos do mundo, no ano de 2000, tivessem um nível aceitável de saúde para assim terem qualidade de vida social e economicamente produtiva. Lema hoje conhecido como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Este lema desencadeou múltiplas reações e atividades a nível mundial e que tiveram grande impacto em relação ao conceito de atenção primária. Essa reação culminou em 1978, em uma conferência realizada na cidade de Alma Ata (Conferência de Alma Ata) e o consenso de atenção primária à saúde confirmado na Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente em 1979. (STARFIELD, 2002; GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014).

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas

vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, citado por STARFIELD, 2002, p. 30-31).

Neste mesmo tema de discussão, em 1986, aconteceu a Conferência Internacional de Promoção de Saúde em Ottawa, para tentar responder alguns questionamentos gerados em Alma-Ata e em outras conferências. Como resultado desta reunião teve a elaboração da Carta de Ottawa que define a promoção de saúde como um: “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL, 2002, p.19 citado em PIRES, 2006, p.44).

A APS atualmente é considerada como imprescindível para a efetividade de um sistema de saúde e como forma de fornecer uma saúde de qualidade aos cidadãos. (STARFIELD, 2002; GIOVANI; VIEIRA, 2013; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Estudos mostram que lugares com APS conseguem sistemas de saúde mais organizados e com melhores resultados, como: melhor controle de doenças, menores taxas de internação, redução de taxas de mortalidades prematuras e evitáveis além de ser realizado com menor custo. (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). A APS de acordo com Starfield deve ser o primeiro ponto de encontro do indivíduo com a rede de saúde. (STARFIELD, 2002; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). Apesar das recomendações de Alma Ata, ainda há hiatos dentro da APS, não sendo o ponto de primeiro contato do sistema de saúde em muitos locais do Brasil, como o esperado. (MASSUDA; TITTON; NETO, 2018; CARNEY et al., 2016).

Juntamente com o consenso da APS e de promoção em saúde, foram definidos também seus atributos que devem reger a atenção primária. São eles: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. (STARFIELD, 2002; GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014; IZECKSOHN et al., 2017). A continuidade do cuidado é melhor expressa pelo termo longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Foi cunhado pela primeira vez por Alpert e Charney em 1974 citado por Starfield, 2002. A palavra longitudinalidade não se encontra em todos os dicionários, muito menos em todos os idiomas. O próprio descritor de saúde de longitudinalidade é uma expressão, que é continuidade da assistência ao paciente. Porém, em termos de saúde é a melhor palavra para o tema, por ser derivada de longitudinal, da noção do cuidado com

mudanças, crescimento e formação do indivíduo ao longo de anos. Na APS traduz-se como uma interação interpessoal de longa data entre o profissional e usuário - uma abordagem relacional. (STARFIELD, 2002; BARATIERI; MARCON, 2012; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). Ela passa a existir no momento em que a equipe é a fonte de atenção contínua independente da doença ou do agravo que esteja acontecendo, independente das consultas e dos encontros em saúde. (STARFIELD, 2002; BARATIERI; MARCON, 2012; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; HAGGERTY et al., 2003).

O conceito de continuidade de cuidados, em português entendido melhor como longitudinalidade foi descrito também por Hennen em 1975. Sendo entendido em quatro domínios: (SCHULTZ, 2009; KEER; SCHULTZ; DELVA, 2012).

- Cronológico ou longitudinal: o uso de observações de pacientes repetidas ao longo do tempo como ferramenta de diagnóstico e gerenciamento;
- Informativo: disponibilidade de informações precisas de saúde em encontro de cuidados para o outro;
- Geográfico: cuidado do paciente em vários locais;
- Interpessoal: relacionamento médico-paciente.

Tendo o mesmo autor ao longo do tempo, acrescentando mais dois domínios de cuidado: (SCHULTZ, 2009; KEER; SCHULTZ; DELVA, 2012).

- Interdisciplinaridade: gestão de vários sistemas corporais e doenças ao mesmo tempo;
- Familiar: conhecimento e compreensão do paciente e de sua família.

Esses domínios definidos por Hennen (1987) em sua conceituação foram relacionados um com o outro em uma hierarquia e todos são necessários para que um ao outro possa existir e funcionar. Mesmo que todos os domínios dessa longitudinalidade sejam importantes, a continuidade de cuidado interpessoal é o preditor mais importante para o médico e para os resultados do paciente. (SCHULTZ, 2009; KEER; SCHULTZ; DELVA, 2012).

Entende-se também por longitudinalidade como um cuidado prestado por uma equipe e não só por um profissional específico. Porém, quanto mais focado em um profissional, teremos benefícios adicionais, como: melhor reconhecimento das

necessidades dos pacientes, diagnósticos mais precisos, maior satisfação e mais chances do seguimento das orientações. Para que uma equipe consiga o mesmo nível de longitudinalidade do que um profissional sozinho, a equipe deve desenvolver altos níveis de conhecimento e de prática dos atributos da APS. (GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014).

A concepção de cuidado ao paciente e longitudinalidade está associada a diversos benefícios, como: menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, menores taxas de internação hospitalar, atenção oportuna, menor nível de doenças preveníveis, custo total mais baixo, assim como a corresponsabilização entre a equipe, o profissional e o usuário. (GHIGGI, BARRETO E FAJARDO, 2014; STARFIELD, 2002).

A implantação da APS tomou diferentes rumos em cada país. Nos países da América Latina, sua implantação levou em conta os princípios da equidade, solidariedade e ações coletivas como resposta a inequidades sociais. As conferências de Alma-Ata e a de Promoção em Saúde em 1986 deram o pontapé à reforma do sistema de saúde brasileiro. Até que em 1988 ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF). (PIRES, 2006; GIOVANI; VIEIRA, 2013; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Com sua implantação houve importantes conquistas como melhora em desfechos clínicos, diminuição de mortalidade e melhora da abrangência do sistema de saúde. (MASSUDA; TITTON; NETO, 2018). Com o desenvolvimento do SUS teve impulso também a conceituação da Medicina de Família e Comunidade (MFC). (PIRES, 2006 GIOVANI; VIEIRA, 2013).

Com esses marcos na história da APS, também se configurou um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidades sanitárias, referências sustentadas pelas sucessivas políticas. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). O reconhecimento do direito à saúde como dever do estado e direito do povo, aliado à mudança do enfoque hospitalocêntrico, possibilitou uma nova interpretação do conceito de saúde e dos métodos de promoção e manutenção desta saúde. (SANTOS; BARROS; TAUMATURGO, 2011). No Brasil, atualmente, a APS apresenta uma cobertura de mais de 60% da população total e se expressa principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que busca priorizar o cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade de maneira contínua e integral. (RODRIGUES et al., 2017). De acordo com os dados do Ministério da Saúde de dezembro de 2018 (BRASIL, 2018), temos 43.016 equipes ESF no Brasil,

se relacionarmos com o número de especialistas em MFC apresentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (SCHEFFER et al., 2018) temos apenas 5.486 especialistas na área.

Outro ponto que está dentro das premissas do SUS é a formação, principalmente ser responsável pela formação de seus recursos humanos. Essa responsabilização espera-se pelas três esferas de governo (municipal, estadual e federal) e faz parte da constituição Federal em seu artigo 200, inciso III. Tendo na Lei Federal 8.080/90 a atuação do SUS tanto na formação de recursos humanos, quanto como prática de ensino. Assim, a ordenação de profissionais coerentes com o novo modelo de atenção à saúde deve ter sua formação dentro e focada no SUS. (PIRES, 2006).

Outra premissa do SUS é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS), baseando-se no modelo proposto por Dawson, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS baseiam-se em arranjos organizativos formados por ações com diferentes configurações tecnológicas e funções assistenciais que se articulam para se complementar. Tem na Atenção Básica o seu primeiro ponto de atenção e deve ser encarada como a principal porta de entrada para o sistema, cobrindo toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2012).

O cumprimento da PNAB é feito a partir da existência de uma infraestrutura mínima e por uma equipe multiprofissional. Para seu funcionamento é de extrema importância a presença de uma equipe formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e outros profissionais necessários em cada contexto. Essa interdisciplinaridade possibilita a descentralização do atendimento da figura médica, favorecendo a obtenção de melhores resultados para a população. Esses profissionais devem desenvolver estratégias e intervenções eficazes, promover práticas educativas, solucionar problemas identificados na comunidade e realizar atendimento domiciliar a pessoas que necessitem. Para isso, a equipe deve conhecer sua área de atuação, ampliar o vínculo com a comunidade e melhorar a qualidade e o acesso aos serviços prestados. (BRASIL, 2017; LIMA et al., 2016).

Dentro da discussão da APS, também se faz a discussão de quem é o profissional médico mais adequado e preparado para essa atuação. Um profissional que cuida do indivíduo de forma integral, mas com enfoque também para trabalhar com comunidade e com equipes (PIRES, 2006). E então se define e cunha o papel do médico de família e comunidade. Assim, definimos a Medicina de Família e Comunidade como a especialidade médica que foca e privilegia a APS e seus sistemas de saúde. Assim, é função deste profissional incorporar os atributos da APS em seu cuidado, ou seja, partindo de um primeiro contato, cuidando de forma longitudinal, integral e coordenada, considerando o contexto familiar e comunitário. Entre seus deveres e funções de acordo com a legislação atual, este deve trabalhar em território adstrito, ser a porta de entrada para os outros níveis de atenção, coordenar a integralidade das ações, desenvolver vínculo e assim garantir a continuidade de ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, além de estimular a participação social. (A Medicina de Família e Comunidade: O que, Como, Quando, Onde, Por que, 2004; GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014).

A longitudinalidade é um dos atributos da atenção primária e espera-se que o médico que atue em atenção primária seja capaz de pôr em prática tal atributo e aprimorá-lo. (STARFIELD, 2002; GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014). Dentro da longitudinalidade também se deve ter a preocupação em conhecer, dentro de uma área, como ela é alcançada e o tamanho dos esforços envolvidos para ela ser atingida. O cuidado do paciente, e assim a longitudinalidade a ele aplicado, é uma das pedras angulares da MFC, já que tem o princípio de melhorar tanto a satisfação do médico, como a do paciente. Pesquisas com residentes ou com médicos atuantes em APS mostram que esse atributo é um dos principais para a escolha desta especialidade. Assim, o ensinamento sobre esse atributo e sua prática devem ser incentivados na formação da residência. (SCHULTZ, 2009).

O princípio de generalista do MFC está centrado no caráter individualizado ao paciente e também da continuidade dos cuidados à saúde. O MFC aplica seus conhecimentos e suas habilidades médicas ao conhecimento do paciente, ao seu curso de vida, à sua história médica, ao seu trabalho, sua moradia, sua cultura e seu contexto social. Como relatou Schillevis et al. (2010), o MFC ou GP (*general practice*) como falado na Holanda e em outros países: “É o único fator constante na assistência médica para o paciente ao longo de um longo período de tempo, durante a saúde e a doença”. (DUTCH COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2010).

O modelo de assistência à saúde da ESF exige conhecimentos específicos para a realização de múltiplas tarefas. Deve-se priorizar qualificação dos profissionais na área da saúde da família e comunidade em detrimento de outras, que enfatizem o modelo biomédico centrado na consulta médica e que abre pouco espaço para ações educativas e de prevenção e promoção à saúde. (LIMA et al., 2016). A qualificação na área torna o profissional mais próximo da realidade das comunidades, ciente da relação educação-saúde e familiarizado com as ferramentas de abordagem familiar que devem ser implementadas na APS. Por isso, equipes com profissionais qualificados na área apresentam melhores indicadores que equipes com profissionais não qualificados ou qualificados em outras áreas. (ALVES; ANDRADE; SANTOS, 2016).

Países que possuem ações políticas de valorização da atenção primária dentro de seus sistemas de saúde como o Canadá, a França e a Austrália, possuem uma proporção de cerca de 40% de seus médicos formados para atuar na APS. (RODRIGUES et al., 2017). No Brasil, em função da falta de regulamentação sobre qual especialidade deve ser responsável pelo primeiro contato com o paciente, há uma grande dificuldade de coordenação do cuidado. (IZECKSOHN et al., 2017).

Izecksohn et al., (2017) mostra que locais que apresentam uma APS com médicos generalistas e com MFC apresentam melhores resultados em comparação a locais que contam com médicos com especialidades focais em sua organização. (IZECKSOHN et al., 2017).

No Brasil, nos últimos anos ocorreram investimentos cada vez mais voltados para fortalecer a atenção primária, tanto no direcionamento da formação, educação permanente, capacitação de profissionais, como na ampliação de vagas em residências médicas e multiprofissionais em medicina de família. As Diretrizes Curriculares Nacional (DCNs) do curso de graduação em Medicina do ano de 2014 define o perfil do formando como: médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ênfase nos atendimentos primário e secundário, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2014).

Apesar dessa recomendação, a capacitação e o tempo destinados ao ensino da prática médica na ESF têm se mostrado insuficientes dentro das universidades

brasileiras. Os programas de graduação não possuem currículos que permitam uma experiência longitudinal dos acadêmicos dentro do sistema de saúde primário. Ainda, percebe-se que cursos mais novos e conseqüente com currículo mais novo tem maior facilidade em se readequar, discutir seu curso e ficar mais próximo ao definido as DCNs. Já cursos mais tradicionais e muitas vezes com professores mais antigos já tem a dificuldade de se readequar e aumentar a proximidade com a APS deixando seus alunos especialistas em subespecialidades, sem o olhar generalista que as DCNS preconizam. Assim, na maioria das vezes, o maior contato com a ESF e a possibilidade de vivenciar um cuidado longitudinal ao paciente ocorre somente em alguns estágios eletivos ou se o médico após formado decidir realizar residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC). (RODRIGUES et al., 2017; BRASIL 2014).

No Brasil, a especialidade de MFC demorou a ganhar expansão e ser realmente reconhecida como especialidade médica. Apesar de existir desde o ano de 1976 e ser uma das primeiras especialidades oficializadas, em 1981, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC). Nesta época o nome da especialidade era Medicina Geral Comunitária e só ganhou mesmo visibilidade e ascensão após a criação e expansão do Programa de Saúde da Família. (PIRES, 2006; A Medicina de Família e Comunidade: O que, Como, Quando, Onde, Por que, 2004; CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; SCHEFFER et al., 2018).

Conforme acontecem nas outras especialidades médicas, a residência médica é considerada a forma ideal e mais adequada, ou seja, é o método de escolha para a formação do médico especialista. Tem sua conceituação pelo decreto nº 80.281 em 1977, juntamente com a criação do CNRM, complementado após pela lei 6.932 de 1981, sendo definida como: (PIRES, 2006; SCHEFFER et al., 2018; MARCIAL et al., 2016).

Modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, em regime de nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética ou profissional. (BRASIL, 1981, CITADO POR TANIA, 2006, p. 28-29).

Sendo assim, a residência é a modalidade de ensino que fornece o treinamento e o conhecimento para o profissional que deseja estar apto a trabalhar em sua área, no caso na APS a residência de MFC. Com esta ideia de padrão ideal, o crescimento da especialidade e manutenção na excelência da formação busca-se também constante ampliação e formação de seu espaço. (PIRES, 2006; A Medicina de Família e Comunidade: O que, Como, Quando, Onde, Por que, 2004; SCHEFFER et al., 2018; MARCIAL et al., 2016). Com o crescimento das vagas de residência fica também a preocupação de como manter o equilíbrio entre a qualidade da formação, garantindo o aporte teórico de conceitos e o melhor cuidado para a população que é atendida. (A Medicina de Família e Comunidade: O que, Como, Quando, Onde, Por que, 2004; PIRES, 2006).

Os programas de residência médica no Brasil tiveram um crescimento importante a partir da década de 60, isso se deve ao desenvolvimento da tecnologia aplicada à saúde e o aumento de escolas médicas no país, porém esse impulso não teve a mesma repercussão na MFC. (PIRES, 2006).

No Brasil, os programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) estão em desenvolvimento há quase 40 anos e por muito tempo não tiveram incentivos e apoios de gestores de saúde do país. Apenas em 1981, quando a RMFC foi reconhecida pela CNRM, com parceria do Ministério da Saúde (MS) e do MEC. Nesta época também existiu um repasse de verba pelo SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde) na forma de um programa com repasse de verbas para prefeituras e instituições de ensino. Com este objetivo de apoiar e ampliar os programas de RMFC é que também ocorreu a ascensão do programa. (PIRES, 2006, SCHEFFER et al., 2018). Assim, em 1984 existiam cerca de 14 programas no país, com 80% de suas vagas custeadas pelo governo federal. (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; PIRES, 2006).

As residências médicas habitualmente têm seus moldes de ensino baseados na imersão dos profissionais em serviços específicos e especializados com o ensinamento por médicos experientes e especialistas. Tem sua metodologia de ensino focada na convivência e na observação de um preceptor, que é um médico especialista. Tem sua base centrada na prática, mas não deve ser desvinculada da teoria e da academia. Essa função destes profissionais experientes exige habilidades e competências específicas para o preceptor. Se já é complicado pensar na questão

da formação do MFC, quem dirá em formar preceptores e tutores competentes para a residência de MFC. (IZECKSOHN et al., 2017; SCHEFFER et al., 2018).

A demanda por médicos especialistas para atuação na APS com o início do PSF e o interesse da gestão começou a crescer exponencialmente, a procura para médicos para trabalhar neste sistema de saúde, mas também por profissionais aptos e com conhecimento para a formação de novos atuantes. Com esse novo interesse por especialistas na área houve reforma do ensino da APS e crescimento do número de vagas para RMFC. Sendo que em 2004 existiam cerca de cinco vezes a mais o número de vagas para essa formação do que em 1984. (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; A MEDICINA de Família e Comunidade: O que, Como, Quando, Onde, Por que, 2004; GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014; MASSUDA; TITTON; NETO, 2018).

A Medicina de Família e Comunidade é uma das especialidades em constante ampliação de vagas nos últimos anos. Esse processo de aumento de vagas acontece tanto pelo incentivo da fortificação da APS, mas também devido ao Programa Mais Médicos (PMM) e ao Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). (SCHEFFER et al., 2018).

O PMM criado em 2013, foi uma Lei Federal (nº 12.871- 10/2013) para tentar garantir a presença de médicos (brasileiros ou estrangeiros) em áreas de APS e difícil acesso, junto com a abertura de novos cursos de Medicina e da expansão de vagas de residência. Dentro desta lei também ficou tratado que os programas de residência médica ofertariam anualmente o mesmo número de vagas em residência do que dos alunos formados na graduação do ano anterior. Para essa meta seriam ofertadas especialidades amplas e consideradas essenciais para o SUS, entre elas a MFC. Um ponto bem discutível desta lei foi que o primeiro ano do programa de RMFC deveria ser obrigatório para ingressar em outros programas de residência médica. Esta meta do artigo era para ter ocorrido progressivamente até 31 de dezembro de 2018, mas não é o que se observa atualmente. (SCHEFFER et al., 2018).

Apesar de ser uma área que está em constante ampliação, a MFC é a primeira opção de especialidade médica para apenas 1,5 % dos recém-formados. E em 2018 representava apenas 1,4% dos especialistas em atividade e 4,4% de todos os médicos residentes. Essa representatividade no número de residentes hoje em dia se deve a destinação de bolsas e de políticas específicas do Pró-Residência, que contou com priorização e expansão de suas vagas por serem estratégicas para o SUS. Em 2018 a MFC contava com 5.943 vagas (sendo 2.969 para o primeiro ano e 2.969 para

o segundo) autorizadas pelo MEC, representando 10,2 % do total de vagas ofertadas de residência médica. Porém o que se observa é apenas 1.043 residentes no primeiro ano e 508 no segundo, representando 73,9 % de vagas no total não utilizadas. (SCHEFFER et al., 2018).

Com este aumento do número de vagas de residência em MFC tem-se o interesse de Curitiba na formação de MFC e querer formar seus especialistas. O primeiro programa de RMFC de Curitiba, foi da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC), no ano de 1998. (PIRES, 2006). O segundo programa foi da Universidade Federal do Paraná por meio do Hospital de Clínicas no ano de 2009. No ano de 2013 foi criado o programa da Secretaria Municipal de Curitiba, e neste momento foi realizada a primeira união de programas entre o Hospital de Clínicas e a Secretaria. Em 2015, tivemos a criação do programa do Hospital Pequeno Príncipe e também a sua união com o programa. No ano de 2016 teve a reativação do programa da PUC e também sua integração aos demais. Em 2017 teve a entrada do programa do Hospital Cruz Vermelha. Neste processo tivemos a formação do programa de Residência de MFC de Curitiba, com cinco instituições envolvidas em um programa e currículo único. Atualmente, são cerca de 100 vagas para o primeiro ano do programa, com uma quantidade total de 60 residentes de primeiro e segundo ano, equiparando-se a média de ocupação nacional desta especialidade.

Com o crescimento das vagas de residência fica também a preocupação de como manter o equilíbrio entre a qualidade da formação, a transmissão de seus conceitos e o melhor cuidado para o nosso paciente. Para que existam bons programas de RMFC deve haver uma eficiente estruturação dos serviços das redes de saúde e capacitação dos preceptores. A RMFC visa formar profissionais capazes de proporcionar um cuidado longitudinal, integrado e contextualizado para comunidade, cuidando também da sociedade como um todo. Tentando integrar sempre que possível, aspectos sociais, ambientais, territoriais, psicológicos e biológicos para a compreensão do processo de saúde-doença de cada pessoa. (IZWCKSOHN et al., 2017). Os profissionais devem ter capacitação específica e elevada qualificação técnica, inclusive para lançar mão de outros saberes e práticas que escapam ao domínio do paradigma anátomo-clínico.

No programa de residência médica se tem as competências que deverão ser adquiridas pelos residentes. Dentro dessas: clínica, procedimentos, gestão e os atributos básicos da APS e do SUS. Em relação às competências e aos atributos

tenta-se ensinar ao residente o máximo de conceitos e também sobre o processo de formação da APS. Faz parte do currículo de MFC exercer continuidade do cuidado e relacionamento interpessoal, treinar boa comunicação e estabelecer a relação médico-paciente. (PIRES, 2006; CARNEY et al., 2016).

Dentro do programa têm-se atividades práticas e teóricas, e entre as atividades práticas a principal e que ocupa a maior parte da carga horária é o trabalho em campo em Unidade de Saúde (US). Cada US participante do programa conta com um preceptor, que pode ser médico de família com residência e/ou com título de especialista ou que tenha experiência na área que atua e que trabalha neste ambiente. E cada preceptor faz a tutoria de um a quatro residentes. O residente troca a cada ano de unidade de saúde ou se tiver alguma intercorrência dentro deste período. Assim temos a troca constante de residentes dentro do ambiente das unidades de saúde.

É notável a percepção de decepção do paciente em relação à troca de médicos, quando este teve um bom vínculo e uma boa relação. Hébert (2012) desabafa em um artigo que alguns pacientes deixam passar um suspiro audível quando veem que seu médico mudou novamente. E pensando em um residente no início do curso, retomar o vínculo é um grande desafio. A relação de continuidade é uma das aspirações centrais da nossa especialidade, porém raramente é obtida no treinamento de residência. (HÉBERT, 2012; ELLMAN et al., 2016).

Ao se procurar dados sobre o assunto na literatura nacional e mundial abordando o tema de longitudinalidade, residência médica e troca de profissionais, não foi encontrado nada específico que envolvesse tal problemática.

Ensina-se ao residente sobre os atributos essenciais da APS e entre eles a longitudinalidade do cuidado aos pacientes. Será que dentro de um programa de residência a compreensão da longitudinalidade é igualmente entendida entre os propagadores do processo? Será que os residentes e preceptores tem claro o entendimento do significado deste atributo?

Pensando em longitudinalidade, de acordo com o que lemos em Ghiggi, Barreto e Fajardo (2014), “indica que, quando uma pessoa procura sempre a mesma fonte de atenção e essa a atende regularmente, cria e mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que, quando uma nova demanda surgir, esta será respondida de forma mais eficiente”. (GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014). Mas não é isso que oferecemos na prática. Já que o que temos é um programa de formação com troca contínua e permanente de médicos que prestarão o cuidado aos

nossos pacientes. E então, como fazer para conciliar uma formação de qualidade e não abrir mão da longitudinalidade ofertada para o paciente?

Assim, com a formação desse choque de realidade e teoria, do que é programado para o que é realizado, percebeu-se a necessidade de explorar o assunto. A partir de minha experiência como Médica de Família e Comunidade e preceptora de residentes, a continuidade do cuidado do paciente é algo com o qual me deparo diariamente. Assim, foi escolhido o tema da longitudinalidade e a mudança de profissionais em um ambiente de residência. Esse trabalho tem a relevância de ser um suporte para preceptores pensarem em suas realidades.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Explorar qual a compreensão e percepção do atributo longitudinalidade na atenção primária à saúde entre residentes e preceptores da residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) de Curitiba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar qual o conceito de longitudinalidade atribuído por residentes e por preceptores do programa de RMFC de Curitiba.

Explorar qual a percepção dos preceptores, de um programa de RMFC de Curitiba, em relação à continuidade do cuidado de seus pacientes.

Levantar quais as estratégias relatadas pelos preceptores e residentes voltadas à longitudinalidade em um programa de RMFC.

Compreender qual a percepção de residentes do programa de RMFC de Curitiba quanto ao atributo longitudinalidade na atenção primária.

3 CAPÍTULOS

3.1 NOTA EXPLICATIVA À COMISSÃO EXAMINADORA

Os próximos artigos, pertencentes à dissertação de mestrado adequou-se às regras de formatação preconizadas pelo periódico **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Interface (Botucatu), à qual o artigo científico desenvolvido a partir desta dissertação será submetido.

As regras específicas quanto à diagramação do texto e que não constavam nas orientações do referido periódico foram realizadas conforme as Normas de Vancouver de acordo com o solicitado pela revista.

3.2 ARTIGO 1 - O ENTENDIMENTO DO ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE DENTRO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O entendimento do atributo longitudinalidade dentro de um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade

The understanding of the longitudinality attribute within a Family Practice residency program

El entendimiento del atributo longitudinalidad dentro de un programa de residencia de Medicina de Familia y Comunidad

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada imprescindível para a efetividade de um sistema de saúde, para isso o entendimento de seus atributos é essencial. Este artigo tem como objetivo conhecer como preceptores e residentes de um programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade compreendem o conceito da longitudinalidade. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com grupos focais. Com a análise foi observado que o conceito de longitudinalidade para os participantes é muito semelhante ao proposto por Starfield. Mas é a vivência na APS que faz com este conceito na prática seja sentido de diferentes maneiras. A maioria dos participantes também relata que é o atributo que lhe fez escolher a especialidade. Discutiram a importância da equipe para manutenção da longitudinalidade e também que o prontuário é uma das principais formas para se manter o cuidado do paciente.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Continuidade da Assistência ao Paciente. Longitudinalidade. Internato e Residência. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Primary Health Care (PHC) is considered essential for the effectiveness of a health system, for which the understanding of its attributes is essential. This article aims to know how preceptors and residents of a Family Practice Residency program understand the concept of longitudinality. A qualitative research was conducted with focus groups. With the analysis, it was observed that the concept of longitudinality for the participants is very similar to that proposed by Starfield. But it is the experience in PHC that makes this concept in practice be felt in different ways. Most participants also report that it is the attribute that made them choose the specialty. They discussed the importance of the team to maintain longitudinality and also that the chart is one of the main ways to maintain patient care.

Keywords: Family Practice. Continuity of Patient Care. Longitudinality. Internship and Residency. Primary Health Care.

Resumen

La Atención Primaria de Salud (APS) es considerada imprescindible para la efectividad de un sistema de salud, para ello el entendimiento de sus atributos es esencial. Este artículo tiene como objetivo conocer cómo preceptores y residentes de un programa de Residencia de Medicina de Familia y Comunitaria comprenden el concepto de la longitudinalidad. Se realizó una investigación cualitativa con grupos focales. Con el análisis se observó que el concepto de longitudinalidad para los participantes es muy similar al propuesto por Starfield. Pero es la vivencia en la APS que hace con este concepto en la práctica sea sentido de diferentes maneras. La mayoría de los participantes también relata que es el atributo que le hizo escoger la especialidad. Discutieron la importancia del equipo para el mantenimiento de la longitudinalidad y también que el prontuario es una de las principales formas para mantener el cuidado del paciente.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria. Continuidad de la Atención al Paciente. Longitudinalidad. Internado y Residencia. Atención Primaria de Salud.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem a sua importância atual devido a fatos da história mundial. Inicia-se em 1920, com a divulgação do Relatório Dawson e a distinção entre três níveis principais dos serviços de saúde (primário, secundário e terciário). Em 1977 ocorreu a Assembleia Mundial de Saúde e a meta: “Saúde para Todos no Ano 2000”. Este lema desencadeou reações mundialmente com grande impacto em relação à ideia da atenção primária^{1,2,3}.

A APS atualmente é considerada como imprescindível para a efetividade de um sistema de saúde e como forma de fornecer uma saúde de qualidade^{1,3,4}. Estudos mostram que lugares com APS conseguem sistemas de saúde mais organizados e com melhores resultados, como: controle de doenças, menores taxas de internação, redução de taxas de mortalidades prematuras e evitáveis e com menor custo^{1,4}. A APS de acordo com Starfield deve ser o primeiro ponto de encontro do indivíduo e a rede de saúde^{1,5}.

São considerados atributos da APS: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. Starfield¹ considera a continuidade do cuidado como o único atributo central e exclusivo da APS^{1,6,7}. A continuidade do cuidado tem sua melhor interpretação pelo termo longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo^{1,2,7-9}.

O termo longitudinalidade foi cunhado pela primeira vez por Alpert e Charney em 1974 citado por Starfield¹ (2002). O descritor de saúde é a expressão - continuidade da assistência ao paciente. Porém, em termos de saúde é a melhor palavra para o tema, por ser derivada de longitudinal, da noção do cuidado com mudanças, crescimento e formação do indivíduo ao longo de anos^{1,6,7}. Na APS traduz-se como uma interação interpessoal de longa data entre o profissional e o usuário - uma abordagem relacional^{1,6,10}.

O conceito de continuidade de cuidados também foi descrito por Hennen^{6,8}. Sendo entendido em seus domínios: cronológico ou longitudinal, informativo, geográfico, interpessoal, interdisciplinar e familiar. Para ele, para o conceito funcionar em sua plenitude, os demais também deverão estar funcionando mutuamente e sem hierarquia. Porém, a continuidade de cuidado interpessoal é o preditor mais importante para o médico e para os resultados do paciente^{6,8}.

Entende-se também por longitudinalidade como um cuidado prestado por uma equipe e não só por um profissional. Estudos apresentam que quanto mais focado em um profissional, teremos melhor reconhecimento das necessidades das pessoas e mais chances de seguimento das orientações dadas^{1,2}. A longitudinalidade está associada a diversos benefícios, como: menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, menores taxas de internação hospitalar, maior possibilidade de integração de dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas; prevenção de tratamentos desnecessários^{2-5,11,12}.

A implantação da APS tomou diferentes rumos em cada país. Na América Latina, sua implantação levou em conta os princípios da equidade, solidariedade e ações coletivas como resposta a inequidades sociais. As conferências de Alma-Ata (1978) e a de Promoção em Saúde (1986) deram o pontapé para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF)^{3,4,9}. Com sua implantação houve importantes conquistas, como: melhora em desfechos clínicos, diminuição de mortalidade e melhora da abrangência do sistema de saúde¹³. Com o desenvolvimento do SUS, teve impulso também a conceituação da Medicina de Família e Comunidade (MFC)^{3,9}.

Dentro da discussão da APS, também se faz a discussão de quem é o profissional médico mais adequado e preparado para essa atuação. Um profissional que cuida do indivíduo de forma integral, das famílias, mas com enfoque também para trabalhar com comunidade e equipes^{1,9}. Assim, define-se o papel do médico de família e comunidade.

Conforme acontecem nas outras especialidades médicas, a residência médica é considerada a forma ideal para a formação do especialista⁹. Com o crescimento da especialidade de MFC, a forma de formação também está em constante ampliação e em busca de seu espaço^{9,10}. Com o crescimento das vagas de residência, fica também a preocupação de como manter o equilíbrio entre a qualidade da formação, a compreensão de conceitos e o melhor cuidado para a população que é atendida.

Faz parte do currículo de MFC exercer continuidade do cuidado e relacionamento interpessoal, treinar boa comunicação e estabelecer a relação médico-paciente^{9,14}. Ensina-se ao residente sobre os atributos essenciais da APS e entre eles a longitudinalidade do cuidado aos pacientes. Mas será que os residentes e preceptores tem claro o entendimento do significado deste atributo?

O objetivo principal deste artigo é conhecer como preceptores e residentes de um programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) compreendem o atributo/conceito da longitudinalidade dentro da atenção primária.

Metodologia

Para compreender o entendimento sobre longitudinalidade entre participantes de um programa de RMFC foi realizada uma pesquisa qualitativa, por meio de grupos focais. Optou-se pela realização de um estudo qualitativo para entender e compreender o significado individual e/ou coletivo deste conhecimento¹⁵.

Como o tema da pesquisa tem sido pouco estudado em sua complexidade a escolha do Grupo Focal (GF) é um método interessante para construção de um ponto de vista, à medida que os participantes vão discutindo o tema. Assim, o conhecimento gerado pelos grupos é um conhecimento válido a partir da compreensão do significado do contexto particular^{16,17}.

A amostra do GF teve o objetivo de ser intencional¹⁸. Conforme sugerido pela literatura, os participantes dos GFs foram selecionados dentro de um grupo de indivíduos que possuíam conhecimento sobre o tema¹⁶. Assim, foram realizados dois grupos focais, sendo eles: Grupo 1 – Grupo com preceptores; Grupo 2 – Grupo com residentes de MFC tanto do primeiro quanto do segundo ano. Ambos com participantes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade Integrado de Curitiba.

A seleção de participantes ocorreu de acordo com a disponibilidade e interesse dos participantes após convite em reunião regular do programa de residência. Assim, os grupos ocorreram em data previamente combinada. Os participantes que concordaram preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pergunta disparadora foi a mesma para os dois grupos: O que vocês entendem por longitudinalidade?

Os grupos foram filmados e áudio-gravados, o material obtido foi completamente transcrito, analisado e avaliado tomando como base a análise do conteúdo, cujo objetivo é a busca dos sentidos^{17,19}. Portanto, o material foi lido várias vezes para se identificar os núcleos argumentais e posteriormente montada uma grade de análise com as categorias obtidas, comparando-se os trechos extraídos. As categorias organizadas em núcleos temáticos dão suporte à linha de argumentação e

revelam ao pesquisador como se posicionaram os participantes¹⁷. A análise de conteúdo parte desta leitura, para aprofundar a reflexão, ultrapassando os sentidos manifestos da mensagem, do texto, para assim trabalhar a palavra em si^{19,20}. Juntando a reflexão, o contexto e os sentimentos dos participantes para se chegar a lapidação da ideia e a conclusão^{19,20}.

Os participantes do grupo focal de preceptores foram nomeados pela letra (G) e numerados de acordo com a ordem de participação do grupo, já nos grupos de residentes foram nomeados pela letra (E), numerados de acordo com a ordem de participação do grupo e com o número (1) ou (2) de acordo com o ano que estão cursando no programa.

Após análise e avaliação da grade com os temas identificados, a discussão foi realizada com o que se tem na literatura nacional e internacional, a fim de analisar elementos relacionados ao conceito de longitudinalidade.

Esse artigo faz parte de um projeto de pesquisa que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob o parecer número: 2.401.879.

Resultados e Discussão

O programa de residência utilizado na pesquisa apresenta o total de 54 preceptores, 32 residentes do primeiro ano e 28 residentes do segundo ano. O primeiro grupo focal durou 70 minutos e contou com a participação de 11 residentes, sendo oito residentes do segundo ano (R2) e 3 residentes do primeiro ano (R1). O segundo grupo foi realizado com os preceptores do mesmo programa e contou com a participação de 9 preceptores com duração de 100 minutos.

Quadro 1: Características dos preceptores participantes.

Legenda	Sexo	Idade	Tempo de Especialização (Anos)	Maior tempo (anos) de atuação dentro de uma mesma Unidade de Saúde (US)
G1	Masculino (M)	28	1	1

G2	Feminino (F)	31	1	1
G3	M	67	15	7
G4	M	64	15	5
G5	F	37	11	9
G6	F	31	3	3
G7	M	61	14	37
G8	M	30	1	1
G9	M	32	4	4

Entre as limitações encontradas neste estudo, observamos a pouca adesão do público-alvo, mesmo se oferecendo outras datas para outro grupo focal e mesmo com o convite sendo realizado em reunião já habitual da residência. Portanto, se ofereceu um horário logo após encontro regular da residência para a realização dos grupos, e facilitar a aderência. Ainda assim, esperava-se maior participação, já que com a realização de dois grupos focais, não se pode garantir a saturação dos dados coletados. Outro ponto que se deve pesar, é que não se pode generalizar os dados para outros programas de residência, pois dependerá da conformação de cada programa. Um ponto a se pensar é que estes resultados apareceram em um grupo realizado em um grande centro urbano, em cidades menores ou em ambientes rurais estes dados poderiam ser diferentes e podem não ser replicáveis. Escolheu-se a metodologia qualitativa de grupo focal para o estudo, para se construir um conhecimento através da discussão do grupo, porém isso não garante que as experiências e percepções relatadas sejam a melhor forma de agir para garantir a longitudinalidade do cuidado em um ambiente com os residentes.

Após a leitura e releitura dos materiais chegamos à três categorias/eixos temáticos, que serão discutidos na sequência.

Longitudinalidade como ferramenta clínica, suas definições e atributos **[subtítulo]**

Durante a realização dos grupos focais falou-se bastante sobre o que é longitudinalidade e como cada participante a percebe acontecendo no seu dia a dia. Na realização dos grupos focais, Starfield¹ foi citada muitas vezes, até mesmo por ser

uma das maiores pesquisadoras da área e referência para a APS e para a residência médica. Cada participante apesar de ter sua base conceitual, colocou seu pensamento de acordo com outras referências que possa ter.

O que me vem à cabeça com longitudinalidade é [...] um princípio essencial da atenção primária como a Starfield descreveu [...] o que te legitima, não só como médico da US (Unidade de Saúde), o médico de família, [...] a equipe frente à população é a estabilidade ao longo do tempo, né? Então é o paciente sentir que ele vai na unidade, por problemas novos, ou agudizações de problemas antigos [...] e ele vai encontrar aquele profissional, [...] aquela equipe lá. (G9)

A definição de longitudinalidade foi explicada de modo diferente por cada participante. Alguns a interpretaram como uma ferramenta clínica que deve ser aprendida e assim usada de modo a melhorar o atendimento. Enquanto outros já a apontaram que é algo natural, inerente que cada médico vai a desenhando à medida que conhece a comunidade, algo espontâneo.

A longitudinalidade, que é conseguir ver a mesma pessoa em várias situações ao longo do tempo [...] funciona como uma ferramenta clínica muito importante para nós, que trabalhamos muito com complexidade de relações e bastante conhecimento teórico e clínico, e poucas tecnologias duras. (G1)

Os conceitos discutidos pelos grupos foram de acordo com a definição de longitudinalidade por Starfield¹ (2002), que a aponta como uma relação entre a população e a equipe que lhe presta o serviço. Ela indicou que para a longitudinalidade existir não é necessária que a continuidade seja ininterrupta, já que ao longo de uma relação equipe-paciente interrupções são inevitáveis^{1,4}. Alpert e Charney, 1971 citado em Starfield¹ (2002), apresentam que é uma relação ao longo tempo entre pacientes e profissionais de saúde independentemente do tipo do problema de saúde ou do encontro. E que por estes momentos de contato os profissionais conhecem seus pacientes e esses conhecem sua equipe ao longo do tempo. Com este processo favorecemos que o paciente procure o serviço e o reconheça como sua fonte de saúde, e que esta seja satisfatória às suas necessidades de saúde^{1,3-5,11,21}.

Independentemente de ser residente ou preceptor, ficou claro nos dois grupos o entendimento sobre o tema, a ponto de explorarem várias vertentes do significado. Em praticamente todas as falas percebeu-se que a longitudinalidade é importante para o melhor conhecimento do paciente, da comunidade e para obtenção de uma atenção

primária de qualidade. A longitudinalidade assim como os demais atributos das APS são igualmente importantes, indissociáveis e não hierárquicos. A continuidade do cuidado, de acordo com artigos sobre sistemas de saúde, está fortemente relacionada à organização da APS e não deve ser fragmentada^{1,3,7,22,23}.

A questão cronológica da longitudinalidade também foi um ponto bastante comentado. Alguns participantes relataram que para conseguir longitudinalidade em relação aos seus pacientes, deve-se permanecer um longo tempo na comunidade, para ir juntando os dados que vão surgindo. Esse ponto foi mais discutido no grupo dos preceptores. Sendo que quatro deles chegaram a sugerir um tempo mínimo, de três a quatro anos, para se conseguir manter um cuidado mais contínuo, conhecer os pacientes, a comunidade em que está inserido e se legitimar enquanto profissional que atende àquela região.

A gente começa a se legitimar mesmo [...] depois de três ou quatro anos, né? Que a gente [...] conhece a maioria das pessoas, identifica por nome e já integrou. Porque a gente vai conhecendo um da família e depois a gente conhece outro [...] E de repente a gente começa a juntar as pecinhas e começa a dar nexos né? [...] Tem que dar um tempo para amadurecer isso. (G3)

Nas falas do grupo dos residentes ficou mais forte a ideia de que não é o tempo que, necessariamente, cria uma continuidade do cuidado, mas os momentos e as oportunidades de encontro.

Longitudinalidade não é necessariamente o número de anos que você está inserida ali, é justamente o cuidado do paciente que vem hoje e você quer ver ele daqui dois, três dias, você tem essa possibilidade, então você não vai [...] ser o médico que vai se criar lá naquela comunidade, mas você ter a possibilidade de ver aquele paciente, [...] é a questão de você olhar com mais cautela. (E4.2)

Alguns residentes do segundo ano do programa relatam que em seu R1 tiveram a oportunidade, apesar do pouco tempo, de criar vínculo com alguns pacientes, devido aos reencontros. Relataram que conseguiram fazer um pré-natal completo e, na sequência, fazer as primeiras consultas do recém-nascido. Que puderam acompanhar um paciente, fazer o diagnóstico de suas doenças, acompanhar o desenrolar e infelizmente, o falecimento deste. E que com estes encontros

conseguiram desempenhar a longitudinalidade com seu paciente apesar de ficarem apenas um ano na comunidade em questão.

A discussão do tempo de acompanhamento entra no conceito de continuidade de cuidado, que também foi descrito por Hennen citado em Schultz K (2009)^{6,8}. Ele apresentou alguns domínios para se conseguir uma longitudinalidade de qualidade, um deles, o cronológico ou longitudinal, consiste no uso das observações de pacientes repetidas ao longo do tempo. Sendo esta usada como ferramenta de gerenciamento, que conversa com a discussão dos grupos sobre o tempo ser ou não um elemento essencial para longitudinalidade^{6,8}. Paula et al¹² (2009), em uma revisão integrativa sobre o tema, enalteceu que este é um ponto fundamental, já que é preciso tempo para desenvolver uma relação e assim favorecer a longitudinalidade e estabelecer confiança¹².

Este ponto da discussão não teve um consenso entre os grupos, mas se pode entender que tanto para preceptores e residentes, o tempo é importante para consolidação da ferramenta, mas que mesmo com pequenos momentos, a possibilidade de rever um paciente, já é importante para a continuidade do cuidado. Os residentes parecem experimentar a longitudinalidade como se estivessem entrando numa lagoa, colocando os pés na beirada, vendo a comunidade, mas sem compreender tão profundamente e com tanta complexidade o que ela representa. O que eles poderão vivenciar ao explorarem mais afundo sua complexidade, e isso requer um certo tempo. E aí, também depende do tamanho da lagoa. Se ela for pequena, consegue-se explorar mais rápido, entretanto, é uma experiência válida diferente, mas eles ainda não conseguem vislumbrar o que tem mais submerso. Os preceptores, especialmente os mais experientes vivenciaram a exploração da lagoa de muitas formas, portanto perceberam características e relações mais complexas que os residentes talvez não consigam perceber.

Já Haggerty et al²¹ (2003) acredita que a parte cronológica não é um domínio, mas sim, uma parte intrínseca da continuidade. Concluiu que é o tempo que distingue a longitudinalidade dos outros atributos e que melhorará a qualidade do relacionamento interpessoal²¹.

Balint citado em Brandt²⁴ (2009) um estudioso na área de pacientes complexos e no sentimento que estes causam aos seus médicos descreveu a companhia de investimento mútuo. Essa é a possibilidade da relação de apoio mútuo entre médico e paciente, onde ambos dedicam atenção um ao outro e que esta relação

tem continuidade no tempo assegurando a ambos gratificação. Podendo mais tarde então com este ponto atingir o que ele chamou de *flash* que seria o *insight* mútuo entre médico e paciente, sobre a percepção conjunta e simultânea sobre os fatores de saúde e doença²⁴.

A continuidade do cuidado é um componente necessário e óbvio para quando está se atuando em APS, mas que poucos profissionais entendem sua importância ou conseguem senti-la quando estão em ambientes hospitalares. Notou-se, tanto na fala dos residentes, quanto dos preceptores, que a longitudinalidade é um dos aspectos mais cativantes na MFC. Pois na faculdade não conseguem sentir o que é realmente, cuidar do paciente de forma longitudinal, ver seus atos e suas consequências refletidos na saúde de alguém.

Para mim a longitudinalidade é a continuidade do cuidado, eu não tinha dimensão disso durante a graduação, porque a gente não tinha, [...] a oportunidade de rever aquele paciente e isso foi uma coisa que eu gostei muito na residência, você poder dar continuidade. (E2.2)

Ponto também que apareceu no grupo de preceptores:

A longitudinalidade, ela permite, uma coisa que na faculdade não é muito, que é você ver o resultado das condutas, [...] Quando dá certo e quando não dá. [...] você começa a aprender a lidar com o resultado das condutas, né? O que você toma como decisão e como que aquilo afeta a pessoa, a família né? Isso acaba voltando pro médico residente ali, é onde começa a aprender essa longitudinalidade não só do vínculo, mas dos teus atos de médico ali naquela comunidade. (G2)

Este conceito apresentado nestas falas é congruente com o artigo de Vest et al²² (2016), que mostrou que o treinamento e a experiência na continuidade do cuidado apoiam o estudante no seu interesse em APS, porém a estrutura do currículo na graduação dificulta este processo. Os estudantes estão habituados a encontros padronizados sem a oportunidade de experimentar a continuidade. O curto período de tempo, da maioria dos estágios, não permite obterem uma imagem da continuidade de cuidados e o relacionamento entre equipe e paciente²². Um acompanhamento longitudinal entre estudante, residente e paciente oferecem benefícios sobre as respostas dos pacientes à doença ao longo do tempo, além de beneficiar ao graduando e ao residente o aprendizado sobre a história natural da doença²⁵.

De acordo com Delva et al²⁶, os residentes de MFC não valorizam a continuidade do cuidado como ferramenta clínica até que a tenham vivenciado. Para os autores o entendimento é teórico (sabem o que é, mas não consegue sentir), ou por meio de modelos²⁶.

Segundo Victor e Clarissa²⁷ (2010), a longitudinalidade é o princípio central da MFC, sendo importante no desenvolvimento da relação médico-paciente. A continuidade é considerada benéfica em diversos pontos. Tanto para o atendimento do paciente, para o uso criterioso de recursos, para a gestão de doenças crônicas, assim como para a satisfação do médico e do paciente²⁷. Schultz⁶ (2009) também a definiu como a pedra angular da MFC, já que tem o objetivo de melhorar a satisfação de ambos. Pesquisas com residentes ou com médicos atuantes em APS mostraram que esse atributo é um dos principais para a escolha desta especialidade. Assim, seu ensinamento e sua prática devem ser incentivados na residência^{6,25,27}.

Essa satisfação em relação à longitudinalidade foi expressa principalmente por preceptores que relataram ser esta a característica que mais gostam dentro de suas atuações. Ser reconhecido pelo paciente como “ele é meu médico” (G4), com alegria no falar, mostra a gratificação entre ambos. Expressaram que isso que mantém a alegria do seu trabalho, porque se fossem para fazer apenas atendimentos pontuais, não teriam realização em sua profissão.

McWhinney descrito em Delva et al²⁶, explicou que os valores fundamentais dos cuidados primários são baseados em relacionamentos, mas também que a continuidade isolada é insuficiente para cumprir a obrigação moral de aliviar o sofrimento humano. A longitudinalidade requer continuidade da responsabilidade, ela constrói a confiança, faz a criação de um contexto para a cura e assim consequentemente aumenta o conhecimento sobre o paciente^{25,26}.

Longitudinalidade informativa e o registro médico [subtítulo]

Nos grupos focais apareceu em diversos momentos a discussão da necessidade de um bom registro clínico como forma de manter o cuidado, e assim a longitudinalidade. Os participantes discutiram que usam o prontuário tanto para manter a conduta e o raciocínio realizados, mas também para deixar para os próximos profissionais uma linha do que seguir e ideias de manejo. Alguns preceptores contaram que este é um aspecto que insistem diariamente com seus residentes. Tanto

na observação dos registros prévios de outros, e assim seguir a linha de cuidado que estava sendo realizada

Entre os residentes observou-se certo fascínio em relação ao registro do paciente, para eles, saber o que já aconteceu é imprescindível para se manter o cuidado e entender mais sobre a pessoa à sua frente. Intensidade essa que não poderia ser alcançada se o atendimento começasse junto com a consulta, sem nenhum conhecimento prévio.

Tem às vezes alguns pontos chave nessas histórias, [...] 20 anos atrás, que explica tudo que tá acontecendo, aí você até anota no prontuário [...] aí você chega, conhece aquela pessoa pela primeira vez e você não pode falar 'nossa eu vi que o outro médico...', então você até sabe o que tá acontecendo, mas você vai ter que esperar que ela confie em você. (E5.2)

Os residentes também contaram que ao conhecer o prontuário, conhecem o registro dos outros profissionais que trabalham na equipe, ou antes deles. Relataram que quando leem uma consulta registrada por algum antigo residente, ou por alguém que conhecem o modo de trabalho, fica mais fácil acreditar e seguir com a informação. Apesar de não ter áudios que explorem de que forma fazem essa análise, esse fato apareceu em mais de uma fala. Saber o que seu preceptor já fez com aquele paciente, que nível de vínculo chegaram a formar é importante para o residente seguir.

Esses pontos unem-se à ideia anteriormente citada de Hennen em Schultz⁶ (2009) que descreveu que para que a longitudinalidade ocorra precisamos dela em seus seis domínios ocorrendo mutuamente. Assim, tão importante quanto os outros, o informativo é parte essencial para saber o que está acontecendo com o paciente, que fará com que o atendimento seja realmente longitudinal a partir do que se determinou no último encontro^{6,8,25}. Haggertyetal²¹ (2003) identifica este domínio como informacional, sendo ele que permite manter a conexão de informação entre os profissionais e entre eventos passados e circunstâncias atuais e pessoais^{4,21}.

Para alguns residentes, assim como defendido por Cunha e Giovanella⁴ (2011), a continuidade informacional é considerada a base da longitudinalidade. Saber o que já aconteceu com o paciente favorece o acúmulo de conhecimento, principalmente para eles que tem pouca experiência com os pacientes⁴.

Um ponto que não apareceu nas discussões dos grupos e que os autores também consideram importantes para manutenção da longitudinalidade e

principalmente da parte informativa é o uso de novas tecnologia e redes sociais, um ponto que hoje em dia está em bastante discussão.

Longitudinalidade e equipe [subtítulo]

Entre os participantes, todos apontaram a equipe como o principal ponto para existência da longitudinalidade. Para eles o cuidado do paciente não pode estar atrelado apenas à figura do médico, mas a todos os profissionais. A pessoa tem que reconhecer a equipe que lhe presta o cuidado e identificar o local onde o recebe.

A definição do livro [de longitudinalidade], na verdade, é a equipe né, é o paciente identificar que naquela unidade de saúde ele tem a equipe que vai sempre acompanhar ele. (E7.2)

Ter uma equipe para fazer o cuidado é sempre o melhor e o principal jeito de conseguir fazer a longitudinalidade^{1,5,11}. Essa ideia vem tanto dos participantes da pesquisa como também dialoga com os artigos abaixo. Para Camelo e Angerami²⁸ (2008) é necessária a equipe para a continuidade, para se conhecer o usuário e seu contexto, conhecer as características da comunidade. Como alguns preceptores disseram, além de existir a equipe, se faz necessário que ela esteja empenhada e legitimada neste processo. Alguns trabalhos mostraram que para atuar neste cenário de APS é necessário que os profissionais estejam preparados para um trabalho compartilhado. Necessita-se de uma organização em equipe para valorizar a atuação de todos, que se tenha responsabilização e vínculo com a comunidade, para assim desempenhar um trabalho colaborativo e que contribua positivamente para o vínculo^{5,28,29}.

Este conceito da equipe também conversa com a dimensão - continuidade interpessoal observada por Cunha e Giovanella⁴ (2011), onde o paciente conhece e confia em sua equipe e a tem como referência para seu tratamento. As autoras defendem que quando o paciente tem vínculo com os outros profissionais da equipe consegue maior possibilidade de integralidade⁴.

Uma residente também levantou que se a equipe está estruturada e cada um mantém seu papel, o cuidado funciona independente do médico. Este pode ir embora, que ainda assim, a longitudinalidade permanecerá. Outra residente comentou que

apesar de essencial que a equipe tenha entrosamento entre si é difícil isso ocorrer na prática. Já que cada membro tem seu jeito de pensar e diferentes formações, não necessariamente voltadas à APS, dificultando assim o cuidado e o entrosamento.

Magnaco e Pierantoni²⁹ (2015), também concordaram na dificuldade no processo de gestão de trabalho, tanto pela parte da equipe, quanto pelos pacientes. Comentaram que culturalmente as equipes tem dificuldade em aceitar a mudança do modelo da APS, que exige deixar de fazer um cuidado centrado no médico, para um cuidado que prevaleça a equipe multiprofissional e a prevenção. Levantaram também que o vínculo e a própria longitudinalidade assustam a equipe, muitas vezes pela proximidade ao usuário²⁹.

A questão levantada nos grupos sobre a troca contínua de profissionais na ESF é um tema muito discutido na literatura. Por mais que se aceite que a longitudinalidade não deva ser focada em apenas um profissional, toda vez que um profissional deixa uma equipe, um pouco da continuidade do cuidado vai com ele^{1,4,5,8}.

A saída dos profissionais da ESF dos seus postos de serviços é tida como um dos fatores críticos para o sucesso do programa, em especial o médico^{3,30}. Campos e Malik³⁰ (2008) mostraram em um estudo que o índice geral de rotatividade dos médicos da ESF em São Paulo, em um ano foi cerca de 37,4%. Sendo o nível de rotatividade adequado quando se encontram abaixo de 26%^{3,30}. Dialogando com Magnaco e Pierantoni²⁹ (2015), que levantam que grandes centros enfrentam dificuldades na manutenção da longitudinalidade, por fatores como: escassez de profissionais com formação e com perfil para atuar na APS e alto índice de rotatividade²⁹.

Entre os preceptores, outro aspecto apontado foi que além da equipe querer fazer um cuidado contínuo, tem a questão da formação, de cada profissional saber qual é seu papel e suas atribuições para assim poder gerar a longitudinalidade. Eles relataram que quanto mais tempo de trabalho juntos, melhor o preparo e disposição de uma equipe e melhor estará sendo o cuidado que o paciente recebe, apesar de que alguns descreveram que na maioria das vezes, a partir de suas experiências isso não ocorre. Afirmaram que o papel de prestar um cuidado longitudinal, tentando manter uma linha do que ocorre ao paciente, geralmente está mais ligado a figura do médico. Que as equipes demoram para assumir seu papel na longitudinalidade. Comentaram que algumas equipes até conseguem em alguns momentos fazer isso, mas que não é o usual. Assim, na ausência do médico, esse cuidado continuaria com

o restante da equipe. E com isso, o paciente teria a sensação de estar sendo sempre acolhido e protegido.

Baratieri e Marcon¹¹ (2013) escreveram um artigo com a visão do enfermeiro e o atributo da longitudinalidade, em que foi identificado por eles também que o trabalho na APS não é integrado e assim há limitação na longitudinalidade. Defendem que a longitudinalidade funciona no momento em que a equipe de saúde serve como fonte de atenção contínua, independentemente dos problemas de saúde. Mas que o principal problema para esse estabelecimento é o fato de que os trabalhadores da APS precisam ter perfil para atuar nesse sistema¹¹.

Esse ponto foi também mencionado nos grupos, a formação da equipe. Quando se têm outros profissionais que fizeram residência ou até mesmo especialização em saúde da família fica mais fácil o entendimento. Porém são raros os lugares em que os participantes vivenciaram tal cenário.

Quem não é da atenção primária não consegue pensar em rede. Porque aí o paciente se perde na rede, mas se tem, em vários pontos a questão da formação, [...] se a pessoa souber o que é longitudinalidade é mais fácil dela fazer, né? (G1)

Tal trecho reforça o que foi apresentado por Giovani e Vieira³ (2013), que quanto mais capacitado é o profissional que atua na APS, mais preparado ele está para agir em situações específicas em estratégia e em cuidado. Este profissional quando teve seu ensino voltado para esta realidade consegue fazer gestão e se voltar para as necessidades do contexto que está envolvido. Esta falta de formação atinge também a médicos que atuam na APS, muitos acabaram ocupando posições em equipes de ESF tendo outras especialidades focais³. De acordo com os dados do Ministério da Saúde de dezembro de 2018³¹, temos 43.016 equipes ESF no Brasil, se relacionarmos com o número de especialistas em MFC cadastrados no Conselho Federal de Medicina (CFM)³² temos apenas 5.486 especialistas na área.

Magnaco e Pierantoni²⁹ (2015) relacionam também que as principais dificuldades para alocar profissionais na ESF consistem na deficiência da formação, que não prepara o profissional para atuar na APS. Este ponto da falta de capacitação faz com que os profissionais não saibam das atribuições comuns e insegurança para cuidar do paciente integralmente^{3,28,29}.

Considerações Finais

A longitudinalidade é um dos atributos da APS, de acordo com Starfield o único que é exclusivo e central da APS. Entre os participantes da pesquisa pode-se perceber que eles também a consideram como um dos atributos mais importantes da APS.

Durante a realização dos grupos focais falou-se bastante sobre o que é longitudinalidade e como cada participante a vê e a sente. Foi explicada de modo diferente por cada participante, alguns a interpretaram como uma ferramenta clínica que pode melhorar o atendimento. Outros já a apontaram que é algo natural, inerente que cada médico vai a desenhando à medida que conhece a comunidade. Ficou claro nos dois grupos o entendimento sobre o tema, a ponto de explorarem várias vertentes do significado.

A questão cronológica da longitudinalidade também foi um ponto bastante comentado. Preceptores relataram que para conseguir longitudinalidade em relação aos seus pacientes, deve-se permanecer um longo tempo na comunidade, para ir juntando os dados que vão aparecendo em cada encontro. Já nas falas dos residentes ficou mais forte a ideia de que não é o tempo que, necessariamente, cria uma continuidade do cuidado, mas os momentos e as oportunidades de encontro.

Nos grupos apareceu em diversos momentos a discussão da necessidade de um bom registro clínico como forma de manter o cuidado, e assim a longitudinalidade. Os participantes discutiram que usam o prontuário tanto para manter a conduta e o raciocínio realizados, mas também para deixar para os próximos profissionais uma linha do que seguir e ideias de manejo.

Entre os participantes, todos apontaram a equipe como o principal ponto para existência da longitudinalidade. Para eles o cuidado do paciente não pode estar atrelado apenas à figura do médico, mas a todos os profissionais. Entre os preceptores, outro aspecto apontado foi que além da equipe querer fazer um cuidado contínuo, tem a questão da formação. Quando se têm outros profissionais que fizeram residência ou até mesmo especialização em saúde da família fica mais fácil o entendimento.

Sendo assim, conclui-se que residentes e preceptores consideram a longitudinalidade importante, porém por serem grupos diferentes nota-se que o conceito é diferente para cada fase e grupo. A principal diferença levantada entre os

grupos é em relação ao tempo necessário para se estabelecimento, que entre preceptores é defendido que necessita de um tempo de três a quatro anos para amadurecimento enquanto para residentes, se conseguir manter um ciclo nos encontros em saúde já é suficiente.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
2. Ghiggi LA, Barreto DS, Fajardo AP. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. Rev. APS. 2014; 17(2):244-54.
3. Giovani MSP, Vieira CM. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia de Saúde da Família. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2013; 7(4):1-14.
4. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(1):1029-42.
5. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal da Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2018; 28(2):1-18.
6. Schultz K. Strategies to enhance teaching about continuity of care. Canadian Family Physician. 2009; 55(jun):666-69.
7. Izecksohn, MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária em construção. Ciências & Saúde Coletiva. 2017; 22(3):737-46.
8. Kerr JR, Schultz K, Delva D. Two New aspects of continuity of care. Canadian Family Physician. 2012; 58(out):442-49.
9. Pires T. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: Um compromisso com a consolidação do SUS. [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2006

10. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. OMUNIDADE. Documentos - A Medicina de Família e Comunidade: O Que, Como, Quando, Onde, Por que. [Acesso em: 13 set. 2017].Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_acao=mostrapagina>.
11. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: Identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(3):549-57.
12. Paula CC, Silva CB, Nazário EG, Ferreira T. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* 2015; 17(4):1-11.
13. Massuda A, Tilton CMS, Neto PP. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2018; 42(157):1-9.
14. Carney PA, Conry CM, Mitchell KB, Ericson E, Dickinson P, Martin JC, et al. The importance of and the complexities associated with measuring continuity of care during resident training: possible solutions do exist. *Fam Med.* 2016; 48(4):286-93.
15. Gondim SMG. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia.* 2003; 12(24):149-61.
16. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2009; 19(3):777-96.
17. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-14.
18. Aschidamini IMI, Saupe R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Rev. Cogitare Enfermagem.* 2004; 9(1):9-10.
19. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde.* São Paulo. Hucitec 2014, 14ª ed. 303-8.

20. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006; 15(4); 679-84.
21. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendr R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003; 327(22):1219-21
22. Vest BM, Lynch A, McGuigan D, Servoss T, Zinnerstrom K, Symons AB. Using standardized patient encounters to teach longitudinal continuity of care in a family medicine clerkship. *BMC Medical Education.* 2016; 16(208):1-9.
23. Weir SS, Page C, Newton WP. Continuity and Access in an Academic Family Medicine Center. 2016; 48(2):100-7.
24. Brandt JA. Grupos Balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho. *Rev. SPAGESP.* 2009; 10(1): 48-55.
25. Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organek AJ, Parsons E, et al. Continuity: middle C – a very good place to start. *Canadian Family Physician.* 2011; 57(nov):1355-56.
26. Delva D, Kerr J, Schultz K. Continuity of care. *Canadian Family Physician.* 2011; 57(aug):915-21.
27. Ng KV, Burke C. A look back to see ahead. *Canadian Family Physician.* 2010; 56(dec):1259-61.
28. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. Cuid. Saude.* 2008; 7(1):45-50.
29. Magnano C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate.* 2015; 39(104):9-17.
30. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *RAP (Rio de Janeiro).* 2008; 42(2):347-68.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura de Atenção Básica. Brasil. 2018. [Acesso em 03 de março de 2019]. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

32. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainard GM, Matijasevich A, et al. Demografia Médica no Brasil 2018. 2018; 2. 86.

3.3 ARTIGO 2 - A LONGITUDINALIDADE DO PACIENTE E A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA: COMO CONCILIAR?

A longitudinalidade do paciente e a formação do Médico de Família: como conciliar?

The longitudinality of the patient and the formation of the General Practice. How to conciliate?

La longitud del paciente y la formación del médico de familia. ¿Cómo conciliar?

Resumo

A longitudinalidade é um atributo da Atenção Primária à Saúde e é fundamental que o médico de família e comunidade (MFC) a desenvolva. Na residência médica a troca de residentes surge como um desafio para o seu desenvolvimento. Para compreensão da percepção da longitudinalidade em ambientes de residência de MFC foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo, com grupos focais. Para tratamento dos dados foi realizada a análise de conteúdo. Entre os principais achados, foi levantado o papel do preceptor mantendo a longitudinalidade na área apesar da troca dos residentes, a importância do uso do prontuário e da equipe como formas de manter o cuidado. A passagem de casos entre novos e antigos residentes. E que apesar de quebras no cuidado, de um modo geral os participantes percebem que a continuidade pode ser mantida mesmo com a troca dos residentes.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade. Continuidade da Assistência ao Paciente. Longitudinalidade. Internato e Residência. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Longitudinality is an attribute of Primary Health Care and it is fundamental that the family physician (FP) develop it. In medical residency the exchange of residents appears as a challenge for their development. To understand the perception of longitudinality in FP residence settings, a qualitative research was conducted with focal groups. Data analysis was performed to treat the data. Among the main findings, the role of the preceptor was retained maintaining the longitudinality in the area despite the exchange of residents, the importance of the use of the chart and the staff as ways of maintaining care. The passage of cases between new and old residents. In addition, that despite breaks in care, participants generally perceive that continuity can be maintained even with the exchange of residents.

Keywords: Family Practice. Continuity of Patient Care. Longitudinality. Internship and Residency. Primary Health Care.

Resumen

La longitudinalidad es un atributo de la Atención Primaria de Salud y es fundamental que el médico de familia (MF) la desarrolle. En la residencia médica el cambio de residentes surge como un desafío para su desarrollo. Para comprender la percepción de la longitudinalidad en ambientes de residencia de MF se realizó una investigación de carácter cualitativo, con grupos focales. Para el tratamiento de los datos se realizó el análisis de contenido. Entre los principales hallazgos, se levantó el papel del preceptor manteniendo la longitudinalidad en el área a pesar del cambio de los residentes, la importancia del uso del prontuario y del equipo como formas de mantener el cuidado. El paso de casos entre nuevos y antiguos residentes. Y que a pesar de quebradas en el cuidado, de un modo general los participantes perciben que la continuidad puede ser mantenida incluso con el cambio de los residentes.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria. Continuidad de la Atención al Paciente. Longitudinalidad. Internado y Residencia. Atención Primaria de Salud.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de estratégias para organização do sistema de saúde com ações voltadas para melhorar a eficiência, equidade e gestão da saúde^{1,2}. No Brasil a APS é alvo de investimentos de políticas de saúde e é a organizadora do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar sua cobertura e a organização do processo de trabalho^{1,3}. Uma boa estruturação da APS é fundamental para garantir resultados positivos, ela representa a base do sistema e determina o funcionamento dos outros níveis de atenção^{1,4}. A APS busca garantir acesso à saúde e um cuidado integral e longitudinal para a população^{2,5}. A APS deve ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada para o sistema, constituída de equipe multidisciplinar integrando e coordenando o cuidado das necessidades de saúde das pessoas do território⁶.

Para assegurar esse cuidado fundamenta-se nos seguintes atributos: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade^{2,3,7}. A longitudinalidade se destaca dentro desses atributos, tornando-se possível quando há uma fonte de cuidados ao longo do tempo. Com isso, há a possibilidade do acompanhamento do indivíduo em suas diversas fases da vida e do vínculo entre equipe e usuário^{3,4,8,9}. Representa uma relação de afetividade e confiança que por si só possui caráter terapêutico, podendo-se obter diagnósticos mais precisos, reduzir encaminhamentos e diminuir a necessidade de procedimentos de maior complexidade^{4,5,9-11}.

O modelo de assistência à saúde da ESF exige conhecimentos específicos para a realização de múltiplas tarefas, portanto se deve priorizar a qualificação dos profissionais na área^{4,12}. A qualificação específica torna o profissional mais próximo da realidade, por isso, equipes com profissionais qualificados na área apresentam melhores indicadores^{5,12}.

A residência médica é o método de escolha para a especialização médica e ocorre pelo treinamento supervisionado por profissionais qualificados. A residência em MFC no Brasil teve expansão nos anos 2000, com a formulação da ESF e o aumento da demanda dos municípios. Assim, houve maior difusão da especialidade e o surgimento de novos programas de residência^{3,13}.

Para que existam bons programas de residência em MFC, também se necessita de estruturação dos serviços e da capacitação de preceptores. A residência em MFC visa formar profissionais capazes de proporcionar um cuidado longitudinal, integrado e contextualizado^{8,12-14}. O MFC deve desenvolver competências para prestar assistência adequada e resolutiva aos problemas de saúde mais prevalentes de uma população^{12,15}.

Nesse sentido, a longitudinalidade surge como um importante instrumento, pois contribui para o acompanhamento dos efeitos de intervenções em saúde^{6,8-10}. A troca de residentes em ambientes que contam com residência é um desafio para o desenvolvimento da longitudinalidade, pois pressupõe que haja continuidade da relação de cuidado e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo^{11,14}. Garantir meios de afirmar esse atributo na residência em MFC representa importante desafio para preceptores e residentes envolvidos no programa. Assim, percebeu-se a necessidade de explorar o assunto. Este artigo teve como objetivo de explorar a percepção de residentes e preceptores em relação à continuidade do cuidado dos pacientes em um ambiente que conte com a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e quais estratégias e/ou atitudes são utilizadas neste contexto.

Metodologia

Para compreender a percepção quanto ao atributo da longitudinalidade com pacientes na atenção primária em um ambiente que conte com a residência MFC, foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo. Foi realizada uma análise do modo como as pessoas o enxergam através de suas opiniões, ideias, sentimentos e experiências¹⁶.

Optou-se por utilizar a técnica de grupo focal, pois possibilita um entendimento a partir da perspectiva do público alvo e também pelo tema da pesquisa ter sido pouco estudado em sua totalidade, estimulando o debate^{17,18,19}.

Foram realizados dois grupos focais: um com a participação de preceptores e outro com residentes do programa. Ambos os grupos foram feitos com participantes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade Integrado de Curitiba. Os convites foram realizados em reuniões do próprio programa e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com

a permissão dos participantes, as sessões dos grupos focais foram gravadas e filmadas. Partiu-se da pergunta “O que vocês entendem por longitudinalidade?” e posteriormente foram realizadas perguntas complementares para aprofundar a discussão. Os grupos foram realizados na presença de um pesquisador com experiência em condução de grupos focais, e pelos participantes da pesquisa (pesquisadora principal e dois alunos de graduação). Todo o material áudio-gravado foi transcrito integralmente, esta transcrição foi realizada pelos pesquisadores, principalmente pelos alunos e revisadas pela pesquisadora. Se o áudio em alguns momentos não supriu o entendimento, foi utilizado vídeo para se chegar ao entendimento da fala e para esclarecer expressões e entonação.

As transcrições foram analisadas a fim de identificar núcleos argumentais que serviram como base para a criação de uma grade de análise^{16,20}. Analisada entre todos da equipe de pesquisa. Os participantes do grupo focal de preceptores foram nomeados pela letra (G) e numerados de acordo com a ordem de participação do grupo, já no grupo de residentes foram nomeados pela letra (E), numerados de acordo com a ordem de participação do grupo e com o número (1) ou (2) de acordo com o ano que estão cursando no programa. Para o tratamento dos dados da pesquisa foi realizada a análise de conteúdo. Que serve de base para as interpretações e as permitem tornar replicáveis e com validade na inferência dos dados sobre um contexto pré-determinado^{16,20}. A análise de conteúdo partiu de uma leitura das falas, atingindo um nível mais profundo de reflexão e ultrapassando os sentidos manifestos da mensagem^{20,21}. Para junto do contexto e dos sentimentos de cada participante se chegar a lapidação da ideia e da conclusão^{20,21}.

Os trechos categorizados foram comparados em busca de padrões e discutidos com o que se tem na literatura nacional e internacional.

Esse artigo faz parte de um projeto de pesquisa que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob o parecer número: 2.401.879.

Resultados e Discussão

Foram realizados dois grupos focais com participantes do Programa de Medicina de Família e Comunidade de Curitiba. O primeiro grupo foram com residentes do programa, o número total de residentes são 60 residentes, no grupo

participaram 11 residentes, tanto do primeiro como do segundo ano do programa, com duração de 70 minutos. O segundo grupo foi realizado com os preceptores do mesmo programa, contou com a participação de nove preceptores, sendo no total do programa 54 preceptores e teve duração de cerca de 100 minutos.

Mesmo com convite em reunião já habitual da residência teve-se pouca adesão do público-alvo, mesmo se oferecendo outras datas para outro grupo focal. Sendo um público bastante difícil de reunir, especialmente por terem poucos horários disponíveis e muitos trabalharem em mais de um local. Portanto, estrategicamente se ofereceu um horário logo após encontro regular da residência. Ainda assim, esperava-se maior participação. Uma limitação deste estudo é que não se pode generalizar os dados para outros programas de residência, pois dependerá da conformação de cada lugar. Pode-se levar em consideração as ideias levantadas neste artigo como forma de pensar para outros programas. Um ponto a se pensar é que estes resultados apareceram em um grupo realizado em um grande centro urbano, em cidades menores ou em ambientes rurais estes dados poderiam ser diferentes e podem não ser replicáveis. Apesar de ter sido escolhido o desenho de grupo focal, isso não garante que as experiências e percepções relatadas sejam a melhor forma de garantir a longitudinalidade do cuidado em outros ambientes com residentes.

Neste programa de residência estudado os residentes permanecem um ano na mesma unidade de saúde, no segundo ano trocam de unidades para conhecer outras realidades. Os estágios em outros ambientes da rede que são importantes para aumentar o conhecimento dos residentes acontecem durante sua prática nas unidades, em um a dois turnos na semana. Assim, diferente de alguns programas, em que os estágios ocorrem em juntos em um semestre da residência, neste o residente fica na unidade em todo o programa conseguindo conciliar a experiência vista em outros serviços no seu dia a dia. Neste programa em particular, todos os preceptores envolvidos trabalham nas unidades de saúde independente dos residentes e não estão lá somente vinculados ao programa de residência, que pode gerar um ponto de confusão em programas que não sejam assim estruturados.

Após leitura e releitura dos materiais obtidos chegamos nas categorias/eixos temáticos que se apresentam ao longo do texto.

A longitudinalidade e a residência médica [subtítulo]

A discussão da longitudinalidade e residência foi o ponto de maior debate nos grupos. Tanto por ser o tema central do trabalho, quanto por ser o objeto em comum dos participantes. Ficou evidente ao analisar as falas dos grupos que a longitudinalidade é diferente em um ambiente com residente, quando comparado ao ambiente com equipes tradicionais. Porém em quase todos os momentos essa diferença foi encarada como benéfica. Os participantes concordam que quando se tem equipes tradicionais, por mais que se tenham momentos de discussões, a longitudinalidade acaba ficando mais centrada em um único profissional. E em ambientes que contam com residência de MFC, como o residente está sempre discutindo com seu preceptor e com outros residentes a longitudinalidade fica dissipada pela equipe.

Foi ressaltada a importância da permanência na figura do preceptor nos ambientes de formação, por mais que o residente seja trocado, porque este fica para garantir a continuidade do cuidado. Discutiram que é o preceptor o responsável pelos pacientes, a ponte do cuidado ao longo do tempo.

“Se o preceptor tá empenhado, os pacientes são do preceptor, então a gente tá contribuindo e a longitudinalidade continua com o preceptor. Os próximos residentes vão discutir, mas o preceptor já conhece aquele paciente, a história, as intercorrências.” (E3.2)

Ideia também encontrada na fala deste preceptor:

“A gente como preceptor acaba tendo um papel central assim, de deixar claro para a equipe, para a comunidade, que vai trocar o residente mas tem a figura daquele que está orientando que vai conhecer o todo ali, né? O paciente vai ser visto por médicos diferentes mas tem aquele que tá orientando”. (G6)

Um ponto importante que também apareceu nos grupos foi como a figura do preceptor e sua postura interferem no jeito de agir do residente, tanto para manter a longitudinalidade do paciente quanto para fazer o trabalho com a equipe. Os preceptores afirmaram que é importante para o aprendizado, estabelecer o vínculo com o paciente, desenvolver habilidades humanas. No tempo de aprendizado o residente deve agregar uma série de atributos que não estão no livro, muito mais do

que os conhecimentos transmitidos pelo preceptor, o jeito que ele se comporta, que desempenha sua atuação, não se transmite por palavras, mas sim pela postura.

O preceptor tem um papel muito importante na residência médica, ele é o protagonista no processo ensino-aprendizagem dos residentes^{22,23}. Além de ser a pessoa que transmite os ensinamentos, é a pessoa que estará ao lado do residente, numa estreita relação de ensino-aprendizagem²³. Nesta relação, o preceptor atua como exemplo para o residente que está em formação, não só para os processos de aprendizagem da MFC, mas de postura^{3,23}. Está ali tanto para ensinar técnicas, como para ajudar na integração de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática^{3,23,24}. Acaba assumindo um papel de *role model* – uma pessoa que inspira e estimula o desenvolvimento dos demais, como afirma Giroto (2016)²³.

Os preceptores são especialistas em MFC e para bom desempenho em seu papel, devem ter uma compreensão clara do seu papel na comunidade e respeito pela especialidade. Quanto mais experiências com preceptores experientes e comprometidos, melhor para o residente desenvolver suas habilidades²⁴. Schers et al²⁵ (2004), em seu artigo comentou o quanto é importante a postura do preceptor, no exemplo e na perpetuação de padrões.

Schultz¹⁴ (2009) em seu artigo sobre como ensinar longitudinalidade dentro da residência colocou a seguinte recomendação para se garantir a longitudinalidade interpessoal: “Seja um modelo. Discuta explicitamente o que você faz quando está trabalhando na continuidade interpessoal com seus pacientes, tanto aspectos positivos e negativos e como você lida com os negativos”¹⁴.

A European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), uma associação para padronização e formação de preceptores, discute em suas oficinas que um bom formador é aquele que possui não apenas competência clínica, conhecimento pedagógico e prático, mas também aptidões para a docência e atributos pessoais^{13,22}. Além de toda a parte técnica, precisa saber ouvir e principalmente ter vontade de compartilhar seu conhecimento^{3,13}.

É inquestionável, assim como a figura do preceptor, o papel dos atributos da APS dentro da residência, principalmente a longitudinalidade. Percebe-se que todos os participantes da pesquisa notaram a importância em se trabalhar esse atributo na residência, já que é onde o futuro médico de família desenvolve hábitos de prática e os princípios fundamentais da especialidade⁹. A continuidade do cuidado para Kerr, Schultz e Delva⁸ (2012) é o coração da MFC e este conceito deve ser trabalhado com

os residentes. É ela que faz melhorar a satisfação dos médicos e pacientes, assim como desfechos em saúde e o entendimento individual e da comunidade^{8,14}. Pacientes referem maior satisfação quando tem um relacionamento de longo prazo com sua equipe de saúde¹⁰. Schultz¹⁴ (2009) traz que a continuidade do cuidado é um dos pilares da MFC, em seu estudo com grupos focais com residentes e médicos sobre longitudinalidade, trouxe que ela é uma das principais razões por eles terem escolhido a MFC. Dada a sua importância, exercer a continuidade dos cuidados durante a residência deve ser um aspecto importante e obrigatório¹⁴. Ensinar residentes sobre os benefícios da longitudinalidade, é lhes ensinar sobre o difícil aspecto das relações terapêuticas a longo prazo e assim, discutir estratégias de enfrentamento para lidar com elas¹⁴.

Shaw et al²⁴ (2012) relatou que avaliações de residentes sobre currículos que preconizam o cuidado longitudinal na pós-graduação, fazem aumentar o humanismo, a medicina centrada no paciente e o profissionalismo. Porém se tem pouca literatura mostrando como aumentar a longitudinalidade e as oportunidades de desenvolvê-la dentro de um currículo²⁴.

Um ponto bem interessante que apareceu nos relatos foi a percepção dos residentes em relação a sentir dúvida de quem é o paciente, se é seu, ou do preceptor. Alguns até mostraram que sentem que tiram o paciente de seu preceptor e após trocam de ambiente de ensino, com sentimento de abandono ao paciente. Por mais é claro, que o paciente não fique abandonado na prática, já que existe o preceptor e novos residentes entrarão, esse seria um possível indicativo do envolvimento e responsabilização experimentados pelos residentes.

“Eu acho que uma coisa que acontece muito na residência [...] é que a gente rouba muito da longitudinalidade do preceptor. Às vezes eu converso com o paciente eu falo ‘nossa! Você tá assim’, daí eu converso com o preceptor [...] e explica tudo daí eu [...] penso que eu não ia descobrir isso naquela consulta, mas como a preceptora já tá lá há muito tempo eu pego daquilo que ela já passou, a longitudinalidade dela, a experiência dela ali, e eu vou colocando isso em prática. Daí[...] vou criando a minha longitudinalidade.” (E11.1).

E em um ambiente de residência afinal de quem é o paciente? De quem é a conduta, do preceptor ou do residente? Quem é o responsável pelo cuidado? Esta é uma discussão que deve ser constantemente realizada nos ambientes de prática da residência, mas após, deve prevalecer o cuidado mútuo. Afinal os pacientes devem

ser discutidos na díade preceptor-residente e assim as condutas devem ser tomadas pela díade, respeitando pontos de vista e também decisões de cada. Mas em alguns relatos percebemos que não é sempre o que ocorre.

“Achei interessante um ponto [...] que é a nossa autonomia, eu não sei, se essa pergunta tem uma resposta, é uma reflexão que faço [...] mas até que ponto vai nossa autonomia enquanto residente? Até que ponto o paciente é nosso e a gente pode tomar nossas condutas e até que ponto o paciente é do nosso preceptor? Isso é uma coisa que as vezes eu fico pensando porque tem horas que, às vezes, as condutas não correspondem”. (E9.2)

Ponto que também foi discutido por uma preceptora que afirmou, que faz com que o residente tenha vínculo total com o paciente, que tente manejar o máximo possível sem a interferência dela, sendo ela apenas o recurso se o residente precisar: “O paciente é do residente, eu tô de apoio aqui, pra criar o vínculo já pelo residente.” (G5). Esta frase vai de acordo com o que Carney et al²⁶ (2016) defendeu em seu estudo, que dentro de um programa de residência de MFC, espera-se que o residente seja o principal responsável por uma lista de pacientes. Ele deve ser o principal integrador do cuidado.

Um dos principais motivos para a realização deste trabalho foi discutir a questão de como se manter a longitudinalidade do paciente dentro da residência médica já que se tem a troca constante de residentes. A hipótese era que mesmo sem a intenção, existe uma quebra de longitudinalidade, porque se tem o ideal maior de garantir a formação. E esse cuidado seria quebrado pela troca de profissionais. Porém com a discussão dos dois grupos houve um acalento, já que a maioria dos participantes não percebeu tal prejuízo. Porque o preceptor sempre fica e, além disso, se tem outros benefícios que não seriam alcançados caso o cuidado estivesse centrado em um único profissional.

Alguns preceptores confessaram que quando se está acostumado com um paciente, se vai direto ao ponto, fazendo um atendimento na queixa e muitas vezes mais superficial. Que quando um residente ou um aluno vê esse mesmo paciente, às vezes acaba descobrindo outros pontos da história que passou batido por anos pelo seu atendimento. Que quando tem alguém para ajudar a atender os pacientes, são abordados outros pontos que uma pessoa única não abordaria. Além do ponto, que na maioria das vezes o residente acabou de se formar, então por mais estudioso que seja o preceptor, o residente pode trazer ideais novas que não tinham sido abordadas.

Para este ponto levantado não foi encontrada literatura para debater tal questão, mas se considerou importante tal achado entre os preceptores, pois reconhecer que o residente pode ajudar pode ter outros efeitos na relação, permitindo uma relação mais horizontal. Uma postura que nem sempre é fácil, aceitar o erro ou uma outra opinião, especialmente quando parte do indivíduo com maior poder na relação.

Outro benefício que foi apontado é que quando o paciente entende a dinâmica da residência, como funciona a relação entre preceptor e residente, a discussão de casos, tendem a gostar e preferem unidades com residência. Percebem que os pacientes se sentem melhores cuidados, sabem que tem pessoas que estudam e discutem continuamente seu caso, visando o melhor. Os preceptores relataram que os pacientes costumam ficar felizes em saber que estão contribuindo para a formação de novos profissionais. Que se sentem importantes com essa participação, além de ficarem mais tranquilos que seu tratamento é discutido por pessoas que estão interessadas na sua melhora. Uma preceptora relatou que seus pacientes demonstravam ficar felizes com a residência. Porque gostavam do atendimento oferecido, e do processo de aprendizado, especialmente por perceberem que seu estilo era transmitido para os residentes, e assim teriam profissionais tão bons quanto a que os atendia.

Alguns preceptores defenderam que mesmo que a organização e o tempo da residência permitem que o residente fique apenas um ano no mesmo serviço, às vezes esse tempo é maior que a maioria dos médicos brasileiros permanecem em APS. Complementaram também que independente do tempo que esse residente fique, se ele conseguir fazer um ciclo, um trabalho completo com determinado paciente, a longitudinalidade ali foi garantida. Pois mesmo o médico que está há muito tempo na comunidade, também vai sair da US algum dia, o próprio paciente pode se mudar e naturalmente acontecerão interrupções. O que define a longitudinalidade não é o tempo, mas todos os momentos de saúde que foram efetuados, um ciclo de início e fim, que não depende necessariamente de um tempo pré-determinado, mas da intensidade destes encontros.

Kerr et al ¹¹ (2011) contrariaram essa ideia em seu trabalho, que ensinar a continuidade do cuidado em residência de MFC em dois anos é um verdadeiro desafio. Para eles a compreensão da longitudinalidade na maioria das vezes, requer múltiplos encontros em saúde entre o médico, a equipe e o paciente. Necessita de tempo

prolongado para desenvolver relacionamentos e também para promover oportunidades de reflexão e aprendizagem¹¹. Shaw et al²⁶ (2016) também discutiram sobre como medir se os residentes durante a residência entendem e vivenciam a longitudinalidade. Referem que o currículo apresenta inconsistentes horários, devido a diferentes demandas dos serviços, afastamentos e o tempo em treinamento em residência relativamente curto. Sendo assim, muitos serviços fazem abordagens para priorizar atendimentos para os residentes, para tentar diminuir esses problemas apresentados²⁶. Porém este ponto foca apenas na longitudinalidade para o residente e não para o paciente.

Também foi defendido pelos preceptores o ponto de que por mais que o residente mude de ambiente de prática e assim quebre a longitudinalidade, por mais que ele ficasse seus dois anos de residência no lugar, uma hora aconteceria a quebra. Porém, no caso deste programa de residência, optou-se por garantir a vivência em diferentes realidades, considerando que os campos de prática são variados. E conseqüentemente, permitiria que os residentes adquirissem outras habilidades também vistas como benéficas e importantes na formação.

Somado a isso, os preceptores relataram que ao saber que estão formando profissionais melhores para atuar nas comunidades, com treinamento na própria APS, relatam que por mais perdas que se possa ter em relação à garantia da longitudinalidade, o sacrifício de uma boa formação vale a pena.

O interessante da gente fazer preceptoria é isso [...] Um dia a gente vai sair, que bom se ficar gente boa no lugar, né? A gente não é eterno, mas essa continuidade, e que fique sempre melhorando, melhorando, e a gente procurar sempre a humanização [...] a questão da longitudinalidade com os residentes [...] acho que não atrapalha, eu acho que complementa, eu acho que ajuda. (G4)

Quando se busca um elo entre a longitudinalidade e uma boa formação, como na fala acima, quando o principal foco é a formação do residente, tem que se tentar criar um ambiente e um currículo intencionais para esse objetivo. Alguns autores defendem que para se criar uma identidade profissional de um MFC infelizmente tem que se abrir mão de outros fatores. Profissionais em formação precisam de um sentido claro na sua identidade dentro de sua especialização. Assim, o objetivo da residência deve ser com que os residentes desenvolvam compreensão e identificação com a MFC^{24,26}. Deve-se também focar na exposição a modelos que demonstram valores,

processos de resolução de problemas e posturas, essa repetida vivência permitirá o desenvolvimento da especialidade e de uma identidade profissional positiva²⁴.

Estratégias para manutenção da longitudinalidade [subtítulo]

Partindo do ponto que sim, se tem mudanças no formato de como se conhece o atributo da longitudinalidade em ambientes com residência médica, passou-se a discutir formas de estratégias para que essas transformações não sejam comprometedoras do cuidado do principal interessado, o paciente.

Os participantes discutiram que por mais que, a maioria nunca tenha pensado diretamente em como diminuir a quebra para os pacientes, acabam utilizando-se de ferramentas. Ou ainda durante a discussão pensaram em formas para usar na transição dos residentes, conforme recortes das falas abaixo dos residentes:

“Eu percebo que talvez falte, é nós explicarmos que [...] saiu gente, mas nós estamos entrando, tem alguém que tá cuidando o tempo inteiro, pra ele saber que tem uma referência. Porque assim, pra quem não entende fica “poxa, pra quem que tá sendo meu cuidado?”, existe a longitudinalidade, mesmo na residência, por mais que ela seja curta.” (E3.2)

Um ponto que também apareceu entre os preceptores sobre como manter a longitudinalidade é em ter uma área própria para o residente. Quando o residente tem seu território demarcado e tem a equipe que trabalha para isso, é mais fácil de manter o cuidado. Um preceptor afirmou que um ano realmente é um período curto para se manter a longitudinalidade, mas se tem uma equipe que trabalha junto com a residência para tentar manter os mesmos pacientes para os mesmos profissionais, se consegue fazer um ciclo. Que também é dever dos preceptores proporcionar e organizar uma agenda para o residente onde ele consiga atender a mesma pessoa várias vezes: “Agendar o retorno e ver a diferença que deu daquele tratamento ou [...] não deu certo, e conseguir conversar de novo, manter essa possibilidade de retornar [...] pode ajudar”. (G5)

Carney et al²⁶ (2016) também concordou com o ponto de que quando se tem complexidades para se realizar o agendamento para o residente, pode-se corroer a experiência de continuidade e assim o residente não conseguir manter, nem aprender a longitudinalidade. Este ponto também foi observado em um estudo que mostrou que

currículos que apresentam encontros longitudinais padronizados do mesmo paciente é melhor avaliado tanto por alunos na graduação, quanto por residentes. Já que assim eles se sentem mais confiantes no gerenciamento de doenças crônicas, nas relações de continuidade, na prática de cuidados primários e principalmente por refletir como suas decisões afetaram o paciente¹⁰.

Schultz¹⁴ (2009) em seu artigo descreveu formas de manter a longitudinalidade interpessoal:

“Faça com que os residentes vejam os mesmos pacientes nos acompanhamentos. Tente fazer este processo independente dos enfermeiros ou recepcionistas. [...] Coloque deliberadamente os residentes em situações nas quais a continuidade do cuidado é muito importante para os pacientes ou há um aumento na probabilidade de desenvolver rapidamente uma relação terapêutica significativa [...] Certifique-se de que há tempo para os residentes interrogarem você sobre seus pacientes difíceis.”¹⁴ Schultz.

Indo de encontro à questão de que um dos pontos essenciais para se manter a longitudinalidade, segundo a literatura, é a equipe, alguns preceptores também enalteceram seu papel. Tanto no ponto de que a longitudinalidade não deve ser centrada só no médico e sim ser exercida por toda a equipe. Como também no ponto de que quando a equipe entende o princípio da residência, fica mais fácil acontecer o processo de aprendizado e a troca de profissionais.

Para Camelo e Angerami²⁷ (2008) a equipe é necessária para a continuidade, ela deve conhecer o usuário e seu contexto, além das características da comunidade. Como alguns preceptores disseram, além de existir a equipe, é necessário que ela esteja empenhada e legitimada neste processo. É essencial que a equipe seja capaz de fornecer continuidade nos cuidados²⁸. Alguns trabalhos mostraram que para atuar na APS é necessário que os profissionais estejam preparados para uma organização em equipe, para valorizar a atuação de todos e um trabalho colaborativo que contribua positivamente para o vínculo^{27,29,30}. Cunha e Giovanella³¹ (2011), afirmaram que para se manter a dimensão da continuidade interpessoal o paciente deve conhecer e confiar em sua equipe, além de a ter como referência para seu tratamento. As autoras defenderam que quando o paciente tem vínculo com os outros profissionais da equipe consegue maior possibilidade de integralidade³¹.

De acordo com uma pesquisa feita por Kerr, Schultz e Delva⁸ (2012) com grupos focais sobre o entendimento da continuidade, um ponto que surgiu é que a

longitudinalidade não deve ser apenas sobre um único provedor, mas sobre todos os participantes de uma equipe de saúde.

O conceito da longitudinalidade pela equipe é definido por Saultz citado em Carney et al²⁶ (2016) como continuidade interdisciplinar e permite que o conhecimento anterior do paciente esteja disponível a todos os seus integrantes. Junto com a importância da equipe também se faz importante mostrar aos residentes como participar ativamente e como liderar uma equipe^{19,26}.

Como discutido nos grupos que a equipe é fundamental para manutenção da longitudinalidade quando os residentes deixam a unidade, também foi encontrado um artigo³² que fez entrevista com profissionais da equipe de saúde sobre quais desafios enfrentados para o estabelecimento e a sustentação do atributo. Eles alegavam que a existência de residentes e estagiários dificultavam o estabelecimento do vínculo entre o paciente e o profissional, prejudicando a longitudinalidade, já que quando o paciente começava um vínculo o estágio acabava e mudava o profissional. Para essa barreira, sugeriu-se que o residente combinasse com o paciente que seria acompanhado por outro profissional quando ele saísse (ponto que também foi mencionado por um residente nesta pesquisa) e que pacientes com problemas de saúde crônicos tivessem seu acompanhamento por profissionais contratados para a unidade. Porém o mesmo artigo relata que essa rotatividade de profissionais é inerente a locais que são campo de formação³².

A estratégia mais comentada como a principal, utilizada tanto por preceptores, quanto pelos residentes na troca de unidades foi o prontuário e o registro médico. Os residentes expressaram até como um certo alívio usar o prontuário, tanto para entender o que já aconteceu, quanto para deixar sinalizado para os próximos residentes uma linha a seguir.

Eu tenho, assim, esse negócio de “ai como que eu vou continuar a conduta depois? ”, eu acho que [...]dá pra você tentar [...]escrever o que você pensou [...] o teu raciocínio clínico, [...] “ah, estou fazendo isso por causa disso e disso”. Acho que daí o próximo que pegar talvez entenda porque você pensou naquilo e daí isso te dá um pouco mais de autonomia. [...] mais autonomia tua e do outro residente, ou mesmo o preceptor quando vir entender. (E7.2)

Já os preceptores comentaram que com o prontuário conseguem tanto manter uma linha do cuidado para o paciente, mas também para conhecer o que o seu

residente fez. E assim acaba sendo uma das formas de amenizar a quebra da longitudinalidade.

O uso do prontuário como fonte de manter a longitudinalidade entra no princípio descrito por Hennen citado em Schultz K (2009)^{8,14}. Ele apresentou alguns domínios para se conseguir uma longitudinalidade de qualidade, um deles, o informativo é essencial para saber o que está acontecendo com o paciente, como foi falado pelos participantes, ele que fará com que o atendimento seja realmente longitudinal^{8,11,14}. Este domínio também foi chamado por informacional por Haggertyetal³³ (2003) e por Cunha e Giovanella³¹ (2011) e é o que permite manter a conexão de informação, sendo considerada por eles como a base da longitudinalidade^{31,33}.

Rhodes, Sanders e Campbell⁹ (2014) consideram a continuidade da informação como a pedra angular da longitudinalidade, tanto para coordenação dos serviços quanto para melhor trabalho em redes de saúde. O saber sobre o paciente melhora a eficiência dos encontros e aumenta a satisfação entre usuários^{9,14,28}.

Um momento interessante que ocorre neste programa de residência, comentado tanto pelos preceptores quanto pelos residentes, é a semana de acolhimento, onde os residentes antigos passam os casos e acolhem os novos, como eles mesmo chamam “passada de bastão”. Nesta semana eles tentam passar os casos em que estão acompanhando, mostrar como funciona o trabalho dentro das unidades, como questões de fluxo e organização do trabalho. Foi unânime entre todos os participantes, que este é o ponto principal para manter o cuidado e a longitudinalidade na residência, e também para inserir quem está entrando para não ficar perdido no que fazer.

Schultz¹⁴ (2009) em suas recomendações para manter a longitudinalidade fez orientações da “passagem de bastão”. Sugeriu que sempre que for possível e apropriado, no início da residência, deve-se fazer um encontro com informações gerais para aumentar rapidamente o conhecimento sobre os pacientes, particularmente os mais complexos. Com essas medidas, os residentes que saem do serviço têm informações e podem transmiti-las aos novos, para que eles estejam informados sobre os pacientes¹⁴. Esta última recomendação é vivenciada em todo início de ciclo no programa de residência pesquisado.

Quando um profissional tenta passar o seu conhecimento acumulado sobre um paciente para o novo profissional, considerando os sucessivos encontros que já

teve com aquela pessoa, permite ao próximo médico melhor avaliar o significado dos sintomas e assim fazer conexões, levando a diagnósticos mais rápidos e tratamentos adequados à sua necessidade⁹.

Mas o principal resultado sem dúvida desta pesquisa é que entre os participantes eles não consideram que a longitudinalidade do paciente seja quebrada ou não respeitada dentro de um ambiente de residência. E ainda entre os que consideram que tem uma quebra ela acaba tendo peso menor entre os outros benefícios da formação. Que sim é inevitável a troca, mas se essas estratégias citadas são mantidas a longitudinalidade também é. Alguns preceptores levantaram a hipótese de que a longitudinalidade até talvez seja aumentada dentro de um ambiente de residência, principalmente em unidades com alta demanda, onde sozinhos não dariam conta. Porque se estivessem sozinhos, atenderiam apenas alguns pacientes, mas que quando se tem residentes os casos estão sendo sempre discutidos, então além dos casos que o preceptor atendeu, ele também sabe dos casos dos residentes, então seu conhecimento sobre os pacientes atendidos acaba tendo um maior alcance.

“É um dos aspectos que eu acho que não quebra quando o residente sai [...] ele tá ali e todo mundo sabe, a comunidade sabe que ele tá num período curto de aprendizado e que ele tá aprendendo, e eles veem, assim, rotineiramente o residente com você, você conversando, falando, ele te chamando, você vendo o paciente junto, você supervisionando. Isso eu acho então que quebra não, [...] eles não ficam chateados, não ficam tristes por isso.” (G4)

Essas falas indicam que por maior a transformação da longitudinalidade na residência médica, existem outros benefícios. Carney et al²⁶ (2016) mostrou os desafios que devem ser superados para se manter uma continuidade de cuidados dentro da residência. Entre eles: o treinamento de como funciona o sistema de saúde, tanto pelo residente, pelo paciente e para a equipe de saúde. Entre as soluções apontadas por Carney (2016) temos: o denominado *empanelment* (ato de designar pacientes individuais para prestadores de atenção primária e equipes de cuidado com sensibilidade ao paciente e à família), agendamentos de complexidade, capacidade de análise de cada ano de residência e o cenário dinâmico da equipe²⁶.

Considerações Finais

A discussão da longitudinalidade e residência foi o ponto de maior debate dentro do grupo. Foi ressaltada a importância da permanência na figura do preceptor nos ambientes de formação, pois ele é a ponte do cuidado ao longo do tempo independente da troca de residentes. A postura do preceptor também foi um ponto de discussão entre os grupos, pois serve de exemplo para construção da postura do residente em formação. Um ponto bem interessante que também apareceu nos relatos foi a percepção dos residentes em relação a sentir dúvida de quem é o paciente, se é seu, ou do preceptor.

Entre as estratégias utilizadas para manutenção da longitudinalidade apareceu a equipe, tanto no ponto de que a longitudinalidade não deve ser centrada só no médico e sim ser exercida por todos os profissionais de uma equipe. Como também no ponto de que quando a equipe entende o princípio da residência e fica mais fácil acontecer o processo de aprendizado e a troca de profissionais. A estratégia mais comentada como a principal, utilizada tanto por preceptores, quanto pelos residentes na troca de unidades foi o prontuário e o registro médico.

Um dos principais motivos para a realização deste trabalho foi discutir a questão de como se manter a longitudinalidade do paciente dentro da residência médica já que se tem a troca constante de residentes. A hipótese era que mesmo sem a intenção, existe uma quebra na longitudinalidade, porque se tem o ideal maior de garantir a formação. E esse cuidado seria quebrado pela troca de profissionais. Porém com a discussão dos dois grupos houve um acalento para os pesquisadores. Já que o principal resultado sem dúvida desta pesquisa é que entre os participantes eles não consideram que a longitudinalidade do paciente seja quebrada ou não respeitada dentro de um ambiente de residência. E ainda entre os que consideram que tem uma quebra, ela acaba tendo peso menor entre os outros benefícios da formação. Que sim é inevitável a troca, porque eles têm que ir para outros lugares e acabam a residência, mas se essas estratégias citadas são mantidas a longitudinalidade também é. Garantindo, inclusive uma ampliação do conjunto de pessoas que são atendidas em uma unidade de saúde que conte com programa de RMFC, expandindo e garantindo continuidade de cuidados para este grupos e pessoas.

Referências

1. Morosini M, Fonseca A, Lima L. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(116): 11-24.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
3. Pires T. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: Um compromisso com a consolidação do SUS. [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2006.
4. Lima E, Sousa A, Leite F, Lima R, Nascimento M, Primo C. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. 2016; *Esc Anna Nery*. 20(2):275-80.
5. Alves C, Andrade M, Santos C. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. *Saúde Debate*. 2016; 40(111): 268-78.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 set. 2017.
7. Rodrigues E, Forster A, Santos L, Ferreira J, Falk J, Fabbro A. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017; 41(4): 604-14.
8. Kerr JR, Schultz K, Delva D. Two New aspects of continuity of care. *Canadian Family Physician*. 2012; 58(out):442-49.
9. Rhodes P, Sanders C, Campbell S. Relationship continuity: when and why do primary care patients think it is safer? *British Journal of General Practice*. 2014; 64(629): 758-64.

10. Vest BM, Lynch A, McGuigan D, Servoss T, Zinnerstrom K, Symons AB. Using standardized patient encounters to teach longitudinal continuity of care in a family medicine clerkship. *BMC Medical Education*. 2016; 16(208):1-9.
11. Kerr J, Walsh AE, Konkin J, Tannenbaum D, Organek AJ, Parsons E, et al. Continuity: middle C – a very good place to start. *Canadian Family Physician*. 2011; 57(nov):1355-56.
12. Rodríguez CA, Cassias AL, Kolling MG. Proposta de um programa para a formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade. *Rev. bras. educ. med.* 2008; 32(1):40-8.
13. Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária em construção. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2017; 22(3):737-46.
14. Schultz K. Strategies to enhance teaching about continuity of care. *Canadian Family Physician*. 2009; 55(jun):666-69.
15. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011; 6(18):19-20.
16. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-14.
17. Gondim SMG. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideia*. 2003; 12(24):149-61.
18. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3):777-96.
19. Aschidamini IMI, Saupe R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Rev. Cogitare Enfermagem*. 2004; 9(1):9-10.
20. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo. Hucitec 2014, 14ª ed. 303-8.

21. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006; 15(4); 679-84.
22. Finkler RU, Bonamigo AW, Silva HTH. Preceptoria: acolhimento do estudante na atenção básica em saúde. *Res., Soc. Dev.* 2019; 8(1):1-17.
23. Giroto LC. Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde. [dissertação]. São Paulo(SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016.
24. Shaw E, Walsh A, Saucier D, Tannenbaum D, Kerr J, Parsons E, et al. The last C: centred in family medicine. *Canadian Family Physician.* 2012; 58(march):346-48.
25. Schers H, Van de Ven C, den Hoogen H, Grol R. Family Medicine Trainees Still Value Continuity of Care. *FamilyMedicin.* 2004; 36(151): 51-4.
26. Carney PA, Conry CM, Mitchell KB, Ericson A, Dickinson WP, Martin JC et al. The Importance of and the Complexities Associated With Measuring Continuity of Care During Resident Training: Possible Solutions Do Exist. *Family Medicine.* 2016; 48(4): 286-93.
27. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. Cuid. Saude.* 2008; 7(1):45-50.
28. Holanda. Core values of general practice/Family medicine. Dutch College of General Practitioners. 2010. [Acesso em: 18 de novembro de 2018]. Disponível em: <<https://www.nhg.org/downloads/position-paper-core-values-general-practicefamily-medicine>>.
29. Magnano C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate.* 2015; 39(104):9-17.
30. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal da Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2018; 28(2):1-18.

31. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):1029-42.
32. Ghiggi LA, Barreto DS, Fajardo AP. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. *Rev. APS*. 2014; 17(2):244-54.
33. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendrick R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(22):1219-21.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS atualmente é considerada como imprescindível para a efetividade de um sistema de saúde e como forma de fornecer uma saúde de qualidade aos cidadãos. Para seu funcionamento é importante entender os atributos que devem regê-la. São eles: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade. A longitudinalidade é o atributo central e exclusivo da atenção primária e espera-se que o médico que atue em atenção primária seja capaz de pôr em prática tal atributo e aprimorá-lo.

A residência médica atualmente é a forma ideal de especialidade para os médicos. Sua formação deve ser discutida frequentemente. Ensina-se ao residente sobre os atributos essenciais da APS e entre eles a longitudinalidade do cuidado aos pacientes. Assim, foi realizada esta pesquisa para se chegar a estes pontos.

Entre os participantes da pesquisa pode-se perceber que eles também a consideram a longitudinalidade como um dos atributos mais importantes da APS, assim como Starfield que a definia como sendo o único que é exclusivo e central da APS.

Durante a realização dos grupos focais falou-se bastante sobre o que é longitudinalidade e como cada participante a vê e a sente. Foi explicada de modo diferente por cada participante, alguns a interpretaram como uma ferramenta clínica que pode melhorar o atendimento. Outros já a apontaram que é algo natural, inerente que cada médico vai a desenhando à medida que conhece a comunidade. Independentemente de estar na residência ou já ser preceptor, ficou claro nos dois grupos o entendimento sobre o tema, a ponto de explorarem várias vertentes do significado.

A questão cronológica da longitudinalidade também foi um ponto bastante comentado. Preceptores relataram que para conseguir longitudinalidade em relação aos seus pacientes, deve-se permanecer um longo tempo na comunidade, para ir juntando os dados que vão aparecendo em cada encontro. Já nas falas dos residentes ficou mais forte a ideia de que não é o tempo que, necessariamente, cria uma continuidade do cuidado, mas os momentos e as oportunidades de encontro.

Notou-se, tanto na fala dos residentes, quanto dos preceptores, que a longitudinalidade é um dos aspectos mais cativantes na MFC. Essa satisfação em

relação à longitudinalidade foi expressa principalmente por preceptores que relataram ser esta a característica que mais gostam dentro de suas atuações.

Nos grupos apareceu em diversos momentos a discussão da necessidade de um bom registro clínico como forma de manter o cuidado, e assim a longitudinalidade. Os participantes discutiram que usam o prontuário tanto para manter a conduta e o raciocínio realizados, mas também para deixar para os próximos profissionais uma linha do que seguir e ideias de manejo.

Entre os participantes, todos apontaram a equipe como o principal ponto para existência da longitudinalidade. Para eles o cuidado do paciente não pode estar atrelado apenas à figura do médico, mas a todos os profissionais. Entre os preceptores, outro aspecto apontado foi que além da equipe querer fazer um cuidado contínuo, tem a questão da formação. Quando se têm outros profissionais que fizeram residência ou até mesmo especialização em saúde da família fica mais fácil o entendimento. Porém são raros os lugares em que os participantes vivenciaram tal cenário.

A discussão da longitudinalidade e residência foi o ponto de maior debate dentro do grupo. Foi ressaltada a importância da permanência na figura do preceptor nos ambientes de formação, pois ele é a ponte do cuidado ao longo do tempo independente da troca de residentes. A postura do preceptor também foi um ponto de discussão entre os grupos, pois serve de exemplo para construção da postura do residente em formação. Um ponto bem interessante que também apareceu nos relatos foi a percepção dos residentes em relação a sentir dúvida de quem é o paciente, se é seu, ou do preceptor.

Entre as estratégias utilizadas para manutenção da longitudinalidade apareceu a equipe, tanto no ponto de que a longitudinalidade não deve ser centrada só no médico e sim ser exercida por todos os profissionais de uma equipe. Como também no ponto de que quando a equipe entende o princípio da residência e fica mais fácil acontecer o processo de aprendizado e a troca de profissionais. A estratégia mais comentada como a principal, utilizada tanto por preceptores, quanto pelos residentes na troca de unidades foi o prontuário e o registro médico.

Um dos principais motivos para a realização deste trabalho foi discutir a questão de como se manter a longitudinalidade do paciente dentro da residência médica já que se tem a troca constante de residentes. A hipótese era que mesmo sem a intenção, existe uma quebra na longitudinalidade, porque se tem o ideal maior de

garantir a formação. E esse cuidado seria quebrado pela troca de profissionais. Porém com a discussão dos dois grupos houve um acalento para os pesquisadores. Já que o principal resultado sem dúvida desta pesquisa é que entre os participantes eles não consideram que a longitudinalidade do paciente seja quebrada ou não respeitada dentro de um ambiente de residência. E ainda entre os que consideram que tem uma quebra ela acaba tendo peso menor entre os outros benefícios da formação. Que sim é inevitável a troca, porque eles têm que ir para outros lugares e acabam a residência, mas se essas estratégias citadas são mantidas a longitudinalidade também é.

Entre as limitações encontradas nesta dissertação, foi a dificuldade em reunir os participantes para a pesquisa. Mesmo com convite em reunião já habitual da residência teve-se pouca adesão do público-alvo, mesmo se oferecendo outras datas para outro grupo focal. Sendo um público-alvo bastante difícil de reunir, especialmente por terem poucos horários disponíveis e muitos trabalharem em mais de um local. Portanto, estrategicamente se ofereceu um horário logo após encontro regular da residência. Ainda assim, esperava-se maior participação. Outra limitação deste estudo é que não se pode generalizar os dados para outros programas de residência, pois dependerá da conformação de cada lugar. Outro ponto foi que apesar de ter sido escolhido o desenho de grupo focal para o estudo, para se construir um conhecimento através da discussão do grupo, isso não garante que as experiências e percepções relatadas sejam a melhor forma de agir para garantir a longitudinalidade do cuidado em um ambiente com os residentes. Além disso, importante salientar que neste programa de residência, os residentes permanecem um ano na mesma unidade de saúde, isso pode variar entre programas.

Sendo assim, conclui-se que residentes e preceptores consideram a longitudinalidade importante, porém por serem grupos diferentes nota-se que o conceito é diferente para cada fase e grupo. A principal diferença levantada entre os grupos é em relação ao tempo necessário para ser estabelecimento, que entre preceptores é defendido que necessita de um tempo de três a quatro anos para amadurecimento enquanto para residentes, se conseguir manter um ciclo nos encontros em saúde já é suficiente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. dos R.; ANDRADE, M. C.; SANTOS, C. L. S. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. **Saúde debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 268-278, out./dez.2016. (Também citada como (5) no artigo 2).
- ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 18, p. 19-20, 2011. (Também citada como (15) no artigo 2).
- ASCHIDAMINI, I.; SAUPE, R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Rev Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 9-14, 2004. (Também citada como (18) no artigo 1 e como (19) no artigo 2).
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, jul./set. 2012. (Também citada como (11) no artigo 1).
- BRANDT, J.A. Grupos Balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho. **Rev. SPAGESP. Ribeirão Preto**, v. 10, n. 1, p. 48-55, 2009. (Também citada como (14) no artigo 1).
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 17 de março de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura de Atenção Básica**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 03 de março de 2019. (Também citada como (31) no artigo 1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 17 de março de 2019. (Também citada como (6) no artigo 2).
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 45-50, 2008. (Também citada como (28) no artigo 1 e como (27) no artigo 2).

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 148-155, abr./jun. 2010.

CAMPOS, C. V. A., MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008. (Também citada como (30) no artigo 1).

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm. [online]**, v. 15, n. 4, p. 679-684. 2006. (Também citada como (20) no artigo 1 e como (21) no artigo 2).

CARNEY, P. A. et al. The importance of and the complexities associated with measuring continuity of care during resident training: possible solutions do exist. **Family Medicine**, v. 48, n. 4, p. 286-293, april.2016. (Também citada como (14) no artigo 1 e como (26) no 2).

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.1029-1042. 2011. (Também citada como (4) no artigo 1 e como (31) no artigo 2).

DELVA, D.; KERR, J.; SCHULTZ, K. Continuity of care. **Canadian Family Physician**. Ontário, v. 57, p. 915-21, ago.2011. (Também citada como (26) no artigo 1).

ELLMAN, M. et al. Continuity of Care as na Educational Goal but Failed Reality in Resident Training: Time to Innovate. **Journal of Graduate Medical Education**, New Haven. v.1, p.150-153, may.2016.

FINKLER, R. U.; BONAMIGO, A. W.; SILVA, H. T. H. Preceptoria: acolhimento do estudante na atenção básica em saúde. **Rev, Soc. Dev**, v. 8, n. 1, p. 1-17, 2019. (Também citada como (22) no artigo 2).

GHIGGI, L. A.; BARRETO, D. S.; FAJARDO, A. P. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. **Rev. APS**, v.17, n.2, p. 244 - 254. abr/jun. 2014. (Também citada como (2) no artigo 1 e como (32) no artigo 2).

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 1-14, dez. 2013. (Também citada como (3) no artigo 1).

GIROTTI, L. C. **Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde**. 121 F. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Ciências Médicas, Faculdade de Medicina da Universidade de

São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em:

<http://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_129_dissertacao_leticia_cabrini_girotto.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2019. (Também citada como (23) no artigo 2).

GONDIM, S. M. G. Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paideia**, v.12, n.24, p. 149-161, 2003. (Também citada como (15) no artigo 1 e como (17) no artigo 2).

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, United Kingdom, v. 327, n. 22, p. 1219-1221, nov.2003. (Também citada como (21) no artigo 1 e como (33) no artigo 2).

HÉBERT, I. Continuity of Care in Family Medicine. From clinical clerkship to practice. **Canadian Family Physician**. Ontário. v.58, p.308-309, jun.2012.

HOLANDA. Core values of general practice/Family medicine. **Dutch College of General Practitioners**. 2010. Disponível em: <<https://www.nhg.org/downloads/position-paper-core-values-general-practicefamily-medicine>>. Acesso em 03 de março de 2019. (Também citada como (28) no artigo 2).

IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária em construção. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo. v.22, n.3, p. 737-746, 2017. (Também citada como (7) no artigo 1 e citada como (13) no artigo 2).

KERR, J. R.; SCHULTZ, K.; DELVA, D. Two New aspects of continuity of care. **Canadian Family Physician**. Ontário. v.58, p.442-449, out.2012. (Também citada como (8) no artigo 1 e como (8) no artigo 2).

KERR, J. et al. Continuity: middle C – a very good place to start. **Canadian Family Physician**, Ontário, v. 57, p. 1355-1356, nov.2011. (Também citada como (25) no artigo 1 e como (11) no artigo 2).

LIMA, E. de F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 275-280, abr./jun.2016. (Também citada como (4) no artigo 2).

MAGNANO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015. (Também citada como (29) no artigo 1 e como (29) no artigo 2).

MARCIAL, T. M.; et al. **Manual para as Comissões de Residência Médica – COREMES. Orientações para credenciamento e funcionamento de programas**

de Residência Médica. Minas Gerais, Associação de Residência Médica de Minas Gerais – AREMG, 2016.

MASSUDA, A.; TITTON, C. M. S.; NETO, P. P. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, n. 157, p.1-9, 2018. (Também citada como (13) no artigo 1).

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 303-308. (Também citada como (19) no artigo 1 e como (20) no artigo 2).

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. S.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. (Também citada como (1) no artigo 2).

NG, K. V.; BURKE, C. A look back to see ahead. **Canadian Family Physician**, Ontário, v. 5, p. 1259-1261, dec.2010. (Também citada como (27) no artigo 1).

PAULA, C.C. et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v.17, n. 4, p. 1-11, 2015. (Também citada como (12) no artigo 1).

PIRES, T. **Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: Um compromisso com a consolidação do SUS.** 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Educação em Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiksueG8_HXAhVDIZAKHZ0KD6AQFggqMAA&url=http%3A%2F%2Fsiabib01.univali.br%2Fpdf%2FTania%2520Maria%2520Santos%2520Pires.pdf&usq=AOvVaw2fvv-1c8ZHvfl4dsPGuO6x>. Acesso em: 17 de março de 2019. (Também citada como (9) no artigo 1 e como (3) no artigo 2).

RHODES, P.; SANDERS, C.; CAMPBELL S. Relationship continuity: when and why do primary care patients think it is safer? **British Journal of General Practice**, United Kingdom, v. 64, n. 629, p. 758-764, 2014. (Também citada como (9) no artigo 2).

RODRIGUES, E. T. et al. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 4, p 604-614, 2017. (Também citada como (7) no artigo 2).

RODRÍGUEZ, C. A.; CASSIAS, A. L.; KOLLING, M. G. Proposta de um programa para a formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 40-48, 2008. (Também citada como (12) no artigo 2).

SANTOS, R. O. M. dos.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.1-18, 2018. (Também citada como (5) no artigo 1 e como (30) no artigo 2).

SANTOS, T. L.; BARROS, I. de C.; TAUMATURGO, M. L. P. Aspectos históricos do direito à saúde: da regulamentação do SUS à atuação do enfermeiro na Atenção Básica como garantia da continuidade das ações de saúde. In: 16º SENPE - SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 16º, 2011, Campo Grande. **Anais do 16º SENPE**, 2011. p. 1781-1785.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. (Também citada como (32) no artigo 1).

SCHERS, H. et al. Family Medicine Trainees Still Value Continuity of Care. **Family Medicin**, North Carolina, v. 36, n. 151, p. 51-54, 2004. (Também citada como (25) no artigo 2).

SCHULTZ, K. Strategies to enhance teaching about continuity of care. **Canadian Family Physician**, Ontário. v.55, p.666-669, jun. 2009. (Também citada como (6) no artigo 1 e como (14) no artigo 2).

SHAW, E. et al. The last C: centred in family medicine. *Canadian Family Physician*, Ontário, n. 58, p. 346-348, mar.2012. (Também citada como (24) no artigo 2).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Documentos - A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: O Que, Como, Quando, Onde, Por que**. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_acao=mostrapagina>. Acesso em: 13 set. 2017. (Também citada como (10) no artigo 1).

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ed. Brasileira. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. (Também citada como (1) no artigo 1 e como (2) no artigo 2).

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p.777-96, 2009. (Também citada como (16) no artigo 1 e como (18) no artigo 2).

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, Campinas, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. (Também citada como (17) no artigo 1 e como (16) no artigo 2).

VEST, B. M. et al. Using standardized patient encounters to teach longitudinal continuity of care in a family medicine clerkship. **BMC Medical Education**, v. 16, n. 208, p. 1-9, 2016. (Também citada como (22) no artigo 1 e como (10) no artigo 2).

WEIR, S. S.; PAGE, C.; NEWTON, W. P. Continuity and Access in an Academic Family Medicine Center. **Family Medicine**, North Carolina, v. 4, n. 8, p. 100-107. 2016. (Também citada como (23) no artigo 1).

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli, aluna de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná; Sabrina Stefanello e Deivisson Vianna Dantas dos Santos professores da Universidade Federal do Paraná; Pedro Coniã Szewczak Camelo e Priscilla Barbosa Silva Chaves alunos de Medicina da Universidade Federal do Paraná estamos convidando você preceptor ou residente da Residência de Medicina de Família e Comunidade de Curitiba a participar de um estudo intitulado: LONGITUDINALIDADE DO PACIENTE NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMO CONCILIAR? Este estudo envolve o entendimento da longitudinalidade do paciente dentro da residência de medicina de família e comunidade. Assim como, a percepção de sua transformação e modificação entre os preceptores e os residentes do programa. Também se deseja conhecer estratégias usadas por esses personagens.

a) O objetivo desta pesquisa é conhecer como a longitudinalidade no cuidado dos pacientes em atenção primária é modificada em um ambiente que conte com a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e quais as ferramentas e técnicas utilizadas neste contexto. Assim como, identificar como a longitudinalidade do paciente é interferida, com o rodízio de residentes, em um ambiente que contenha equipe com residentes de MFC. Verificar como os preceptores e residentes de MFC enxergam a transformação e a quebra da longitudinalidade em seus pacientes sendo atendidos por residentes que trocam constantemente. Perceber que estratégias cada preceptor e residente usa para minimizar a quebra de longitudinalidade em relação aos pacientes.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista que ocorrerá em formato de grupo focal.

c) Para tanto você deverá comparecer no local e data que serão combinados em reunião e por mensagem com os participantes para a realização do grupo focal. O grupo consiste em uma reunião com pessoas da mesma categoria que você (preceptor/residente) onde terá um roteiro definido pelos pesquisadores, com perguntas norteadoras para a discussão do tema escolhido, o que levará aproximadamente 90 minutos. Esse grupo terá um moderador, um observador e um relator e será gravado o áudio e as imagens para posterior análise.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a mostrar seu ponto de vista e opinião a colegas que trabalham ou estudam no mesmo ambiente que o senhor.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: desconforto aos seus pares em relação à opinião exposta, ou timidez por saber que esse grupo será filmado e

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: _____ [rubrica]

Pesquisador Responsável – Sabrina Stefanello: _____ [rubrica]

Colaboradora – Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli: _____ [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do Setor de Ciências da
 Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 275/06
 na data de 03/07/2018. Qth

gravado. Porém esses riscos serão minimizados ao máximo pela presença do relator e do moderador na condução do grupo focal.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: melhorar o cuidado fornecido ao paciente, aperfeiçoar a longitudinalidade no ambiente de trabalho e em consequência discutir e melhorar a formação da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

g) Os pesquisadores Sabrina Stefanello, Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli, Deivisson Vianna Dantas, Pedro Coniã Szewczak Camelo e Priscilla Barbosa Silva Chaves responsáveis por este estudo poderão ser localizados por e-mail: binastefanello@gmail.com, tayciele@hotmail.com e deivianna@gmail.com e pelo telefone celular por ligação ou por meio de mensagem eletrônica pelo número 999560077, ou no telefone fixo 33296252, no horário das 08 horas até às 19 horas. Ou presencialmente no endereço comercial: Rua Carlos Amoretty Osório, 135, sala 1, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. Orientadores: Prof. Dr^a. Sabrina Stefanello e Prof. Dr. Deivisson Viana e alunos de iniciação científica: Pedro Coniã Szewczak Camelo e Priscilla Barbosa Silva Chaves. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido – áudios e vídeos – poderá ser utilizado para outras pesquisas da pesquisadora com a mesma temática no período de cinco anos e serão descartados e apagados da memória do computador ao término deste período.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa: impressão de papéis e custos com o audiovisual não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: _____ [rubrica]
 Pesquisador Responsável – Sabrina Stefanello: _____ [rubrica]
 Colaboradora – Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli: _____ [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 275/1636
 na data de 03/07/2018. 964

O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da participação do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

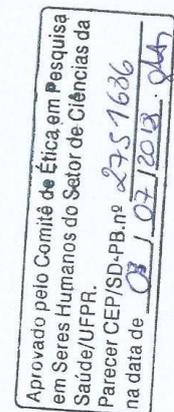
Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Curitiba, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável – Sabrina Stefanello]

[Assinatura do Colaborador - Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli]



APÊNDICE B- PERGUNTAS NORTEADORAS/ DISPARADORAS PARA O GRUPO FOCAL COM OS PRECEPTORES

O que vocês entendem por longitudinalidade?

Como vocês percebem a longitudinalidade do paciente dentro do ambiente de residência?

Vocês têm alguma estratégia para manter a longitudinalidade onde atua com seus residentes?

APÊNDICE C- PERGUNTAS NORTEADORAS/ DISPARADORAS PARA O GRUPO FOCAL COM OS RESIDENTES

Como é a chegada de vocês nas Unidades de Saúde? Como vocês se sentem?

Como é a transferência de cuidados do paciente?

Como percebem essa troca de profissionais com os pacientes?

O que vocês entendem por longitudinalidade?

Como vocês percebem a longitudinalidade do paciente dentro do ambiente de residência?

Vocês têm alguma estratégia para manter a longitudinalidade do paciente em sua transição?

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: LONGITUDINALIDADE DO PACIENTE NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMO CONCILIAR?

Pesquisador: Sabrina Stefanello

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 78769517.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.751.686

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "LONGITUDINALIDADE DO PACIENTE NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: COMO CONCILIAR?", pesquisador responsável Profª Dra. Sabrina Stefanello, colaboradores Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas, Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli (aluna de mestrado em Medicina de Família e Comunidade), Pedro Coniã Szewczak Camelo e Priscilla Barbosa Silva Chaves (alunos da graduação de medicina).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Departamento de Saúde Comunitária, com os preceptores e residentes do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) de Curitiba. A metodologia indica a realização de com um dos coordenadores da RMFC; e de três grupos focais: Grupo 1 – Grupo com preceptores que realizaram residência em MFC; Grupo 2 – Grupo com preceptores que não fizeram residência de MFC, mas que tenham título de especialista e experiência em MFC e o Grupo 3 – Grupo com residentes de MFC tanto do primeiro quanto do segundo ano do programa. O convite da pesquisa será realizado na reunião mensal de preceptores para todos os envolvidos. A análise e a interpretação dos dados serão construídas valendo-se da abordagem hermenêutica e narrativa.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.751.686

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: "explorar como a longitudinalidade dos pacientes em atenção primária é transformada em um ambiente que conte com a residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e quais estratégias utilizadas neste contexto".

Objetivos específicos:

- Identificar como funciona a longitudinalidade do paciente em um ambiente que contenha equipe com residentes de MFC, e assim troca constante de profissionais.
- Verificar como os preceptores de MFC enxergam a modificação da longitudinalidade em seus pacientes, atendidos por residentes que trocam anualmente.
- Conhecer como os residentes de MFC enxergam a quebra da longitudinalidade em um território quando assumem uma vaga que era ocupada por outro residente.
- Perceber que estratégias cada preceptor e residente utiliza para minimizar a quebra da longitudinalidade em relação aos pacientes e manter a continuidade do cuidado."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, quanto aos riscos "A pesquisa apresenta alguns riscos para o participante da entrevista, mas não apresenta risco à sua vida. Entre os riscos inerentes desta pesquisa estão a exposição de seu ponto de vista perante aos outros participantes do grupo focal, assim como ao moderador e ao entrevistador. Também timidez e constrangimento por saber que a entrevista estará sendo gravada. Porém o sigilo dos entrevistados será preservado, pois não serão mencionados seus nomes e dados pessoais. Se o entrevistado se sentir constrangido ou desconfortável pelo grupo focal poderá se recusar a responder as perguntas ou a continuar participando no grupo. Para minimização da ocorrência destes riscos, o moderador e o relator do grupo focal farão com que a discussão esteja em um clima harmonioso e confortável para todos os participantes. Intervindo sempre que necessário, se houver alguma situação constrangedora". Quanto aos benefícios, destacam que: "A população e a sociedade serão beneficiadas indiretamente com o resultado da pesquisa. A partir do momento que a pesquisa tem como um de seus objetivos a discussão de um atributo essencial ao cuidado do paciente e o modo de como ele é ensinado e transmitido aos residentes, essa pesquisa fomentará melhor ensino para os futuros profissionais e assim, uma melhor formação que se traduzirá em melhor cuidado ao paciente".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta temática relevante, com vistas à melhoria da prática dos profissionais que

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.751.686

atuam no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, de modo a refletir avanços na Atenção Primária à Saúde quanto à longitudinalidade do paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados devidamente assinados, sendo anexadas as declarações com a assinatura de ambos os alunos incluídos na pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora responsável apresenta emenda ao projeto de pesquisa já aprovado por esse Comitê de Ética, solicitando a inclusão de dois alunos da graduação em medicina. As declarações foram inseridas na plataforma Brasil com a inclusão de ambas as assinaturas, bem como o TCLE foi adequado.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.751.686

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1154288_E1.pdf	17/06/2018 21:45:24		Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO2.pdf	17/06/2018 21:45:07	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIABILIDADE2.pdf	17/06/2018 21:44:44	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_RESPONSABILIDADES2.pdf	17/06/2018 21:42:49	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_RELATANDO_MUDANCAS.docx	07/06/2018 19:12:06	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_VERSAO_3.doc	07/06/2018 19:11:28	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.docx	11/11/2017 19:10:12	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado_versaoPB_VERSAO2.docx	11/11/2017 19:09:16	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_VERSAO_2.doc	11/11/2017 19:08:34	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado_versaoPB.docx	10/10/2017 22:51:42	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	modelo12_termo_de_responsabilidades_no_projeto.pdf	10/10/2017 22:51:19	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.doc	10/10/2017 22:50:47	TAYCIELE SCHENKEL	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.751.686

Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.doc	10/10/2017 22:50:47	QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	modelo9_termo_de_compromisso_para_o_inicio_da_pesquisa.pdf	10/10/2017 12:45:12	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	modelo8_DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO.pdf	10/10/2017 12:44:31	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	modelo7_declaracaodetornarpublicososresultados.pdf	10/10/2017 12:44:10	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	modelo6_termo_de_confidencialidade.pdf	10/10/2017 12:43:48	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	modelo3_concordancia_dos_servicos_eenvolvidos.pdf	10/10/2017 12:42:44	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Outros	modelo2_analise_de_merito.pdf	10/10/2017 12:41:49	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Outros	modelo1_oficio_do_pesquisador.pdf	10/10/2017 12:39:17	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Outros	ata_de_aprovacao_do_projeto.pdf	10/10/2017 12:38:26	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	10/10/2017 12:34:02	TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3380-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.751.686

CURITIBA, 03 de Julho de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br