



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

GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS AZEVEDO

**AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
O MAIS MÉDICOS E A RESIDÊNCIA NA PERCEPÇÃO DE MÉDICOS QUE
PARTICIPARAM DOS DOIS PROGRAMAS NO RIO GRANDE DO NORTE**

**JOÃO PESSOA - PB
2022**

GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS AZEVEDO

AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
O MAIS MÉDICOS E A RESIDÊNCIA NA PERCEPÇÃO DE MÉDICOS QUE
PARTICIPARAM DOS DOIS PROGRAMAS NO RIO GRANDE DO NORTE

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da
Família - PROFSAÚDE da Universidade
Federal da Paraíba (UFPB) para obtenção
do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Avaliação de políticas
de saúde

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Rodrigues
Martins de Freitas

JOÃO PESSOA - PB
2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

A994a Azevedo, Gaby Maria Carvalho de Freitas.

Avaliação comparativa da integralidade dos serviços de saúde : o mais médicos e a residência na percepção de médicos que participaram dos dois programas no Rio Grande do Norte / Gaby Maria Carvalho de Freitas Azevedo. - João Pessoa, 2022.

109 f. : il.

Orientação: Gabriel Rodrigues Martins de Freitas.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção primária a saúde. 3. Programa Mais Médicos. 4. Residência Médica. 5. Integralidade em saúde. I. Freitas, Gabriel Rodrigues Martins de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 61-047.44(043)

GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS AZEVEDO

AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
O MAIS MÉDICOS E A RESIDÊNCIA NA PERCEPÇÃO DE MÉDICOS QUE
PARTICIPARAM DOS DOIS PROGRAMAS NO RIO GRANDE DO NORTE

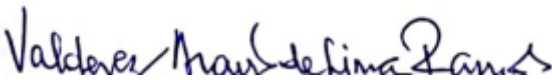
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da
Família da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Aprovada em: 08 de maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 GABRIEL RODRIGUES MARTINS DE FREITAS
Data: 09/05/2023 22:23:30-0300
Verifique em <https://validar.itd.gov.br>

Prof. Dr. Gabriel Rodrigues Martins de Freitas
Orientador
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFPB



Prof^a. Dra. Valderez Araújo de Lima Ramos
Examinadora – UFPB



Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Souza
Examinador – UFPB

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a Deus pela realização deste sonho e a força necessária para percorrer esta trajetória. A meu pai que me inspira na arte da medicina e a minha mãe pela herança de força e de guerra pela vida. A Paulo, meu esposo e companheiro pela paciência e a dedicação diária, quem me ensina o verdadeiro significado da palavra amor.

AGRADECIMENTOS

À minha família, meus pais e meus irmãos por todo o apoio e motivação, os quais serão sempre fonte de grande alegria e o alicerce da minha vida.

À orientador, Prof. Dr. Gabriel Rodrigues Martins de Freitas, que me auxiliou em cada etapa desta dissertação e em todo o processo de aprendizagem do mestrado, sempre sendo objetivo e com bons conselhos e orientações.

Aos meus colegas de curso e de profissão. Aqui destaco os professores do mestrado, colegas de trabalho e curso que foram uma grande parceira durante esses meses de curso e ajudaram bastante em todos os aspectos, principalmente no processo de aprendizagem e de ensino.

À equipe da UBS Dr. José Holanda Cavalcante Dantas, pelo excelente trabalho de equipe que se formou ao decorrer do processo de formação dessa pós-graduação. O empenho e o esforço que dedicaram ao projeto foram espetaculares e muito gratificantes.

“Gostaria de poder esperar que o caráter geral deste trabalho não seja um sintoma daquele tipo de mente, que, em Filosofia, pode encontrar objeção para tudo, mas que não apresenta solução para nada”.

Clarence Irving Lewis.

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil vem passando por inúmeras transformações desde sua implantação, sempre buscando melhorias no cuidado de seus usuários. A criação de novas políticas e projetos públicos visando a expansão da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e a qualificação foi bastante visível nos últimos anos, vivenciados em diferentes regiões e comunidades, o que demonstra certa diversidade nos níveis de qualidade da APS, em especial quando se trata de comparação entre programas. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo: compreender como o atributo da integralidade nos serviços de saúde é trabalhado no Programa Mais Médicos (PMM) e no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), sob a percepção de médicos que participam desses programas. Trata-se de estudo de campo descritivo-comparativo, de abordagem qualitativa, porém, com descrições quantitativas para complementar os achados; realizado por meio de observação participante, entrevista e aplicação do questionário denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), ambos direcionados para médicos que atuaram na Residência e no Mais Médicos, no município de Mossoró no interior do estado do Rio Grande do Norte. Obteve-se como resultado dois programas com bastante importância na qualificação da APS. O PRMFC tem seu foco na formação de especialistas para atuação na APS e maior estímulo no desenvolvimento pessoal e comunitário, o que consequentemente chama mais atenção por acumular mais de um processo formativo. Enquanto isso, o PMM com foco no preenchimento de lacunas médicas em locais de difícil provimento da MFC, trouxe qualificação pra APS com pouco estímulo à profissão acadêmica e, uma vez que, seu eixo educacional não tem a mesma qualidade de uma residência médica. Muitas vezes, o Mais Médicos é usado como transição para especialidades médicas diferentes. Após avaliação utilizando o PCATool foi possível conjecturar que as residências, no âmbito do contexto pesquisado, continuam sendo o padrão-ouro dos processos formativos em medicina e são preferidas pelos médicos recém-formados. Enquanto isso, o PMM apresenta procura menor por esse público, embora em termos de avaliação do PCATool tenham demonstrado os escores com diferenças significativas entre os dois programas. Todavia, foi possível identificar lacunas no processamento do atributo da integralidade disponibilizada pelo programa, porém, é algo ainda passível de avaliação e de estudos com foco nos desafios que o PMM tem para desenvolver estratégias para avançar.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Primária a Saúde; Programa Mais Médicos, Residência Médica; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) in Brazil has been undergoing numerous transformations since its implementation, always seeking improvements in the care of its users. The creation of new policies and public projects aimed at expanding Family and Community Medicine (FCM) and qualification has been quite visible in recent years, experienced in different regions and communities, which demonstrates a certain diversity in the levels of quality of PHC, in especially when it comes to comparing programs. Thus, this research aims to: understand how the attribute of comprehensiveness in health services is worked on in the More Doctors Program (PMM) and in the Medical Residency Program in Family and Community Medicine (PRMFC), under the perception of doctors participating in these programs. This is a descriptive-comparative field study, with a qualitative approach, however, with quantitative descriptions to complement the findings; carried out through participant observation, interview and application of the questionnaire called the Primary Care Assessment Instrument (PCATool-Brasil), both aimed at physicians who worked at the Residence and Mais Médicos, in the municipality of Mossoró in the interior of the state of Rio Grande do Norte. As a result, two programs with great importance in the qualification of PHC were obtained. The PRMFC is focused on training specialists to work in PHC and greater stimulation of personal and community development, which consequently draws more attention for accumulating more than one training process. Meanwhile, the PMM, focused on filling medical gaps in places where FCM is difficult to provide, brought qualification to PHC with little stimulus to the academic profession and, since its educational axis does not have the same quality as a medical residency. Mais Médicos is often used as a transition to different medical specialties. After an evaluation using the PCATool, it was possible to conjecture that residencies, within the scope of the researched context, continue to be the gold standard of training processes in medicine and are preferred by newly graduated physicians. Meanwhile, the PMM is less sought after by this public, although in terms of the PCATool evaluation, scores with significant differences between the two programs have been shown. However, it was possible to identify gaps in the processing of the integrality attribute made available by the program, however, it is still subject to evaluation and studies focusing on the challenges that the PMM has to develop strategies to move forward.

Keywords: Health Assessment; Primary Health Care; Mais Médicos Program, Medical Residency; Integrality in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Atendimento Domiciliar
ADAPS – Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
ARES – Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAIC – Centro de Atenção Integrado à Criança
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CCM – Centro de Ciências Médicas
CD – Crescimento e Desenvolvimento
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COSEMS/SP – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
EMAD – Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES – Instituição de Ensino Superior
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MAC – Média e Alta Complexidade
MEC – Ministério da Educação e Cultura

MFC – Medicina de Família e Comunidade
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool – *Primary Care Assessment Tool*
PCPC – *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde]
PI – Projeto de Intervenção
PMM – Prefeitura Municipal de Mossoró
PMM – Programa Mais Médicos
PMMB – Programa Mais Médicos do Brasil
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PRAEM – Programa De Acessibilidade Especial De Mossoró
PRMFC – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PROEPS-SUS - Programas para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESU – Secretaria de Educação Superior
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SSA – Serviço Social Autônomo
SUS – Sistema único de saúde
SVO – Serviço de Verificação de Óbito

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade de Pronto atendimento

URSAP – Unidade Regional de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	13
1.2 PROBLEMA, QUESTÕES DE PESQUISA E HIPÓTESES.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Geral.....	16
1.3.2 Específicos.....	16
1.4 JUSTIFICATIVA.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	18
2.1.2 O financiamento do SUS e seus impactos na APS.....	22
2.2 INTEGRALIDADE.....	26
2.3 A RESIDÊNCIA MÉDICA COMO PROCESSO FORMATIVO NA APS ANTES E DEPOIS DO SUS.....	30
2.3.1 Programa Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC)....	30
2.3.2 Processos Formativos após o SUS.....	33
2.3.3 Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (PROVAB).....	37
2.2.4 Residência Médica Multiprofissional em Saúde (RMS).....	39
2.2.4 Programa Mais Médico (PMM).....	41
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA APS.....	44
2.5 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PCATool-BRASIL.....	47
3 METODOLOGIA.....	49
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	49
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	50
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	53
3.4 TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS.....	53
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	57
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
4.1 CONHECENDO O CONTEXTO FORMATIVO DOS PARTICIPANTES.....	59

4.1.1 A integralidade e suas concepções na prática dos médicos do PMM e do PRMFC.....	63
4.1.2 Os recursos e a estrutura das equipes como aporte das estratégias em MFC.....	68
4.2 RESULTADOS DO PCATool: ESCORE DA INTEGRALIDADE.....	72
4.2.1 A integralidade e os serviços disponíveis e prestados na fala dos participantes da pesquisa	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool.....	98
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	102
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	103
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	104

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A Integralidade pode ser compreendida como um dos atributos essenciais para se avaliar a APS. Inclusive Starfield (2002) argumenta que o atributo da Integralidade deve constituir-se enquanto um dos principais fatores para a avaliar a prática na APS. Aliás, afirma que existem quatro atributos essenciais para as ações e serviços prestados neste contexto: acessos do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade e coordenação de atenção. Dessa forma, os serviços voltados aos cuidados na APS devem ter esses quatro atributos, os quais se configuram como fundamentais para a interação da equipe de saúde, com os indivíduos e a comunidade (STARFIELD, 2002).

A integralidade e a APS são assuntos correlatos, uma vez que aquela está imersa nesta no processo de promoção à saúde. Neste sentido, a APS tem como propósito um atendimento integral, do qual se possa abstrair ações que busquem solucionar os problemas que se sucedem com a população de uma determinada área em que atua uma unidade de saúde (BRASIL, 2011).

Ambos estão associados ao tema *Saúde da Família*, que tem seu gérmen na Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei nº. 8080/1990 (BRASIL, 1990), implantada pela Portaria GM/MS nº. 1.444 de 2000 (BRASIL, 2000), depois atualizada pela Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março 2006 (BRASIL, 2006), ambas incluindo a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A Portaria nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), por sua vez, é a base legal para aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a sua organização e para a implantação da ESF, como também fixar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que revoga a primeira portaria de 2006.

A implantação do SUS e da APS trouxe avanços significativos para a saúde do brasileiro. É notável o grande crescimento no número de equipes de saúde da família, embora ainda sofrem obstáculos no que se relaciona à assistência e ao cuidado à saúde. Infraestrutura precária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dificuldade na capacidade administrativa municipal, financiamentos insuficientes frente às necessidades e a alta rotatividade de profissionais, além da distribuição desigual e

insuficiente de médicos nos territórios do país (GIRARDI et al., 2016; STORTI; OLIVEIRA, XAVIER, 2017).

Segundo Ribeiro et al. (2020), a estratégia rendeu melhoria significativa nos indicadores de saúde: diminuiu a mortalidade infantil, materna, avançaram os números da atenção primária, dentre outras vantagens que foram observadas para a qualidade de vida da população, o que indica contribuições importantes ao serviço de saúde pública do Brasil. Os autores desse mesmo estudo apontam também que a ESF se constitui em uma estratégia ímpar na reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil desde sua implantação.

Rosa et al. (2020), ao estudarem a evolução da APS em municípios de Santa Catarina no período de 2008-2018, constatou que houve diminuição de internações depois da atuação da ESF e que, mesmo que alguns indicadores tendo sido avaliados sem mudanças significativa, foi possível desenvolver observação e planos de revisão para as falhas identificadas.

Castro et al. (2020) também desenvolveram estudos referentes à qualidade da APS na redução das internações por condições sensíveis e os resultados revelaram que houve impacto na redução desse tipo de internação, mesmo em contextos de vulnerabilidade social.

No Relatório de Avaliação da APS (BRASIL, 2020), apresentado pelo Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, foi incluída a análise dos investimentos nas ações básicas de saúde, como uma forma de diminuir gastos com a Média e Alta Complexidade (MAC), pois se a APS for resolutive, consequentemente, diminuirá os números de internações na Atenção Secundária e Terciária.

Os resultados expostos no relatório mencionado acima indicam que o Programa Médicos pelo Brasil (PMM), apesar de não ter impactos avaliados, foi responsável pela redução das ações do MAC em muitas regiões do Brasil. No aspecto formativo, não há resultados de avaliação comparativa entre programas de formação, porém destacam-se resultados em que a maioria dos médicos em processo de formação escolhem seus níveis de atuação considerando aspectos como “remuneração, localização do trabalho, carga de trabalho, em ambos os casos, acrescida de acesso à residência médica” (BRASIL, 2020, p. 42). Entre os médicos, a infraestrutura é o mais importante para a escolha onde atuar.

Esses resultados são importantes para considerações sobre a problemática e os objetivos de pesquisa, uma vez que, são elementos que impulsionam conhecer aspectos sobre o atributo da integralidade no que concerne às ações implementadas pelos médicos, sejam os que estão em processos formativos do PMM ou do PRMFC. Acredita-se ser importante para o próprio processo de formação médica compreender e analisar a percepção de médicos que participam desses programas sobre como a integralidade está sendo operacionalizada pelo SUS nos mais diversos ambientes de promoção da APS.

1.2 PROBLEMA, QUESTÕES DE PESQUISA E HIPÓTESES

Quando se percebe a integralidade como um dos atributos da APS, e ao reconhecer o PMM e o PRMFC como processos formativos na área de medicina no contexto da AB no Brasil, é importante que este atributo apareça no âmbito da atuação dos profissionais que se inserem nestes programas. E isto contempla a ideia de que é necessário também buscar a compreensão sobre como a integralidade está funcionando no sentido de fazer com que ambos os programas estejam contribuindo de forma efetiva com a APS.

Surge, nesse âmbito, a preocupação deste estudo em questionar como a integralidade está sendo efetivada, tanto no PMM quanto no PRMFC. Sendo assim, a questão principal de pesquisa é: como o atributo da integralidade nos serviços de saúde vem sendo trabalhado no Programa Mais Médicos e no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, sob a percepção de médicos que participam desses programas?

Outros questionamentos mais específicos também são levantados, a fim de integrar aspectos que podem esclarecer pontos que contribuam com a questão-central desta investigação, tais como: quais as concepções fomentadas pelos participantes do Programa Mais Médicos e do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade sobre o atributo da integralidade nos serviços da APS?; Quais as estratégias para a efetivação do atributo da integralidade desenvolvidas mediante aspectos do Programa Mais Médicos e do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade?; e Quais os avanços e os desafios de cada um

desses Programas em relação à efetivação do atributo da integralidade nos serviços de saúde ofertados?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

- Compreender como o atributo da integralidade é trabalhado nos serviços de saúde no Programa Mais Médicos (PMM) e no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PMRFC), sob a percepção de médicos que participam desses programas.

1.3.2 Específicos

- Conhecer as concepções sobre o atributo da integralidade nos serviços de saúde, fomentadas no PMM Mais e no PRMFC.
- Elencar as estratégias para a efetivação do atributo da integralidade enfocadas pelo PMM e pelo PRMFC.
- Identificar o alcance positivo e os desafios de cada um desses Programas em relação aos avanços e efetivação do atributo da integralidade nos serviços de saúde.

1.4 JUSTIFICATIVA

Observando a realidade atual da APS no Brasil e dos processos formativos de médicos capacitados e hábeis para atuar de forma eficaz e eficiente na área, é importante avaliar o impacto que as mudanças realizadas em relação ao investimento na expansão da abrangência e qualificação do serviço.

O PMM e o PRMFC são programas que possuem características educativas singulares a cada um deles, mas ainda não conseguiram suprir a necessidade real da saúde pública do país. Houve um suporte emergencial nas áreas de maior vulnerabilidade, no entanto, ainda existem falhas na qualificação e melhor distribuição de profissionais e recursos nesses serviços.

Sendo assim, uma das alternativas mais relevantes é avaliar quais programas oferecem melhor qualificação, em especial no que diz respeito ao atributo da integralidade na APS. A comparação entre dois programas como o PMM e o PRMFC permite perceber qual deles oferece uma melhor qualificação no atributo da integralidade. Dessa forma, pode-se planejar melhor futuros investimentos e planos de ação na APS de maneira mais concreta e resolutiva.

Do mesmo modo, acredita-se que ambos os programas não podem ser avaliados de forma simplista, pois, como afirmam Tasca e Pêgo (2016), quando se trata de políticas e programas de longo prazo, complexos e abrangentes, e cita o PMM como exemplo de programa que se insere no processo histórico de construção do SUS, não há como ser sintetizado por adjetivos simplistas e/ou reducionistas de multiplicidades, que apenas definem extremamente o sucesso ou fracasso.

O que se procura desenvolver é uma análise dos avanços de ambos os programas como viabilizadores do desenvolvimento dos sistemas de saúde. Procura-se identificar, então, os fatores que permitem observar aos participantes a capacidade que buscam para desenvolver e inovar as práticas de saúde, sendo estes pressupostos a possibilidade de avaliarem seus ingressos nesses programas (TASCA; PÊGA, 2016).

Portanto, o estudo pode ser justificado pela sua importância de trazer uma descrição panorâmica dos dois programas por médicos que participaram efetivamente de ambos e por esses dados servirem de subsídio, tanto para outros estudos como para a elaboração de planos que venham a atender lacunas existentes em cada um deles. Ao reconhecer tais lacunas, tem-se a base para trabalhar o processamento de novas ações que possam beneficiar os usuários da APS no contexto do município de Mossoró/RN, aonde a pesquisa foi realizada, mas também pode ser base para a organização de ações em outros contextos.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: BREVE HISTÓRICO, CONCEITO E ALGUNS IMPACTOS

O sistema de saúde é orientado dentro de um contexto social, político e econômico no país em que se encontra. Dessa maneira, seus princípios e valores seguem os de seus habitantes. Nesse contexto, tem-se no Brasil, o SUS, em que o PSF, criado em 1994 teve avanços importantes em anos subsequentes, chegando a uma cobertura superior a metade da população brasileira. (GUSSO; LOPES, 2012). Este modelo proposto pela APS teve impacto significativo na organização do sistema público de saúde.

A década de 1980, por sua vez, representou ao Estado uma grande movimentação democrática e reflexão importante na saúde, seguido por uma proposta de reorganização da prática assistencial voltada para o atendimento integral à saúde da família na década seguinte. Em 1991, cria-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que contribuiu para a implantação do PSF, e posteriormente devido a seu grande êxito, a ESF. Com caráter substitutivo as práticas convencionais, tem como objetivo o de enfatizar e priorizar os princípios do SUS e da APS (GONÇALVES et al., 2009).

Em termos legais, a unidade temática de Saúde da Família tem seu germen na Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei nº. 8080/1990 (BRASIL, 1990), sendo implantada pela Portaria GM/MS nº. 1.444 de 2000 (BRASIL, 2000), depois atualizada pela Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março 2006 (BRASIL, 2006), ambas incluindo a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A Portaria nº 2488/GM, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), por sua vez, é a base legal para aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a sua organização e para a implantação da ESF, como também fixar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que revoga a primeira portaria publicada em 2000.

A APS é um serviço ambulatorial de primeiro nível que, após a Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde, em Alma-Ata no ano de 1978, teve sua definição formulada com um foco de maior abrangência, além de trazer a

responsabilidade da saúde dos seus usuários-cidadãos como direito humano fundamental para os governos responsáveis envolvendo vários setores com a finalidade de promover desenvolvimento social e combater os determinantes de saúde (GIOVANELLA et al., 2012).

Na Conferência de Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. Em sua corrente mais filosófica, enfatizam-se as implicações políticas e sociais da Declaração de Alma-Ata, com destaque para a compreensão da saúde como direito humano e para a necessidade de se abordarem os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Defende-se a ideia de que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para poder alcançar equidade em saúde (GIOVANELLA et al., 2012, p. 496).

Assim, pode-se dizer que, como princípios na APS tem-se a participação e o controle social, descentralização, regionalização com hierarquização, foco em pessoas/famílias, sendo orientado pela qualidade da atenção e cuidado (DUNCAN et al., 2022). Seus atributos, articulados pelos princípios, são a base que rege a APS e são definidos como:

- Primeiro contato, ou porta de entrada: identificado por sua população como tal, deve ser de fácil acesso sendo o primeiro recurso a ser procurado;
- Longitudinalidade: consiste na continuidade do cuidado em conjunto com o estabelecimento de um vínculo entre equipe e comunidade;
- Integralidade: é definido pela abrangência do cuidado ofertado, ou seja, a capacidade de uma equipe de abordar as necessidades de sua população;
- Coordenação: Essencial para a obtenção dos outros atributos, é compreendido pela informação, comunicação e articulação entre os vários níveis de atenção onde a troca de informações entre as esferas de cuidado é eficaz;
 - Centralização da família: abordagem familiar;
 - Orientação na comunidade: abordagem comunitária; e
 - Valorização da cultura: educação em saúde e antropologia (GUSSO; LOPES, 2012).

Nesse contexto, os serviços da APS devem estar orientados para a comunidade, serem centrados na família associados a competência cultural, ou seja,

devem conhecer bem sua população adstrita, conhecendo bem suas necessidades como comunidade como família e como indivíduo para poder saber como atuar sobre elas e ter conhecimento sobre sua cultura (competência cultural) para melhor comunicar-se com todos (STARFIELD, 2002).

A organização do SUS em nosso país tem como ator essencial a Estratégia de Saúde da Família que, fundamentada pelos valores e princípios do SUS e da APS, promove um acesso a saúde de forma integral associado coordenação do cuidado e da comunicação dentre das redes e esperas da saúde pública com uma visão complexa, constitucional e contextualizada do cidadão brasileiro. Dito isto, a APS no Brasil possui diferenciais com relação a outros países. A presença de equipes multiprofissionais com populações demográficas sob sua responsabilidade em conjunto a abordagem contextualizada, os agentes comunitários de saúde e a inclusão da saúde bucal no SUS são exemplos disso (GUSSO; LOPES, 2012).

Trazendo uma contínua busca pela qualidade de vida das pessoas, a APS comprova com suficientes evidências, sua eficácia. Diminuição das internações, pela queda da morbidade e mortalidade, além de maior satisfação da população são exemplos claros de que a APS é um caminho certo a trilhar (GUSSO; LOPES, 2012).

Alguns estudos que trazem avaliações da APS demonstram resultados interessantes. Moita (2021) apresentou uma proposta de avaliação de impacto da APS em duas cidades do Nordeste do Brasil: Fortaleza e Sobral, ambas no Ceará, procurando trazer para o campo das discussões sobre avaliações da APS, ferramentas ancoradas em processos teórico-metodológicos que possam realizar, além do mapeamento de dados e informações sociodemográficas, econômicas, também os potenciais reflexos epidemiológicos para a caracterização técnica e o georreferenciamento das áreas de abrangências das UBS.

Entre os impactos observados pelos autores do estudo supracitado está o aumento de equipes da ESF no Brasil, que entre 1994 e 2010, aumentaram de 4.000 para mais de 31.600, com a cobertura de mais de 50% da população brasileira. Após 2017, a nova PNAB expandiu novamente o número de equipes de ESF para poder chegar ao alcance de 68% de cobertura da população brasileira. O plano foi para mais 6.431 novas equipes e distribuí-las com todos os estados do País. Quanto aos resultados dos impactos nos dois municípios estudados, Fortaleza também entra nesse modelo de ampliação da APS, que foi impactada em um aumento de 27% do

número de equipes entre 2013 e 2019, chegando a 62% da cobertura populacional da ESF, além de implantar, em 2018, 26 Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF). Mesmo assim, o aumento nesta cidade foi incipiente, assim como ocorreu em outras capitais. Sobral, município de grande porte do Ceará e o segundo pesquisado, desde 2013 atingiu 100% de cobertura da população. Conta atualmente com 37 Centros de Saúde da Família (CSF) instalados e funcionando (MOITA et al. 2021).

Girardi et al. (2016) também analisam a ocorrência de um substantivo aumento na oferta de médicos em APS, o que contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez de profissionais de 1.200 para 777 e para reduzir as desigualdades entre os municípios. Mesmo assim ainda permaneceram as inadequações distributivas. Houve ainda a verificação de que foi reduzida a oferta regular de médicos pelos municípios, e em alguns casos, foi sugerida a substituição pelos do programa, o que gerou insegurança assistencial, pois muitos municípios ficaram dependentes do provimento federal.

A expansão da APS contribuiu, assim, para a criação de programa de residência médica, sob gestão municipal, evidenciando a necessidade de qualificação incorporação de profissional médico capacitado na área, levando a proventos de melhoria na infraestrutura e organização desses programas. Apesar desses incentivos terem fornecido um fortalecimento e qualificação da APS, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade, ainda não se contemplou o cuidado longitudinal dessas regiões. A formação de docentes e preceptores consiste em outro obstáculo nesse processo (BATISTA et al., 2016).

A organização de Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/SP, 2016) apresenta, além desses, outros dados interessantes que incrementam esses impactos: ampliação da graduação em Medicina em instituições públicas e privadas. Por exemplo, a residência médica passou de 15.919 vagas em 2013 para 22.694, em 2016, um aumento de 6.775 vagas (42,6%). Tudo isso implicou em novas diretrizes curriculares implantadas, como é da exigência de o estudante cursar 30% do internato (atividades práticas) na AB e a residência médica, obrigatoriamente, também inclui a prática em unidades básicas de saúde.

O PMM também participou de impactos na APS, pois dados do próprio programa indicam que 63 milhões de brasileiros são atendidos pela ação, existindo

médicos preparados para resolver 80% dos problemas de atendimento na atenção primária às famílias. A informação dada é que, nos 1.837 municípios, as consultas aumentaram em 33% e as visitas domiciliares 32%. O programa também é aprovado por 95% dos seus usuários, sendo que, 87% apontaram que a atenção do profissional durante a consulta melhorou e 82% afirmaram que as consultas passaram a resolver melhor os seus problemas de saúde. Além disso, há vantagens com relação ao atendimento à demanda de admissão de novos médicos, o que atinge positivamente o mercado de trabalho para a área (BRASIL, 2021).

Todos esses impactos foram observados no âmbito da APS, em diversos momentos de sua história, o que de uma forma ou de outra acabam atingindo os atributos que são elencados para a atuação do SUS no contexto das unidades de saúde espalhadas por todo o Brasil, incluindo o município de Mossoró. A integralidade, que é um desses atributos, certamente teve impactos, tanto quantitativos como qualitativos, o que necessita de uma observação mais contundente nesse sentido, também sobre a questão do seu financiamento, que vai implicar consequentemente na estrutura, algo também muito importante numa avaliação de qualidade.

2.1.1 O financiamento do SUS e seus impactos na APS

O financiamento do SUS e sua definição histórica também contribuem, tanto para o fortalecimento quanto para uma fragilização e desorganização na estruturação da APS e de uma rede integrada de saúde. Trata-se de um Sistema que é formado por um conjunto ações e serviços de saúde. Esses serviços são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, sendo ainda permitido à iniciativa privada, complementar tais serviços de forma custeada pelos recursos públicos. Sendo assim, o SUS, criado a partir da Constituição Federal de 1988, determina a saúde como um direito de todos e dever do Estado (OLIVEIRA et al., 2015).

Concebe-se assim, que o SUS deve ter em sua pasta direcionada à Saúde Pública brasileira, recursos que sejam suficientes para suprir as necessidades de atendimento aos brasileiros no que diz respeito às necessidades de acesso aos cuidados de saúde pública nos mais diversos níveis (baixo, médio e de alta complexidade), como também nos mais diversos espaços habitados pela população

do país, como por exemplo: “pessoas vivendo em comunidades remotas e vulneráveis” (OLIVEIRA, et al., 2015, p. 626).

Importante ressaltar que todos os programas de formação, a partir da instituição do SUS, também passaram a ser financiados por esse sistema, até mesmo cursos de graduação em medicina que foram criados ou ampliados em universidades públicas e privadas têm participação do Sistema de Saúde, no que diz respeito à disponibilidade de recursos para a pesquisa, programa de residências e/ou voltados para a MFC, os quais são tratados especificamente no tópico voltado para referenciar os processos formativos existentes no país.

Mas, em especial, no que diz respeito ao financiamento dos programas em avaliação neste estudo, o PRMFC e PMM, estes são processos formativos que podem ser incluídos no âmbito dos Programas para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PROEPS-SUS), regido atualmente pela Portaria 3.194/17 de 28 de novembro de 2017. Este documento tem como objetivos:

I - promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde;

II - contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde, tendo a Atenção Básica como coordenadora do processo, e fortalecer a participação do controle social no setor, de forma a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;

III - fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, em consonância com as necessidades para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde;

IV - promover a articulação intra e interinstitucional, de modo a criar compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação; e

V - estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, tendo os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde - COAPES, de que trata a Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC, de 4 de agosto de 2015, como dispositivo norteador para favorecer a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde (BRASIL, 2017, Art. 4º).

Para o alcance de tais objetivos, os recursos financiados são o aporte mais importante, porque permitem organizar, tanto a estrutura física e tecnológica, que no campo da APS dizem respeito às unidades ligadas à ESF, como também ao pagamento de bolsas de incentivo aos participantes dos processos formativos em MFC, nos quais se incluem os programas já mencionados, que são objetos dessa pesquisa. É no Capítulo II da Portaria 3.194/17 que são tratados esses incentivos, esmiuçadas as orientações para Custeio e Gestão do PROEP-SUS, destacando as especificidades de recursos destinados a planos e ações que devem ser elaborados e organizados pelos entes federados (Estados e Municípios) no sentido de contemplar as práticas em educação permanente em saúde (BRASIL, 2017, Art. 5º).

Pelo que se observa, as determinações carecem da coparticipação dos estados e municípios, para o financiamento e execução dos processos formativos, o que sempre trouxe receios por parte das gestões municipais, desde os anos anteriores, em especial quando se trata do PMM. Somando-se a isso, a ausência de políticas ordenadas nacionalmente para a implantação de uma APS mais forte também colaborou para esse contexto. Desta forma, o surgimento de estratégias como a PNAB, a instituição do Programa de Valorização do Profissional da AB (PROVAB), que provê profissionais em áreas remotas mediante supervisão e capacitação especializada, e posteriormente o PMM, em 2013 foi uma resposta à necessidade de investimento em estratégias de formação profissional, o que inclui, além do pagamento, a formação técnica e a qualificação para a UBS, todos voltados para a ESF (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

Oliveira et al (2015) prevendo mudanças quantitativas e qualitativas no país, no campo da formação médica, citam a importância de como essas modificações se garantir não apenas a universalidade, mas, também, a integralidade e sustentabilidade do SUS, porém, também previram que os êxitos dessas iniciativas iriam depender da continuidade da articulação entre a União, estados e municípios, como também das políticas regulatórias de estado, e de se ter um monitoramento aprimorado dos programas.

No que se refere ainda ao financiamento, foram observados, por alguns pesquisadores do tema, aspectos relacionados com a implantação do novo modelo da APS, com relação a perdas e ganhos de recursos. Duas capitais brasileiras, São Paulo e Manaus, tiveram problemas, após um ano de implementação, durante a

pandemia do Coronavírus, conforme retratam Mendes, Melo e Carnut (2022), em estudo comparativo com objetivo de analisar esse novo modelo. Segundo os referidos autores, o novo modelo de financiamento da Atenção Primária no contexto do SUS, isto é, o *Previne Brasil* apresenta riscos da destruição da universalidade o que certamente atinge o atendimento em termos de integralidade, sendo também riscos de se atingir os programas de formação, como o PMM que foi implantado com o objetivo de ampliar a cobertura e o acesso à saúde populacional, aumentando assim as possibilidades de ampliar as ações integrais na APS.

Essa relação do financiamento da formação com os resultados obtidos no âmbito da integralidade na APS passa a ser real quando as demandas se multiplicam e os resultados da qualidade são expostos à negatividade, como ocorreu com o surgimento da pandemia de COVID-19 em 2020, como já exposto nos resultados do estudo de Mendes, Melo e Carnut (2022) e também a partir dos resultados obtidos por outros pesquisadores, entre os quais destacam-se dois.

O primeiro é um estudo de Castro et al. (2020), no qual os resultados da avaliação demonstraram uma associação da qualidade negativa com o número de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Municípios com menor nível de qualidade (quartil 1) apresentaram 21,2% mais de internações por condições sensíveis à atenção primária do que municípios mais bem avaliados (IC95%: 1,09-1,34). Os resultados mostraram que a qualidade da APS do país teve impacto na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária, mesmo em contextos de vulnerabilidade social (CASTRO et al., 2020, p.

O fato é que, o *Previne Brasil*, instituído no ano de 2019, tem um novo modelo de financiamento de custeio da APS, em especial no que concerne ao “pagamento por desempenho”. De acordo com a Portaria nº 2.979/19 de 12 de novembro de 2019, o incentivo financeiro deve ser efetuado considerando-se os resultados de indicadores alcançados pelas equipes, que devem ser categorizados em indicadores, os quais vão influenciar no valor do financiamento de recursos para a atuação profissional. Fato este que vai também interferir futuramente na qualidade porque, já se sabe que há, na verdade, déficit de recursos e não sobra, quando se fala de algumas estruturas de unidades de APS.

Os resultados obtidos por Castro et al. (2020) reforçam e explicam os resultados obtidos por Mendes, Melo e Carnut (2022) que sintetizaram a conclusão

de que, o novo modelo de financiamento implantado em 2019 causa uma tendência de prejuízos financeiros, que gera um processo de desfinanciamento da APS, caso o que ocorra nos demais centros urbanos do país, o que ocorreu em São Paulo e Manaus. A síntese mais pertinente envolvendo o tema financiamento do SUS e como fator de influência na integralidade como atributo da APS, é que a qualidade de serviços disponíveis e prestados pelos profissionais de saúde podem ser negativamente atingidos com o desfinanciamento.

2.2 INTEGRALIDADE

Considerado como atributo essencial à Atenção Primária em Saúde, a integralidade consiste no largo espectro de necessidades, reconhecidos pela equipe de saúde, levando em consideração os âmbitos orgânicos, psíquicos, e socioeconômicos da saúde dentro dos limites de atuação dos profissionais. Exige a oferta de serviços de promoção e resolução, além da garantia de todos os tipos de serviços necessários à saúde. Isso inclui todas as faixas etárias e os encaminhamentos necessários, caso não seja possível abordagem adequada na APS (GIOVANELLA et al., 2012).

Segundo Costa (2004), o atributo da integralidade indica uma organização do trabalho dentro dos serviços em saúde não restritos ao conhecimento técnico de cada funcionário que a compõe. Para tanto, conforme Giovanella et al. (2012), é preciso questionar se a equipe de saúde se mostra capaz de reconhecer problemas de saúde, em âmbitos individual e coletivo, se os serviços conseguem englobar as demandas da população e se existe uma referência quando há a necessidade de um atendimento especializado.

Percebe-se que a integralidade não está associada apenas a incluir, de forma ampliada, o atendimento primário à população, sendo que, todos sejam integrados, é preciso ir além dos grupos de indivíduos a serem atendidos. Numa interpretação mais precisa, é indispensável que a equipe esteja, além de bem formada em número suficiente de profissionais, como também composta por multiprofissionais e ainda, que estes estejam qualitativamente preparados para promover AB a uma diversidade imensa de problemas de saúde pública nos mais diferentes campos da saúde coletiva e individual dos pacientes (STARFIELD, 2002).

A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. As decisões sobre se a atenção primária, e não outro nível de atenção, detém a capacidade de prestar serviços específicos variam de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações (STARFIELD, 2002, p. 314).

Quando Starfield (2002) fala em variedade de necessidades, é justamente para esclarecer que, no contexto da atenção primária estão imersos, além dos problemas de saúde coletiva e individual, também estão presentes problemas e fatores determinantes destes problemas, que muitas vezes caracterizam perfil de má saúde em uma dada população ou em um paciente específico. Ainda segundo Starfield (2002), é no momento em que o profissional interage com o paciente que as observações e compreensões sobre esses fatores são formuladas. E tudo isso ocorre a partir do discernimento do profissional em observar, comparar, analisar, para muitas vezes perceber que doenças detectadas em pacientes individuais também são constatadas em outros, formando assim um grupo de pessoas que são acometidas das mesmas patologias, o que pode indicar que esse grupo de pessoas está exposto às mesmas condições, sejam estas sociais, ambientais ou ocupacionais.

Starfield (2002) acrescenta que o ponto mais importante dessa interpretação qualitativa dos problemas de saúde, por meio da integralidade, é a permissão de prevê, reconhecer, de forma adequada, que muitas vezes o problema de um único paciente pode fornecer dados para favorecer intervenções mais precisas através dos serviços prestados por uma unidade de saúde.

Silva (2008) corrobora com essa ideia de Starfield (2002) e amplia a discussão enfatizando que, para a inclusão de uma determinada política pública, é preciso que haja levantamento de dados para esclarecer as demandas, a fim de que se construam agendas que estejam baseadas em questões pertinentes à resolução dos problemas constatados a partir desses dados. Para construir intervenções numa unidade de saúde, é preciso que se tenha um diagnóstico do que realmente é o problema e o que o causa. Só após uma sequência de fases, partindo da observação, que pode ser feita, às vezes em um atendimento individual, é que se pauta uma intervenção nos moldes da resolução adequada, que parte da verificação, diagnóstico, implantação e execução dos serviços e por último a avaliação.

A integralidade no atendimento permite que tal processo se concretize, na medida em que o profissional tenha o discernimento de observar, comparar, avaliar, uma vez que ela é, segundo Starfield (2002, p. 314),

[...] o ponto de entrada para a atenção individual, o *locus* da responsabilidade continuada dos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde.

Compreende-se que a integralidade não é apenas um campo de prestação de serviços de saúde, mas, também um espaço que pode fornecer dados importantes sobre os problemas de saúde que mais afetam uma dada população, partindo das observações e avaliações realizadas pelos próprios profissionais envolvidos nas ações, atendimentos, prestações de serviços que promovem a saúde na APS.

E quando se fala em avaliação, atenta-se justamente para a etapa que compõe o ciclo de qualquer política pública e que é feita com o objetivo de auxiliar o acompanhamento de programas, tanto os que foram concluídos como os que estão em andamento. Serve para informar se as metas se os objetivos estabelecidos e voltados para uma demanda estão sendo alcançados, além disso, podem fornecer informações acerca dos pontos positivos e negativos da intervenção (CHUNG; FOCHEZATTO, 2015).

Em se tratando dos serviços e demandas do SUS, foram as avaliações que permitiram perceber entraves para a melhoria dos serviços prestados sob sua implantação e execução, ou seja, foram constatados os pontos problemáticos dos fazeres em saúde dentro do contexto de seus atendimentos visando a integralidade. Bonfada et al. (2010), constatou que a maioria desses entraves dizem respeito ao predomínio do modelo médico assistencial curativista no fazer/pensar dos profissionais de saúde. A integralidade, analisa o autor do estudo, necessita se impor como uma linha de pensamento que reorganiza tecnologicamente a clínica ampliada, e que no processo se busque defender uma maior aproximação entre profissionais e usuários. E isto requer trabalhar a partir das necessidades dos usuários.

Garbin et al. (2021) retratam uma experiência de gestão, apresentando vivência de um caso no qual a transversalidade foi utilizada no cuidado de um paciente com transtornos mentais. A equipe trabalhou a clínica contextualizada, a integração entre

os serviços, as intervenções intersetoriais e em acordo com as diretrizes do SUS e as políticas públicas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador. A pauta principal foi o direito à vida, o respeito à dignidade e o compromisso ético com a saúde das pessoas. Sendo assim, os resultados confirmam que a integralidade em se tratando da produção do cuidado em saúde requer contextualização dessas práticas, para poder ter resultados positivos, culminando assim com uma avaliação mais pertinente.

Machado et al. (2007) enfatizam que, no que se refere à integralidade como conceito, é permissível trabalhar com a identificação dos sujeitos como totalidades, mesmo não sendo algo alcançável em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis para intervenção. O fato é que o conceito perpassa a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde. É algo que contempla qualidade real da atenção individual e coletiva que se constitui também aspecto assegurado aos usuários do sistema de saúde.

Pela complexidade e as diversas possibilidades das avaliações referentes à aos sistemas de saúde, Starfield (2002) alerta para a compreensão, antes de tudo, de que a APS é apenas um dos componentes desses sistemas, embora seja o ponto fundamental. Por isso, para avaliar a prática da integralidade neste contexto, há a necessidade de uma diversidade de instrumentos, de focos, de dimensões e propõe, para isso, uma identificação e caracterização do que a compõe: acesso, acolhimento, vínculo, enfoque familiar, fluxo, coordenação, encaminhamentos e orientação comunitária. Um dos elementos focalizados como importante no sentido de produzir resoluções mais produtivas com relação a lidar com os problemas é a experiência continuada, mas, sem se deixar nenhum profissional isolado, sozinho com todas as necessidades da população.

Starfield (2002) afirma que a integralidade requer disponibilidade de serviços e a prestação destes quando os problemas que ocorrem com frequência surgem. É nesse momento que os profissionais devem mostrar sua competência dentro de uma variedade de serviços a fim de ter uma resolutividade adequada à população, o que pode variar de comunidade para comunidade, considerando as especificidades de cada lugar.

Segundo Barbosa et al. (2018), a reestruturação do SUS, em especial a prioridade dada à APS pode ser o caminho para diminuir as vulnerabilidades que deixam alguns grupos populacionais expostos. Mesmo assim, ainda pendentes de

uma avaliação mais positiva, pois o acesso às suas ações ainda é um problema crônico em determinadas localidades e envolve também a questão da formação dos profissionais para atender à diversidade de problemas que surgem nos contextos comunitários.

Ao considerar essas análises, pode-se compreender que um dos aspectos que não podem faltar no âmbito das ações que incluem a integralidade se relaciona com os processos formativos dentro da própria APS, uma vez que são estes processos que permitem aos profissionais se debruçarem, através de estudos, discussões, verificações e construção de diagnósticos sobre as comunidades a quem atendem (STARFIEL, 2002; COSTA, 2004); SILVA (2008); MACHADO et al., 2007; BARBOSA et al., 2018; GARBIN et al., 2021).

2.3 A RESIDÊNCIA MÉDICA COMO PROCESSO FORMATIVO NA APS ANTES E DEPOIS DO SUS

2.3.1 Programa Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC)

Antes do SUS, já existia um programa de residência médica no Brasil, sendo que, tratava de uma formação geral para atuação dos profissionais que se tornavam bacharéis em medicina. Segundo Rena (2012), esse programa teve início na década de 1940 e era inspirada nos modelos americanos. Era realizada no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, depois foi estendida ao Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Eram instituições que ofereciam serviços de excelência e por isso atraía muitos médicos recém-formados para ali se especializarem em um determinado campo da medicina.

Sousa (1985), quando trata da evolução da residência médica, especialmente deste programa que surgiu em 1940, faz uma classificação em quatro períodos. O primeiro durou até 1955, quando ocorreu a definição dos objetivos, a implantação e a consolidação dos programas iniciais. Mas, era apenas uma pequena parcela de formados que procuravam o treinamento. O segundo período vai de 1956 a 1971, quando, gradualmente o número de programas foi ampliado. Geralmente, esses programas funcionavam em instituições oficiais, sendo a medida principal atender ao interesse dos corpos clínicos, conforme a procura pelos recém-formados. O terceiro

período foi a partir de 1972, quando houve uma rápida expansão dos programas de residência, devido justamente à expansão das escolas médicas. Surgiram à época, tanto bons programas quanto outros duvidosos e estes se associavam ao interesse de uma mão-de-obra mais barata. O quarto período é iniciado em 1977, quando foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e definiu que a Residência seria efetivada como curso de pós-graduação em medicina.

Rena (2012) defende que a partir desse momento, a residência se firmou como o melhor caminho para a formação de médicos especialistas no país e passou a exercer um papel de grande relevância na formação de profissionais especialistas para a prestação de assistência médica à população. Também foi criado um mecanismo de regulação e controle representado pela CNRM, o qual era responsável pela elaboração de resoluções, criação de Comissões Estaduais (CEREMs) e, no âmbito institucional, as Comissões de Residência Médica (COREMEs). Em síntese, a oficialização da residência médica no Brasil foi consolidada em 1977, quarenta e sete anos após sua criação, no ano de 1940.

Segundo Sousa (1985), a partir de 1977, a procura foi se ampliando, mas os programas passaram por mudanças diante dos contextos de transformação das políticas de saúde. Até meados da década de 1980, o caráter da residência estava voltado para o treinamento em serviço e articular as instituições educacionais da área de medicina com as instituições de promoção à saúde, tanto municipais, estaduais quanto federais, era uma integração entre ensino-serviço. Os cursos trabalhavam a fim de “estimular ações de prevenção e reabilitação em todos os programas oferecidos, no intuito de evitar a dicotomia nas medidas preventivas e curativas” (SOUSA, 1985, p. 113). Acrescenta este autor que tais programas eram articulados com vários ministérios que prestavam serviços em saúde. Destacam-se entre as formações que eram ofertadas:

- Treinamento em cuidados primários para saúde nos programas de Medicina Geral Comunitária e Medicina Preventiva e Social;
- Atividades em promoção à saúde da mulher e da criança, pediatria, ginecologia e obstetrícia;
- Atividades em dermatologia sanitária, incluindo Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- Treinamento obrigatório em Centros de Saúde para residentes de doenças infecciosas e parasitárias;
- Participação em programas de prevenção à cegueira e deficiência visual entre escolares e pré-escolares em Oftalmologia;

É possível observar que, no primeiro programa de residência médica constam treinamentos diversos nas especializações em saúde, incluindo dentro de um único programa a questão relacionada ao atendimento primário, mas nos termos da medicina curativa e preventiva, e seguindo, como já dito, modelos americanos. Até o final da década de 1980, perduraram esses programas.

O PRMFC se insere neste contexto da residência criada em 1977, como alternativa de qualificação dos profissionais atuantes na atenção primária e com uma proposta metodológica de ensino capaz de promover mudanças na prática médica de maneira importante e significativa. Afinal, a residência médica constitui a modalidade de ensino e aperfeiçoamento de melhor qualidade na especialização médica, sendo considerada a ‘mais perfeita’ (CASTRO; NOBREGA-THERRIEN, 2009).

E essas mudanças foram estudadas sob diversas perspectivas e também com relação à percepção de seus participantes. Domingos, Nunes e Carvalho (2015), ao realizarem pesquisa com 25 trabalhadores das USF contempladas com o PRMFC, obtiveram resultados de que, enquanto residentes nessas unidades, os participantes ampliaram a potência para induzir mudanças no processo de trabalho, como também para a formação de profissionais mais capacitados para atuar hoje na ESF. A conclusão do estudo foi de que a residência contribui de forma positiva para que a ESF se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde, além de se constituir em uma forma de operar o que é proposto na Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS).

Sobre essa realidade, é necessário destacar o pensamento dos gestores municipais sobre o papel desse programa no processo de formação de recursos humanos. Em geral, os gestores percebem um esforço do médico de família e comunidade para a incorporação de potencialidades de incremento da qualidade na rede da APS, como também superação das fragilidades visando melhoria da estrutura e organização dos serviços com residentes. Quando atrelada a ações de fortalecimento dos serviços e dos recursos humanos, os gestores entendem que pode ser o caminho para solucionar problemas históricos da APS (LEITE et al., 2021).

Nesse sentido, Maranhão et al. (2020) estudaram a relação entre as práticas, a formação e a titulação de médicos família e comunidade. Neste caso, foi realizado

estudo transversal de abril a novembro de 2018, com aplicação de formulário semiestruturado para 263 médicos, a partir da apresentação de 38 atribuições entre ações, atividades e procedimentos da medicina. O destaque principal do estudo foi para os médicos com formação no exterior e os específicos da MFC. O fator de maior impacto foi justamente a dupla qualificação da residência médica, pois relataram saber fazer um número de atividades, ações e procedimentos superior ao que de fato realizam.

2.3.2 Processos Formativos após o SUS

Com a implantação do SUS e da APS como norteadora do cuidado e assistência em saúde no Brasil, a partir da Lei 8080/90, houve necessidade de adequação por parte da gestão governamental, levando a uma demanda por profissionais de saúde que respondam às necessidades propostas pelo novo sistema. Como consequência ocorrem algumas mudanças nos processos formativos em saúde (COELHO, MIRANDA; COUTINHO NETO, 2019).

Desta forma, ocorre a introdução de um conjunto de programas e ações voltadas aos processos formativos, dentre os quais se destacam: as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-SAÚDE). Evidencia-se que as estratégias governamentais com foco na formação em saúde foi definindo um vínculo importante entre os serviços de saúde com as instituições de ensino (BRASIL, 2007)

As DCN apresentam o documento, regido pela Lei nº 9.394/96, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), aos diversos entes federativos: União, Distrito Federal, Estados e Municípios. Por essa legislação, cada um desses entes “deve organizar seu sistema de ensino, cabendo, ainda, à União a coordenação da política nacional de educação, articulando os diferentes níveis e sistemas (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que essas diretrizes são elaboradas a fim de atender a todos os níveis educacionais, incluindo a educação superior. Nesse âmbito da educação superior, cada curso de graduação, licenciatura ou bacharelado, aporta uma

legislação distinta. Sendo assim, para os cursos de medicina, o regimento mais recente é a Resolução CNE/CES Nº 3, de 3 de novembro de 2022, alterando Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2022).

Em se tratando do SINAES, consiste no sistema que analisa as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes. Essa avaliação considera aspectos como ensino, pesquisa, extensão, responsabilidade social, gestão da instituição e corpo docente. Para tal, reúne também diversas informações do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) e das avaliações institucionais e dos cursos, utilizando-as para orientar os estabelecimentos de ensino superior e para embasar políticas públicas, dados estes que também são úteis para a sociedade e estudantes (BRASIL, 2022).

No sentido de operacionalizar as diretrizes curriculares, algumas medidas foram propostas. O PROMED teve a finalidade de promover o incentivo às Escolas Médicas do País a melhorarem o seu ensino, com a finalidade de se tornassem o mais adequado às necessidades de saúde da população. Teve como principal lema: *Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde*. Foi instituído a partir da Portaria Interministerial nº 61011/2002, que habilitou os cursos de medicina legalmente reconhecidos, oferecidos por Instituições de Ensino Superior (IES), credenciadas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) a participarem, orientando que as escolas médicas encaminhassem projetos de inovação curricular e de práticas de ensino ao Ministério da Saúde (MS). Tudo em conformidade com os termos de referência elaborados pela Secretaria de Políticas de Saúde do MS, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESU) do MEC (BRASIL, 2002).

Outra estratégia foi o PRÓ-SAÚDE, um programa criado em 2005 por meio de parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do MS e a SESU, como também do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do MEC, com o apoio da Organização Pan-americana de Atenção à Saúde (OPAS). Foi pensado a partir de observações sobre o panorama atual da saúde pública e das grades curriculares dos cursos de ensino superior relacionados à área da saúde e é regido pela portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. A concepção adotada para tal é de que a educação se

configura como fator importante e transformador para melhor implementação e fortalecimento da proposta do SUS (BRASIL, 2007).

Um dos motivos para a criação do programa refere-se à dificuldade de profissionais generalistas que possam efetivar os cuidados contínuos e resolutivos à população no contexto do SUS. Consiste, pois, em alternativa a mais visando transformar a realidade de escassez desses profissionais. A proposta é integrar SUS e instituições de educação superior, permitindo que os estudantes tenham um maior contato com a realidade e as propostas do sistema, estudando disciplinas teóricas e práticas, a fim de atuarem para suprir as necessidades concretas da atenção em saúde à população brasileira, considerando suas dimensões sociais, econômicas e culturais (BRASIL, 2007).

O PET-SAÚDE, instituído pelas Portarias Interministeriais nº 421 e nº 422, de 03 de março de 2010, trata-se de ação do MS e do MEC, conduzida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A finalidade principal é qualificar e integrar ensino-serviço-comunidade, para aprimorar, em serviço, o conhecimento não somente os profissionais da saúde, mas também os estudantes dos cursos de graduação na área da saúde (BRASIL 2010a).

O referido programa tem como pressuposto teórico a educação pelo trabalho por meio de atividades de ensino, pesquisa, extensão universitária e participação social, através do lançamento de editais temáticos destinados às Instituições de Ensino Superior públicas e privadas que possam desenvolver as ações sem fins lucrativos, com cursos de graduação na área da saúde em parceria com as Secretarias de Saúde (Estadual, Distrital e Municipal). São diversas as modalidades de bolsas oferecidas e que podem levar o estudante a conhecer melhor o contexto e as especificidades do trabalho com a população conforme suas necessidades na comunidade (BRASIL, 2010a).

Pode-se perceber que desde o início da primeira década do século XXI, foram sendo implantados diretrizes e programas de educação na área da saúde com fins de promover modificações na forma de formar, conceber, pensar, planejar e atuar na área da saúde, voltando-se muito mais para as necessidades da população. Os estudos prévios para tal indicam que, no campo de atuação médica ou de enfermagem, a medicina de comunidade urge, pelo fato de a APS ser a porta de entrada da população ao SUS. Por isso, tantas iniciativas para buscar por novos processos formativos,

novas formas de compreender a aprendizagem, também nos processos formativos para atuar na saúde, e em especial na APS.

A mudança nos processos formativos voltados para a APS tem sido valorizada como meio transformação da assistência em saúde, como evidenciado DCN dos cursos da saúde (COSTA et al., 2018), os quais estão exigindo a formação de profissionais capacitados para este contexto atual, ou seja, as instituições de ensino estão introduzindo em seus projetos pedagógicos a flexibilidade, interdisciplinaridade, contextualização, relação teórico-prática e o respeito aos valores éticos, estéticos e políticos em seus currículos (AUTONOMO et al., 2015).

Desta forma, existe um desafio de introduzir nas estratégias de ensino a complexidade do contexto atual no qual se encontra a sociedade brasileira hoje de maneira a capacitar um discente para trabalhar com integralidade:

[..] parece ser consenso, portanto, a necessidade de trabalhar valores e habilidades no educando para o aprender durante toda a vida e não somente na escola. Para tanto, faz-se necessária a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber, com vistas ao desenvolvimento dos quatro pilares da educação (3): aprender a conhecer ou a aprender, adquirir os instrumentos ou a competência para a compreensão; aprender a fazer para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a conviver ou a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; e aprender a ser entendido como visão holística do homem, isto é, espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade (SCHERER; SCHERER, 2012, p. 986).

A aprendizagem é entendida como algo que envolve, em qualquer área, as questões gerais e específicas da formação humana, em especial que as dimensões desta formação abrangem a parte cognitiva e a sócio-emocional, o que indica a necessidade de formar o ser humano em sua integralidade. Isso já perpassa pelos contextos formativos para o mercado de trabalho na educação básica, superior e para citar de forma mais específica, na área de medicina.

Lacerda e Santos (2018, p. 611), ao tratarem deste tema, destacam que

Os métodos e modelos não tradicionais de ensino, quando bem estruturados e fundamentados, podem ser a resposta para este paradigma, auxiliando na construção de uma formação de nível superior integral, agregando competências e preparando profissionais melhores e mais competitivos para o mercado de trabalho.

Para além da competitividade, é preciso pensar também a qualidade da atuação, os resultados que o fazer profissional pode ofertar no quesito contribuição para a resolutividade dos problemas que a população enfrenta pela dificuldade de ter à disposição um sistema de saúde que permita trabalhar os níveis de atenção a fim de proporcionar melhor prevenção para diminuir os níveis de atendimento mais complexos.

Lacerda e Santos (2018) ponderam na reflexão de que não existem receitas prontas para atuar de forma mais efetiva, eficaz e eficiente. Mas que existem formas de o profissional médico procurar entender melhor a quem está atendendo, que contexto exige mais ou menos estrutura, saber e/ou práticas inovadoras. Nem sempre as tecnologias sofisticadas dão conta da resolutividade, há contextos em que a prevenção está acima da cura, em termos de integralidade. Por isso, tão importante saber mais sobre os programas que atuam nesse sentido: o PROVAB, as Residências Médicas Multiprofissionais (RMS) e em medicina de comunidade, como também o PMM, que são exemplos de processos formativos voltados, especificamente para o atendimento básico das famílias em suas comunidades.

2.3.3 Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (PROVAB)

O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi criado, por meio da publicação da portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, com intuito de responder as necessidades de fixação e provimento de médicos em algumas regiões do país de maior vulnerabilidade ou difícil acesso, além de qualificar profissionais da AB. Sendo assim, foi pensado a fim de corrigir a iniquidade na distribuição de profissionais médicos, que vinha sendo observado desde a década de 1960. Enfim, trata-se de um programa voltado para a correção da má distribuição e da escassez de médicos, especialmente em áreas, que além de vulneráveis são remotas, ou seja, sem qualquer acesso às políticas públicas de saúde. Nesses contextos, a escassez e a falta de acesso à saúde pública têm afetado nações pobres e ricas e, ainda, mesmo no século XXI se configuram como um desafio não superado. No caso do Brasil, até meados de 2013, acontecia a mesma situação (BARBOSA et al., 2018).

Segundo o UNA-SUS, a previsão de atuação dos profissionais é de 12 meses, nas mais diversas unidades de saúde do país; esses profissionais são monitorados

por instituições que compõem Rede UNA-SUS, que ministra e supervisiona os cursos de especialização para formação e qualificação em APS a distância e gratuitamente. A participação é obrigatória pelo profissional, que terá que realizar 32 horas semanais de atividades práticas nas Unidades de Saúde e 8 horas no curso de especialização. A Universidade Aberta do SUS oferece a formação pela Rede desde 2012 (BRASIL, 2023a).

A participação do profissional é aceita a partir da apresentação de uma proposta ou projeto de intervenção (PI), descrevendo ação a ser realizada pelo médico com foco na melhoria das condições de saúde da população, no contexto da APS, que será enviada via Web Portfólio. A produção do PI é orientada pelos coordenadores e supervisores, através de documentação do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) do UNA-SUS, que é disponibilizada para download, constando o modelo padrão do PI, as orientações para a sua elaboração e os respectivos tutoriais.

Oliveira et al. (2015), ao realizar estudo sobre o PROVAB, indicou que o programa é passível de avaliação. Sendo assim, fizeram um mapeamento das potencialidades e as áreas prioritárias para futuras avaliações e elegeram como foco central enfrentar o problema da distribuição desigual de profissionais de saúde no país. E foi justamente essa proposta que culminou com outros resultados, incluindo a migração de participantes para outros programas, por exemplo, para o PMM. Isso tem dificultado a consolidação das formações nos municípios.

Outro exemplo de avaliação do PROVAB é apresentado por Lima et al. (2016) e traz resultados da avaliação de egressos do referido programa. A partir deste estudo foi constatado que alguns dos participantes apresentam como principal motivo de participação no mesmo, o bônus para aprovação na residência (70,14%) e com índice aproximado está também a questão da supervisão próxima. Com relação ao interesse em participar da ESF foi apontado com nenhuma importância por 35 dos residentes (52,23%) dos médicos atuantes no PROVAB.

Assim, os motivos de realizarem o PROVAB é a bonificação, além do processo de formação está aproximado da supervisão. E este resultado indica que ainda há o que se refletir e planejar sobre melhorias nas questões relativas a supervisão e infraestrutura para que os êxitos dos processos formativos da ESF também ganhem importância. Por isso, a necessidade de também se conhecer as definições e

conceituações das residências de diversos tipos, como é o caso da Residência Multiprofissional em Saúde (OLIVEIRA, et al., 2015).

Os estudos indicam como positiva essa oferta de supervisão e especialização em AB somado a um percentual de 10% na pontuação para o processo seletivo da residência médica. Apesar de oferecer uma qualificação da APS e dos processos formativos, o programa não teve interferência satisfatória na fixação do médico nos postos de trabalho e teve maior êxito em grandes centros. As precárias estruturas tecnológicas e físicas das regiões interioranas e de maior vulnerabilidade ainda dificultam a permanência deste profissional nestas regiões, os quais buscam maiores centros com desejo de melhores salários e qualidade de trabalho (MATIAS et al., 2019).

2.2.4 Residência Médica Multiprofissional em Saúde (RMS)

Sobre a Residência Médica Multiprofissional (RMS), é importante compreender que em se tratando de programa de residência voltado às ações de saúde, especialmente em medicina, trata-se de um processo de formação em serviço, que é destinado aos profissionais da área de saúde. A RMS também está incluída neste contexto, sendo vinculada aos demais processos formativos das residências médicas em saúde (CARNEIRO TEIXEIRA, PEDROSA, 2021).

Foi oficializada em 30 de junho de 2005, quando foi promulgada a Lei nº 11.129 que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Os eixos norteadores dessa política de formação médica são sete:

- 1) cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do país;
- 2) concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade;
- 3) política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- 4) abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- 5) integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;

6) integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

7) descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde (BRASIL, 2005; 2009).

Trata-se de uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*. O objetivo principal é formar profissionais para atuar de forma diferenciada no contexto do SUS. A construção do currículo é interdisciplinar, priorizando o trabalho em equipe, a educação permanente e a consequente reorientação das lógicas tecnoassistenciais. Não é direcionado apenas aos médicos, visto que é multiprofissional, inclui as áreas da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A duração mínima é de dois anos, a carga horária total de 5.760 horas, sendo 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas, em 60 horas semanais. Estão em primeiro lugar nas ações e atividades hospitalares e em APS. Os residentes são formados para prestar assistência aos pacientes de forma integrada a outros profissionais, o que possibilita o fortalecimento da integralidade e do atendimento mais humanizado (SILVA et al.; 2015).

Pode-se concluir que se trata de uma política de formação diferente da residência tradicional criada em 1977. Os programas e processos formativos buscam a integração dos profissionais para atuar em conjunto, o que oportuniza uma atuação integrada, possibilitando maiores chances de visualizar o paciente como um todo e facilitando diagnósticos, tratamentos e ações de promoção à saúde, mais precisas (CASTRO; NOBREGA-THERRIEN, 2009).

Segundo Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021), desde sua implantação em 2005, as RMS atraem uma diversidade de recém-formados. Logo em seu primeiro ano o MS conseguiu implantar vinte e dois programas de RMS em vários estados do país, agregando um total de 1.558 residentes de diversas categorias para obedecer às demandas associadas às localidades.

Araújo et al. (2021) também realizaram estudo sobre a RMS na ESF, envolvendo nove residentes distribuídos entre as profissões de Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Duas categorias

foram analisadas: a residência como cenário para a aprender com o outro e a residência como cenário para compreender o papel do outro. Foi possível perceber que a educação e a prática interprofissionais criaram oportunidades para o desenvolvimento de competências colaborativas, o que também contribuiu para potencializar o trabalho em equipe e interprofissional. Desta forma, os pesquisadores concluíram que as atividades da Residência Multiprofissional, alavancadas em discussões de caso, atendimentos compartilhados e ações intersetoriais alinhadas ao referencial teórico-metodológico da interprofissionalidade foi essencial para aprimorar o trabalho interprofissional.

Importante compreender que a ESF, como espaço preconizado pelo MS desde 1994, quando ainda era o PSF, traz uma demanda por profissionais que sejam qualificados para atender às mais diversificadas necessidades de um determinado lugar. Após estas constatações, o sistema de saúde se depara com o desafio de inserir estratégias de formação de um perfil profissional adequado para a atuação na APS e de requalificar os funcionários já inseridos nas UBS com o propósito de qualificação do serviço ofertado. Diretamente ligado a esta finalidade tem-se a DCN sendo reestruturada para adequar-se ao ensino de competências inerentes a este contexto, que tem como principal oferta de trabalho a ESF (CASTRO; NOBREGA-THERRIEN, 2009).

No entanto, a demanda de profissionais ofertados ainda é insuficiente, uma vez que, há também uma diversidade de fatores que interferem na distribuição dos profissionais médicos (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016). É sob essa perspectiva que se constrói a necessidade de compreender mais um processo formativo organizado pelo MS, o PMM.

2.2.4 Programa Mais Médicos (PMM)

O PMM foi criado por meio da Medida Provisória (MP) Nº 621, de 8 de julho de 2013, que depois foi convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro, também do ano de 2013. O propósito principal foi o de ampliar a cobertura populacional e de reorientar as práticas de saúde. Consiste em uma política de fortalecimento do SUS e sua implantação, através da Medida Provisória número 621 de julho de 2013 e convertida na Lei nº 12.871 em outubro de 2013 (TELLES; SILVA; BASTOS, 2019).

Entre as finalidades do PMM está a de formar recursos humanos na área médica para atendimento pelo SUS. Após criado, foi incorporado a um conjunto de outras ações e iniciativas do Governo Federal para fortalecer a APS do Brasil, primeira porta para que a população tenha acesso ao sistema de saúde, porque está presente em todos os municípios, além de ter estrutura próxima das comunidades (BRASIL, 2022).

O PMM intervém em três eixos para fortalecimento do SUS: manter o profissional médico em regiões remotas e de maior vulnerabilidade do país, nas quais a necessidade emergencial destes profissionais é maior; a melhoria na infraestrutura das UBS e a mudança na formação de médicos, somando-se a reordenação das ofertas dos cursos de medicina associados a novos parâmetros curriculares para a graduação são frutos desse processo (CAMPOS; PEREIRA JUNIOR, 2016).

A partir do PMM, a expansão da APS se tornou realidade em muitos lugares, minimizando os obstáculos da ausência e a fixação de profissionais de saúde em áreas mais remotas, principalmente o médico (LIMA, et al., 2016).

Desde a sua criação, o PMM leva médicos para as regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais. Há ainda o investimento na qualificação e formação dos mesmos, algo que é feito com o objetivo de buscar solucionar a questão emergencial do atendimento primário ao cidadão, como também criar condições para continuar a garantir um atendimento qualificado. Trata-se de uma estratégia de provimento emergencial, na tentativa de ampliar a inserção dos profissionais médicos em áreas vulneráveis, aprimorando a formação médica nas unidades da APS, pelo período de três anos. Porém, com previsão de prorrogação por igual período (BRASIL, 2022).

Para Oliveira et al. (2015), somente com a implementação do PMM foi possível trabalhar a magnitude de provisão de médicos em áreas vulneráveis, o que promoveu uma resposta em tempo adequado para atender a demanda dos municípios brasileiros. O programa contribuiu bastante para mudanças quantitativas e qualitativas na formação médica, de forma que, tanto a universalidade como a integralidade e sustentabilidade do SUS se fortaleceram. Porém, os autores analisam que tais iniciativas, para terem cada vez mais progressos, dependem de continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de estado, bem como, do constante monitoramento e aprimoramento do programa.

Essas contribuições se dão porque os objetivos do programa são:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira (BRASIL, 2013).

Ao perceber seus objetivos, compreende-se que o PMM deve ser conduzido e concebido como estratégia para repensar a lógica de formação e provimento de profissionais médicos, tentando exatamente desafiar os problemas existentes. Entretanto, avaliações realizadas têm demonstrado resultados um pouco diferentes do que se esperava.

Havia duas frentes de atuação com expectativas para resultados de médio a longo prazo. A primeira constava da ampliação do número de vagas nos cursos de medicina e de residência médica associado ao aperfeiçoamento da formação médica, que tem como objetivo aumentar a oferta deste profissional no futuro. A segunda frente definida pelo PMM, para o Brasil, criado como eixo emergencial, foi definida pela convocação de médicos para atuarem nas UBS dos municípios de maior vulnerabilidade social, Distritos Sanitários Especiais Indígenas e comunidades quilombolas. Envolveu inúmeros atores e parcerias: OPAS, médicos brasileiros, intercambistas individuais e médicos cooperados, gestores municipais e federais (OLIVEIRA et al., 2015).

Nas duas frentes, o PMM já obteve alguns pontos positivos que são contados como resultados exitosos. Por exemplo, Mourão Netto et al. (2018) constatou que o PMM trouxe resultados com contribuições significativas para a saúde brasileira, em especial porque foi responsável pela mobilização de recursos financeiros para a atenção primária em saúde no país.

Conforme Telles, Silva e Bastos (2019), quando relacionado à interiorização do profissional médico e expansão do ensino da medicina, o PMM foi o que teve maior êxito dentre todas as políticas públicas já criadas com este objetivo. Foram criadas em cinco anos 18 mil vagas para médicos em locais de maior escassez desse

profissional e foram abertas mais de 11 mil vagas para os cursos de medicina, levando a conclusão de que o programa contribuiu para uma certa qualificação da APS.

Apesar da resposta positiva que o programa trouxe, ainda há entraves como a baixa capacidade da AB de coordenar o sistema de saúde e a falta de definição de carreiras para o SUS. Vínculos precários e instáveis, além da dificuldade de permanência do profissional, retardam o processo de responsabilização dos municípios em prover a contratação regular de médicos para a AB, contribuindo para a ausência da APS por parte da gestão local de investir na interprofissionalidade e a intersetorialidade levando a uma concepção ambígua. Ao mesmo tempo que prega uma qualificação da APS com foco na descentralização do cuidado no médico, o programa é organizado em função deste profissional (MATIAS et al., 2019).

Araújo, Michelotti e Ramos (2017), em investigação no sentido de saber os motivos das migrações dos participantes do PROVAB para o PMM, identificaram indícios de que o bônus de 10% ofertado aos que o concluem vem tornando o primeiro programa uma via alternativa de acesso ao segundo, em especial aos médicos que ainda têm pouca experiência o que estão indecisos sobre os rumos profissionais, mas que demonstram entusiasmo crescente em relação à AB.

Essas poucas percepções permitem compreender a necessidade de se avaliar mais profundamente e de forma mais estruturada os programas de formação que têm como finalidade o fortalecimento da APS. É preciso compreender se realmente as categorias, critérios e princípios do SUS estão sendo cumpridos em sua totalidade, quais resultados no sentido da qualidade do serviço prestado, como são qualificados esses serviços, sabendo-se que, em se tratando de AB há uma variedade de detalhes a se observar e analisar. A avaliação na APS é, portanto, algo que, além de ser compreendida precisa se tornar uma prática constante.

2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA APS

Quando se discute avaliação em saúde, Novaes (2004) identifica três tipos: a pesquisa de avaliação que é desenvolvida pelas instituições acadêmicas e é caracterizada por seu cunho produtivo de conhecimento científico; a avaliação para decisão que não envolve necessariamente uma produção científica, mas sim que traga informações capazes de influenciar processos de tomadas de decisões e, por

fim, a avaliação para a gestão que produz informações com o intuito de aprimorar o objeto de estudo ou condição dada.

A avaliação de programas vem sendo empregada no Brasil com aspectos voltados à efetivação de um objetivo maior, como a criação ou inserção de modelos de atenção em organizações focadas em populações definidas ou a um problema de saúde cujas ações serão desenvolvidas por seus diferentes profissionais. É uma avaliação de características e atributos variados e complexos e traz consigo a capacidade de ser abordado sob diferentes óticas (NOVAES, 2004).

Segundo Rojas (2004), o conceito de qualidade nos serviços de saúde seria a capacidade, ou seja, o conjunto de características ou recursos que os serviços possuem para sanar as necessidades e expectativas dos seus usuários e prestadores de serviços. A partir deste conceito, pode-se avaliar a qualidade dos serviços em dois eixos. A avaliação da qualidade técnica, na qual se tem a visão dos prestadores de serviço e pela qual é definida a garantia, efetividade, e utilidade das ações em saúde, além das ações oportunas e de maior eficiência para os comunitários. Já a avaliação da qualidade percebendo o enfoque, é dos usuários dos serviços, levando em consideração as condições estruturais físicas, administrativas e éticas da assistência realizada (ROSS; ZEBALLOS; INFANTE, 2000).

A ESF tem colaborado de maneira essencial na melhoria dos indicadores de saúde no país, desde sua implantação. A diminuição da morbimortalidade da população e do número de internações desnecessárias são exemplos disso. Tendo os serviços de saúde baseados e guiados em função dos atributos da APS, é possível proporcionar um cuidado mais eficiente. Com o fluxo do usuário dentro da rede de saúde mais organizado, com melhor gestão dos recursos e, conseqüentemente, praticando uma assistência com foco maior em prevenção e promoção em saúde gera-se uma qualidade de vida melhor as pessoas. Assim, pode-se avaliar esses atributos individualmente visando definir o quanto orientada a APS se encontra quanto ao serviço em questão. Quanto mais direcionado em função dos atributos, melhor a qualidade dele (BATISTA et al., 2016).

A partir disso, constata-se que a avaliação da qualidade do serviço prestado pela ESF é de suma importância, uma vez que irá direcionar a gestão e possibilitar novos investimentos com maior probabilidade de sucesso, ou seja, mais acessíveis, resolutivas e humanizadas. Um aspecto importante neste processo é a inclusão do

profissional de saúde, que trará um olhar mais próximo da realidade das comunidades as quais se presta assistência (LIMA et al., 2016).

A literatura apresenta várias ferramentas que permitem este tipo de avaliação. A *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), já validada no Brasil, com destaque na definição da apresentação de seus atributos, é uma delas (BATISTA et al., 2016). Essas avaliações são necessárias porque revelam detalhes importantes da saúde pública. E com referência aos programas de formação no âmbito da APS, um estudo avaliativo realizado por Hone et al. (2020) sobre o PMM aponta o seguinte:

[...] o PMM foi associado a um aumento de médicos de cuidados primários contratados pelo PMM de 15,1 por 100.000 habitantes. No entanto, a substituição em larga escala dos médicos de cuidados primários existentes, resultando num aumento líquido de apenas 5,7 por 100.000. Os aumentos tanto no PMM quanto no total de médicos da atenção primária foram menores nos municípios prioritários devido à menor alocação de médicos PMM e maiores efeitos de substituição. O PMM levou a reduções de mortalidade receptivas de -1,06 por 100.000 (IC95%: - 1,78 a - 0,34) anualmente – com maiores benefícios nos municípios priorizados para alocação de médicos e onde a densidade de médicos era baixa antes da implementação do programa (HONE et al., 2020, p. 1).

Pode-se perceber que o referido programa foi prejudicado, uma vez que os benefícios potenciais do mesmo para a saúde sofreram diminuição devido à ampla distribuição de médicos em áreas não prioritárias e efeitos de substituição, como também a diminuição nas áreas prioritárias. Desta forma, o objetivo I do programa, que se refere ao aumento de médicos nestas áreas acabou não sendo atingido.

Esses resultados negativos repercutem não somente na ação em saúde voltada para o usuário, mas também na satisfação dos médicos que participam desse programa. Benevides et al. (2020), a esse respeito, abordam que a satisfação dos profissionais também foi prejudicada. Esses detalhes auxiliam também na compreensão sobre as mudanças posteriores, pelas quais a estrutura do programa foi modificada, praticamente descaracterizada, o que exige justamente uma avaliação mais aprofundada ao se comparar com outros programas.

2.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PCATOOLL-BRASIL

PCATool é um instrumento de avaliação que tem como objetivo medir a presença e extensão dos essenciais e derivados da APS. Criado por Starfield e elaborado na Johns Hopkins *Primary Care Policy Center* (PCPC), tem seu modelo de avaliação estruturado na mensuração de aspectos de estrutura, aspecto e resultados dos serviços de saúde. Existe a versão adulta e criança, foi denominado no Brasil como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil). Por não haver outro instrumento validado que mensure os mesmos aspectos, o PCATool tem sua importância na avaliação em saúde no Brasil (BRASIL, 2010).

O PCATool-Brasil permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010, p. 11).

Desse modo, há instrumentos já validados que podem auxiliar nessas avaliações e podem apresentar uma diversidade de resultados para os órgãos de gestão em saúde melhorarem suas ações.

Armando Henrique Norman, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e da Durham University, United Kingdom e Josane Araujo Norman, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicaram uma edição da *Revista Brasileira de Medicina e Comunidade* na qual foram publicados vários estudos com avaliações utilizando o PCATool (NORMAN; NORMAN, 2013).

No referido editorial da revista enfatizam que todos os artigos da edição de outubro-dezembro de 2013 versam sobre o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, em inglês *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), falam da sua validação, adaptação e aplicação para a APS, sob a criação de Starfield e seus colaboradores, que o desenvolveram (NORMAN; NORMAN, 2013).

Gérvias (2013), por sua vez, trata especificamente do instrumento e defende que, para a APS ser uma política forte, necessita de instrumentos que permitam medir a qualidade que oferece. Só assim será possível melhorá-la continuamente, a partir de avaliações sistemáticas que subsidiem decisões técnico-científicas.

Prates et al. (2017) mencionam que o PCATool foi proposto devido à escassez de pesquisas que avaliam o desempenho da APS e que tal instrumento se embasa na teoria sobre avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultados de Donabedian, que define a qualidade como medida em que o cuidado prestado atinge o equilíbrio mais favorável entre os riscos e benefícios e propõe três abordagens para avaliação da qualidade do cuidado em saúde.

A primeira abordagem é a estrutura, que equivale aos insumos, recursos físicos, instalações, equipamentos, mão de obra, manuais de normas/rotinas e procedimentos; a segunda é o processo e equivale às execuções de ações mediante o uso de protocolos assistenciais, procedimentos, regras e padrões, e a última abordagem trata-se dos resultados, que corresponde a avaliação do êxito dos objetivos do cuidado em saúde e satisfação do usuário ou da população. Para Donabedian (1993, p. 96) “a busca da qualidade constitui a dimensão ética da vida profissional. Com ela todos os esforços razoáveis de monitoria da qualidade terão êxito e sem ela o mais engenhoso dos sistemas de monitoramento fracassará”.

O PCATool é de domínio público e adotado pela OMS, se materializa por meio de um questionário estruturado para medir empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS. Pode ser usado para uma avaliação dos usuários, gestores e profissionais de saúde. Foi validado e adaptado em diferentes países: na Coreia do Sul, Espanha e no Brasil (PRATES et al., 2016). É sob a perspectiva deste instrumento que se constrói a metodologia deste trabalho de pesquisa.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se insere no contexto da pesquisa de campo com o uso do método avaliativo, uma vez que avalia dois programas de formação em saúde com atuação na APS. Segundo Lakatos e Marconi (2007, p. 107), “o método comparativo se dedica a explicar os fenômenos e permite analisar o dado concreto para deduzir “os elementos constantes, abstratos e gerais”. Gil (2008) também comenta sobre o método comparativo, descrevendo-o como procedimento que investiga indivíduos, classes, fenômenos ou fatos, com vistas a ressaltar as diferenças e as similaridades entre eles.

Destaca-se, ainda, que a proposta de adotar o método avaliativo nesta investigação não se refere a uma tentativa de comparar qual programa é melhor do que o outro; pelo contrário, entende-se que cada programa tem as suas próprias características. Desse modo, a intenção é compreender os avanços e os desafios relacionados ao atributo da Integralidade na APS, tanto no PMM como no PRMFC.

Ao se tratar de pesquisa do tipo avaliativa, de início deve-se reportar para o entendimento de que a avaliação se configura em componente fundamental no campo da Saúde Pública. Logo, pode ser compreendida como uma ação que visa valorar, de forma sistemática, a partir de estratégias metodológicas para analisar o valor de um projeto, uma atividade, um programa etc., considerando as características e resultados das ações obtidas, com vistas a fundamentar a tomada de decisões (ARREAZA; MORAES, 2010).

Sendo assim, a pesquisa avaliativa consiste na aplicação organizada de procedimentos com a finalidade de julgar, analisar os fundamentos teóricos, a operacionalização e a implementação das ações em saúde, no diálogo com o contexto no qual se insere (ARREAZA; MORAES, 2010).

Recorre-se ainda à observação participante, técnica que envolve o pesquisador como participante das ações do fenômeno pesquisado. Observar, com o propósito de usar os dados pesquisados para interpretação científica, consiste em examinar de forma minuciosa sobre parte, suas partes ou mesmo o todo de um fenômeno para a captação mais precisa do objeto examinado (RICHARDSON et al., 2012).

E nesse contexto da observação participante dentro da pesquisa qualitativa, que é a abordagem adotada para este estudo, tem o sentido de executar uma descrição com base na atividade de preceptora da residência, portanto, como pesquisadora participante do grupo social observado. Segundo Campos, Silva e Albuquerque (2021), trata-se de uma atuação em que o pesquisador deve ficar atento à percepção de algo que se relacione com seu objeto de estudo, fazendo o registro do máximo de ocorrências que o interessam.

Com essa tipologia, a presente investigação se caracteriza como: um estudo descritivo-exploratório e de abordagem qualitativa, porém, com a utilização de dados quantitativos para a ilustração e para balizar a análise qualitativa. O aspecto quantitativo se inclui apenas na descrição dos dados obtidos com a aplicação do PCATool e a qualitativa está associada à análise realizada a partir dos dados obtidos na observação participante e na aplicação da entrevista semiestruturada. Este tipo, segundo Gil (2008), está ancorado na ideia de descrição dos fenômenos estudados, acompanhado de uma descrição de dados quantitativos, junto à análise da qualidade, incluindo números, quantidades e médias aritméticas.

Avalia-se, portanto, os escores e a qualidade dos atributos da integralidade na ótica de médicos que participaram do PMM e da Residência médica a partir da aplicação do PCATool, de entrevista não estruturada com médicos que participaram dos referidos programas e observação da UBS por atuar como preceptora, todos os eixos desenvolvidos no município de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Mossoró, município situado na mesorregião do Oeste Potiguar, de grande porte, possui área territorial de 2.099,334km² dados do IBGE 2022, população estimada em 303.792 habitantes, dados de 2021. Dados do último censo de 2010 indicam que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0.72 (BRASIL, 2022; 2021, 2010).

No que se refere à área de saúde pública para atender ao território, no campo da APS, é importante informar que é no município de Mossoró que está situada a II Regional de Saúde (URSAP) a qual comporta, além deste que é município-sede, outros 13 municípios: Apodi, Areia Branca, Baraúnas, Campo Grande, Caraúbas,

Felipe Guerra, Governador Dix-Sept Rosado, Grossos, Janduí, Messias Targino, Serra do Mel, Tibau e Upanema (II URSAP, 2020).

Segundo o InformaSUS (2020), os serviços de APS são realizados nas diversas UBS, por meio da ESF, modelo que sustenta esse tipo de assistência em todo o Brasil, financiado pelo SUS, através do MS, informações no Portal do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte em 2018, indicam que neste ano 70 equipes de ESF estavam habilitadas para atender em Mossoró, as quais eram responsáveis por atender, cada uma, até 4.000 mil pessoas.

Alguns dos atendimentos de APS desenvolvidos a partir da II URSAP para os municípios da jurisdição, são distribuídos à sede pelos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), quando há necessidade. Neste caso, a população atendida é ampliada no setor da referida unidade. Quanto à estrutura da APS em Mossoró, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DataSUS constam 82 unidades que estão ligadas exclusivamente à prefeitura para fins da AB (BRASIL, 2023), as quais são:

- 01 (um) Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST);
- 01 (um) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- 01 (uma) Base Central do SAMU;
- 02 (dois) Centros Clínicos;
- 01 (um) Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- 01 (uma) Central de Regulação Médica das Urgências;
- 01 (uma) Central de Regulação Médica;
- 01 (um) Centro de Controle da Obesidade;
- 02 (dois) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- 01 (um) Centro Especializado em Reabilitação;
- 01 Ambulatório Materno Infantil (Dr. Raimundo de Medeiros Fernandes);
- 01 (uma) Farmácia Central;
- 04 (quatro) Centros de Atendimento Psiquiátrico (CAPS), entre estes (01) um infantil;
- 01 (uma) Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil;
- 01 (uma) Unidade de Saúde Penitenciária;
- 02 (duas) Academias da Saúde (Nova Mossoró e Maísa);

- 03 (três) unidades ambulâncias SAMU 192 Unidade de Suporte Básico (USB);
- 02 (duas) unidades ambulâncias SAMU 192 Unidade de Suporte Avançado (USA);
- 01 (um) Programa De Acessibilidade Especial De Mossoró (PRAEM);
- 01 (uma) Secretaria Municipal de Saúde;
- 01 (um) Centro de Zoonoses;
- 01 (um) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA);
- 01 (um) Centro de Atenção Integrado à Criança (CAIC);
- 01 (um) Centro de Vigilância em Saúde
- 01 (um) Serviço de Atendimento Especializado (SAE)
- 03 (três) Unidades de Pronto Atendimento (UPA);
- 44 (quarenta e quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 01 (um) Hospital Psiquiátrico.

Observa-se, uma estrutura de APS que talvez não seja suficiente para a demanda do município, porém, a diversidade de estabelecimentos, incluindo alguns na zona rural, com todas as suas especificidades, é um dos fatores que motivaram a escolha deste universo para a pesquisa.

Para além desse caráter estrutural, também está o fato de ser uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Norte com três instituições de ensino superior ofertando curso de Medicina, sendo duas públicas (uma estadual e uma federal) e outra privada, o que já aponta para o fato de se constituir num *lôcus* profícuo de formação médica. Não obstante, conta com a presença do PRMFC e o PMM.

Os programas de Residência Médica em Mossoró, tanto em MFC quanto em RMS surgiram após a oferta do curso de Medicina pela UERN. Informações veiculadas por esta universidade indicam que o primeiro edital de seleção foi lançado no ano de 2013. Tanto a RMFC quanto a RMS, são ofertados por meio de uma parceria entre UERN e Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM).

Atualmente, essa parceria conta com 12 (doze) residentes em MFC em processo de formação em UBS que funcionam em diferentes bairros da cidade. Na RMS são 39 (trinta e nove) profissionais passando pelo processo formativo. E no que consta do PMM são 05 (cinco) em processo de formação. Ao todo, contabiliza-se 56 (cinquenta e seis) médicos participantes desses processos formativos dentro do

universo de pesquisa, portanto, um total que também se caracteriza como pertinente para a realização da pesquisa.

No que consta do período de coleta de dados, foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2022.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No que concerne aos critérios, foram incluídos na pesquisa médicos que participaram do PMM e do PRMFC, em Mossoró/RN. Foram excluídos os médicos que, no caso da Residência, não integralizaram o tempo no Programa, que é de dois anos, ou, no caso do Programa Mais Médicos, ficaram menos de um ano atuando na cidade de Mossoró/RN.

3.4 TÉCNICAS PARA COLETA DE DADOS

Para o processo de coleta de dados, foram seguidos três Eixos. O Eixo 1 inclui a técnica de aplicação do PCATool, que é uma entrevista estruturada denominada de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, PCATool-Brasil. O Eixo 2 consiste na aplicação de entrevista semiestruturada e o Eixo 3 partiu da observação participante.

Faz-se pertinente ponderar que o PCATool é um instrumento que avalia o serviço em saúde sob dois âmbitos, os serviços disponíveis e os serviços prestados, representados no questionário pelas letras E (serviços disponíveis) e pela letra F (serviços prestados). A primeira tem como objetivo avaliar uma série de itens relacionados a serviços que estão ou não sendo oferecidos aos pacientes no local estudado. A segunda visa identificar assuntos e temas que são abordados pelo profissional em suas consultas. A cada resposta são atribuídos valores de 1 a 4, que representam respectivamente: com certeza sim; provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; e não sei/não lembro (Anexo 1) (BRASIL, 2010).

O cálculo do escore de cada um dos atributos avaliados é feito pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que o compõe. Estes são transformados em escala de 0 a 10, de acordo com a seguinte fórmula: escore de 0 a 10 do atributo X = (escore de 1 a 4 do atributo X - 1). 10 / (4 - 1). Desta forma, tem-se

o valor de 6,6 considerado alto pois corresponde, de acordo com a escala de 1 a 4, ao valor do escore 3 “provavelmente sim” do questionário (KEMPER, 2019).

Já o resultado geral inclui os escores de todos os atributos e seus componentes, gerando assim, o escore geral e o essencial. O escore geral sendo contabilizado pela média dos escores dos componentes dos atributos essenciais, acrescida dos escores dos atributos derivados. E o escore essencial que é a média dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais. Como foi discutido unicamente a integralidade neste estudo, estes escores não foram realizados (BRASIL, 2010).

Aplicou-se o instrumento PCATool, especificamente usando as perguntas relacionadas à integralidade, ou seja, as que estão descritas no manual, na versão profissionais, com as letras E (serviços disponíveis) e letra F (serviços prestados) (BRASIL, 2010). Trata-se de um instrumento que, além de permitir mensurar aspectos de estrutura dos serviços de saúde, também avalia os seus resultados, que no caso deste estudo estão voltados para a integralidade, a partir dos dois programas estudados: o PMM e o PRMFC.

Destaca-se que a aplicação desta ferramenta se deu pela própria pesquisadora com cada sujeito que participou da pesquisa. Após cada questão do PCATool, a partir das respostas do participante, a pesquisadora questionou o entrevistado a retratar suas concepções sobre aquele aspecto abordado, ou seja, neste momento, realizou-se uma entrevista complementar ao instrumento principal, a fim de contemplar o Eixo 2 da instrumentalização da pesquisa.

O instrumento também foi aplicado como recurso para obtenção de resultados quantitativos, especificamente no que se refere ao escore, através dos quais também foram discutidos os dados que se apresentaram abaixo ou acima da média do escore adequado pela avaliação PCATool. Sua utilização foi feita para fins de descrição, diálogo com as respostas à entrevista semiestruturada e interpretação analítica, no intuito de compreender mais sobre o atributo da integralidade na perspectiva dos médicos que atuam no PMM e no PRMFC.

E para aprofundar esse diálogo, além da aplicação deste PCATool, também foi aplicado um roteiro de perguntas semiestruturadas para contemplar o Eixo 2. A respeito dessa técnica de coleta de dados, Gil (2008) pondera que a entrevista semiestruturada se constitui em diálogo estabelecido entre pesquisador e sujeito a

partir de perguntas ou roteiro com aspectos temáticos previamente elaborados (GIL, 2008).

Chahal (2021), categoriza as entrevistas em: estruturada, semiestruturada e não estruturada. A primeira é justamente aquela entrevista que já vem padronizada, como exemplo, o PCATool. A entrevista semiestruturada é bastante aplicada em estudos qualitativos igual a este, que se vale desta abordagem. Trata-se de um conjunto de perguntas padronizadas previamente projetadas, que são lançadas igualmente a todos os entrevistados.

A observação participante que também inclui e registra ações, interações ou eventos que ocorrem, pela qual é possível obter informações, não somente sobre o fenômeno, mas, criando a oportunidade de obter dados sobre a experiência dos envolvidos nas atividades de formação, tanto no PMM quanto no PRMFC (CAMPOS; SILVA; ALBUQUERQUE, 2021).

Quanto à aplicação dessas técnicas, a maior parte do processo de coleta de dados utilizando o PCATool foi realizado de forma presencial, no entanto, em decorrência da árdua jornada de trabalho dos médicos, houve dificuldades em agendar momento presencial para a realização de coleta de dados com dois participantes, com os quais se deu de forma *online*, por meio da plataforma *Google Meet*.

A entrevista semiestruturada também foi aplicada de forma não-presencial, construída a partir da Plataforma *Google Forms*, encaminhada via *e-mail* um formulário *online*, disponibilizando um prazo de 15 dias para a sua devolutiva por parte do participante. A observação participante foi realizada em concomitância com as atividades de preceptoria da residência, que já é uma atividade da pesquisadora.

Os médicos foram convidados a partir do levantamento dos médicos participantes de cada um dos Programas: PRMFC e PMM, cujos dados foram obtidos juntos à Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró. Foram convidados para participar da pesquisa, após explicados os objetivos, para esclarecer no que consiste a sua participação. Mediante a aceitação, foram agendados dia e horário, de acordo com a disponibilidade do participante.

Foram realizadas 15 entrevistas com médicos que atuam na cidade de Mossoró. Deste número, 10 residentes de MFC e 05 participantes do PMM, destes, 03 já são médicos de família com processo de formação concluído.

Importante ressaltar que referente à aplicação dos questionários, acredita-se que o contexto da pandemia foi o que mais implicou nos procedimentos de coleta. As implicações foram no que se refere ao tempo dos médicos para responder às entrevistas, o que refletiu na redução da amostra e na realização de aplicação presencial dos instrumentos de pesquisa.

A Pandemia de COVID-19, que teve início no ano de 2020 assolou o mundo espalhando-se de forma brutal e cruel. Estendeu-se pelo ano de 2021 e as consequências foram contundentes nas mais diversas atividades, porque o resultado foi a infecção e o óbito de milhões de pessoas no planeta. No Brasil, a doença atingiu todos os estados, chegando a atingir mais de meio milhão de óbitos. A situação pandêmica provocou muitos estragos, sendo a área da saúde umas das mais atingidas, desde o mês de março do ano de 2020.

Uma realidade que gera problemáticas na dimensão social, econômica, política e cultural, em especial porque o campo da saúde pública é afetado de forma a abranger um contingente numeroso da população, e quem era profissional da saúde ficou sobrecarregado de tantos serviços a serem prestados à população. Essa situação foi impactante para a coleta de dados dessa pesquisa, em especial no que se refere à seleção dos médicos participantes e à aplicação das entrevistas de forma presencial, uma vez que o isolamento social era uma exigência legal mediante decretos publicados pelo MS, como também em nível estadual e municipal.

Para quem atuava na área da saúde, desde o auxiliar de enfermagem ao médico, as exigências eram ainda maiores, pois, além do uso de máscaras e outros paramentos, o distanciamento e o isolamento eram medidas imprescindíveis e até cabíveis de sanções legais. Portanto, entrevistas, diálogos ou qualquer outra atividade realizada em contato presencial deveria ser evitada. Neste sentido, é que se argumenta sob a perspectiva de justificar o número reduzido de médicos participando do estudo, em um contexto presencial, que sabemos, é bem mais eficiente e eficaz no que se refere às atividades de pesquisa científica.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução nº 466, de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida ao

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), principalmente no sentido de respeitar a integridade humana e os direitos de cada participante (BRASIL, 2012).

Assim, a presente pesquisa foi submetida, via *Plataforma Brasil*, ao Código de CEP do Centro de Ciências Médicas (CCM/UFPB), sendo aprovada pelo CAAE nº 59560122-6.0000.8069 (ANEXO A). Logo, somente se desenvolveu este estudo após a aprovação por parte do CEP.

Destaca-se que cada sujeito foi explicado sobre os objetivos da pesquisa, sendo enfatizado que poderia desistir da pesquisa em qualquer momento, sendo o suficiente comunicar à pesquisadora. Desse modo, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e solicitada, caso concordasse, a sua assinatura e envio por e-mail para a pesquisadora.

A fim de preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, foi atribuído o pseudônimo, a saber: *Participante*, seguido do número da ordem de concessão da entrevista. A fim de especificar mais de que Programa faz parte o médico, foi colocada também a seguinte especificidade: *Residentes de Medicina de Família e Comunidade*; ou *Programa Mais Médicos*, assim como *Médico (a) de Família* quando era o caso.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Para analisar os dados, utilizam-se duas técnicas: a análise descritiva com frequências e a análise de conteúdo. O uso dessas duas estratégias de análise se justifica pelo fato de que, para se trabalhar com escores oriundos do PCATool, opta-se pela análise descritiva com apresentação dos valores numéricos obtidos, somente para fins de descrição. E, ao se reportar para as falas dos participantes desta investigação, sobre aspectos suscitados pelas questões do PCATool na entrevista semiestruturada, reporta-se para a análise de conteúdo.

Conforme Reis e Reis (2002), a análise descritiva trata-se de ação fundamental para processar e interpretar os dados coletados. Assim, utiliza-se a descrição das frequências com o intuito de sistematizar e apresentar os aspectos pertinentes em um determinado conjunto de características observadas, ou entre dois ou mais desses conjuntos. Enquanto ferramentas descritivas, utiliza-se um quadro, a fim de apresentar de forma sintetizada os valores identificados e, assim, favorecer a comparação e, por conseguinte, a interpretação.

Sobre a técnica de Análise de Conteúdo, é usada, sobretudo para descrever e analisar os depoimentos e aspectos observados a partir da aplicação do roteiro de entrevista semiestruturada aplicado e da observação participante.

A Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011, p. 3), delinea-se como “conjunto de instrumentos metodológicos [...]” que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. A análise de conteúdo é vivenciada em três processos:

1) A Pré-análise que envolve uma sequência formada pelas seguintes atividades: leitura flutuante, acompanhada da escolha dos documentos, da formulação das hipóteses e dos objetivos, constituição do corpus, preparação do material e referenciação de índices.

2) Exploração do material, que consiste efetivamente no levantamento das categorias temáticas. Ou seja, aqui se faz o levantamento dos dados qualitativos coletados nas entrevistas e nos documentos que foram levados em conta na pesquisa.

3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, momento em que se faz a discussão e análise dos resultados coletados (BARDIN, 2011).

Com relação à sequência das discussões sobre o resultado do estudo, primeiro destaca-se a análise do conteúdo, baseada na aplicação das técnicas dos Eixos 2 e 3. Na sequência, faz-se a descrição dos dados do PCATool e em um terceiro tópico destaca-se a discussão e análise sobre o atributo da integralidade, isto é, um diálogo entre os eixos estudados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CONHECENDO O CONTEXTO FORMATIVO DOS PARTICIPANTES

O contexto formativo pesquisado dos participantes é o seguinte: 56 (cinquenta e seis) formandos em medicina participam dos processos formativos, todos em MFC, tanto os da RMS, além dos que estão no PMM, do ano de 2022 a 2023. Outro ponto que se compreende como importante para ser apresentado, se refere à quantidade de profissionais que aceitou ser participante da pesquisa. Inicialmente, de um total de mais de 50 (cinquenta) médicos que poderiam estar envolvidos no estudo, apenas 15 se disponibilizaram a participar.

Como exposto na metodologia, o contexto da pandemia de COVID-19 pode ter sido o fator mais contundente para o número reduzido de aceitação à participação no estudo. Um dos pontos principais é a questão de a maioria dos médicos terem sido abordados por endereço eletrônico. Por este meio, existe uma probabilidade maior de a comunicação não se completar, como também de desinteresse por falta de tempo de responder aos formulários. No entanto, o momento de isolamento e distanciamento social exigiu isso.

Os médicos do PMM foram os mais arduos às respostas aos questionários, tanto ao estruturado como ao semiestruturado. No entanto, os 05 (cinco) médicos deste programa foram os que se dispuseram unanimemente, quando convidados a participar da pesquisa. As observações indicam que pelo fato de não haver tempo compatível devido a intensa jornada de trabalho na pandemia, tenha ocorrido essa resistência.

Todavia, mesmo sendo os médicos de MFC os mais acessíveis por querer discutir sobre a estrutura e recursos da ESF, não se teve uma participação efetiva quando se relaciona ao número proporcional de participantes do PRMFC, participaram apenas 10 (dez) de 51 (cinquenta e um) em processo de formação, o que totaliza uma participação aproximada de 20% dos residentes em detrimento a 100% dos que estão em processo de formação pelo PMM em Mossoró. E destes, 02 (dois) em processo de formação e 03 (três) já formados. Sobre esse dado, perguntou-se aos médicos do PRMFC, sobre os motivos da escolha pela residência e não pelo PMM. Elencou-se 04 (quatro) respostas dadas pelos Participante 1, 2, 3 e 9, para discussão:

O PMM não me traz segurança futura nenhuma, mas no momento, ainda é a melhor que tenho! (PARTICIPANTE 1 – PRMFC).

Entrei na residência por incentivo na graduação..., gostei dos estágios e acredito que, além do título de especialista, teria maior ganho em conhecimento médico e experiência prática se comparado a outros programas ou se fosse trabalhar para prefeituras (PARTICIPANTE 2 – PRMFC).

Tenho desejo de ingressar na carreira acadêmica como professor, dentro das opções que tenho na medicina de família, essa é a que mais me contempla” (PARTICIPANTE 3 – PRMFC)

Onde vou trabalhar quando terminar a residência? Não posso ficar esperando concurso de universidade (PARTICIPANTE 9 – PRMFC).

Pode-se verificar que a questão voltada para a melhor especialização é um dos pontos citados. Fica evidente, pelas informações coletadas por ocasião da aplicação do roteiro semiestruturado, que mais da metade dos participantes têm interesse de ingressar na carreira da educação médica. Foi notado que há um maior incentivo e interesse por parte da residência médica para desenvolver atividades de pesquisa, produção científica e qualificação profissional na APS, quando comparado com o PMM.

Kemper (2018), ao estudar pontos impactantes do PMM como política pública que teve êxitos ao ser implantada no Brasil, em especial no que diz respeito à distribuição de médicos para a ESF destaca que apesar desses pontos exitosos, um dos primeiros desafios identificados se refere ao preenchimento do total de vagas ofertadas pelos municípios. Essa observação da autora se complementa ao dado que se encontrou sobre a preferência dos formandos pelos programas de residência em MFC.

Outra observação bastante interessante é que o número de médicos do PMM sofreu drástica queda no ano de 2022, no município de Mossoró. Tal diminuição pode ser atribuída à implantação de mudanças no referido programa a nível de Brasil. O governo federal iniciou o processo de transição entre os dois programas levando a uma grande evasão dos participantes do PMM para o Programa Médicos pelo Brasil. Também houve a saída dos médicos cubanos levando a um déficit de 42% de médicos no programa (BRASIL, 2019).

Dados analisados por Oliveira et al. (2019) também trazem interpretações de que pode haver relação dessa queda de preenchimento de vagas em Mossoró, com resultados que foram apurados em uma escala geral no país. Segundo esses autores, a diminuição de vagas públicas ofertadas e a flexibilidade da expansão privada em cursos já existentes, pode ter gerado viés de mercado para a formação de quem é egresso do ensino médio público. O PMM dependia dos investimentos na expansão e manutenção dos cursos públicos, que não foram mais mantidos após as mudanças, prejudicando assim o alcance dos objetivos do referido programa, que acabaram não sendo concretizados.

Outro detalhe a se considerar é que dados obtidos em diálogo com os médicos indicam que a não renovação dos vínculos dos participantes, do ciclo ainda em vigência levou, pois, a uma grande preocupação em alguns municípios, entre os quais o município de Mossoró. No geral, foi constatada uma rotatividade ainda muito significativa nas atividades do PMM, justamente porque há ausência de vínculo empregatício, qualidade de trabalho e plano de carreira. Essas questões que podem justificar a decisão de muitos tentarem outras opções de trabalho e migrar para as residências.

Matias et al. (2019) trazem essa discussão em seu estudo com resultados que indicam dificuldade de permanência dos médicos do PMM. E nessa discussão são elencados fatores que podem estar associados, entre os quais o vínculo precário, ou seja, não confiável, tanto para que o médico continue no programa quanto para possíveis participações. Sendo um programa com objetivos voltados para uma APS em áreas mais remotas, a AB acaba sendo prejudicada, o que inclui atividades do atributo da integralidade realizadas de forma frágil.

Segundo Matias et al. (2019) tudo isso contribui para que a APS, nos municípios, sofra com a falta de investimentos na interprofissionalidade e na intersetorialidade, tonando a concepção de todos os seus atributos ambígua porque, dissemina a ideia de que é preciso qualificar uma APS descentralizada no que diz respeito ao cuidado médico, mas acaba enfraquecendo-se quando a função deste profissional não recebe o investimento devido e o mesmo se afasta, ou seja, não procura o programa (MATIAS et al., 2019). Desta forma, não há como cumprir totalmente as atribuições que a integralidade propõe.

No que se refere à residência médica, é importante salientar que também houve desistência por partes de integrantes dos programas dessa natureza, sobretudo para MFC em todo o Brasil, o que certamente também atingiu médicos em formação no município de Mossoró-RN, mesmo sendo estes programas considerados o padrão-ouro na formação de especialistas em MFC e pelo motivo da escassez de profissionais adequadamente qualificados. Ademais, as taxas de desistência dos egressos de medicina são altas, fato que se intensificou, desde o ano de 2020, e que são atribuídos ao surgimento da pandemia de Covid-19, embora não se tenha estudos robustos sobre esse dado (ALMEIDA; COELHO, 2021).

A atribuição das quedas de participação em processos formativos durante a pandemia de COVID-19, segundo Almeida e Coelho (2021) é mencionada porque foi um fato que provocou atrasos na implantação do Programa Médicos pelo Brasil no ano de 2020. As mudanças que iam ser implantadas foram, portanto, adiadas. Houve também um grande desconforto na cobertura e acesso a saúde do país nos mais diversos setores, o que atingiu ambos os programas: PMM e PRMFC (ALMEIDA; COELHO, 2021). Além disso, há que se considerar a falta de incentivos e oportunidades pós-formação na área específica na região Nordeste do país, tendo como consequência a desvalorização profissional, financeira e insegurança nos empregos e contratos ofertados, o que se equipara aos questionamentos dos integrantes do PMM em seus depoimentos.

Partindo da análise crítica do documento que institui o Serviço Social Autônomo (SSA), denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde (ADAPS), entende-se, então, que o Programa Médicos pelo Brasil pode ter sido uma resposta a estas dificuldades, onde há uma proposta de contrato por CLT, plano de carreira, tutoria e uma possível titulação no fim de dois anos para os médicos contratados como bolsistas (BRASIL, 2020).

E com referência ao PMM, especificamente, é possível sim, considerar o fato da elevada rotatividade, mas isso não ocorreu nos primeiros 06 (seis) anos do programa, apesar de ser presente antes do PMM, que a rotatividade chegava a 3 ou 4 meses. Durante um tempo, houve permanência desse índice, mas com a fragilização da continuidade do programa fez suscitar os problemas anteriores. Gomes et al. (2016), ao estudar a percepção de outros membros da ESF acerca da integralidade nas práticas a partir da incorporação do PMM em 32 (trinta e dois) municípios do

Brasil, encontrou a alta rotatividade como um dos problemas citados pelos 78 profissionais entrevistados.

Esses depoimentos sobre as percepções dos médicos acerca da escolha do programa, por entender que esse contexto de trabalho influencia diretamente na concretização do atributo da integralidade, na produção do cuidado em saúde, haja vista que as condições de trabalho e as próprias projeções que esses sujeitos fazem sobre sua atividade laboral, influenciam no exercício da profissão na UBS. Entretanto, embora se preceda a essa contextualização, compreende-se que por se tratar de temática ampla, aplica-se o recorte com aplicação do PCATool com os médicos e, por conseguinte, interpretações acerca dessa estratégia, que vão fortalecer o entendimento.

4.1.1 A integralidade e suas concepções na prática dos médicos do PMM e do PRMFC

Depoimentos relacionados com a prática dos médicos que estão vivenciando ações em acordo com a plataforma formativa do PMM e do PRMFC, dados como resposta ao roteiro de entrevista semiestruturado, apontam para uma concepção de integralidade que descaracteriza a APS, uma vez que os profissionais revelam que muitas vezes deixam de trabalhar a prevenção de doenças, e passam apenas a tratar os pacientes na dimensão assistencial. Observem-se as falas:

Nem sempre é possível, mas tenho que levar o conceito de atenção primária em saúde para a equipe! [...] não consigo fazer PSF, me sinto em um ambulatório! (PARTICIPANTE 4 – PMM).

[...] eu não sou um carimbo (PARTICIPANTE 5 – PMM).

O participante 4, evidencia que tem um entendimento de integralidade que necessita ser completado em sua prática, reconhecendo que é preciso trabalhar a APS de forma a levar à equipe que lhe auxilia a também trabalhar esse conceito para poder se dizer que existe realmente um programa voltado para a saúde de família, que ele chama de PSF. O Participante 5 complementa essa visão do colega quando questiona a sua identidade como médico, que muitas vezes é associada a um carimbo

impresso em um receituário e o médico acaba por não trabalhar a integração entre prevenção e aplicação de saúde curativa.

Fica muito claro que, em se tratando de o médico deixar o aspecto preventivo de lado, para trabalhar apenas com a assistência ambulatorial, há uma desconstrução dos diversos atributos da APS, sendo que, a integralidade é um dos mais atingidos, pois, lacunas referentes a este atributo vão sendo alargadas quando o olhar do profissional passa a ser direcionado apenas a um dos serviços a serem prestados.

Os médicos que estão vinculados ao PRMFC respondem sobre suas práticas na APS da seguinte forma:

[...] a população cobra da minha preceptora, se algo sair errado, tem até um quadro dela na minha sala (PARTICIPANTE 6 – PRMFC).

[...] equipe cobra minhas atividades e corrige meus erros (PARTICIPANTE 7 – PRMFC).

Pela resposta dos médicos vinculados ao PRMFC há um ponto estratégico desse programa que o diferencia do PMM que é a presença da Preceptoria. Observe-se que os participantes 4 e 5 do PMM foram enfáticos em reconhecer que há uma descaracterização da APS, o que certamente prejudica a integralidade. Com isso revelam que sabem como trabalhar práticas integralizadas, porém, não há uma gestão eficaz de tais serviços. Ao que parece não há estratégias que sustentem as práticas integralizadas dos serviços disponíveis com os serviços prestados, embora a APS seja o lugar, não só de ambatório, mas também de educação preventiva.

No que diz respeito aos depoimentos dados pelos participantes do PRMFC, o destaque é a presença do aspecto acadêmico, a Preceptoria, aparece como aporte para o profissional atentar ao estudo de detalhes que estão prejudicando o atributo da integralidade.

É possível compreender que os médicos enfatizam a presença da preceptoria na residência médica como se fosse um vínculo mais forte com o discente, que pode ser visto como facilitador do processo de aprendizagem. O fato de que o preceptor geralmente é o médico locado nas UBS, ou seja, ele já era o médico das comunidades em questão, facilita a introdução do residente e do fortalecimento do vínculo da equipe com a comunidade.

Um dos detalhes observados e registrados enquanto preceptora, em primeiro lugar, é de que uma equipe capacitada, que cobra agilidade, que estabelece critérios e que faz uma avaliação contínua do atendimento contribui para a formação do profissional que está num processo formativo em serviço, e conseqüentemente para o trabalho em equipe. Quando o profissional diz: “Preciso atender o que está sendo cobrado pela preceptora” (PARTICIPANTE 6 – PRMFC), visualiza-se que há uma integração, não somente de discursos, mas de ações.

Outro aspecto notável, nesse sentido, é que as equipes das residências médicas possuem menos conflitos interpessoais e estão mais dispostas a reorganizar o serviço e a desenvolver atividades de qualificação. Essa observação, dada no momento da realização da pesquisa, também permite perceber que os problemas que vão surgindo, a partir das cobranças dos usuários, vão sendo discutidos, dialogados, estudados e analisados, com o incentivo da Preceptoria do PRMFC, que nesse processo significa a presença da academia no processo formativo.

Porém, o entendimento supracitado não se constitui como uma avaliação que pressuponha compreender que o PRMFC tenha mais importância, tanto acadêmica quanto formativa do que o PMM em termos de condução da capacitação de competências e habilidades para atuar na MFC, uma vez que ambos se incluem neste contexto no *lôcus* pesquisado. Ou seja, não significa que os participantes do PMM não possam ser cobrados, tanto pela equipe quanto pela população e não tenham a capacidade de desenvolver estratégias desafiadoras para a problemática que impede de a integralidade ser vivenciada de forma real pela equipe.

O que realmente pode ser discutido e analisado é que tal problemática pode estar associada à falta de sustentação acadêmica dos membros do PMM. Ponto este que fragiliza, não somente interferindo como provocador da falta de atratividade para ingressar no programa, mas, de enfraquecimento da efetividade dos tributos da APS, em especial a integralidade, porque para avaliá-la é necessário, segundo Starfield (2002), considerar uma variedade de instrumentos, focos e dimensões, entre os quais não podem faltar as análises sobre acesso, acolhimento, vínculo, enfoque familiar, fluxo, coordenação, encaminhamentos e orientação comunitária.

Ao considerar as colocações da autora supracitada e compará-la ao discurso dos participantes do PRMFC, a preceptoria funciona como uma espécie de coordenação que encaminha e orienta o serviço prestado para a comunidade, o que

vai fortalecer a concepção de integralidade trabalhada. Para além disso, aprofunda a prática como processo de construção contínua dessa concepção, ao longo do período de formação em MFC.

Importante ressaltar que, destacar a integralidade como atributo no nível da APS requer compreender que a primeira está imersa no espaço da segunda, sendo assim, avaliar uma, significa atentar para apenas uma parte da outra e não para o todo. Desta forma, sob a perspectiva da integralidade, o destaque para os serviços disponíveis e os prestados, implica em também se destacar alguns aspectos da qualidade.

Rojas (2004) quando enfatiza sobre o conceito de qualidade nos serviços de saúde, analisa numa visão de que o profissional qualificado para esses serviços é aquele que se caracteriza com as habilidades adequadas a solucionar os problemas e sanar as necessidades e expectativas dos usuários aos quais presta os serviços. Neste caso, a qualidade se volta para uma APS que atenda a todos os seus atributos, incluindo a integralidade. E neste aspecto, a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais deve se associar ao principal objetivo da APS, que é disponibilizar e prestar serviços de educação e promoção da saúde na comunidade em que atua, compreendendo as concepções de cada processo.

Sendo assim, se o profissional não tiver espaço para uma abordagem acadêmica que deve ser levada à equipe, destaca-se aqui o depoimento do participante 4 do PMM quando diz que tem de levar o conceito de APS para a sua equipe, não há como trabalhar procedimentos relacionados a isso se apenas o atendimento ambulatorial é executado.

E se falta educação em saúde, que se baseia em aspectos científicos, há uma quebra da integração com a ciência, a pesquisa, a academia, o que acaba por descaracterizar a formação. E é claro, que por este aspecto, a integralidade vai ser afetada. Ao se colocar a Preceptoría existente no PRMFC, em detrimento à falta desta no PMM, pode-se colocar que este programa se apresenta com esta dificuldade de integrar o acadêmico ao profissional, o que acaba afetando os propósitos relacionados à integralidade. Interpreta-se, portanto, que há pontos do PMM que precisam ser revisados, uma vez que, que concernente ao estreitamento com a academia, é um ponto que não atinge o PRMFC porque há o suporte acadêmico de um (a) preceptor

(a) e outros detalhes que são evidentes nos depoimentos dos médicos da residência entrevistados.

Por exemplo, no discurso do participante 6 do PRMFC, quando ele enfatiza a questão de cobrança da população e de que, se algo sair errado a preceptora fica sabendo, é um dos detalhes a se considerar na discussão acima, pois, com relação a isso, a própria Starfield (2002) esclarece que, a integralidade é um atributo que, para ser avaliado com efetividade, necessita da observação, participação e avaliação, tanto da equipe que constitui a APS quanto dos usuários, uma vez que: “os próprios pacientes reconhecem a importância da integralidade e expressam sua insatisfação em sua ausência” (STARFIEL, 2002, p. 316). Essas considerações não se refletem ou não devem se refletir apenas nas equipes que se constituem de presenças médicas que sejam oriundas do PMM, mas, também de médicos residentes, mas, no caso desta pesquisa, a observação mais frequente de participação da população, no sentido de cobrar, é revelada pelos médicos do PRMFC.

Starfield (2002) aprofunda a sua análise acerca de APS, e é enfática quando destaca que, especificamente sobre integralidade, é preciso reconhecer que para este atributo se completar, o profissional médico, assim como toda a equipe saiba que existe uma variedade de necessidades relacionadas à saúde dos usuários que são passíveis de atendimento em uma comunidade. Assim, é preciso uma prestação de serviços que exige decisões sobre a atenção primária integrada, mas, que varia de um lugar para outro, de um tempo para outro, entre outros. Enfim, estar capacitado para a MFC e para o atender contemplando o atributo da integralidade, detém a ideia de que há uma dependência da natureza dos problemas de saúde que surgem nas diferentes populações.

No campo da formação e da prática profissional, um dos detalhes a se considerar é o da pesquisa, ou seja, o estudo acadêmico tem que estar presente lado a lado com o indivíduo que está em processo formativo. E os dados encontrados precisam ser discutidos, analisados, tabulados e formalizados academicamente. Em suma, no caso da formação médica em MFC, também é preciso que haja um estreitamento das relações entre instituições acadêmicas e atuação do indivíduo com seus processos formativos. Na área médica que está na APS, mais ainda, já que a abrangência é ampla e o campo de usuários é diverso (GIOVANELLA, 2012).

Starfield (2002), ao tratar de integralidade de uma forma que pode embasar o estreitamento entre prática profissional e prática acadêmica, ressalta que a forma pela qual a APS é organizada, ou seja, como se formula a prestação de serviços e como se adequa os componentes-chaves da ESF para melhorar a efetividade, equidade e consequentemente a integralidade, implica na efetividade da condução da AB, o que afeta este atributo. Diz a autora que a APS é um componente fundamental para o processo de construção do atendimento que torne equânime todos os serviços que devem ser prestados. Nesse fazer, a experiência continuada, a integração da equipe, a presença de outros agentes é necessária porque “não deve ser esperado que nenhum tipo de profissional lide sozinho com todas as necessidades na população” (STARFIELD, 2002, p. 315).

Então, é preciso que a equipe da APS, em determinados pontos, e em especial no atributo da integralidade, funcione realmente como ESF, ou seja, execute ações estratégicas na condução da educação permanente nos serviços disponíveis e prestados, facilitando o processo de trabalho e a qualificação dos profissionais, não deixando este papel para ser exercido apenas por algumas pessoas chaves como foi observado em algumas UBS do PMM, quando os serviços ambulatoriais se sobressaem sobre os preventivos. Desta forma, a concepção de integralidade relacionada com as ações desenvolvidas vai ser sempre prejudicada, na prática.

Todavia, para uma avaliação mais compreensiva do atributo da integralidade, considerando as ações de ambos os programas (PMM e PRMFC), também pode considerar como se processa as questões de estrutura, recursos e outros aspectos que interferem na ESF de forma negativa, uma vez que é possível também incluir o financiamento, a coparticipação dos entes federados e a própria estrutura das unidades como um dado que influencia nos procedimentos e estratégias adotadas.

4.1.2 Os recursos e a estrutura das equipes como aporte das estratégias em MFC

Elencar estratégias para a efetivação do atributo da integralidade é um dos objetivos deste estudo. Para tal, tanto a observação quanto o questionário aplicado permitiram constatar que existem outros detalhes específicos da realidade de Mossoró

que podem se constituir como algo que possa gerar dificuldades quando se fala em desenvolvimento de tais estratégias, tanto pelo PMM quanto pelo PRMFC.

Um deles, que parte da observação participante, é que existe uma desigualdade muito grande no serviço da APS em Mossoró. Esses médicos, tanto do PRMFC quanto do PMM estão locados em unidades de saúde para atender a um contexto populacional de mais de 300.000 mil habitantes, como já descrito. Foi possível constatar também que os participantes do PMM, pelo menos os que foram entrevistados, estão locados em UBS com melhor estrutura física. Enfim, essas UBS dispõem de melhor estrutura física, melhores equipamentos e equipes mais completas. Já o PRMFC não tem a mesma estrutura, muitas vezes a equipe não é completa e seus recursos são bem mais escassos, embora todos os profissionais estejam habilitados em suas especialidades clínicas.

Enfim, ambos os programas compõem equipes que mesmo habilitadas passam por dificuldades que são geradas pela desigualdade estrutural. Algumas equipes trabalham com o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e outras com apenas um computador, umas com poucas salas e de estrutura muito precária, outras com estrutura física adequada, mas, sem ter profissional treinado para vacinação, por exemplo. São realidades que necessitam de uma reorganização, porém, certamente, para isso seja necessário um diagnóstico mais preciso das necessidades. O PEC é de suma importância na avaliação contínua dos usuários e do próprio serviço. É o registro das atividades que vão ditar futuras atividades e planejamentos das UBS, mas não é uma realidade equânime das 70 equipes por igual (POSTAL et al., 2021). Por isso, deveria ser um equipamento padronizado em todas as unidades. Não é.

Esses detalhes da falta de estrutura em algumas das unidades de APS são notáveis sem necessidade de se desenvolver estudos mais aprofundados. Superficialmente, são perceptíveis, até mesmo pela população atendida. E sob a visão de uma preceptora, apontam para a necessidade de equiparação mínima, embora a resolução dos problemas da APS em Mossoró não esteja atrelada apenas a esses investimentos em estrutura. Até porque, já foi visto que a estrutura e os aspectos específicos a cada programa de formação, tanto o PMM quanto o PRMFC também influenciam na escolha dos médicos por um ou outro e isso vai interferir diretamente na atuação da equipe.

Mas, essa é uma realidade presente em toda a região Nordeste do país. O baixo investimento na APS em alguns estados, além de uma grande diversidade de serviços e necessidades. O que acaba trazendo insegurança e frustração para os médicos e funcionários que estão atuando nas unidades de saúde. Um dos médicos afirma que muitas vezes não trabalha a educação preventiva através de uma palestra para a comunidade ou não são realizadas ações mais impactantes, como um dia voltado para ações educativas em saúde na comunidade porque falta estrutura, equipamentos, recursos para isso. “Sem recursos não dá para realizar muita coisa, especialmente quando se fala em educação em saúde [...] Um odontólogo não pode educar para a higiene bucal sem material nenhum” (PARTICIPANTE 6 – PRMFC).

No caso dos médicos do PMM, que tem 3 deles já com processos formativos conclusos, também passam por algumas dificuldades semelhantes, mesmo em uma estrutura melhor. Eles citam justamente que às vezes a equipe não é completa, falta sempre um profissional em alguma especialidade necessária, as vagas quase sempre não são preenchidas. Enfim, pesa nesse contexto o fator quantitativo de profissionais, que já foi visto e analisado que muitos preferem outros programas por motivos já elencados em abordagens anteriores.

Sob essa perspectiva, especificamente reportando-se para o novo Programa Médicos pelo Brasil, argumenta-se que poderia trazer mudanças significativas na atual conjectura do fornecimento de profissionais médicos na APS de todo país, principalmente nas regiões Nordeste e Norte, nas quais há um menor investimento nestas áreas, o que, inevitavelmente, influencia no exercício da medicina e, por conseguinte, na produção do cuidado em saúde sob o prisma da integralidade. Mas, infelizmente, o modelo de financiamento continua o mesmo ou houve piora nos últimos anos.

Cita-se, como exemplo, as discussões de Mendes, Melo e Carnut (2022), em estudo comparativo que analisou o novo modelo de financiamento da Atenção Primária, no contexto do SUS. Aquele que instituiu o *Previne Brasil* pela Portaria nº 2.979/19. Segundo os autores supracitados, a conclusão que tiveram é que tal programa apresenta riscos da destruição da universalidade. E falar em universalidade é também compreender que a integralidade e os programas de formação poderiam ser atingidos. Enfim, se o PMM foi implantado com o fim de ampliar a cobertura e o acesso à saúde populacional, se há riscos de perdas de recursos pelo fato de as

equipes não atingirem o padrão de qualidade, como esse acesso vai ser ampliado se o financiamento vai diminuir quando se considera as incompletudes das equipes? Considera-se que, uma equipe incompleta não vai conseguir atingir facilmente um padrão X de qualidade.

Além disso, ainda há que se considerar que recursos para a APS não estão isentos, para serem destinados e aplicados, precisam de diagnósticos mais precisos acerca das mudanças nas questões específicas de cada lugar e população a ser atendida, especialmente quando se trata dos problemas estruturais das unidades de APS.

Alguns autores como Girardi et al. (2016), Storti, Oliveira e Xavier (2017) são bastante enfáticos e seguros quando afirmam sobre a importância da estrutura física e profissional da APS, das UBS, das equipes de ESF. Essas estruturas auxiliam na ampliação dos serviços, na melhoria da qualidade no atendimento. E citam também que a efetividade dos atributos, incluindo a integralidade, é prejudicada com a insuficiência de financiamentos frente às necessidades, sendo a alta rotatividade de profissionais, devido as mudanças tão constantes em seus vínculos, um dos fatores que geram escores negativos.

Compreende-se assim, que os fatores relacionados aos recursos impedem o elenco de muitas estratégias que poderiam ser desenvolvidas, tanto pelo PMM quanto pelo PRMFC, mas além da distribuição desigual de recursos, há ainda as questões estruturais. Restam como estratégias, ao PMM, atender aos seus usuários nas comunidades contempladas com UBS e desenvolver o atributo da integralidade contando com a estrutura disponível: o PMM disponibiliza e presta os serviços em conformidade com a estrutura da equipe; o PRMFC trabalha de acordo com a estrutura física e o que a equipe pode contemplar dentro deste atributo. É partindo dessas estratégias elencadas para os serviços disponíveis e prestados que se apresentam, a seguir, os resultados do PCATool, instrumento utilizado para avaliar a integralidade efetivada por esses programas em unidades de saúde do município de Mossoró/RN.

4.2 RESULTADOS DO PCATool: ESCORE DA INTEGRALIDADE

Como citado no capítulo metodológico, o PCATool, no que se refere ao atributo da Integralidade, foi aplicado presencialmente para demonstração qualitativa dos escores sobre os serviços prestados e serviços disponíveis, tanto pelo PMM como pelo PRMFC, o que vai implicar numa análise dialógica mais aproximada da realidade. Os dados sobre o PMM, comparado ao PRMFC, são descritos no Quadro a seguir.

Quadro 1: Escore PCATool de Integralidade – Serviços disponíveis e serviços prestados, aplicado com os médicos que atuam na ESF, vinculados ao PMM e ao PRMFC, Mossoró/RN (2022).

ESCORES SIMPLES					ESCORES TRANSFORMADOS			
PMM			PRMFC		PMM		PRMFC	
Nº	(F) Serviços Prestados	(E) Serviços Disponíveis	(F) Serviços Prestados	(E) Serviços Disponíveis	(F) Serviços Prestados	(E) Serviços Disponíveis	(F) Serviços Prestados	(E) Serviços Disponíveis
1	2,8	3,0	4,0	3,5	6,0	6,6	10	8,3
2	4,2	3,1	3,9	3,4	10	7,0	9,6	8,0
3	4,0	3,1	3,6	3,2	10	7,0	8,6	7,3
4	4,2	3,1	4,0	2,1	10	7,0	10	3,6
5	3,5	2,8	4,4	2,8	8,3	6,0	10	6,0
6	--	--	3,5	2,5	--	--	8,3	5,0
7	--	--	4,0	3,0	--	--	10	6,6
8	--	--	3,6	3,2	--	--	8,6	7,3
9	--	--	4,2	3,1	--	--	10	7,0
10	--	--	3,5	2,5	--	--	8,3	5,0

Fonte: dados da pesquisa (2022).

Ao se comparar os escores simples do PCATool, obtidos a partir das respostas dos sujeitos inseridos no PMM e no PRMFC, observa-se que, o PMM, dos 05 serviços que disponibiliza obteve escores que, quando transformados contabilizam 04 (quatro) deles acima da média estabelecida pelo instrumento aplicado e apenas um serviço tem nota abaixo da média, o E1 – Aconselhamento nutricional.

Diante do que foi discutido acerca dos depoimentos dos participantes e das abordagens analisadas com base na observação participante, verifica-se que, em

termos de avaliação, o PMM da MFC do município de Mossoró apresenta resultados satisfatórios, muito exitosos, ao disponibilizar os serviços:

E2 – *Imunizações;*

E3 – *Verificar a participação das famílias em programas de assistência social;*

E4 – *Avaliação de saúde bucal;*

E5 – *Tratamento dentário.*

Já o PRMFC disponibiliza 10 serviços, e destes, 04 (quatro) obtiveram notas abaixo da média:

E4 – *Avaliação da saúde bucal;*

E5 – *Tratamento dentário;*

E6 – *Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais;*

E10 – *Aconselhamento e solicitação de testes anti-HIV.*

Os serviços disponíveis pelo PRMFC que obtiveram nota bastante exitosas foram:

E1 - *Aconselhamento nutricional.*

E2 – *Imunizações;*

E3 – *Verificar a participação das famílias em programas de assistência social;*

E7 – *Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas *lícitas ou ilícitas);*

E8 – *Aconselhamento para problemas de saúde mental;*

E10 – *Sutura de um corte que necessita de pontos.*

Para identificar os alcances positivos e os desafios de cada programa, com relação à avaliação qualitativa dos serviços disponibilizados pelo PMM e pelo PRMFC, pode-se concluir que:

O PMM tem avanços positivos na maioria dos serviços disponíveis, conforme avaliação do PCATool. O desafio do programa é ultrapassar a média no que se refere ao aconselhamento nutricional.

Já o PRMFC tem uma avaliação bastante positiva no que se refere a 06 (seis) serviços. Isso significa que mais da metade dos serviços disponibilizados pelas unidades onde os médicos do programa atuam são bons. Como desafios para avançar, é preciso melhorar na avaliação da saúde bucal, tratamento dentário; planejamento familiar e aconselhamento e solicitação de testes anti-HIV.

Quando se reporta para (F) Serviços Prestados, há dois aspectos nos quais o PMM obtém escores transformados superiores aos do PRMMFC. São eles:

F2 – *Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança* (10,0 para o RMF e 9,6 para o PMM);

F3 – *Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura* (10,0 para o RMF e 8,6 para o PMM).

No item F4 - *Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando*, o escore transformado obtido, com valor 10,0, trata-se do mesmo, tanto para o PMM quanto para o PRMMFC, (4,0 RMF 4,2 PMM).

No item F5 – *Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados*, o PMM obtém nota 8,3, enquanto o PRMFC obtém nota 10.

O cálculo do escore de cada um dos atributos avaliados, feito pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que o compõe, quando comparados com os escores transformados em escala de 0 a 10 (KEMPER, 2019) e analisados segundo o obtido por cada programa (PMM e PRMFC), identificam que, juntos, cada um obtêm alcance positivo no atributo da integralidade em quase todos os serviços prestados, apenas o PMM apresenta-se com o desafio de melhorar a prestação do serviço.

Uma análise mais completa também indica que, para o alcance da excelência, ou seja, obter nota 10 em todos os serviços, o PMM carece de avançar em dois serviços prestados: F1 e F5. No primeiro mais do que no segundo. Neste mesmo sentido, o PRMFC necessita trabalhar melhor: F2, F3, F6, F8 e F10. Importante compreender que, quando se trata de comparar o PMM com o PRMFC, no que diz respeito à totalidade de desafios, ao perceber que o PRMFC tem mais desafios, implica em também considerar que este programa dispõe de mais serviços, por isso seus desafios são maiores do que os do PMM.

Esses resultados permitem ainda observar que, quando se refere à integralidade do serviço, os avanços referentes ao alcance da excelência não é algo que depende apenas do profissional médico, mas, também de toda a equipe que compõe a unidade de saúde, além da estrutura física disponível e de outros aspectos que se associam à estrutura física disponível, a gesto da unidade, à cultura e

concepções de APS e de seus atributos no fazer dos médicos com estabelecimento de planos e metas a serem atingidos (HONE et al., 2020).

Os dados revelados indicam, portanto, que a gestão aliada aos fazeres da equipe, as tomadas de decisão e as atitudes que implicam em concepções e serviços prestados na tentativa de contemplar uma integralidade fiel aos princípios do SUS gera outros impactos aos próprios profissionais envolvidos. Implica, tanto em remanejamento de recursos humanos como também de formação e novas contratações. Por isso, é importante analisar também por uma perspectiva da percepção dos médicos, pois, fazem parte desse contexto como membros que coordenam às equipes no ato da disponibilização e prestação dos serviços.

4.2.1 A integralidade e os serviços disponíveis e prestados na fala dos participantes da pesquisa

Os serviços disponíveis refletem os recursos oferecidos pelas unidades básicas avaliadas, ou seja, pode-se avaliar melhor a estrutura física do local como também os profissionais que nela atuam, o que reflete em seus indicadores (PEREIRA et al., 2021). Se existe equipe completa, se é possível realizar procedimentos, se é oferecido imunização, entre outros. Desta forma, identifica-se que, em ambos os programas, há uma queda nos valores, se comparados ao atributo discutido.

Os escores simples relacionados aos serviços disponíveis, nenhum deles chega a atingir o escore 4,0. Os números oscilam entre 2,5 e 3,5 nos dois programas. O PMM inicia o serviço E1 com 3,0 e os números vão perdendo seus escores até E5 atingir apenas 2,8. Já o PRMFC, tem mais serviços disponíveis, porém os números também apresentam queda em vários escores: E1 se inicia com 3,0, mas os números vão caindo sucessivamente até E6, que apresenta escore 2,5. E7 e E8, respectivamente apresentam uma elevação de escores (3,0; 3,2). Porém, E9 e E10 caem sequencialmente (3,1; 2,5).

Ao observar e analisar os dados do quadro, entende-se que o PCATool, por ser uma ferramenta de avaliação em saúde, e tratando apenas do aspecto da integralidade, procura estabelecer quais recursos existem e quais são fornecidos pelas instituições de saúde avaliadas, quando trata de avaliar os serviços disponíveis. Na avaliação levantada a partir de sua aplicação com médicos participantes do PMM

e PRMFC, é possível refletir sobre duas vertentes interpretativas com relação aos serviços disponíveis.

Uma é que o PRMFC dispõe de mais serviços do que o PMM, pelo menos no que diz respeito a levantamento feito com os médicos participantes. A partir do escore E6, o PMM não disponibiliza mais nenhum serviço, enquanto que o PRMFC aponta para a disponibilidade de 10 (dez) serviços que compõem o PCATool para serem avaliados, o PMM aponta apenas 05 (cinco) serviços disponíveis.

A outra é com relação ao valor das notas, a partir da comparação com os dados transformados de ambos os programas, constata-se que, dos 05 (cinco) serviços disponibilizados pelo PMM, 04 (quatro) obtiveram nota na ou acima da média. Já o PRMFC, dos 10 (dez) serviços que são disponibilizados, 06 (seis) obtiveram nota na ou acima da média. O PMM, obviamente, tem 01 (um) serviço que obteve nota abaixo da média e o PRMFC tem 04 (quatro).

E quando se faz a comparação de escores, considerando os serviços disponibilizados pelo PMM e pelo PRMFC, apesar de se ter constatado que o PMM tem melhores recursos e estrutura, por exemplo, conta com maior número de consultórios para contemplar melhor o atributo da integralidade. O PRMFC disponibiliza mais serviços e consegue obter escores acima da média em todos, quando se faz a transformação para uma escala de 0 a 10. Mais uma vez é constatado que se trata de uma questão voltada para a gestão e atuação de toda a equipe e não somente do médico, porque ele não atua de forma única.

E mesmo quando ambos os programas avaliados têm escores acima da média com relação aos mesmos serviços disponíveis, há casos em que o PRMFC tem nota muito acima do PMM. Um exemplo é a sala de vacina do PMM que é bem mais aparelhada, mas, na disponibilidade deste serviço o escore deste programa é de 7,0, enquanto o escore do PRMFC é de 8,0.

Entretanto, mesmo que se considere esses números não padronizados em ambos os programas, o mais importante, é destacar que existe uma discrepância entre todas as unidades avaliadas. Isto se deve à grande diferença nas estruturas de cada UBS em Mossoró.

A organização e a gestão dos serviços na APS em Mossoró têm suas dificuldades políticas e econômicas, consistindo em um grande desafio quando se trata de disposição do serviço e das suas particularidades, o que interfere diretamente

nos aspectos da integralidade do serviço (SALA, 2011). Neste caso, é ao PMM que falta complementos para disponibilizar mais serviços.

Além disso, em se tratando especificamente deste estudo, ao ser realizado no ano de 2022, tempo em que perdurava ainda a pandemia de COVID-19, todos os serviços disponíveis em unidades do SUS foram prejudicados. E quando este contexto é associado a uma dificuldade de organização e uma demanda acima do que comportado, é indispensável que se considere a crise em saúde, tanto no que concerne ao financiamento quanto à disponibilidade de serviços.

E ainda é possível observar o medo e a dificuldade das equipes em trabalhar e retomar as atividades que eram realizadas antes da pandemia. A logística da vacinação e organização das equipes e seus registros tiveram grande impacto. O controle social neste aspecto tinha de ser trabalhado, mas muitas das equipes não conseguiram executar por causa dos problemas e obstáculos importantes, como roubos de vacina e erros de registros. Campanhas de vacinação se tornaram um desafio para algumas equipes. Como discorre um profissional quando entrevistado:

Já chegamos a sofrer abuso verbal e ameaças devido à falta de vacina na UBS, ou por algum motivo naquele dia não poderíamos vacinar (PARTICIPANTE 3 – PRMFC).

“Nunca pensei que fosse precisar depor na delegacia por furto de vacina.” (PARTICIPANTE 4 – PMM).

A pandemia trouxe muitos fatores estressantes para o serviço de saúde e uns dos mais prejudicados foi o profissional que nele atua. (TEIXEIRA et. al., 2020). A saúde mental das equipes e das comunidades acobertadas ficaram abaladas. Isso corrobora para as dificuldades encontradas pelas equipes de saúde e pelos médicos entrevistados. Foi necessária a reestruturação do serviço e da abordagem dos pacientes e usuários das UBS, que até hoje ainda precisam de ajustes. Grupos de apoio e atividades comunitárias foram perdidas, ferramentas antes utilizadas foram abolidas.

Um exemplo foi a perda do acesso avançado e do grupo de mulheres que dava apoio psicológico às comunitárias. Um dos participantes relata:

Tínhamos um grupo maravilhoso de suporte psicológico para as mulheres que foi perdido devido à pandemia e o medo que ela trouxe. Praticávamos

também o acesso avançado, mas devido à falta de salas adequadas e o medo da equipe não foi possível continuar” (PARTICIPANTE 10 – RMFC).

Desta forma, é possível ponderar que a pandemia prejudicou em muito a integralidade do serviço, agindo diretamente e indiretamente na gestão e sua estruturação. O município de Mossoró ainda não funciona totalmente com PEC e não possui estruturas em todas as suas unidades para tal. Há uma dificuldade de comunicação significativa entre as esferas de cuidados e a rede de saúde da cidade apresenta fragilidade. Isto tudo interfere no trabalho e no cuidado oferecido pelas equipes de saúde. É notável, nesse panorama, que as dificuldades estruturais são comuns a todos os programas, algumas unidades mais que outras.

Diante dessa realidade, não há como se ter, na APS, serviços disponíveis que possam ser avaliados com bons escores no PCATool, principalmente que contemple um padrão de escores de serviços disponíveis, pelos quais todos sejam avaliados acima da média. Porém, os dados aqui levantados podem se tornar base para discussões, planejamentos e observações das equipes de ESF, a fim de oferecer serviços que contemplem não somente o atributo da integralidade, mas outros que deem ser efetivados na AB.

Quando se trata de serviços prestados, questiona-se sobre o que o profissional oferece àquele comunitário, ou seja, aconselhamentos, orientações, consultas, se o profissional atende a todas as idades, entre outros. Isto significa que este tipo de categoria do atributo da integralidade depende muito mais do profissional do que de estrutura física. Olhando o quadro de escores, as notas obtidas nestes quesitos foram acima da média em sua maioria para ambos os programas.

Nesse sentido, o PMM, quanto aos serviços prestados, apenas um escore tem resultado abaixo de 3,0, o F1, que foi 2,8 e é referente ao aconselhamento sobre alimentação saudável. Os demais tiveram resultados acima de 3,0, chegando a atingir o escore de 4,2. Ressalta-se ainda, que quando esses escores são transformados no Quadro 2, alguns atingem a nota 10. Seguindo a mesma linha de notas acima da média também estão os escores obtidos pelos médicos participantes do PRMFC, que algumas notas transformadas também chegaram a 10.

A análise do Quando 5, associada às observações da preceptoria desenvolvida no PRMFC, seus registros e interpretações sobre os médicos participantes desta pesquisa, bem como as observações sobre as ações de saúde desenvolvidas por

participantes do PMM e o diálogo com esses profissionais, auxiliaram na constatação e compreensão de que são profissionais que, unanimemente atendem a todas as idades, assim como realizam a maioria das consultas e orientações exigidas pelo MS para que os serviços prestados sejam considerados de boa qualidade.

O detalhe que distingue o PMM do PRMFC é que os residentes são supervisionados por preceptores que, por sua vez, são médicos de família e comunidade, locados nas unidades para facilitar o processo de aprendizado e criação de vínculo do residente com a equipe. Mas, para compreender a dinâmica de atuação, tanto dos residentes com dos médicos do PMM, é importante que se faça uma avaliação mais aprofundada dos escores que estão acima e abaixo da média em cada programa.

A leitura dos dados do quadro, com relação aos serviços prestados, respalda a comparação entre os serviços prestados por médicos do PMM e do PRMFC. Portanto, realiza-se a mesma descrição feita sobre os serviços disponíveis em ambos os locais em que estes profissionais atuam.

Compreende-se, de forma bem clara, que em todos os escores do PCATool, o PRMFC obteve notas acima da média quando se trata dos serviços prestados, enquanto que, o PMM teve um escore abaixo da média, obtendo nota 6,0 no F1 – *Aconselhamento sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente*. Uma ressalva para a constatação de que em três dos itens de serviços prestados o PMM obtém nota 10: F2 – *Segurança no lar*; F3 – *Segurança para evitar traumas graves em acidentes*; e F4 – *Maneiras de lidar com conflitos de família*. Esse tipo de prestação de serviço, com nota 10, é um diferencial bastante importante quando se trata do atributo da integralidade.

Mas o PRMFC, também não ficou muito para trás na avaliação desses quesitos, obteve, respectivamente as notas 9,6; 8,6 e 10; em F1, a nota foi 10 em detrimento à nota 6,0 abaixo da média do PMM em F5 – *Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados*, este programa obteve também uma nota 10 em detrimento de 8,3 obtido pelo PMM. São notas bastante positivas para a prestação desses serviços e vão contemplar o atributo da integralidade em uma qualidade acima da média de forma muito preponderante.

Com relação à quantidade de serviços, a avaliação positiva com relação aos serviços prestados pelos dois programas avaliados neste estudo, pois, somente o

PRMFC disponibiliza os serviços avaliados pelos escores F6 – *Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol*; F7 – *Verificar e discutir sobre os medicamentos que o paciente está usando*; F8 – *Possíveis exposições a substâncias perigosas*; F9 – *Orientação sobre o uso de arma de fogo*; e F10 – *Prevenção de queimaduras*, nos quais também obteve notas muito acima da média, no geral, incluindo 02 (duas) notas 10. É evidente que o programa tem uma avaliação da integralidade muito positiva nesse sentido.

Sobre a relação destes números com os depoimentos expressados pelos médicos no diálogo que foi estabelecido por meio da entrevista semiestruturada é possível interpretar que existem conflitos relacionados ao tempo de permanência, uma vez que, os que têm menor tempo de atuação são em menor escala do que os que atuam em unidades onde a residência médica já está implantada há mais de 5 anos.

Alguns entraram para o programa há menos de 2 anos e isso faz bastante diferença no processo de trabalho, podendo provocar colisão de ideias e de relações interpessoais importantes para o serviço, como é o caso da UBS na qual atuam os participantes 6, 8 e 10 do PRMFC, e isso pode refletir nas notas obtidas, poderiam elevá-las ainda mais, se não existissem esses conflitos. A propósito, apresenta-se a fala de um deles para exemplificar essa situação: “Me desgasto muito, a equipe é de difícil acesso às vezes, me sinto frustrado!” (PARTICIPANTE 6 – PRMFC). Essa fala indica que realmente existe um desconforto no que diz respeito à prestação de serviços.

É possível perceber que as unidades que já passaram por este processo e estão há mais tempo sendo parte do programa de residência médica já têm outra percepção. Os profissionais acreditam que o serviço é muito mais complexo do que haviam estudado na graduação e planejam continuar na vida acadêmica. Como afirma um dos médicos: “Gosto muito da medicina de família, acredito que engloba a medicina que aprendi de maneira mais completa” (PARTICIPANTE 10 – PRMFC)

Com relação ao PMM, os participantes 2, 3, e 4, são médicos (as) de família e comunidade, levando ao entendimento de que a capacitação dos profissionais nesta área, que é voltada para APS, traz benefícios maiores ao trabalho e recursos oferecidos àquela população. Há também um maior interesse por parte deste médico para a educação permanente e a constante melhoria de seu serviço. Reforça-se esta informação com o depoimento de um (a) dos (as) participantes: “Estou tentando

implantar uma capacitação do teste do olhinho para as outras equipes e graduandos de medicina na UBS” (PARTICIPANTE 3 – PMM).

Os participantes 1 e 5 do PMM foram os que tiveram maior dificuldade para participar das entrevistas. A recusa foi evidente em seus discursos, alegando falta de tempo, uns argumentaram que também estudavam e compreendiam a unidade na qual atuam. Foi possível perceber que o serviço prestado pelos integrantes do PMM está mais ligado ao valor da remuneração e também porque funciona como um emprego que tem bom salário e oferece tempo hábil para estudar para outras especializações. Sendo assim, não há interesse em melhorar ou investir em mudança de concepção para o seu ambiente de trabalho, como afirma um deles, a seguir: “Quero fazer minha residência, estou aqui para poder estudar” (PARTICIPANTE 1 – PMM).

Ao considerar o que foi descrito na avaliação PCATool, sobre os serviços prestados, quando se compara o PMM e o PRMFC, considerando uma avaliação geral, ambos os programas trabalham com a integralidade que pode ser compreendida como de muito boa qualidade, com ressalvas em apenas um dado do PMM que a nota de escore transformado foi 6,0, abaixo da média no serviço F1.

E quando se relaciona serviços disponíveis e serviços prestados avaliados através do PCATool, ao se observar as hipóteses iniciais da pesquisa reafirma-se a ideia de que, tanto o PRMFC como o PMM são processos de cunho educativo e cumprem esse caráter no escopo do que foi achado na pesquisa, mas a primeira demonstra bastantes elementos que podem ser compreendidos na sua caracterização de padrão-ouro na especialização médica. Neste estudo, apresenta escores cima da média em ambos os quesitos do PCATool, além de ter uma disponibilização ampliada dos serviços, ultrapassando o outro programa avaliado. O PRMFC disponibiliza 05 (cinco) serviços a mais do que o PMM no que se refere ao atributo da integralidade e obtém notas bastante positivas em todos os quesitos.

Apesar de o PMM também apresentar números bastante positivos na avaliação do PCATool, tanto em serviços disponíveis quanto em serviço prestado, confirma-se, portanto, a hipótese inicial de que o PRMFC tem melhor instrumentalização no que diz respeito ao atendimento do atributo da integralidade na APS. E isto, corrobora justamente com as ideias dos diversos autores e documentos oficiais que discutem o conceito de integralidade no âmbito da APS.

Entre esses autores e documentos estão: Starfield (2002); Costa (2004); Machado et al. (2007); Bonfada et al. (2010); Giovanella (2012); Viegas e Penna (2015) Carnut (2017); Garbin et al. (2021); e os próprios documentos oficiais do SUS, dentre os quais estão Brasil (1990; 2011), entre outros materiais e autores que analisam a definição de integralidade como atributo nas ações da APS. Todos eles incluem, nessa definição, elementos que caracterizam este atributo como algo que inclui em sua efetivação aspectos que não se referem apenas a um atendimento ambulatorial nas ações da saúde, mas, também aspectos que se ligam à parte educativa dos usuários nas mais diversas dimensões que possam atingir sua saúde.

As discussões levantadas neste estudo, se limitam ao atributo da integralidade na APS, não se esvai ao campo dos atendimentos que requerem especializações mais avultadas das medicinas de alta complexidade, que certamente têm formas diferentes de serem avaliadas. Por isso, não se pode levá-lo para o campo da avaliação em saúde em termos gerais.

Acredita-se, tudo que foi avaliado como positivo, ao observar alcances bastante satisfatórios, ou seja, escores muito acima da média por ambos os programas, esteja e possa ser associado ao campo de atuação da APS, embora se saiba que os outros níveis podem ser atingidos, quando esta não consegue cumprir o seu papel. E mesmo que, quando entrevistados, os médicos tenham deixado evidente que há problemas, dificuldades e carência de melhoria, tanto da estrutura física quanto de equipes, o estudo apresentou resultados que podem servir de subsídios para o enfrentamento dos desafios, porque os identificou, em especial com os dados do PCATool.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização de uma avaliação sobre o atributo da integralidade na APS, não pode deixar de compreender, primeiro que esta dimensão do SUS é dependente de incontáveis variáveis para ser considerada de boa qualidade e deve se manter em constante evolução para acompanhar o desenvolvimento socioeconômico e cultural de uma comunidade para melhor assisti-la (SALA, 2011).

É também de suma importância salientar que o trabalho em uma UBS é efetivado a partir de um conjunto de recursos que devem ser ofertados pela gestão e sua coordenação com as equipes que estão designadas a executá-los. Além disso, o comprometimento profissional daqueles que nela trabalham é indispensável. Desta maneira, pode-se inferir que a desvalorização profissional, insegurança, falta de investimentos e precarização da estrutura interfere diretamente em seus resultados. Apesar disto, pode-se destacar um interesse destes trabalhadores em manter o cuidado dentro de suas realidades.

Essa argumentação não poderia faltar para respaldar as considerações que se tem a fazer em relação aos programas que foram avaliados neste estudo. Considerando que os programas em questão: PMM e PRMFC têm como objetivo a capacitação profissional e melhoria do cuidado ofertado, identifica-se que ambos os programas cumprem parcialmente seus objetivos.

Foi possível constatar que ambos os programas trouxeram grande melhoria na APS e sua qualificação. O programa de residência médica ainda continua sendo o padrão-ouro na capacitação profissional médica, mas o PMM também se mostra capaz de trazer melhorias e capacitação profissional e de efetivar o atributo da integralidade, especialmente quando o (a) profissional atuante já possui residência médica. Como em todo campo de ensino, a troca de saberes é mútua entre professor e aprendiz, mas depende principalmente de o estudante buscar seus conhecimentos em um processo de aprendizagem motivado por suas necessidades e realidades.

O PMM ainda falha em manter o médico atuante, levando a flutuações de integrantes e ferindo o conceito da longitudinalidade. O programa de residência médica não é atrativo o suficiente para manter o médico na área da APS, muito embora tenha uma estrutura de ensino bem superior à do PMM. O novo programa Médicos pelo Brasil, que foi planejado com o intuito de mudar esta realidade, não

demonstrou a segurança ideal com relação a sua estabilidade devido ao retrato político atual do país. Seria, a estabilidade profissional, o ponto essencial que poderia impactar no futuro da APS e na adesão dos PRMFC para essa nova plataforma de formação, mas isso ainda é incerto.

Até porque, no momento atual já se sabe que outras mudanças estão em curso com relação ao PMM, das quais não se tem ainda uma definição completa, tanto de cunho geral como de cunho específico. Isso dificulta considerações mais aprofundadas sobre a nova plataforma do programa.

Mas, com relação a considerações mais aprofundadas sobre o que foi obtido neste estudo, considerando os discursos proferidos pelos entrevistados, a preferência maior dos praticantes da pesquisa é pelo PRMFC, assim como foram estes que mais se disponibilizaram a participar do estudo, embora numa proporcionalidade menor que os do PMM. E com relação à concepção de integralidade, demonstram saber que este é o atributo que somente se completa quando se compreende que os serviços disponibilizados o contemplam, quando se une educação em saúde e o atendimento aos problemas conforme a necessidade dos usuários.

Médicos do PMM reclamam de atuar mais no ambulatório do que na educação em saúde, porém obtiveram notas bastante positivas na avaliação PCATool no que se refere aos serviços disponíveis e prestados, tendo poucos desafios a enfrentar nesse sentido. Os médicos do PRMFC também demonstram compreender a integralidade numa compreensão de totalidade das ações envolvendo educação e ambulatório. A partir dessa observação, mesmo constatando que há melhorias a serem alcançadas, a concepção de integralidade é convergente com o que propõe a APS no Brasil.

E considerando a avaliação do PCATool, os programas apresentaram uma quantidade de notas muito elevadas em escores, especialmente na prestação dos serviços, se adequando a muitos dos pontos da definição de integralidade como atributo da APS, até porque, foi também no PRMFC que mais se identificou disponibilidade de serviços. São essas características, talvez, que continuam influenciando na definição do programa como de padrão-ouro. O alcance de boas médias revelam que os serviços disponíveis e prestados são bons nos dois programas. Corroborando com algumas estratégias mencionadas nos discursos dos participantes, em especial dos que participam do PRMFC, quando citam a preceptoria

como suporte acadêmico. Embora este aspecto não seja essencial para garantir a qualidade.

Quanto ao PMM, mesmo com menos serviços disponíveis e em alguns quesitos obtendo escores abaixo da média, não se pode concluir que ele tenha menos importância do que o PRMFC ou que não tenha alcançado o conceito positivo de integralidade. Ambos demonstraram cumprir suas funções no campo de atuação do atributo da integralidade, cada um cumprindo suas especificidades em termos de atendimento. A única desvantagem do PRMFC foi justamente por ter tido menor participação no estudo, uma vez que muitos dos participantes se recusaram a responder aos instrumentos de pesquisa, o que talvez também tenha interferido nos resultados.

Outro detalhe que pode ter interferido para um estudo mais completo foram algumas limitações referentes a dois episódios ocorridos no período. O primeiro foi a pandemia de COVID-19, que implicou na realização de aplicação dos instrumentos de forma presencial. O segundo diz respeito ao número reduzido de participantes, muitos alegaram não poder participar devido à escassez de tempo, uma vez que tinham atendimentos o dia todo, também por reflexos da pandemia. As limitações, portanto, se associam ao contexto pandêmico e à disponibilidade de tempo, como também às dificuldades relacionadas a uma agenda presencial para as entrevistas.

Mesmo considerando essas limitações, o estudo foi deveras importante no que diz respeito à sua contribuição para o campo acadêmico da pesquisa em saúde no município de Mossoró, especialmente no que concerne à ESF, pois traz dados que podem ser embasamento para problematizações sobre o atributo da integralidade e para a elaboração de planos e instrumentos, tanto para diagnósticos dos serviços da APS quanto para novas ações a serem implantadas nesse âmbito.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA R. F; COELHO B. L. N. Estratégias para sustentar o interesse em realizar residência médica em Medicina de Família e Comunidade durante tempos de pandemia de COVID-19 no contexto brasileiro. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2021;16(43):2817. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2817](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2817)
- ARAÚJO C. A, MICHELOTTI F.C, RAMOS T, K. S. *Gov - ernment provision programs: profile and motivations of physicians who migrated from the Primary Care Professional Valorization Program (Provab) to the More Doctors Program in 2016*. **Interface** (Botucatu, Online) 2017; 21 Suppl 1:1217-28
- ARAÚJO, C. A. Programas governamentais de provisão: perfil e motivações dos médicos que migraram do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) para o Mais Médicos em 2016. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 21, n. supl.1, p. 1217-1228, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8XNGhNfm4chTZsQnhPrXnPG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.
- ARAÚJO, H. P. A. et al. A residência multiprofissional em saúde da família como cenário para educação e práticas interprofissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 29, p. 01-11, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/188049> Acesso em: 29 nov. 2022.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2627-2638, 2010.
- AUTONOMO, F. R. de O. M. et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – análise das publicações brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327, jun., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200316&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2021.
- BARBOSA, A. C. Q. et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 42, p. 01-08, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-978853> Acesso em: 28 nov. 2022.
- BATISTA, V. C. L. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 02, p. 87-93, jun./dez. 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042> Acesso em: 01 fev. 2021.
- BENEVIDES, J. A. J. et al. Implementation of active methodologies as an assessment tool in the plant physiology discipline in pandemic times: experiences and challenges. **HOLOS**, Natal, ano 37, v.4, p. 01-16, 2021. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-1374697> Acesso em: 03 jan. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 2011.

BOITEUX, P. A.; SARTI, T. D.; LIMA, R. C. D. Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 01-14, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095971> Acesso em: 01 fev. 2021.

BONFADA, D. A. et al. Integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos Serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 02, p. 555-560, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VxDmKwcrjyknyc5hVj5FNt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: Acesso em: 29 nov. 2022. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.444 de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652497918841%20Portaria%20N%BA%201444%20de%2028%20dez%20de%202000.pdf> Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002**. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/496301/pg-75-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-01-04-2002>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março 2006**. Revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Brasília, 2007. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html Acesso em: 29 nov. 2022. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. **Portarias Interministeriais nº 421 e nº 422, de 03 de março de 2010:** Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde:** Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional da Educação. Câmara Nacional de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica.** Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.194/217 de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília: 29 de nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. **Decreto n. 10.283, de 20 de março de 2020.** Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária a

Saúde – Adaps. Brasília: Diário Oficial da União, 2020. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/828476883/decreto-10283-20-marco-2020> Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. **Relatório de Avaliação Atenção Primária à Saúde – APS**. Brasília: Conselho De Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, 2020.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 12 jun. 2021.

BRASIL. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 3 de novembro de 2022**. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União, 2022. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/4102/resolucao-cne-ces-n-3> Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sinaes#:~:text=O%20Sistema%20Nacional%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Superior,responsabilidade%20social%2C%20gest%C3%A3o%20da%20institui%C3%A7%C3%A3o%20e%20corpo%20docente> Acesso em 28 de nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – DataSUS**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=08348971000139&VEstado=24&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20MOSSORO. Acesso em 05 de abr. 2023.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

CAMPOS, J. L. A; SILVA, T. C.; ALBUQUERQUE, U. P. Observação participante e diário de campo: quando utilizar e como analisar? In: ALBUQUERQUE, U. P. et al. (orgs) **Métodos de Pesquisa Qualitativa para Etnobiologia**. 1.ed. – Recife, PE: Nupeea, 2021.

CARNEIRO, E. M.; TEIXEIRA, L. M. S.; PEDROSA, J. I. S. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, e310314, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PT96npfTcfqT7xWPZZkyGpt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 23 de mar. 2023.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez, 2017.

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 28 de nov. 2022.

CARVALHO, J. A. et al. Andragogia: considerações sobre a aprendizagem do adulto. **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 03, n. 01, p. 78-90, abril, 2010. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/328519180_ANDRAGOGIA_CONSIDERA_COES_SOBRE_A_APRENDIZAGEM_DO_ADULTO Acesso em: 29 nov. 2022.

CASTRO, D. M. et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 01-12, 2020. Disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-11-e00209819.pdf> Acesso em: 28 de nov. 2022.

CASTRO, V. S.; NOBREGA-THERRIEN, S. M. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 211-220, jun., 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2021.

CHAHAL, A. Entrevistas em pesquisa qualitativa em cuidados de saúde. **Rev Pesqui Fisioter**. 2021;11(1):218-221. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i1.3450>.

CHUNG, A.; FOCHEZATTO, A. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde infantil em municípios do Rio Grande do Sul. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 343-362, set., 2015. Disponível em:

<https://core.ac.uk/download/pdf/235712849.pdf> Acesso em 28 de nov. 2022.

COELHO, B. P.; MIRANDA, G. M. D.; COUTINHO NETO, O. B. A Formação-Intervenção na Atenção Primária: uma aposta pedagógica na educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 632-640, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000500632&lng=en&nrm=iso.

Acesso em: 01 fev. 2021.

CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SÃO PAULO (COSEMSSP). **O impacto do Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros**. São Paulo: COSEMPS, 2016. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias-site-antigo/o-impacto-do-programa-mais-medicos-nos-municipios-brasileiros/> Acesso em: 28 de nov. 2022.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set.-dez., 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tqyTrtBBBdLdYmLpXYnFX7d/?lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface** – Comunicação, Educação, Saúde, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, dez., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401183&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2021.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface** - Comunicação Saúde Educação, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rSCfWS9nWd7wZvH7FPdnNCt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. **Salud Pública de Mexico**, Mexico, v. 35, n. 01, p. 94-97, 1993. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10635110.pdf> Acesso em: 29 nov. 2022.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

GARBIN, A. et al. Loucura e o trabalho: integralidade e cuidado em rede no SUS. **Cien. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 5977-5985, dez., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4DghVHXBjWT9wZDsJyML5nn/?lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

GÉRVAS, J. Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece (para melhorá-la continuamente). **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 08, n. 29, p. 223-224, out-dez., 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/834/590> Acesso em: 29 nov. 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Fiocruz e coedição com CEBES, 2012.

GIRARDI, S. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 2675-2684, jun., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTyKQT9CDdZ3ctg67njlLqj/abstract/?lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

GOMES, Y. et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 09, p. 2729-2738, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qmwKq8GZqCGWFtKc4xScPCm/abstract/?lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

GONCALVES, R. J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392,

set., 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300009&lng=en&nrm=iso Acesso em: 02 fev. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. rev. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

HONE, T. et al. *Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities*. Health Services Research, Washigton, v. 20, p. 01-11, 2020. Disponível em:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05716-2>
Acesso em: 03 jan. 2023.

INFORMASUS. **União faz a força**: ensino, rede e serviços de Atenção Primária à Saúde em Mossoró. Publicado em 22 de nov. 2020. Disponível em:
<https://informasus.ufscar.br/unia-faz-a-forca-ensino-rede-e-servicos-de-atencao-primaria-em-mossoro>. Acesso em 07 abr. 2023.

KEMPER, E. S. **Programa Mais Médicos no contexto das políticas de fortalecimento da APS no SUS**. Unidade Técnica Mais Médicos. Brasília: OPAS/OMS, 2018.

KEMPER, E. S. Avaliação da qualidade da Atenção Primária no Programa Mais Médicos. **APS em Revista**, São Paulo, v. 1 n. 1, p. 01-12, 2019. Disponível em:
<https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/1777> Acesso em: 29 nov. 2022.

LACERDA, F. C. B.; SANTOS, L. M. Integralidade na formação do ensino superior: metodologias ativas de aprendizagem. **Avaliação**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 611-627, nov., 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/aval/a/JRjdzXYGrSdQSZmDxFQQwdM/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em 28 de nov., 2022.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. 5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LEITE, A. P. T. et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 06, p. 2119-2130, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/spsw5gbzTc8PMCqgdRzPtvx/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 29 nov. 2022.

LIMA, E. J. F. et al. Como os Egressos do Provac e Aprovados na Residência Avaliaram a Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Recife, v. 40, n. 4, p. 731-738, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00122015> Acesso em: 28 nov. 2022.

LIMA, R. T. S. et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.

9, p. 2685-2696, set., 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902685&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 02, p. 25-280, abr.-jun., 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/pDh3nZk8vx6KnrLJLBhLxwp/abstract/?lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

LINS, K. G. V.; BARBOSA, L. Percepção de Residentes e Preceptores sobre integralidade da Atenção à Saúde em Programa de Residência Multiprofissional. **Revista Diálogos**, São Paulo, n. 17, mar.-abr., 2017. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/317197344_Percepcao_de_Residentes_e_Preceptores_Sobre_Integralidade_da_Atencao_a_Saude_em_Programa_de_Residencia_Multiprofissional Acesso em: 29 nov. 2022.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/33024801_Integralidade_formacao_de_sau_de_educacao_em_saude_e_as_propostas_do_SUS_-_uma_revisao_conceitual Acesso em: 29 nov. 2022.

MARANHÃO, R. R. et al. Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade? **Interface – Comunicação, Educação, Saúde**, Botucatu, v. 24, n. supl. 01, p. 01-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NDCTnZvjM7Mx5tWfdycD3ZL/?lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

MATIAS, M. C. et al. O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 115-127, set., 2019. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300115&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2021.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 01-11, 2022. Disponível em:
<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1655/analise-critica-sobre-a-implantacao-do-novo-modelo-de-alocacao-dos-recursos-federais-para-atencao-primaria-a-saude-operacionalismo-e-improvisos> Acesso em: 29 nov. 2022.

MOITA, G. F. Gestão da Atenção Primária: uma proposta de avaliação de impacto da APS em duas cidades do Nordeste do Brasil. **APS em Revista**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 117-130, maio/ago., 2021. Disponível em:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwipi5KZ_7_7AhUOI7kGHfEgCil4ChAWegQIJRAB&url=https%3A%3A

2F%2Fapsemrevista.org%2Faps%2Farticle%2Fdownload%2F210%2F99%2F810&u sg=AOvVaw2xZTdgeTsY2h4HweyVIRcC. Acesso em: 28 de nov. 2022.

MOURAO NETTO, J. J. et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 42, n. 02, p. 01-07, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e2/> Acesso em: 28 de nov. 2022.

NORMAN, A. H.; NORMAN, J. A. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 29, out.- dez., 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/838> Acesso em: 29 nov. 2022.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. supl. 2, p. 147-157, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2021.

OLIVEIRA, C. M. et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MtsmGNRM4wVdkBvtN3phKYP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KjzqwvYhM4NRvdDCyRJHvkD/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 29 nov. 2022.

OLIVEIRA, F. P. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Interface (Botucatu), 2019; 23(Supl. 1): e170949 <https://doi.org/10.1590/Interface.170949>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe**: desafíos para la enfermería. Organización Panamericana de la Salud: Washington, 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserverp.pdf> Acesso em: 26 nov. 2007.

PAULA, W. K. A. S. et al. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, abr., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200242&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

PEREIRA, C.R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil

habitantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):449-462, mar, 2012.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9RkWHfKNH5dtqM6rmkxLt4P/?lang=pt>
Acesso em 28 de nov. 2022.

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro / Recife: CEPESC – IMS/UERJ – EDITORA UNIVERSITÁRIA UFPE – ABRASCO, 2019.

POSTAL, L. et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 06, p. 2023-2034, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xMLGMTVS8LXJhyYYMfQkRtq/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 03 mar. 2023.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 06, p. 01-11, jun., 2017. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desempenho-da-atencao-primaria-a-saude-segundo-o-instrumento-PCATool-uma-revisao-sistemica/15767?id=15767>
Acesso em: 29 nov. 2022.

RENA, C.L. O papel da residência médica. **Revista Médica de Minas Gerais (RMMG)**, v. 2, n. 4, Belo Horizonte, 2012. ISSN online: 2238 3182 Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/63#> Acesso em 27 mar. 2023.

RICHARDSON R.J. et al. **Pesquisa Social**: Métodos e Técnicas. São Paulo, Atlas, 2012.

RIBEIRO, A. F. et al. O impacto da estratégia saúde da família sobre os indicadores da atenção básica no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 11, p. 01-09, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4730.2020> Acesso em: 29 nov. 2022.

ROJAS, E.M. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud San José: **Población y salud en Mesoamérica - Rev electrónica**, San José, v.1, n.2, p. 01-10, jun., 2004. Disponível em: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf> Acesso em: 24 nov. 2007

ROSA, I. C. S. **Evolução de indicadores de Atenção Primária à saúde em municípios de Santa Catarina, 2008 e 2018**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Medicina). 20 f. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/217637> Acesso em: 28 de nov. 2022.

ROSS, A. G.; ZEBALLOS, J.L; INFANTE, A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. **Revista Panamericana de Salud**, Washington, v. 8, n. 02, p. 93-97, 2000. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8793> Acesso em: 29 nov. 2022.

SALA, Arnaldo et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saude e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, dez. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

SANARMED. **Medicina de Família e Comunidade**: residência, duração, remuneração, rotina e mais! 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/medicina-de-familia-e-comunidade-melhores-residencias-duracao-concorrencia-salario-e-mais> Acesso em: 12 jun. 2021.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. Identificação dos pilares da educação na disciplina integralidade no cuidado à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 985-993, ago., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2021.

SILVA, M. O. S. e. **Avaliação de políticas e programas sociais**: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. São Paulo: Veras, 2008.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 132-8, 2015.

SOUSA, E.G. A residência médica no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v 9, n. 2.: 112-114, mai/ago, 1985.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface** – Comunicação, Educação, Saúde, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1301-1314, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2020.

TASCA, R.; PÊGO, R. A. Entrevista: Avaliação de impactos do Programa Mais Médicos: como medir os resultados? **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 09, set., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jNq8HfCsNVM85dDfFBMXmBw/?lang=pt> Acesso em: 28 nov. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 09, p. 3465-3474, set., 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/> Acesso em: 03 mar. 2023.

TELLES, H.; SILVA, A. L. A.; BASTOS, C. Programa Mais Médicos do Brasil: a centralidade da relação médico-usuário para a satisfação com o programa. **Cad. CRH**, Salvador, v. 32, n. 85, p. 101-123, abr., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792019000100101&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2021.

URSAP. II Unidade Regional de Saúde do Rio Grande do Norte. **Plano regional rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência**. Rio Grande do Norte: Equipe da Secretaria de Saúde Pública, set. 2020.

VERAS, K. B. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na Atenção Básica: uma análise de literatura. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 05, n. 02, p. 294-309, abr./jun., 2018. Disponível em: http://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_18/Trabalho_08.pdf Acesso em: 29 nov. 2022.

VIEGAS S.M.F, PENNA C.M.M. The dimensions of the comprehensiveness on healthcare within the routine of the Family Health Strategy in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. **Interface** – Comunicação, Educação, Saúde, Botucatu, v. 18, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: <https://interface.org.br/en/the-dimensions-of-comprehensiveness-of-healthcare-within-the-routine-of-the-family-health-strategy-in-the-jequitinhonha-valley-minas-gerais-brazil/> Acesso em: 29 nov. 2022.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E2 - Imunizações.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 - Tratamento dentário.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E14 - Remoção de verrugas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E17 - Cuidados pré-natais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E18 - Remoção de unha encravada.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- ☐ de todas as idades
- ☐ somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- ☐ somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?”

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4	3	2	1	9 ☐
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4	3	2	1	9 ☐
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 ☐	3	2	1 ☐	9 ☐
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4	3	2	1	9 ☐
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4	3	2	1	9 ☐
F11 - Como prevenir quedas.	4	3	2	1	9 ☐
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4	3	2	1	9 ☐
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4	3	2	1	9 ☐

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4	3	2	1	9 ☐
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4	3	2	1	9 ☐

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

1. Quais foram as motivações por ter escolhido o programa?
2. Quais as expectativas com relação a sua carreira profissional?
3. Tem interesse em continuar na carreira acadêmica?
4. Quais as maiores dificuldades encontradas para trabalhar o atributo da integralidade na APS dentro da plataforma do seu programa?
5. Com relação a formação, o programa contribui adequadamente para sua formação?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O título de nossa pesquisa é “AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE CONTEMPLAM O PROJETO MAIS MÉDICOS, RESIDÊNCIA MÉDICA E A AUSÊNCIA DELES ATRAVÉS DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS”. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a integralidade da UBS visando realizar uma análise individual e comparativa do serviço. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Mestrado Profissional em Saúde / Universidade Federal da Paraíba.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde.

Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita na sua casa ou no seu serviço de saúde e contamos com cerca de 30 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa.

Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu, _____ (paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

_____	_____	_____
Assinatura do Entrevistado	Nome	Data

_____	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome	Data

Pesquisador responsável: _____ Telefone: _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E A RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA AVALIAÇÃO COMPARATIVA RELACIONADA À INTEGRALIDADE NA APS A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DOS PROGRAMAS

Pesquisador: GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59560122.8.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.625.791

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1961797.pdf, de 27/07/2022. Trata-se de um estudo de campo descritivo-comparativo, de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada em ambiente virtual e aplicação de questionário denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool- Brasil, ambos direcionado para médicos que atuaram na Residência e no Mais Médicos no estado do Rio Grande do Norte. Os dados obtidos serão analisados conforme a compatibilidade com o tipo e abordagem da pesquisa (Análise de Conteúdo de Bardin).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como o atributo da integralidade nos serviços de saúde é trabalhado no Programa Mais Médicos e no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, sob a percepção de médicos que participam desses programas.

Objetivo Secundário:

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Continuação do Parecer: 5.625.791

- Identificar as concepções sobre o atributo da integralidade nos serviços de saúde, fomentadas no Programa Mais Médicos e no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.
- Conhecer as estratégias para a efetivação do atributo da integralidade enfocadas pelo Programa Mais Médicos e pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.
- Refletir sobre os avanços e os desafios de cada um desses Programas em relação à efetivação do atributo da integralidade nos serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos dizem respeito à identificação do participante neste estudo. Visando minimizar esses riscos, evitando exposição e constrangimento, os participantes não terão suas identidades preservadas. Portanto, serão usados pseudônimos de modo a manter a confidencialidade acerca da identificação do sujeito.

Com relação aos riscos de interferência dos dados em meio virtual, as entrevistas terão apenas seus áudios gravados por meio de gravador próprio do pesquisador e serão armazenadas em dispositivo eletrônico local, não sendo mantidos em plataformas virtuais como "nuvem". Serão deletados após defesa do projeto de pesquisa. Além disso, outro risco a que estão expostos os participantes refere-se ao constrangimento, ou emergência de emoções negativas ao lidarem com determinadas questões tratadas nesta pesquisa. Para minimizar esses riscos, os sujeitos serão explicados sobre o objetivo da pesquisa e será esclarecido que poderão deixar de participar, a cada momento, desde que mencionem isso para a pesquisadora.

Benefícios:

O presente estudo possibilitará avaliar qual das propostas formativas tem um maior ganho na qualificação da APS e quais os possíveis obstáculos que as mesmas fornecem. Desta forma, favorecerá a análise de possíveis soluções para os problemas encontrados no fortalecimento da APS.

Somando-se a isso, a participação dos sujeitos nesta pesquisa possibilitará a eles reflexões sobre o papel desses programas no seu processo formativo e como, na condição de profissionais de saúde, podem contribuir para alcançar a integralidade na APS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma segunda versão de protocolo original de pesquisa de um projeto de dissertação

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Continuação do Parecer: 5.625.791

de mestrado vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do CCM/UFPB. Conforme verificado em Carta-Resposta redigida pela pesquisadora responsável, foi verificado que o estudo em tela consente tecer ponderações favoráveis concernentes aos aspectos éticos envolvidos no item riscos e benefícios, conforme diretrizes contidas nas Resoluções CNS nº 466/2012, estando os riscos da pesquisa justificados mediante os benefícios esperados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram anexados:

Folha de rosto (assinada pela pesquisadora responsável e pela instituição proponente)

PB informações básicas (gerado pela própria Plataforma Brasil)

Projeto de pesquisa completo e atualizado

Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Mossoró/RN (assinada e datada)

Modelo de TCLE corrigido

Carta-Resposta (assinada e datada pela pesquisadora responsável)

O Cronograma de execução da pesquisa estava desatualizado. Foi solicitado a pesquisadora que realizasse esse ajuste. A solicitação foi atendida e o novo arquivo ajustado foi adicionado à Plataforma Brasil pela Coordenadora.

Recomendações:

RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS:

- Manter a metodologia aprovada pelo CEP/CCM/UFPB.
- Apresentar os relatórios parcial e final, via Plataforma Brasil, no ícone notificações.
- Informar ao CEP-CCM, por meio de Emenda/Notificação a inclusão de novos membros/equipe de pesquisa, via plataforma Brasil.
- Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o (a) pesquisador (a) responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o (a) pesquisador (a) atendeu adequadamente às recomendações feitas por este

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Colegiado, e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica, estando em consonância com as diretrizes contidas na Resolução Nº 466/2012, do CNS/MS, protocolo APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/CCM, em reunião ordinária realizada em 25 de agosto de 2022.

A Aprovação estava condicionada ao envio do Cronograma de execução de pesquisa atualizado. Tal solicitação foi devidamente atendida pela pesquisadora.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até 01/2023.

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/CCM de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

Continuação do Parecer: 5.625.791

NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/CCM para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-CCM torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1961797.pdf	27/07/2022 20:48:05		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartarespostaassianda.pdf	27/07/2022 20:47:31	GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomodificado.docx	27/07/2022 19:22:40	GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleassinado.pdf	27/07/2022 19:16:22	GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	EPSON005.pdf	08/06/2022 18:38:28	GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS	Aceito
Declaração de concordância	carta_anuencia.pdf	08/06/2022 19:55:49	GABY MARIA CARVALHO DE FREITAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomodificado2.docx	14/09/2022 10:48:18	MARCIA ADRIANA DIAS MEIRELLES MOREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7308

E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM



Continuação do Parecer: 5.625.791

JOAO PESSOA, 14 de Setembro de 2022

Assinado por:
MARCIA ADRIANA DIAS MEIRELLES MOREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14 - Cidade Universitária Campus 1
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7308 **E-mail:** comitedeetica@ccm.ufpb.br

Página 06 de 06