

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA  
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

**ANA PAULA GIMENEZ DA CUNHA BUZINARO**

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO DO RESIDENTE DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**PIRACICABA**

**2019**

**ANA PAULA GIMENEZ DA CUNHA BUZINARO**

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO DO RESIDENTE DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração, da Faculdade de Gestão e Negócios, da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração.

Campo de conhecimento: Gestão de Pessoas

Orientador: Prof. Dr. Pedro Domingos Antonioli

**PIRACICABA**

**2019**

**FOLHA DE ROSTO**

**ANA PAULA GIMENEZ DA CUNHA BUZINARO**

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO DO  
RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração, da Faculdade de Gestão e Negócios, da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração.

Campo de conhecimento: Gestão de Pessoas

Data do exame de defesa:

---

Prof. Dr. Pedro Domingos Antonioli  
Orientador (UNIMEP)

---

Profa. Dra. Maria Imaculada de Lima Montebelo  
(UNIMEP)

---

Profa. Dra. Sandra Aparecida Ribeiro Ossada  
(FATEC)

---

Profa. Priscilla Itatianny de Oliveira Silva  
(UNIATENAS)

O otimismo é a fé daquele que conduz à realização; nada pode ser feito sem  
esperança.

Helen Keller

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por me dar força para finalizar mais uma etapa de minha vida.

Agradeço ao meu esposo Marcos Antonio Buzinaro, não tenho palavras que mensurem toda a gratidão que tenho por você, que permanece ao meu lado mesmo nos momentos mais difíceis. Vejo-a se esforçando para equilibrar todas as tarefas e desafios, e só tenho a agradecer ao universo por ter colocado uma pessoa tão especial no meu caminho. Obrigado por ser um esposo maravilhoso, um pai dedicado e um homem incrível.

Agradeço também ao meu anjo que me dá todos os dias a felicidade de viver, meu filho Mateus, obrigada por existir em minha vida.

Aos meus agradecimentos, meus pais que sempre torceram por mim e pela minha felicidade e desafios.

E agradeço com todo respeito e gratidão ao meu orientador Professor e Doutor Pedro Domingos Antonioli que em nenhum momento mediu esforços para me ajudar, fica aqui o meu muito obrigada por essa etapa vencida.

Agradeço também a professora Priscila pelo carinho quando precisei de ajuda.

Deixo aqui um carinho e uma saudade imensa ao meu avô João Domingos que nos deixou nesse momento que estava finalizando meu trabalho, com a certeza que mesmo tão longe estará torcendo por mim.

Gratidão á todos.

## RESUMO

A Atenção básica, ou Atenção primária em saúde, é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, com o objetivo de orientá-los sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos, e direcioná-los para as demais complexidades, de acordo com a necessidade. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, possuem um papel estratégico na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Assim, nos anos 1970 inicia-se o pioneirismo no desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil. Este estudo identificou a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família em um município do Noroeste de Minas Gerais, sob o enfoque da gestão estratégica. Desta maneira, a inserção de alunos do curso de medicina nestes programas de saúde e atenção à família podem auxiliar quanto ao estímulo do uso correto e adequado das medicações, orientações quanto aos benefícios de exercícios diários; incentivo aos hábitos saudáveis de vida, ensinamentos sobre curativos e imunizações, dentre outros. O presente estudo é descritivo, qualitativo, com estudo de caso único. Mediante os resultados obtidos, pode-se dizer que, quando se pretende avaliar a contribuição dos residentes de Medicina de Comunidade e Família, não há como deixar de avaliar o nível de satisfação dos usuários do atendimento prestado por eles. Nesta visão, percebe-se que o atendimento está centrado na pessoa e em sua família, sendo possível tratar quem já sofre de alguma enfermidade, enquanto se previne outras enfermidades que porventura poderão ocorrer no seio daquela família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção primária; Gestão estratégica. Residência Médica; Residência de Medicina de Família e Comunidade; Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

*Primary Care, or Primary Health Care, is known as the "gateway" of users in health systems, with the aim of guiding them on disease prevention, solving possible cases of diseases, and directing them. for the other complexities as needed. The Basic Health Units (BHU) located near where people live, work, study and live, play a strategic role in guaranteeing the population access to quality health care. Thus, in the 1970s began the pioneering in the development of Family and Community Medicine (CFM) in Brazil. This study identified the contribution of the Resident of Family and Community Medicine in the Family Health Strategy in a municipality of Northwest Minas Gerais, under the focus of strategic management. Thus, the insertion of medical students in these health and family care programs can help in stimulating the correct and appropriate use of medications, guidance on the benefits of daily exercise; encouraging healthy living habits, teaching about dressings and immunizations, among others. The present study is descriptive, qualitative, with a single case study. From the results obtained, it can be said that, when it is intended to evaluate the contribution of residents of Community and Family Medicine, there is no way to fail to assess the level of satisfaction of users of care provided by them. In this view, it is clear that the service is centered on the person and their family, and it is possible to treat those who already have a disease, while preventing other diseases that may occur within that family.*

**KEYWORDS:** *Primary attention; Strategic management. Medical residency; Residency of Family and Community Medicine; Health Unic System.*

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AB** – Atenção Básica

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**MFC** – Medicina de Família e Comunidade

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PSF** – Programa Saúde da Família

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**PMM** – Programa Mais Médicos

**PROVAB** – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1</b> – Localização geográfica do município de Paracatu-MG	50
<b>Figura 2</b> – ESF Bela Vista – Paracatu/MG	51

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Faixa etária	53
<b>Gráfico 2</b> – Gênero	54
<b>Gráfico 3</b> – Tempo de cadastro na ESF Bela Vista	56
<b>Gráfico 4</b> – Serviços disponibilizados na ESF Bela Vista que são utilizados	57
<b>Gráfico 5</b> – A importância da assistência à saúde prestada pela ESF Bela Vista	58
<b>Gráfico 6</b> – Conhecimento da realização da consulta médica pelos Residentes de Medicina de Comunidade e Família	60
<b>Gráfico 7</b> – O atendimento médico da ESF Bela Vista é efetivo	61
<b>Gráfico 8</b> – Eficácia dos grupos operativos de Diabetes e Hipertensão	62

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Contribuições dos autores	47
<b>Quadro 2</b> – Principais resultados da pesquisa	63

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
1.1 Problema da Pesquisa	15
1.2 Objetivos	15
1.2.1 Objetivo Geral	15
1.2.2 Objetivo Específico	15
1.3 Justificativa	15
1.4 Pressuposto	16
1.5 Aspectos Metodológicos	17
1.6 Estrutura da Dissertação	17
<b>2 RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO SUS E ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>19</b>
2.1 SUS	19
2.2 Atenção Básica	20
<b>3 RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE COMUNIDADE E FAMÍLIA</b>	<b>27</b>
3.1 Relevância do Residente de Medicina de Comunidade e Família	34
<b>4 CONCEITOS DA ADMINISTRAÇÃO: O PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MÉDICA E O PAPEL E A ATUAÇÃO DOS RESIDENTES</b>	<b>40</b>
<b>5 METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	<b>49</b>
5.1 Tipologia, natureza e técnicas de pesquisa	49
5.2 Definições da unidade de análise	49
5.3 Amostragem e coleta de dados	51
5.4 Análise de dados	52
5.5 Delimitação da Pesquisa	52
5.6 Procedimentos Metodológicos	52
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>53</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>65</b>
7.1 Análise dos objetivos da pesquisa	65
7.2 Principais Resultados	66
7.3 Sugestões para Trabalhos Futuros	67
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>77</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Brasileira 1988, em seu artigo 196, todo cidadão tem direito à saúde, e este direito é garantido pelo governo através do Sistema Único de Saúde (SUS), que trabalha com um conjunto de ações direcionadas ao primeiro nível de atendimento, individual ou coletivo. Uma destas ações foi o Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, e que teve como propósito reestruturar o sistema de saúde, garantindo equidade nos atendimentos à população (AGUIAR, 2011).

Para Lavras (2011, p. 15), pode-se conceituar rede de atenção à saúde como:

“Uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que se serve”.

Nesse sentido, para se obter um serviço eficaz de atenção à saúde, se faz necessária uma integração dos sistemas de gestão clínico, administrativo e logístico, pois o diferencial do serviço de atenção básica à saúde é justamente fazer com que o paciente se trate preventivamente, e desta forma não necessite de tantos cuidados clínicos. Assim, a população deve ser analisada estabelecendo-se, com base nos resultados desta análise, as necessidades básicas de saúde, avaliando-se as intervenções de saúde possíveis, estudando-se, através da gestão, quais as medidas e modelos deverão ser adotados (LAVRAS, 2011).

Segundo Kawashima (2011), o Ministério da Saúde (MS), antes de implementar o PSF, lançou o PACS (Programa de Atendimento à Saúde da Comunidade), com o objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional, e tornando a família o alvo da saúde. Assim, o MS propõe mudanças no sentido de se centrar não na doença, mas na sua prevenção, dando uma atenção básica às famílias por meio de agentes comunitários para que a população aprenda a se prevenir contra possíveis doenças.

Conforme Gusso e Cerratti (2012), a atenção básica, ou atenção primária em saúde, é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde, com o objetivo de orientá-los sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos, e direcioná-los para as demais complexidades, de acordo com a necessidade. Desta forma, é possível observar que a atenção básica é de grande importância para a população, e sua gestão deve ser feita de acordo com as demandas externas que cada município, ou cada bairro, apresente.

Não se pode usar um modelo único de gestão nestas unidades, uma vez que os problemas apresentados são diferenciados, o perfil dos habitantes das localidades atendidas não é o mesmo, e o gestor deverá ter a sensibilidade de encontrar caminhos para uma gestão dinâmica e eficaz dentro dos problemas a serem solucionados naquela região (AGUIAR, 2011).

No Brasil, a gestão da atenção básica de saúde é feita por órgãos públicos, como no caso em que a prefeitura assume a responsabilidade deste atendimento, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Para o desenvolvimento deste trabalho, diversas variáveis serão apresentadas, como: SUS, Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de residência médica em Saúde da Família, satisfação de usuários, dentre outros que serão devidamente conceituados e inseridos no âmbito da pesquisa (AGUIAR, 2011).

Dentro deste enfoque, a residência médica é uma das estratégias utilizadas para melhor qualificar o egresso da Medicina para a atenção básica de saúde, por meio do treinamento em serviço, sempre com a supervisão e o acompanhamento de docentes preparados. Para isso, é importante que haja investimentos governamentais que considerem tanto as infraestruturas, quanto capacitações de docentes e de coordenadores, bem como os aspectos estratégicos envolvidos neste programa. Além de que, um princípio da Atenção Primária que é garantida na residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a longitudinalidade que consiste no acompanhamento da população adscrita em todas as fases da vida.

## 1.1 Problema de pesquisa

Considerando os princípios da Atenção Primária, a questão norteadora dessa pesquisa é descrita por: “***Qual a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família em um município do Noroeste de Minas Gerais, considerando-se os aspectos da estratégia de negócios?***”.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo Geral

Identificar a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família em um município do Noroeste de Minas Gerais, sob o enfoque da gestão estratégica.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a Atenção Primária;
- b) Caracterizar a Residência de Medicina de Família e Comunidade, e listar as contribuições para a prevenção e promoção de saúde, facilitando a identificação do processo saúde-doença, identificando a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade;
- c) Analisar, à luz dos conceitos da administração, mais especificamente com o foco em estratégia de negócios, tanto o programa da residência médica quanto o papel e a atuação dos residentes, no município em estudo.

## 1.3 Justificativa

No Brasil existe a tentativa de se promover a atenção primária à saúde desde aproximadamente 1920. Durante todo esse período, diversas conquistas foram alcançadas, porém com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) houve o maior entendimento da importância da continuidade do modelo de

atenção primária como principal agente modificador da saúde. Posteriormente, o PSF recebeu o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF) buscando, além de um programa com início, meio e fim, uma continuidade no atendimento ao usuário, com características de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Em 1976 surgem os primeiros programas de residência médica voltados especificamente para a atenção primária. Inicialmente chamados de Medicina Geral Comunitária, os municípios do Rio de Janeiro e Porto Alegre foram oportunizados com essa nova especialidade médica, ainda sem conhecimento da maioria da população técnica e geral. Em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica reconheceu a especialidade como parte dos programas de Residência Médica, sendo então criada no ano de 1986 a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, que posteriormente receberia o nome de Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), entidade que representa e especialidade até os dias atuais (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Dentro desta perspectiva, o Residente de Medicina é um dos principais agentes para a operacionalização do modelo, uma vez que ele está em contato direto com a população atendida.

Assim, este estudo justifica-se, pois, tem como foco identificar que elementos contribuem para a melhoria do sistema de atendimento básico da saúde, considerando a atuação e papel do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família em município do Noroeste de Minas Gerais. Tal relevância é baseada no princípio da longitudinalidade, que visa o acompanhamento do paciente em todos os ciclos vitais, reafirmando assim a essência da Atenção Primária da promoção da saúde e prevenção de doenças.

#### **1.4 Pressuposto**

A Organização Pan-Americana de Saúde (2011) aponta que na realidade o que se busca é uma fragmentação dos sistemas de saúde, visando amenizar a crise que o Brasil enfrenta no sistema de saúde, e as redes de atenção à família

contribuem para esta busca incessante para se modificar o quadro da saúde no país.

Desta maneira, a inserção de alunos do curso de medicina nestes programas de saúde e atenção à família podem auxiliar quanto ao estímulo do uso correto e adequado das medicações, orientações quanto aos benefícios de exercícios diários; incentivo aos hábitos saudáveis de vida, ensinamentos sobre curativos e imunizações, dentre outros. Nesta visão, percebe-se que o atendimento está centrado na pessoa e em sua família, sendo possível tratar quem já sofre de alguma enfermidade, enquanto se previne outras enfermidades que porventura poderão ocorrer no seio daquela família.

### **1.5 Aspectos Metodológicos**

O presente estudo é descritivo, qualitativo, com estudo de caso único; as técnicas de coletas de dados foram viabilizadas por questionários e pesquisa bibliográfica; e por fim, adotada a técnica de análise de conteúdo para os dados obtidos.

### **1.6 Estrutura da Dissertação**

A estrutura dessa pesquisa compreende sete capítulos, sendo este primeiro destinado ao projeto de pesquisa.

O segundo trazendo a retrospectiva histórica do SUS e Estratégia Saúde da Família.

O terceiro capítulo trata da caracterização da Residência de Medicina de Família e Comunidade e as contribuições para a prevenção e promoção de saúde facilitando a identificação do processo saúde-doença; e a relevância do Residente de Medicina de Comunidade e Família, com enfoque na longitudinalidade, buscando atendimento humanizado ao paciente.

O quarto capítulo irá analisar, à luz dos conceitos da administração, mais especificamente com o foco em estratégia de negócios, tanto o programa da residência médica quanto o papel e a atuação dos residentes.

O quinto capítulo destinado aos procedimentos metodológicos.

E o sexto capítulo é destinado às considerações finais, com recomendações para trabalhos futuros e limitações da pesquisa.

## **2 RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO SUS E ATENÇÃO BÁSICA**

Em um contexto de transição econômica, o Brasil apresentava um sistema de saúde excludente voltado para os trabalhadores. O sistema médico previdenciário teve início em 1923 durante a República Velha, até o ano de 1988 com a promulgação da Constituição Federal (CF). Assim, a preocupação política era impulsionar a economia e, conseqüentemente, os benefícios da assistência em saúde eram pautados e orientados para a mão de obra economicamente ativa, e sua família. Dessa forma, a CF/88 é o grande marco para a criação do Sistema único de Saúde (SUS) e marca então, um avanço de uma Medicina voltada para ações preventivas (COSTA; CARBONE, 2009).

### **2.1 SUS**

De acordo com a Constituição Brasileira, em seu artigo 196 (CF 88), todo cidadão tem direito à saúde, e este direito é garantido pelo governo através do Sistema Único de Saúde (SUS), e um conjunto de ações orientadas ao primeiro nível de atendimento, seja este individual ou coletivo (AGUIAR, 2011).

A saúde vai muito além da prestação direta da assistência, e é necessário se considerar os condicionantes e determinantes da saúde; trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais. Sendo assim, o SUS tem que se dedicar às ações de assistência às pessoas, ou seja, de promoção, proteção e recuperação da saúde (CARVALHO, 2013).

Para Lavras (2011), pode-se conceituar rede de atenção à saúde como uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que se serve, garantindo assim atendimento nos três níveis de complexidade básico, secundário e terciário.

Nesse sentido, para se obter um serviço eficaz de atenção à saúde se faz necessária uma integração dos sistemas de gestão clínico, administrativo e logístico, pois o diferencial do serviço de Atenção Básica (AB) à saúde é justamente fazer com que o paciente se trate preventivamente, e desta forma não necessite de tantos cuidados clínicos. Portanto, a população deve ser analisada para se identificar as necessidades básicas de saúde, avaliando-se as intervenções de saúde possíveis, estudando-se, através da gestão, quais medidas e modelos deverão ser adotados (LAVRAS, 2011).

Segundo Costa e Carbone (2009), o SUS está estruturado e organizado de forma hierarquizada, de comando único, por níveis de complexidade nos atendimentos primário, secundário e terciário. A organização contribui para busca da garantia da integralidade da assistência.

## **2.2 ATENÇÃO BÁSICA**

A Atenção Primária adquire ainda função de coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), objetivando a efetivação da atenção integral a partir da gestão de serviços organizados em Redes, conforme a Portaria 2488/11. O processo de trabalho das Unidades de Atenção Básica (AB) prevê: a territorialização; a implementação dos princípios da Programação em Saúde; o acolhimento com escuta qualificada, e classificação dos riscos; bem como a avaliação de necessidades/vulnerabilidades; ações educativas, domiciliares e Inter setoriais (MACEDO; MARTIN, 2014).

Brasil (2017) indica que a AB é o conjunto de ações de saúde voltadas para os contextos individuais, familiares e coletivos, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, efetivados pelas práticas de cuidado integrado e de gestão qualificada. Oficialmente, a AB é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS.

Segundo Kawashima (2011), o Ministério da Saúde (MS), antes de implementar o PSF, lançou o PACS (Programa de Atendimento à Saúde da

Comunidade), com o objetivo de reorganizar a prática de atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional, e tornando a família o alvo da saúde, com foco na prevenção das doenças. Tal suporte é feito por meio de agentes comunitários para que a população aprenda a se prevenir contra possíveis doenças.

Segundo Carvalho (2013), a atenção primária é baseada na promoção da saúde, que consiste em se atuar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde, através de capacitação para a comunidade aprimorar sua qualidade de vida e saúde; e outro pilar, que é a prevenção de doenças, e atuando com os riscos de se adoecer, além de ações para se proteger os indivíduos contra doenças específicas.

Almeida *et al.* (2013) afirmam que o SUS é pautado em três princípios primordiais doutrinários, e que devem ser contemplados em suas ações:

- Universalidade, que consiste no atendimento para todos;
- Equidade, que é o atendimento do paciente conforme a sua necessidade de saúde, e;
- Integralidade, que no cotidiano dos serviços se constitui a capacidade dos profissionais em responder ao sofrimento/adoecimento demandado pelos usuários, assim como, de modo articulado, identificar e ofertar, para cada situação singular, ações/procedimentos buscando a assistência em todos os âmbitos, na garantia de um atendimento de excelência.

Ainda de acordo com Almeida *et al.* (2013), a Atenção Primária se constitui em um *locus* privilegiado para a concretização da Integralidade, pois busca ações fundamentadas na proximidade e conhecimento do território adscrito, no acolhimento e no acompanhamento longitudinal aos usuários. Conseqüentemente, o processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) implica no planejamento e execução de ações a partir de um olhar atento para os determinantes sociais do processo saúde-doença, baseando-se na revisão contínua das suas atividades, em busca da promoção da máxima autonomia dos indivíduos.

O Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, tem, portanto, como propósito reestruturar o sistema de saúde, garantindo equidade nos atendimentos à população (AGUIAR, 2011).

De acordo com Brasil (2018) o Programa de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, ou seja, garantir uma maior resolução dos problemas.

Como dito anteriormente, o sistema de saúde brasileiro vive uma crise, e a atenção básica à saúde pretende minimizar os danos causados por esta crise, levando atendimento até as famílias, desafogando os postos de atendimento médico, que com uma demanda menor podem melhor atender seus pacientes. O programa de atenção básica à saúde, para chegar às famílias brasileiras, necessitou de uma modificação na gestão, tanto estadual quanto municipal, e uma delas foi a criação de uma equipe multidisciplinar, formada, segundo Brasil (2018), por médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. De forma ampliada podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Esta equipe faz o mapeamento e o cadastramento das famílias dentro de seu território de atuação, identificando os fatores de risco, fazendo um trabalho de orientação, levando em conta as diversidades pertinentes de cada população, lembrando que este sistema é a porta de entrada para o serviço público de saúde, com atribuições e obrigações no âmbito federal, estadual e municipal, exigindo assim um bom planejamento e uma gestão eficientes (GUSSO; LOPES, 2012).

Segundo Aguiar (2011), no caso da Atenção Básica (AB), há uma expectativa de que se defina uma direção para suas práticas, que seja simultaneamente, coerente com os princípios do SUS e com a realidade sócio sanitária do território. Nota-se que para se obter uma eficácia do programa de atenção à saúde da família é preciso se determinar onde se quer chegar, e de que maneira se irá chegar ao objetivo proposto. Apesar de haver uma padronização quanto à exigência de equipe mínima multidisciplinar e quanto ao modelo adotado, cada população, ou cada comunidade, para dar um ar mais restrito ao programa, possui problemas diferenciados e específicos. Por exemplo, em um estado no qual o esgoto corre a céu aberto, o trabalho será mais direcionado à prevenção e tratamento de doenças provocadas por este tipo de situação.

Com o decorrer do tempo, a atenção básica à família teve um avanço com resultados positivos, impulsionado pelo Pacto pela Vida em 2006, aumentando o alcance de famílias atendidas e diminuindo as incidências de casos como mortalidade infantil (GUSSO; LOPES, 2012).

Na história pode-se observar que a redução da mortalidade infantil foi quase duas vezes maior em municípios com altas coberturas da Estratégia Saúde da Família (redução de 22%) do que em municípios com baixa cobertura (redução de 13%), e o impacto da Saúde da Família foi maior em municípios com mais baixos IDH, ratificando o potencial dessa estratégia para a redução das iniquidades sociais em saúde no Brasil (GUSSO; LOPES, 2012).

Assim, observa-se que a preocupação com o atendimento às famílias tem trazido impactos sociais significativos, uma vez que as equipes multiprofissionais que atendem a estas populações têm recebido apoio de instituições educacionais, principalmente através dos estudantes de medicina, que contribuem para a eficácia do serviço prestado, expandindo o leque de pessoas atendidas. Não só a mortalidade infantil diminuiu, mas vários diagnósticos são feitos, descobrindo-se doenças no seu início, dando maior oportunidade de tratamento para as pessoas acometidas por diversas enfermidades (GUSSO; LOPES, 2012).

Com o surgimento posterior do programa de Saúde da Família (PSF), a necessidade contínua e abrangente de médicos voltados para a atenção familiar e primária, e a política hierarquizada do Sistema Único de Saúde, traz a especialidade para uma importância significativa nesta segunda década do século XXI, como alicerce e base para melhorias de todo Sistema Nacional de Saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi uma ferramenta posterior complementar ao Programa de Saúde da Família (PSF), que visou direcionar os fluxos e modernizar as equipes e atendimentos à comunidade. Conhecidamente desempenha papel social, coletivo e organizacional fundamental, com evidentes melhorias na qualidade de vida e de saúde da população, com menor custo e maior efetividade a comunidade (LIPPI; FLEXA, 2017).

Inicialmente restrito às poucas populações, atualmente no limiar dos anos 2020, as Estratégias de Família e Comunidade (ESF) apresentam diferentes resultados já comprovados de melhorias na qualidade de saúde. Dentre algumas notórias melhorias podem-se citar a ampliação da cobertura vacinal, com redução e erradicação de patologias anteriormente prevalentes; melhorias aos atendimentos de pacientes com imunodeficiência adquirida (Vírus HIV), com humanização do processo de prevenção e promoção à saúde, além de diagnósticos precoces, melhores terapêuticas e aumento considerável de sobrevivência desses pacientes; Redução importante no número de pessoas tabagistas, com estudos que apontam prevalências de 29% para 12% entre homens e de 19% para 8% entre mulheres, entre os anos de 1990 até 2015 (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). Tais evidências são elementos que apontam a necessidade de qualificação no atendimento, bem como nos investimentos e incentivos aos cuidados da atenção primária.

A ESF é uma modalidade de assistência que pode articular ações em redes de serviços locais ou regionais, mas utiliza tecnologia insuficiente na produção de atos de saúde para dar conta da diversidade e da complexidade das demandas na Saúde. Todavia, a rede de atenção à saúde pode possibilitar e permitir a orientação do processo de trabalho, em função de referências em níveis de atendimento de maior complexidade. Nesse sentido, a integralidade da atenção significa empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado, e dispor de

diferentes meios, segundo o grau de complexidade da atenção à saúde – baixa, média e alta complexidade.

Quanto a estas evidências positivas nos serviços prestados nas redes de atenção no sistema de saúde, Lavras (2011) apresentou os seguintes impactos sociais:

“Evidências do impacto das redes de atenção nos sistemas de saúde; reduzem a fragmentação da atenção; melhoram a eficiência global do sistema; evitam a multiplicação de infraestrutura e serviços; respondem melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhoram o custo e efetividade dos serviços de saúde; reduzem hospitalizações desnecessárias; diminuem o tempo de permanência hospitalar; produzem economias de escala e de escopo; aumentam a produtividade do sistema; melhoram a qualidade da atenção; produzem uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; A continuidade da atenção gera maior efetividade clínica; facilita a utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumenta a satisfação dos usuários; facilita o autocuidado pelas pessoas (LAVRAS, 2011, p. 22).

Na verdade, todos estes impactos sociais são de grande importância para a população, mas devem ser destacados dois aspectos; a redução de hospitalizações desnecessárias, e o autocuidado das pessoas. Com a crise que o Brasil tem vivenciado no sistema de saúde, há falta de leitos nos hospitais brasileiros (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018). O fato de se evitar internações desnecessárias auxilia para que o sistema não entre em colapso. Quanto ao autocuidado, nota-se que o programa de atenção à família trouxe uma educação para as pessoas atendidas, fazendo com que fiquem mais atentas aos sinais do corpo, e que saibam prevenir doenças que poderiam ser evitadas através do autocuidado (LAVRAS, 2011).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, possuem um papel estratégico na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012). Devido à importância deste sistema, faz-se necessário que seja administrado com eficiência e eficácia, o que requer a aplicação de conceitos da área de gestão.

Nesse sentido, uma gestão é fundamental para se controlar os processos. Tal conceito, subordinado ao campo da administração, vem ganhando novas

significações com o decorrer do tempo. A gestão também pode ser conceituada de maneira sistêmica, de natureza política, deixando claro que a gestão se inicia no âmbito local, e necessita de um controle e de uma hierarquia. Portanto, para que haja uma boa gestão, é importante identificar quais os atores envolvidos no processo, quem se deve gerenciar, quais as especificidades existentes, ou seja, deve-se elaborar um diagnóstico do que se quer gerenciar para que os caminhos sejam traçados de acordo com as necessidades encontradas (KAWASHIMA, 2011).

Sabe-se que os determinantes sociais de saúde (DSS) são fatores que estão diretamente relacionados com os problemas de saúde apresentados pela população; nos quais se observa uma correlação entre as condições socioeconômicas mais baixas, e uma maior determinação no surgimento de comorbidades marcadas pelo estilo de vida. Os DSS passam necessariamente por uma avaliação de valores. Tais elementos da saúde envolvem mais que meras desigualdades e implicam em um fracasso para se evitar ou se superar essas desigualdades que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas, e têm suas raízes na estratificação social (CARVALHO, 2013).

Ainda de acordo com Carvalho (2013), o acesso à Atenção Básica de forma integral tem o poder de atingir grande parte da população brasileira de regiões de baixa condição socioeconômica, de difícil acesso, e nas periferias das grandes cidades; contribuindo significativamente na promoção da saúde, prevenção de doenças e, conseqüentemente, reduzindo índices de morbimortalidade. A ESF apresenta-se como uma forma de concretização da assistência à população, de forma integral.

### 3 RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE COMUNIDADE E FAMÍLIA

Nos anos 1970 inicia-se o pioneirismo no desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil, com programas de residência em MFC no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Pernambuco. Neste período, gestores e até mesmo o meio acadêmico, pouco apoiaram essas iniciativas, o que posteriormente dificultou a implantação, a partir de 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) de forma robusta, devido à carência de profissionais com essa formação (TRINDADE; BATISTA, 2016).

Em 1976, surgem os primeiros programas de residência médica voltados especificamente para atenção primária (RODRIGUES *et al.*, 2017). Inicialmente chamados de Medicina Geral Comunitária, os municípios do Rio de Janeiro e Porto Alegre foram oportunizados com essa nova especialidade médica, ainda sem conhecimento por parte da maior parte da população técnica e geral.

Segundo Mello *et al.* (2009 p. 465-466) “os primeiros programas de residência em Medicina Geral Comunitária (MGC) iniciaram suas atividades em 1976, em Recife, Porto Alegre e Rio de Janeiro, os programas foram credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica”.

A MFC é uma especialidade médica reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) é eminentemente clínica e desenvolve, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde dirigidas a pessoas, famílias e comunidades. É o contato mais direto a realidade do paciente (CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009).

Os médicos de família são especialistas formados nos princípios da Atenção Primária, médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia; além de reconhecer sua responsabilidade profissional pela sua comunidade. Ao negociarem os planos de ação com os seus pacientes,

integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança resultante dos contatos repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. Fazem-no quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante às necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando o paciente, sempre que necessário, no acesso a esses serviços. Devem ainda responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros (WONCA, 2002).

A MFC no Brasil ainda é exercida predominantemente na atenção primária à saúde do SUS, foi reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981, no qual na época tinha o nome de Medicina Geral Comunitária, três anos após a Conferência de Alma-Ata, num contexto caracterizado pelo esforço de diversas nações e da Organização Mundial da Saúde na busca por saídas para a crise do modelo hegemônico de atenção à saúde, entendido como fragmentado, caro e ineficiente, extremamente curativista voltado para a cura das doenças de forma medicamentosa (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Ainda conforme Trindade e Batista (2016), nas últimas décadas observa-se uma baixa sintonia entre as instituições formadoras e o SUS, no que tange à necessidade-oferta de profissionais para a Atenção Primária à Saúde (APS), que consiste no primeiro nível de Atenção à saúde no SUS no nível hierárquico na prestação de assistência. Assim, a operacionalização da Reforma Sanitária, em especial da APS, prolongou-se por mais tempo que em países com sistemas de saúde orientados à esta assistência (Canadá, Cuba, Espanha, Portugal). Nestes países, já nos anos 1980 e 1990, regulamentou-se a formação médica especializada para a APS (residência médica definida como padrão-ouro de formação), estabeleceram-se percentuais mínimos para a Medicina de Família e Comunidade, que consiste na área específica da Medicina voltada para a assistência na Atenção Primária e obrigatoriedade de residência para incorporação ao sistema de saúde. Porém no Brasil, um dos entraves a este movimento internacional partiu das próprias escolas médicas que, até pouco tempo, insistiam numa continuidade da graduação.

Segundo Anderson, Demarzo e Rodrigues (2007) os preceitos, conceitos e direcionamentos relacionam-se aos da Atenção Básica, de forma que é reconhecida internacionalmente como a especialidade. Sendo assim, uma especialidade médica com potencial estruturante para os Sistemas Nacionais de Saúde, em especial, em cenário de crise e reforma sanitária, como o que vivenciamos em nível nacional e internacional, se torna essencial.

Considera-se características/atributos da MFC o primeiro ponto de contato médico com o sistema de saúde; coordenação da prestação de cuidados; abordagem centrada na pessoa, orientação para o indivíduo, família e comunidade; relação médico-paciente ao longo do tempo, o que caracteriza a longitudinalidade; processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade; gestão simultânea dos problemas, tanto agudos como crônicos, o que busca a resolução de até 80% das queixas dos pacientes; responsabilidade específica pela saúde da comunidade (CAVALCANTE NETO; LIRA; MIRANDA, 2009).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado para ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, com um território definido e uma população delimitada sob a sua responsabilidade, com o intuito de intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, e prestar assistência integral, permanente e de qualidade, incluindo a realização de atividades de educação e promoção da saúde (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

Com a ESF, a atenção básica à saúde brasileira cresceu nas últimas duas décadas possui em torno de 42 mil unidades básicas de saúde (UBS) que cobrem 72% do território nacional. O formato de equipe mais encontrado é a equipe de saúde da família, formada por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Considerando-se este modelo de reestruturação voltado para ações preventivas, e a importância que essa estratégia assume na organização da atenção à saúde da população brasileira, um questionamento surgiu de imediato: os

profissionais que estão se formando possuem o perfil para atuar na Estratégia Saúde da Família, numa visão integral de indivíduos, família e comunidade? (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

A expansão da atenção primária à saúde no Brasil não veio acompanhada de suficiente incremento na formação de médicos, e tampouco na quantidade de especialistas em medicina de família. Assim, pode-se constatar um gargalo histórico no preenchimento das vagas para médicos nas equipes. Mesmo com a implantação do programa Mais Médicos, que consiste em um programa para contratação de médicos para trabalhar na atenção primária, e que alocou 18 mil novos profissionais para atenção primária à saúde desde 2013, a maioria estrangeiros, ainda é frequente encontrar postos de trabalho médico ociosos (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica reconheceu a especialidade como parte dos programas de Residência Médica, sendo então criada no ano de 1986 a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, que posteriormente receberia o nome de Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), entidade que representa a especialidade até os dias atuais (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Conforme Castro *et al.* (2014), no Brasil o Ministério da Saúde utiliza a ESF para a expansão da Atenção Primária à Saúde e, portanto, para a reorientação do SUS; o financiamento da ESF vem crescendo, e também o número de equipes implantadas. Da mesma forma, vem crescendo, conjuntamente com a ESF, a necessidade de formação de Médicos de Família e Comunidade (MFC) capacitados para atuar na Estratégia, sendo este hoje um dos grandes desafios para a consolidação de uma APS de qualidade.

Assim, a Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade (SBMFC) considera que a formação (do MFC) deve inspirar-se em um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico paciente, com foco na família, e orientada para a comunidade, levando em consideração o primeiro contato, o

vínculo, a continuidade, e a integralidade do cuidado na atenção à saúde (CASTRO *et al.*, 2014).

Com a preocupação na formação de especialistas, a Medicina de Família e Comunidade é uma das áreas estratégicas no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, com foco no fortalecimento da AB. De forma mais abrangente a partir de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) estabelece a universalização do acesso à residência médica e a necessidade de realização de um a dois anos do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) como pré-requisito para inserção em boa parte dos demais programas de residência médica, induzindo assim a necessidade de maior ampliação dos PRMFC. A intenção é a capacitação de uma forma mais específica, pois a grade curricular do MFC, além de completa, leva o médico a uma formação multidisciplinar (SOARES *et al.*, 2018).

Não se pode usar um modelo único de gestão nestas unidades, uma vez que os problemas apresentados são diferenciados, o perfil dos habitantes das localidades atendidas não é o mesmo, e o gestor deverá ter a sensibilidade de encontrar caminhos para uma gestão dinâmica e eficaz dentro dos problemas a serem solucionados naquela região (AGUIAR, 2011).

A Medicina de Família e Comunidade consiste na especialidade médica que presta assistência de forma continuada, integral e abrangente para as pessoas, suas famílias e comunidade em geral, além do acesso do médico ao domicílio, o que permite um contato maior com o contexto socioeconômico (GUSSO; LOPES, 2012).

Assim, a formação acadêmica do médico está ligada diretamente ao ensino das competências necessárias ao profissional que inicia sua prática profissional, e tem como principal campo de oferta de trabalho a Estratégia Saúde da Família (ESF) (CASTRO; NÓBREGA-TERRIEN, 2009).

Segundo Mello *et al.* (2009) no geral, o médico do PSF tem uma autoimagem profissional positiva e grande identificação com sua clínica; porém, sujeito a alguns ressentimentos comuns como excesso de carga de trabalho; baixa

remuneração e baixo *status* social e profissional; precariedade de vínculos trabalhistas; baixa integração com os demais níveis de complexidade; dificuldade de trabalho em equipe multiprofissional e na delimitação dos próprios papéis.

Segundo Anderson, Demarzo e Rodrigues (2007) com base nos princípios, conceitos e recomendações internacionais formalizados pela Organização Mundial dos Médicos de Família, a especialidade de Medicina de Família e Comunidade tem por objetivos:

- Atuar, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primária, a partir de uma abordagem biopsicossocial e existencial do processo saúde-doença;
- Desenvolver áreas integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde, no nível individual e coletivo;
- Priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o acesso, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde;
- Coordenar os cuidados de saúde prestados ao indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, outros especialistas ou níveis e setores do sistema, mantendo o vínculo;
- Atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade, no âmbito da Atenção Primária da Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de gênero ou faixa etária;
- Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas as necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação;
- Estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade;
- Desenvolver novas tecnologias em APS e habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de autoaprendizagem dos indivíduos;
- Desenvolver a capacidade de atuação médica humanizada relevando seus aspectos científicos, éticos e sociais.

Assim, com esse compilado de características como elementos de apoio, é possível que o médico residente em MFC possa desempenhar a essência da proposta pela atenção básica, fortalecendo sua efetividade.

Conforme Mello *et al.* (2009), a residência de MFC sofre forte viés, sendo o maior deles a carência quase absoluta de estudos que delimitem a MFC como seu objetivo, de modo que as informações disponíveis sobre o médico de família perdem muito em especificidade e também a natureza qualitativa dos dados disponíveis, o que não permite uma generalização mais ampla e imediata a outros contextos.

O número crescente de médicos de família com excelência de formação é demandado para suprir e estabilizar atenção básica, em busca do cuidado integral previsto pelos princípios do SUS. Esta demanda somente poderá ser suprida por meio da motivação e da excelência do ensino na graduação, residência médica e fortalecimento das atividades de extensão universitária e pesquisas na área. Para que isso ocorra, serão necessários investimentos em estudos mais aprofundados e específicos sobre a formação e carreira em MFC, afim de garantir melhorias contínuas (MELLO *et al.*, 2009).

Segundo Cavalcante Neto, Lira e Miranda (2009) a consolidação da MFC como especialidade médica na trajetória brasileira foi fortalecida pela necessidade de reorganização do sistema de saúde, e assim de adequação dos currículos profissionais.

### **3.1 Relevância do Residente de Medicina de Comunidade e Família**

O Brasil é um país marcado de dimensões continentais e com forte desigualdade socioeconômica entre as diversas regiões e estratos da sociedade. Possui um modelo federativo que confere importante autonomia a estados e municípios na gestão e controle de suas políticas públicas, o que favorece a existência de uma heterogeneidade na forma como se expressam no território. Então o país possui um sistema de saúde público e de acesso universal, o SUS (COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Observa-se a necessidade de mudanças na educação médica, principalmente no que se refere à aproximação das necessidades de saúde da população. Conforme a Lei nº. 6.932/1981 a residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada aos médicos, sob a forma de cursos de especialização, e é caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Estes são os preceptores que tem a função da contribuição da formação teórica e prática destes residentes. Sendo assim, a formação de docentes tutores e preceptores para programas de residência em MFC também é um desafio, pois eles são considerados modelos e responsáveis pelo caráter formativo para alunos e residentes (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

A atenção primária em saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população. Vários estudos comprovam que países que possuem sistemas organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos, e maior equidade na oferta de serviços (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Quanto a estas evidências positivas nos serviços prestados nas redes de atenção no sistema de saúde, Lavras (2011) apresentaram os seguintes impactos sociais como evidências do impacto das redes de atenção nos sistemas de saúde;

reduzem a fragmentação da atenção; melhoram a eficiência global do sistema; evitam a multiplicação de infraestrutura e serviços; respondem melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhoram o custo efetividade dos serviços de saúde; reduzem hospitalizações desnecessárias; diminuem o tempo de permanência hospitalar; produzem economias de escala e de escopo; aumentam a produtividade do sistema; melhoram a qualidade da atenção; produzem uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; a continuidade da atenção gera maior efetividade clínica; facilitam a utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumentam a satisfação dos usuários; facilitam o autocuidado pelas pessoas (LAVRAS, 2011).

Na verdade, todos estes impactos sociais são de grande importância para a população, mas deve-se destacar dois aspectos; a redução de hospitalizações desnecessárias, e o autocuidado das pessoas. Com a crise que o Brasil tem vivenciado no sistema de saúde, há falta de leitos nos hospitais brasileiros (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018).

Há evidências de que sistemas de saúde são mais efetivos, eficientes e equânimes quanto mais potentes é sua APS. Nesse contexto, também há evidências de que a APS é mais efetiva na presença do médico especializado em APS, ou seja, do Médico de Família e Comunidade. Assim, torna-se fundamental garantir investimentos sólidos e permanentes na expansão e qualificação da APS, no desenvolvimento da força de trabalho voltada para este nível de atenção, e na provisão e fixação de MFC em todo o SUS. Conseqüentemente, em um sistema de saúde fragmentado e com sérios problemas de efetividade e eficiência, como é o caso brasileiro, a APS qualificada e com forte presença da MFC se impõe como eixo estruturante para a qualificação das políticas públicas em saúde, pois é a garantia da realização dos princípios doutrinários do SUS, bem como a garantia de uma assistência qualificada e resolutiva (SARTI; FONTENELLE; GUSSO, 2018).

Os Programas de Residência Médica (PRM) são considerados o “padrão-ouro” para essa formação, pois não incluem somente uma suficiente carga horária de prática supervisionada, mas também a adequada orientação teórica. É válido ressaltar ainda que, no âmbito da AB, os Programas de Residência Médica em

Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) são de excelência, no sentido de formar profissionais que deverão ocupar cada vez mais espaços de atividades docentes e de pesquisa, o que garante uma busca por atualizações e melhorias contínuas para a execução da assistência (CASTRO *et al.*, 2014).

Segundo Anderson, Demarzo e Rodrigues (2007) a residência de MFC deve conduzir diretamente as competências nucleares do médico de família. As características da disciplina referem-se as aptidões que todos os especialistas de MFC devem dominar estas agrupam-se em seis categorias independentes:

1. Gestão em Cuidados Primários inclui a capacidade para: gerir o contato primário com os pacientes; abranger os problemas de saúde; e coordenar os cuidados com outros profissionais;

2. Cuidados centrados na pessoa inclui a capacidade para: adotar uma abordagem centrada na pessoa ao lidar com os pacientes e os seus problemas no contexto das circunstâncias do paciente;

3. Aptidões para a resolução de problemas específicos inclui a capacidade para relacionar os processos específicos;

4. Abordagem abrangente inclui a capacidade para gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias;

5. Orientação comunitária inclui a capacidade para conciliar as necessidades de cada paciente e as necessidades de saúde da comunidade em que ele vive, de acordo com os recursos disponíveis;

6. Abordagem holística inclui a capacidade para usar um modelo biopsicossocial levando em conta as dimensões cultural e existencial.

Assim, tais características irão mediar a busca do residente a fim de garantir a excelência da assistência prestada e, conseqüentemente, os princípios doutrinários do SUS e da atenção primária serão atingidos.

Para o avanço e fortalecimento da Atenção Básica, há a necessidade de médicos para equipes de ESF, em especial com formação em MFC. Então foram lançadas as políticas de provimento emergencial do Governo Federal a partir de 2013 o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB e

PMM. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) reconheceu o momento como estratégico, pois a APS foi pautada, pela primeira vez, no centro da agenda política nacional (TRINDADE; BATISTA, 2016).

Ainda complementam Trindade e Batista (2016) que estes programas alternativos e estratégicos do Ministério da Saúde eram vistos como políticas de provimento focadas na dificuldade crônica de municípios do interior e das regiões periféricas das grandes cidades, em terem médicos em suas equipes. Porém, essas estratégias podem configurar-se como uma “faca de dois gumes”, pois causam dependência: seu potencial formador é fraco e, de forma adicional, os envolvidos nessas estratégias reivindicam menos, por melhores condições de estrutura. Sendo assim, a SBMFC já alertava que estas medidas emergenciais deveriam vir acompanhadas de política consistente e efetiva para a melhoria da qualidade dos serviços, de sua infraestrutura, da qualificação da rede de atenção e dos serviços de apoio ao diagnóstico e à terapêutica, e que deveriam associar-se às políticas para outros profissionais (não só médicos), de modo a se fortalecerem todos os atributos da APS; e conseqüentemente, se aumentar o potencial assistencial da AB.

O fortalecimento de vínculos com a comunidade e maior segurança no atendimento à população – com a ampliação do olhar clínico do médico para o indivíduo, dentro do contexto familiar, e não somente para a doença – são qualidades importantes no médico de família. Estas mudanças de atitude que, segundo os depoimentos, os residentes adquiriram após o ingresso no curso, é fato muito positivo na avaliação dessa residência (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

A longitudinalidade é um princípio imprescindível na Estratégia Saúde da Família, visto que é o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, por profissionais da equipe de atenção primária em saúde (APS) em todos os níveis do ciclo da vida, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. O conhecimento do paciente proporciona responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente; assim, tende-se a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários

para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A "continuidade do cuidado" é utilizada de forma semelhante ao de longitudinalidade; porém possuem significados diferentes. A continuidade do cuidado está relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo. E a longitudinalidade consiste no acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Então, a residência em MFC representa uma das grandes políticas do SUS para atender, continuamente, à necessidade de médicos qualificados nos serviços, sendo uma oportunidade para que gestores municipais de saúde invistam na formação dos seus profissionais, aliada à expectativa de provimento em longo prazo. Dessa forma, a Atenção Básica necessita de profissionais que acreditam e coloquem em prática as suas diretrizes, uma vez que o modelo é o grande responsável pelo sucesso e assistência no SUS (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

A MFC proporciona para o residente um potencial transformador, tanto no âmbito da prática quanto na formação acadêmica, e no desenvolvimento de pesquisas, contribuindo para uma maior efetividade dessas áreas, inspiradas em bases mais humanas e comunitárias. Também tem assumido papel relevante, principalmente na promoção de atenção integral de saúde (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

A insuficiência e a má distribuição de médicos no território nacional é fato percebido há muito tempo por gestores, estudiosos, trabalhadores e usuários. A proporção desses profissionais por habitante é menor do que a necessidade da população, e há também má distribuição no território nacional, sendo mais escassos em áreas com populações menos favorecidas e distantes, no país. Assim, essa escassez favorece a dificuldade da aplicabilidade do SUS, visto que é necessário

mão-de-obra suficiente para o funcionamento adequado (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

Sendo assim, Castro e Nóbrega-Therrien (2009) enfatizam que os programas de residência de medicina de família e comunidade surgem como propostas de qualificação para os profissionais que preferencialmente já atuam na Estratégia Saúde da Família, com abordagem metodológica capaz de induzir as desejadas mudanças na prática médica, voltadas para a essência dos princípios da Atenção Primária.

#### **4 CONCEITOS DA ADMINISTRAÇÃO: O PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MÉDICA E O PAPEL E A ATUAÇÃO DOS RESIDENTES**

A Atenção Básica é uma reorientação no modelo assistencial de saúde proporcionado pelo SUS, inclusive com a ampliação da cobertura e implementação de novas políticas a população. Porém, melhorar a qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção ainda é um desafio. A relação entre a longitudinalidade/vínculo longitudinal é oportuna e deve ser almejada e avaliada; juntamente com a continuidade do cuidado que contribui no âmbito geral na diminuição da taxa de internações e maior satisfação do paciente. Assim, ocorre uma revalidação dos princípios doutrinários e organizativos propostos pelo Sistema Único de Saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Neste contexto globalizado, o mercado vem sofrendo cada vez mais mudanças. Para sobreviver a tantas mudanças, as empresas precisam estar preparadas, pois é necessário muito planejamento e análise de mercado. A todo momento surgem novos negócios e ideias, mas é preciso uma pesquisa detalhada, objetivos e meios bem definidos para alcançá-los, antes de se iniciarem efetivamente suas operações, para assim garantir maior assertividade e sucesso nas tomadas de decisões. Para este propósito é realizado um plano de negócios, que é o detalhamento das principais estratégias, processos, estruturas que viabilizam a abertura e continuidade de um empreendimento (CRUZ; SILVA; VENDRAME, 2015). Assim, a estratégia é a aplicação de forças em larga escala contra algo contrário. Com origem no campo militar, o conceito pode ser transposto ao meio empresarial na seguinte forma: estratégia é a mobilização de todos os recursos da empresa no âmbito nacional ou internacional visando a atingir objetivos em longo prazo. E já a tática é um esquema específico de emprego de recursos dentro de uma estratégia geral (CRUZ; SILVA; VENDRAME, 2015).

Ainda segundo os autores, o plano de negócio é uma descrição que mostra o que deve ser feito e como deve ser feito para que os objetivos almejados pela empresa sejam conquistados, de modo que não sejam cometidos erros no mercado. Assim, traça-se um caminho com estratégias para a busca pelo êxito.

O conceito de estratégia está vinculado à ideia de antecipação de cenários e planos de ação a serem desencadeados neles. A ideia de estratégia deliberada é aquela na qual a empresa antecipa os acontecimentos do meio ambiente e desenvolve um plano de ação prévio para responder a esses eventos de forma a maximizar os seus resultados; e já as estratégias emergentes ocorrem diariamente nas empresas e representam o filtro entre o planejamento formal e os caminhos a serem trilhados no curto prazo e são fundamentais para as estratégias de longo prazo da organização (BORGES JR.; LUCE, 2000).

Segundo Mintzberg *et al.* (2010), o planejamento é uma necessidade e sem este a empresa torna-se completamente impossível de manter. Nesse sentido, as escolas da Administração contribuem cada uma na sua essência para a sobrevivência das organizações, como a escola do design, que concebe o planejamento como um processo de concepção; a escola do planejamento, que fala que o planejamento é predominantemente um processo formal; a do posicionamento, como um processo de análise; a escola empreendedora, que destaca o processo de formulação de estratégia como um processo de visão ou visionário; a escola cognitiva, que se preocupa com os aspectos mentais do planejamento e a formulação estratégica como um processo mental; a escola do aprendizado, que aborda a formulação da estratégica como emergente; a escola do poder, que diz que a formulação da estratégia é um interesse entre partes e um processo de negociação; a escola cultural, no qual o planejamento é um processo subordinado ao coletivo; a escola ambiental, onde este processo é de resposta ao ambiente; e por fim a de configuração, que diz ser a estratégia caracterizada por mudanças.

Segundo Cruz, Silva e Vendrame (2015), o insucesso dos empreendimentos, na maioria das vezes, está relacionado com a falta de um planejamento constante e eficaz, com uma análise realista do mercado, que provavelmente aumentaria as chances de sobrevivência, pois o planejamento é essencial para que uma empresa possa se manter competitiva no mercado. Observa-se que o problema é que nem sempre os administradores e/ou empreendedores utilizam as ferramentas administrativas disponíveis, ou as utilizam precariamente, talvez por falta de conhecimento de como utiliza-las, ou por

desconhecerem a sua real importância, ou até mesmo, pelo fato do brasileiro preferir errar e aprender com os erros, do que planejar. O plano de negócio é uma ferramenta fundamental para o aumento da probabilidade do sucesso do negócio. Nele, é feita uma análise de viabilidade econômica e financeira do negócio, diminuindo-se assim os riscos inerentes e vulnerabilidades, e explorando-se as potencialidades do negócio; é uma realidade determinante para o sucesso, pois é através do mesmo que nascem às grandes empresas.

A análise dos mercados e da competição e o entendimento da posição relativa de cada empresa em sua indústria ou segmento produtivo são elementos primordiais no processo de formulação da estratégia (PORTER, 1980). Assim, o plano de negócios deve ser estruturado de modo que forneça subsídios e informação para os gestores, e que estes possam aplicar conhecimento e se empenharem para desempenhá-lo. Então através do plano é possível concretizar a estratégia organizacional e garantir a sobrevivência da empresa.

Quando se trata do setor público, e ainda mais da gestão de serviços de saúde, o que se verifica é uma prática complexa em função da amplitude desse campo, e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos que nem sempre são convergentes. E assim, com a descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), essa complexidade torna-se mais evidente, uma vez que os municípios brasileiros apresentam particularidades, necessitando de modelos de gestão diferenciados (DALFIOR *et. al.*, 2016).

O planejamento estratégico é uma ferramenta viabilidade e manutenção da empresa. Existem dois métodos de planejamento estratégico no setor público o burocrático e o integrativo ou humanístico. No modelo burocrático as ordens, sugestões e planejamento emanam de cima, com pouca ou nenhuma participação das bases da pirâmide. E no modelo integrativo, o participante, como indivíduo, se afirma perante os administradores e deixa de ser uma parcela impotente que não tem participação ativa no processo (de planejamento). Assim observa-se um sistema às vezes, pouco efetivo no ponto de vista estratégico em meio a um contexto globalizado atual (SOBREIRA NETO; HOURNEAUX JUNIOR; POLO, 2006).

Observa-se que a preocupação com a preparação profissional daqueles que cuidam da saúde da população é uma constante na história da humanidade. Desde a época mais antiga, nas tribos primitivas, os candidatos a exercerem a função de pajé eram cuidadosamente selecionados e treinados. Em seus primórdios, como aconteceu com o aprendizado da maioria das ocupações, o ensino da atividade de curar começa de maneira informal, com o treinamento profissional orientado por um prático. Atualmente, aprimoraram-se as técnicas do aprendizado, porém permanece a figura da preceptoria/tutoria na capacitação dos graduandos ou residentes (BOTTI; REGO, 2007).

A lógica tradicional dos modelos de gerenciamento, nos serviços de saúde, ainda carrega traços do taylorismo, em que o poder está centralizado em chefes, no controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica etc.), e no comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário, relatórios etc.), na elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento e na quase ausência de comunicação, tanto entre serviços em relação horizontal de poder quanto entre os distintos níveis hierárquicos. A implementação de políticas públicas mostrou-se como um campo amplo, representado por redes complexas e compostas por diferentes atores, em um processo de aprendizado no qual esses atores pactuam e articulam-se entre si, uma vez que, nesse processo, também se criam novas formas de fazer (DALFIOR, 2016).

Segundo Botti e Rego (2007), nos dias atuais profissionais responsáveis pela formação médica vêm recebendo diferentes denominações, entre as quais preceptor que consiste no professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática; o supervisor tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em seus próprios ambientes clínicos; o tutor é o profissional que orienta a formação de profissionais já graduados e que atuam no sistema de saúde; e mentor tem o papel que ultrapassa a orientação para estudo, ele assessora o jovem na realização dos objetivos pessoais. Cada um desses termos significa uma grande variedade de funções, intervenções e atividades ligadas à educação médica, tanto na graduação como na residência. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por exemplo, em sua Resolução 005 de 2004,

referiu-se à função como sendo preceptoria/tutoria, ou seja, assumiram que há uma equivalência entre as duas denominações. Especificamente na residência médica, muito se tem discutido sobre competências essenciais que deem maior efetividade ao processo de formação, melhorando os resultados dessa modalidade. Esse foco garante maior capacitação dos profissionais residentes e assim, assegura melhor atendimento aos pacientes.

No setor público os recursos são limitados. Na área de saúde este cenário não é diferente. O Estado deve fazer escolhas ótimas para gerir a oferta de ações e serviços de saúde no intuito de aumentar os resultados à população em termos de longevidade e de qualidade de vida. Assim, a análise econômica torna-se uma ferramenta importante para se definir alternativas eficientes na gestão, em saúde. A eficiência em saúde é entendida como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado. Então, é observado que em um mundo de falta de recursos, a assistência à saúde deve ser gerida de forma a garantir o que realmente é importante para uma boa assistência (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015).

Para se garantir uma boa assistência e sobreviver ao ambiente de negócios turbulento e dinâmico e à competição global do mercado, as empresas devem ter reações cada vez mais rápidas, sempre direcionando suas ações de forma a manterem-se firmes aos seus objetivos estratégicos. Assim, existem os indicadores de desempenho que são elaborados no sentido de auxiliar os gestores a tomar decisão e a avaliar a performance de uma unidade de negócio e redirecionar seus investimentos, de forma rápida estratégica e eficaz (FERREIRA *et al.*, 2008).

Na área da Atenção Básica, o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde da Atenção Primária (IDSUS-AP) foi utilizado como medida de desempenho dos municípios brasileiros, e disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2012. Este é composto por indicadores de acesso e efetividade da atenção primária, a partir dos dados do período de 2007-2010. São dez indicadores que caracterizam o IDSUS-AP, sendo três referentes a acesso: cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária; cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal; e proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo

sete consultas pré-natal. Os outros sete se referem à efetividade como a proporção de internação sensível à atenção primária; taxa de incidência de sífilis congênita; proporção de cura de novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera; proporção de cura de novos casos de hanseníase; cobertura com vacina tetravalente em menores de um ano; média da ação de escovação dental supervisionada; e proporção de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos. Estes índices constituem-se em uma das ferramentas utilizadas para se garantir a efetividade da Atenção Primária, que é atualmente a porta de entrada do SUS (DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015).

A Atenção Primária à Saúde e o nível de complexidade são peças chaves para a melhora dos indicadores de saúde de uma dada população, e funciona como porta de entrada do sistema de saúde, ofertando serviços próximos ao local de moradia, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença. Estatisticamente, a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população, e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde, além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário. O SUS incorpora esses princípios através da sua legislação, e reconhece que é a partir dos valores e demandas da atenção primária que o planejamento de suas ações deve ser feito, ou seja, o planejamento ascendente (CAMPOS *et al.*, 2015).

Campos *et al.* (2015) complementam que apesar dos inúmeros avanços obtidos nesse processo de ampliação da APS, constata-se que existem dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Na prática, priorizam-se ações curativas e condições agudas, centradas na atuação do médico a partir da demanda, e não nas reais necessidades dos usuários. Aliado a isso, existem lacunas assistenciais, financiamento público insuficiente, distribuição inadequada dos serviços, com importante grau de trabalho precário e carência de profissionais para concretizar as propostas da ESF. Então, todos esses *déficits* contribuem diretamente para a falta de funcionamento, de maneira adequada, da atenção básica.

Observa-se no Brasil que o perfil dos médicos e enfermeiros que atuam na ESF no Brasil necessita de maior aprimoramento técnico-científico. Assim, salienta-se a importância dos processos de qualificação para esta nova tendência na assistência e cuidados de promoção à saúde. Tal fato é evidenciado pela alta rotatividade de médicos e enfermeiros atuantes na ESF, com uma tendência de aumento desta rotatividade à medida que são implantadas mais equipes da ESF. Como principais causas o vínculo precário na contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor, e realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política. Sendo assim, não há um comprometimento por parte de todos para que aconteça o verdadeiro funcionamento dos princípios da Atenção Básica (NOBREGA-THERRIEN *et al.*, 2015).

Segundo Nabuco *et al.* (2019) é válido ressaltar que o Médico de Família e Comunidade é sempre um defensor do trabalho em equipe, do respeito às atribuições de cada profissional e da valorização da atuação clínica dos demais profissionais, sobretudo do profissional enfermeiro na prática assistencial. Assim, a proposta do modelo tradicional médico-centrado no paciente é muito válida, considerando essa atenção para as suas necessidades, por meio de práticas democráticas de gestão em uma clínica qualificada, humanizada e respeitosa.

De maneira análoga, é evidente que todos os avanços aqui rememorados receberam equivalente contribuição de outras categorias, irmanadas à MFC na construção de um SUS justo, universal, equânime, qualificado e resolutivo. Ressalta-se a indispensabilidade e protagonismo da MFC para a construção e qualificação da rede de atenção e de formação de recursos humanos em saúde, sem que isso apague a importância das demais categorias, lembrando que muitos desafios já foram ultrapassados. Tentativas de desmonte de serviços e retirada de direitos dos cidadãos brasileiros estão em curso, a cassação da democracia ronda o País mais uma vez. A MFC não teme desafios, estará sempre presente na defesa e na construção de um Sistema de Saúde efetivo e de um Brasil justo, até porque é uma residência que congrega a doutrina e a organização da Atenção Primária, colocando o indivíduo como alvo principal do cuidado (NABUCO *et al.*, 2019).

Quadro 1 – Contribuições dos autores

Principais resultados	Literatura
<p>Descrever o Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a Atenção Primária</p>	<p>De acordo com a Constituição Brasileira, em seu artigo 196 (CF 88), todo cidadão tem direito à saúde, e este direito é garantido pelo governo através do Sistema Único de Saúde (SUS), e um conjunto de ações orientadas ao primeiro nível de atendimento, seja este individual ou coletivo (AGUIAR, 2011).</p> <p>Brasil (2017) indica que a AB é o conjunto de ações de saúde voltadas para os contextos individuais, familiares e coletivos, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, efetivados pelas práticas de cuidado integrado e de gestão qualificada. Oficialmente, a AB é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS.</p>
<p>Caracterizar a Residência de Medicina de Família e Comunidade, e listar as contribuições para a prevenção e promoção de saúde, facilitando a identificação do processo saúde-doença</p>	<p>Nos anos 1970 inicia-se o pioneirismo no desenvolvimento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil, com programas de residência em MFC no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Pernambuco (TRINDADE; BATISTA, 2016).</p> <p>Os médicos de família são especialistas formados nos princípios da Atenção Primária, médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia; além de reconhecer sua responsabilidade profissional pela sua comunidade (WONCA, 2002).</p> <p>Observa-se a necessidade de mudanças na educação médica, principalmente no que se refere à aproximação das necessidades de saúde da população. Conforme a Lei nº. 6.932/1981 a residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada aos médicos, sob a forma de cursos de especialização, e é caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).</p>
<p>Analisar, à luz dos conceitos da administração, mais especificamente com o foco em estratégia de negócios, tanto o programa da residência médica quanto o papel e a atuação dos residentes, no município em estudo</p>	<p>A relação entre a longitudinalidade/vínculo longitudinal é oportuna e deve ser almejada e avaliada; juntamente com a continuidade do cuidado que contribui no âmbito geral na diminuição da taxa de internações e maior satisfação do paciente. Assim, ocorre uma revalidação dos princípios doutrinários e organizativos propostos pelo Sistema Único de Saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).</p> <p>Quando se trata do setor público, e ainda mais da gestão de serviços de saúde, o que se verifica é uma prática complexa em função da amplitude desse campo, e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos que nem sempre são convergentes (DALFIOR <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>A MFC não teme desafios, estará sempre presente na defesa e na construção de um Sistema de Saúde efetivo e de um Brasil justo, até porque é uma residência que congrega a doutrina e a organização da Atenção Primária, colocando o indivíduo como alvo principal do cuidado (NABUCO <i>et al.</i>, 2019).</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Segundo Nobrega-Therrien (2015), a solução para os impasses no campo da saúde não será encontrada apenas nos projetos de mudança na educação médica, dependendo muito mais da maneira como a sociedade encara a construção

da saúde. No entanto, mesmo não dependendo da capacitação médica; esta é uma tarefa que garante a aplicabilidade dos princípios e a essência da Atenção Básica. O residente de MFC vivencia na prática todo o funcionamento prévio, e adquire experiência para desempenhar não somente tecnicamente, mas com amor ao serviço desempenhado.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipologia, natureza e técnicas de pesquisa**

Este estudo é do tipo descritivo, qualitativo, com estudo de caso único; as técnicas de coletas de dados foram viabilizadas por questionários e pesquisa bibliográfica; e pôr fim, a técnica de análise de dados foi do tipo conteúdo, com base na classificação de tipologia de Gil (2010).

A pesquisa descritiva consiste no estudo que objetiva realizar análise teórica e empírica de um determinado fato ou fenômeno, descrever as características de determinada população, relacionando as variáveis, tempo, idade, sexo, dentre outras, podendo fazer uso de dados secundários de varias fontes. E a revisão bibliográfica promove o embasamento teórico realizado através de jornais, revistas livros, dissertações, CDs, material disponível na *internet* dentre outros, ou seja, elaborado com base em materiais já publicados (GIL, 2010).

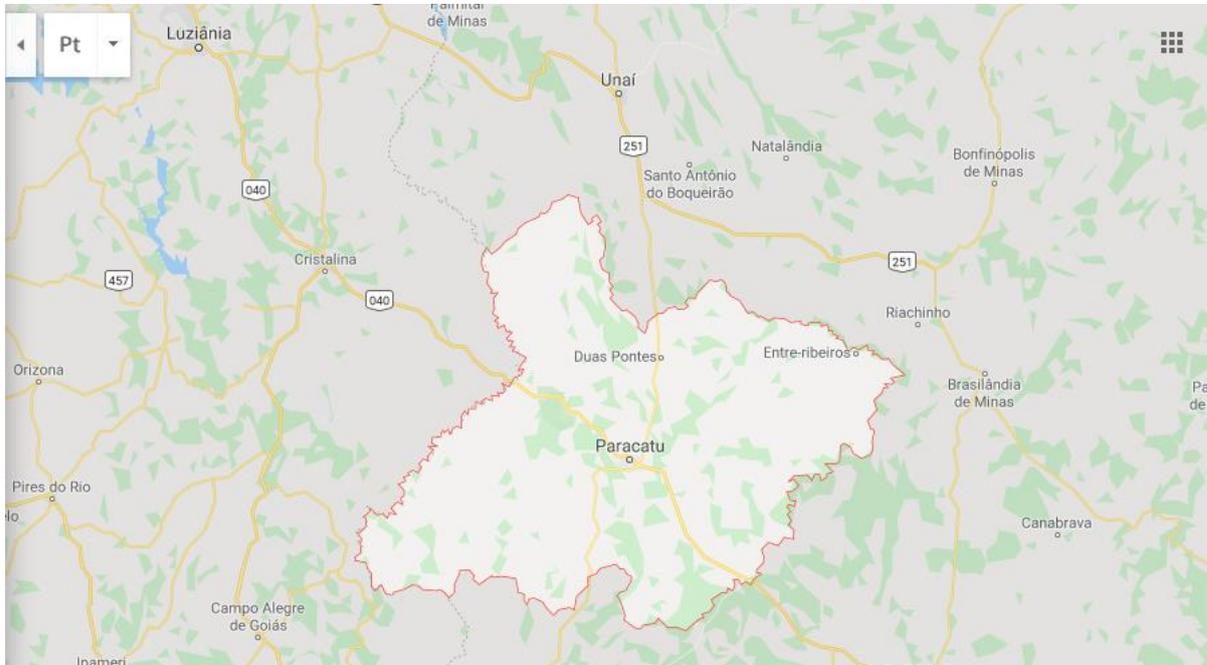
Segundo Augusto *et al.* (2013), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo. Assim, seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. Nesse contexto, o pesquisador atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles; o que torna importante para esse tipo de pesquisa a descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem, garantindo averiguar de forma mais próxima os sentimentos transmitidos pelos envolvidos na pesquisa.

### **5.2 Definições da unidade de análise**

O município de Paracatu pertence à unidade federativa de Minas Gerais, localizado na mesorregião do Noroeste de Minas, a 40 km da divisa com o Estado de Goiás – GO, possui 8.229,592 km<sup>2</sup> de área territorial. O Município faz divisa com as seguintes cidades oeste: Ipameri/GO, Cristalina/GO, Campo Alegre de Goiás/GO

e Catalão/GO; norte: Unaí/MG; sul: Guarda-Mor/MG e Vazante/MG; e leste: João Pinheiro/MG e Lagoa Grande/MG (IBGE, 2019).

**Figura 1** – Localização geográfica do município de Paracatu-MG



Fonte: IBGE, 2019.

O município de Paracatu pertence à Gerência Regional de Saúde Região de Saúde de Unaí e a Região Ampliada de Patos de Minas. Possui 16 (dezesesseis) equipes de Saúde da Família, apresentando cobertura de Atenção Básica de 60,00 %, considerando a Estratégia Saúde 21 da Família com o mesmo percentual. Em relação à saúde bucal a cobertura é de 42,31 %, e se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de 3,76 %. Paracatu possui uma equipe de saúde bucal inserida na ESF e três postos de saúde localizados na zona rural, sendo: Posto de Saúde do São Sebastião, Morro Agudo e Lagoa de Santo Antônio (PARACATU, 2017).

O cenário escolhido para a execução do trabalho foi à cidade de Paracatu/MG, que possui quatorze Programas de Saúde da Família. O recorte feito para o estudo do tema proposto será a Estratégia Saúde da Família da Bela Vista situado a rua da Boa Vista, 629-705, Paracatu/MG, 38600-000; unidade que possuem residentes atuantes do Programa de Medicina Família e Comunidade e foi

a unidade que foi campo da minha residência e faz parte até hoje do meu cenário de trabalho.

**Figura 2 – ESF Bela Vista – Paracatu/MG**



Fonte: Acervo do autor.

Ainda de acordo com Paracatu (2017), as unidades básicas de saúde funcionam de sete às onze, e treze às dezessete horas, de segundas as sextas-feiras. O município oferta atendimento médico de atenção básica em horário estendido na Clínica da Mulher, de segunda a sexta-feira, de dezessete às vinte e duas horas. A carga horária dos profissionais da Atenção Primária é de quarenta horas semanais.

### **5.3 Amostragem e coleta de dados**

Os sujeitos dessa pesquisa foram os usuários da Estratégia Saúde da Família da cidade de Paracatu-MG, no bairro Bela Vista unidade, que possui residentes atuantes do Programa de Medicina Família e Comunidade.

O critério de escolha desta unidade se dá pelo motivo de ser referência de atendimento dos residentes de Medicina de Comunidade e Família.

A coleta foi realizada no período no mês de outubro de 2019, somando um total de 100 questionários, dos pacientes que estavam aguardando consulta com o residente de Medicina de Família e Comunidade.

Foram excluídos da pesquisa os usuários que não aceitarem participar da pesquisa. Foram considerados como critério de inclusão todos os usuários que se dispuserem a participar deste trabalho.

#### **5.4 Análise de dados**

No intuito de se confeccionar os dados para análise, foi utilizado o método quantitativo, para a qual se faz necessária à sequência de algumas etapas de forma objetiva, e tem a finalidade de mensurar fenômenos (GIL, 2010). Inicialmente foi realizado um questionário (APÊNDICE B) com o modelo do tipo Likert, que objetiva verificar o nível de satisfação dos usuários da ESF Bela Vista que são assistidos pelos residentes de MFC, e depois analisados estes dados paralelamente à revisão bibliográfica.

#### **5.5 Delimitação da Pesquisa**

Foi aplicado um questionário aos sujeitos dessa pesquisa usuários da ESF Bela Vista, no município de Paracatu-MG, no período de funcionamento da Unidade da manhã de 07:00 às 11:00 horas e tarde 13:00 às 17:00 horas, para os pacientes que está marcado para atendimento no mês de outubro de 2019.

#### **5.6 Procedimentos Metodológicos**

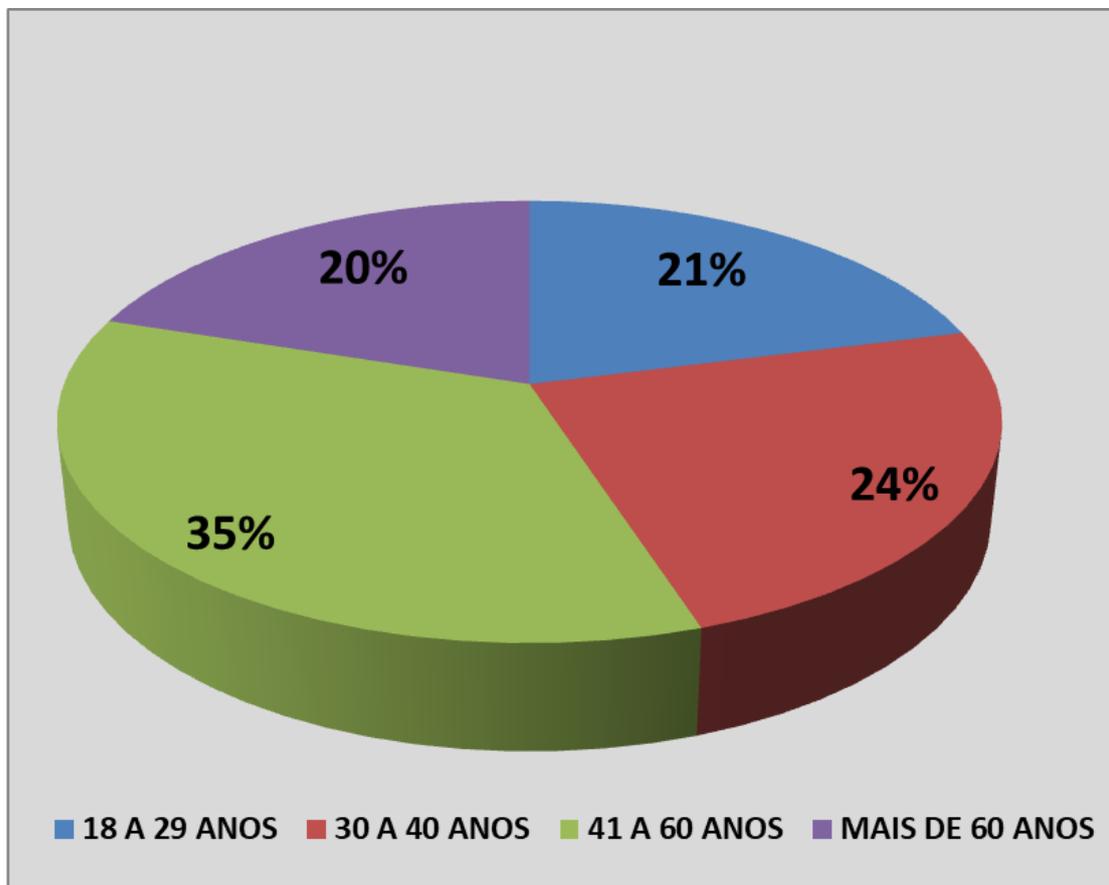
Após a aplicação dos questionários, foram tabulados estes dados e representados graficamente com o auxílio do *software* Excel 7.0 (Microsoft), correlacionando os dados com os impactos da atuação do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Neste estudo, foi realizada uma pesquisa descritiva, qualitativa, com estudo de caso único. As técnicas de coletas de dados foram viabilizadas por questionários e pesquisa bibliográfica. Os resultados obtidos foram disponibilizados em forma de gráficos de frequência e serão apresentados a seguir.

O número de (n) correspondeu a um total de 100 questionários realizados com os usuários da Estratégia Saúde da Família da cidade de Paracatu-MG, no bairro Bela Vista. Em relação à faixa etária (Questão 1), houve uma maior concentração de respondentes com idades na faixa e 41 a 60 anos (35 %), seguidos pela faixa de 30 a 40 anos (24%), de 18 a 29 anos (21%) e mais de 60 anos (20%) (Gráfico 1). Observa-se uma busca crescente dos pacientes adultos a assistência à saúde.

**Gráfico 1 – Faixa etária**

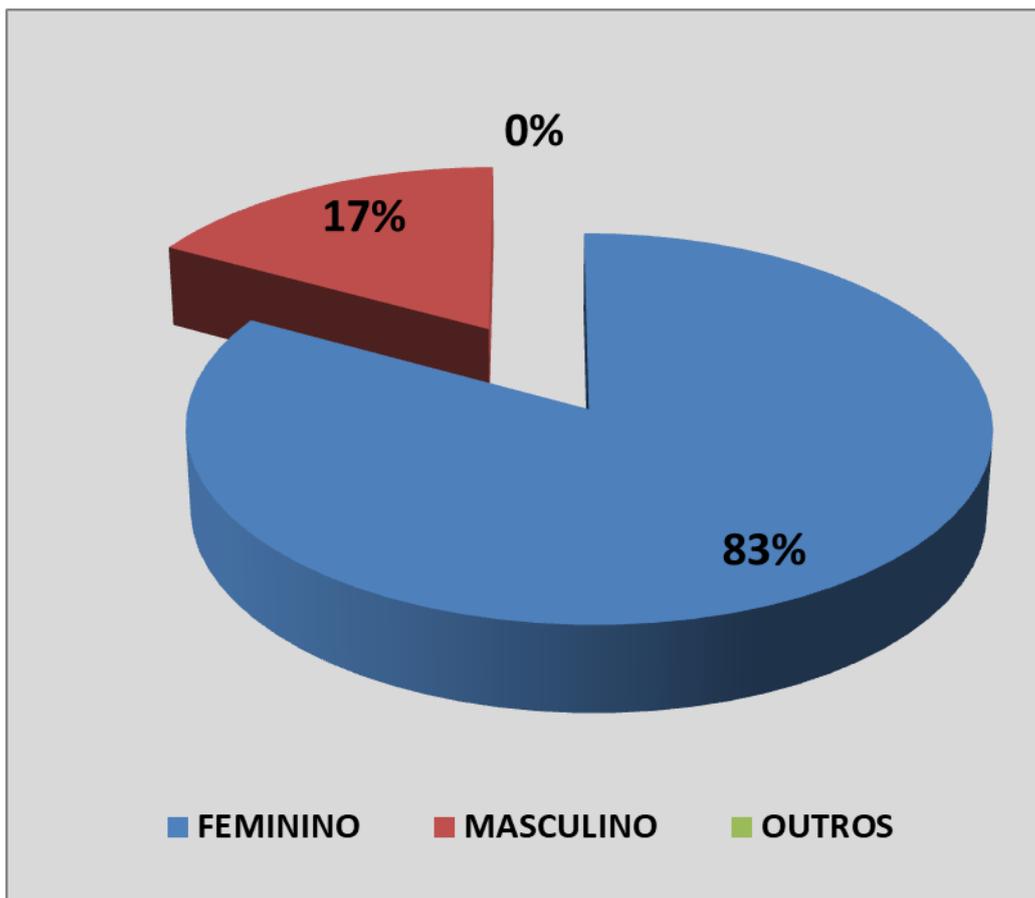


Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação ao gênero, 83 % são do sexo feminino, e 17% masculino (Gráfico 2), o que comprova que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Isso ocorre por diversos fatores, sendo um relacionado diretamente ao fato do horário de funcionamento ser o mesmo da jornada de trabalho.

Os homens não têm suas especificidades reconhecidas e não fazem parte das populações usualmente mais assistidas nos serviços de atenção básica; o uso dos serviços de saúde pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, concentrando-se na assistência a agravos e doenças, em que a busca por atendimento de emergência e/ou em nível especializado ou de urgência (MOURA, *et al*, 2014).

**Gráfico 2 - Gênero**



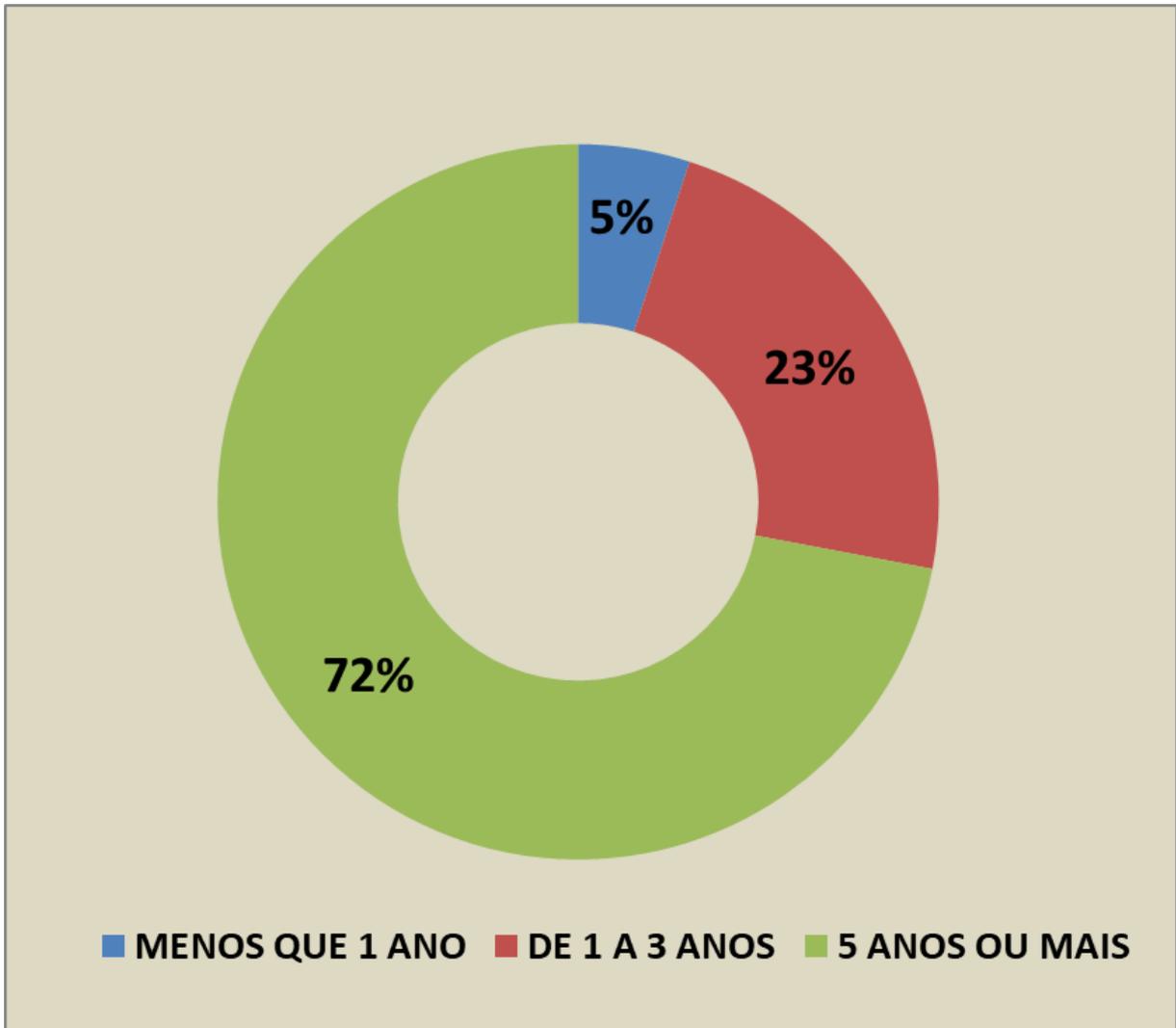
Fonte: Elaborado pelo autor

A associação observada entre o sexo e a procura por serviço de saúde mostra o sexo feminino como uma das características demográficas mais

associadas ao uso de serviços de saúde. Assim, o fato de os homens utilizarem menos os serviços de saúde acarreta diagnósticos tardios, cujas doenças poderiam ser controladas ou tratadas. Além disso, historicamente existe uma visão (de senso comum) de que o homem é um ser forte, que dificilmente adoece. Válido ressaltar que a mulher muitas vezes procura o atendimento por outros motivos, como por exemplo, atendimento a filhos e aproveitam a oportunidade para consultar. Neste modelo preventivo é necessário que se estimule a utilização por parte de todos da assistência primária à saúde (MOURA, *et al.*, 2014).

Quando perguntado quanto tempo de cadastro na ESF Bela Vista, 72% informaram que é 5 anos ou mais, 23% de 1 a 3 anos, e 5% menor que um ano (Gráfico 3). O tempo de vínculo é muito importante, pois um dos princípios da atenção primária é a proximidade da equipe com a população, para gere um estabelecimento de confiança e facilite a toma de decisões mediante as condutas clínicas.

No âmbito do SUS, a APS é fundamental para a construção de um modelo assistencial na garantia de resultados positivos à saúde, com eficácia, eficiência e equidade. Assim, este nível de atenção definido por um conjunto de valores e princípios estruturantes do sistema de saúde tem como atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. De forma complementar, considera a Atenção à Saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural como atributos derivados. E quando se destacam a longitudinalidade, o acompanhamento das pessoas durante todas as fases da vida permite a caracterização das necessidades de saúde daquela população adscrita (KESSLER *et al.*, 2018).

**Gráfico 3 - Tempo de cadastro na ESF Bela Vista**

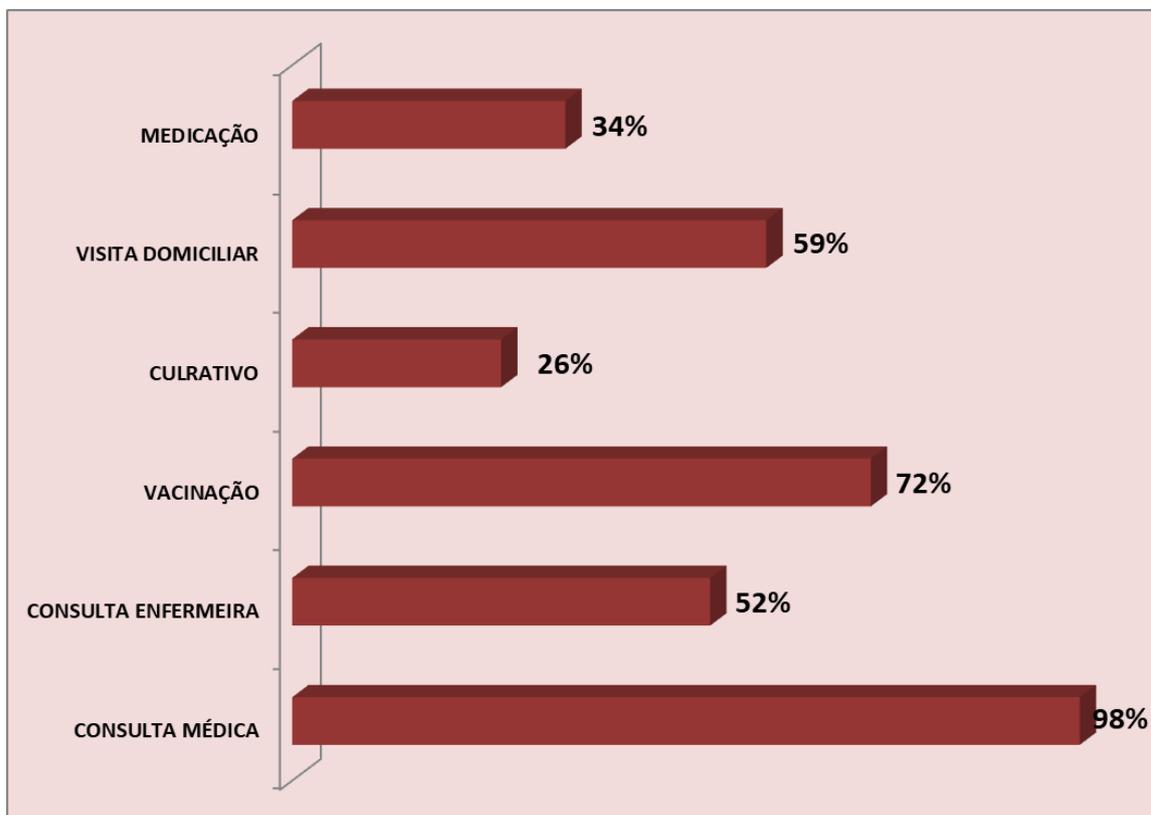
Fonte: Elaborado pelo autor

Ao se perguntar “qual(is) serviços disponibilizados na ESF Bela você e sua família já utiliza”, observa-se que 98% realizam consulta médica, 52% consulta da Enfermaria, 72% vacinação, 26% curativo, 59% visita domiciliar e 34% medicação (Gráfico 4). Assim, percebe-se que a população pesquisada possui formação histórica voltada para ações curativistas. Por essa razão observa-se que a consulta médica é a busca preferida, na quase totalidade dos serviços prestados.

A população brasileira advém de uma formação histórica no qual o modelo curativista voltado para a cura da doença imperou por muitos anos, e mesmo com a criação do SUS, ainda existe resquícios fortes e então a preferência da consulta médica reflete isso. Assim, a consulta se torna central no processo

diagnóstico e terapêutico, e que a abordagem do paciente na perspectiva do modelo biomédico, que se apoia apenas no entendimento das doenças, é insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas nas consultas. É preciso adotar um modelo em que o entendimento da subjetividade do indivíduo e da influência nas queixas clínicas dos aspectos psicossociais, educacionais e culturais, como costumes, crenças e religiões, seja fundamental na realização de uma consulta eficiente (BALLESTER, *et al.*, 2010)

**Gráfico 4** - Serviços disponibilizados na ESF Bela Vista que são utilizados



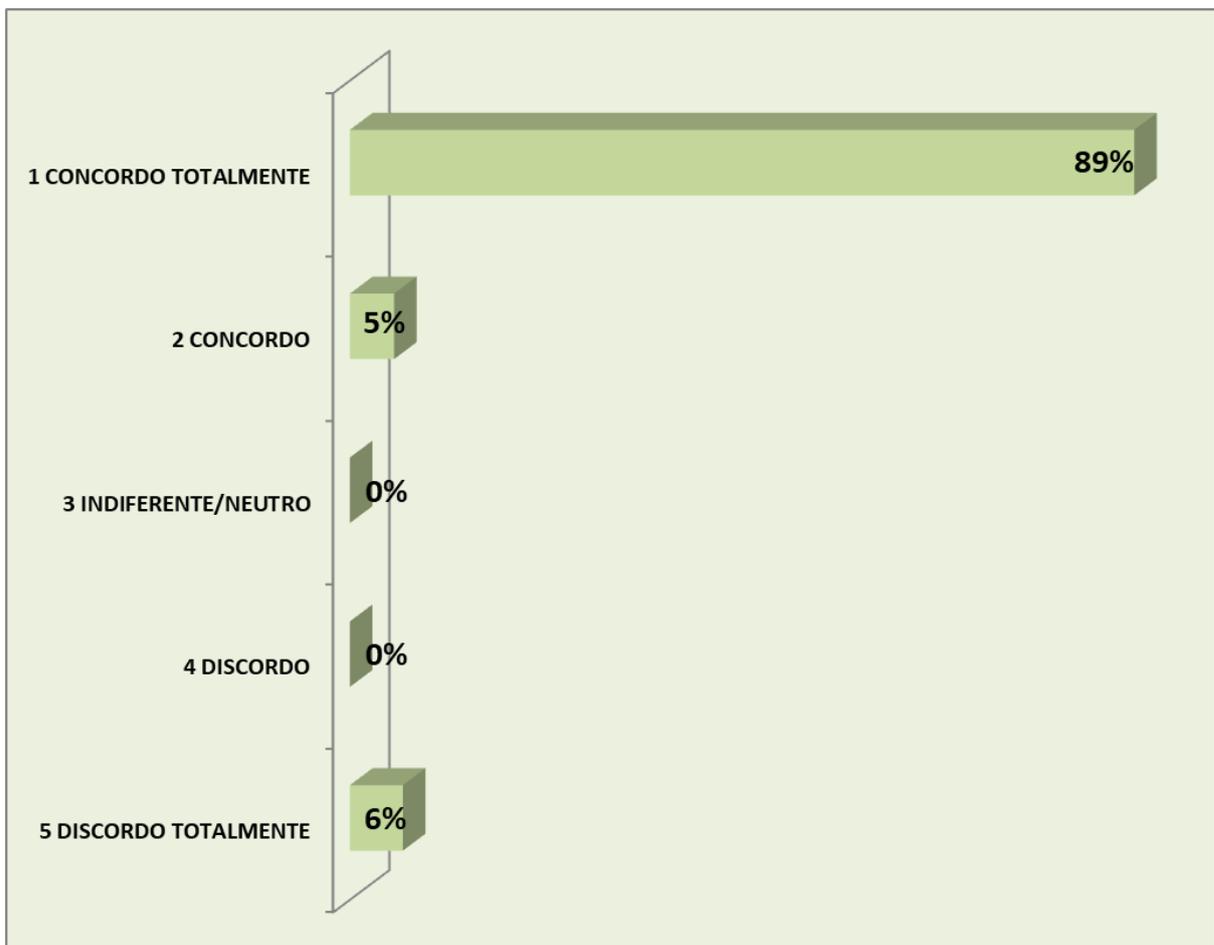
Fonte: Elaborado pelo autor

No Brasil, com o movimento da reforma sanitária, que desembocou na criação do SUS, como um dos princípios organizativos é a descentralização automaticamente os municípios assumiram progressivamente a prestação de cuidados básicos para seus cidadãos, com o intuito da mudança do foco para medidas preventivas, as ações de atenção começaram a ser realizadas e ofertadas por estas unidades, progressivamente denominadas de unidades básicas de saúde (UBS). Além de que as propostas de acolhimento e os conceitos de vínculo também

vão ganhando espaço, como pode ser visto nas formulações da política de humanização preconizada pelo SUS (CECILIO *et al.*, 2012).

Ao perguntar se a assistência à saúde prestada pela ESF Bela Vista é importante para você e sua família, 89% concordam totalmente, 6% concordam e 5% discordam totalmente (Gráfico 5).

**Gráfico 5** – A importância da assistência à saúde prestada pela ESF Bela Vista



Fonte: Elaborado pelo autor

Nos dias atuais, mesmo com pouco tempo de funcionamento do SUS, grandes avanços já aconteceram, tais como a conscientização de que precisamos prevenir doenças ao invés de curar. Pode-se observar tal fato quando 89% acreditam na importância do atendimento da Atenção Primária. Nos processos de reestruturação, fortalecimento e racionalização dos sistemas públicos de saúde, tem sido reservado um papel de protagonismo essencial à atenção primária em saúde,

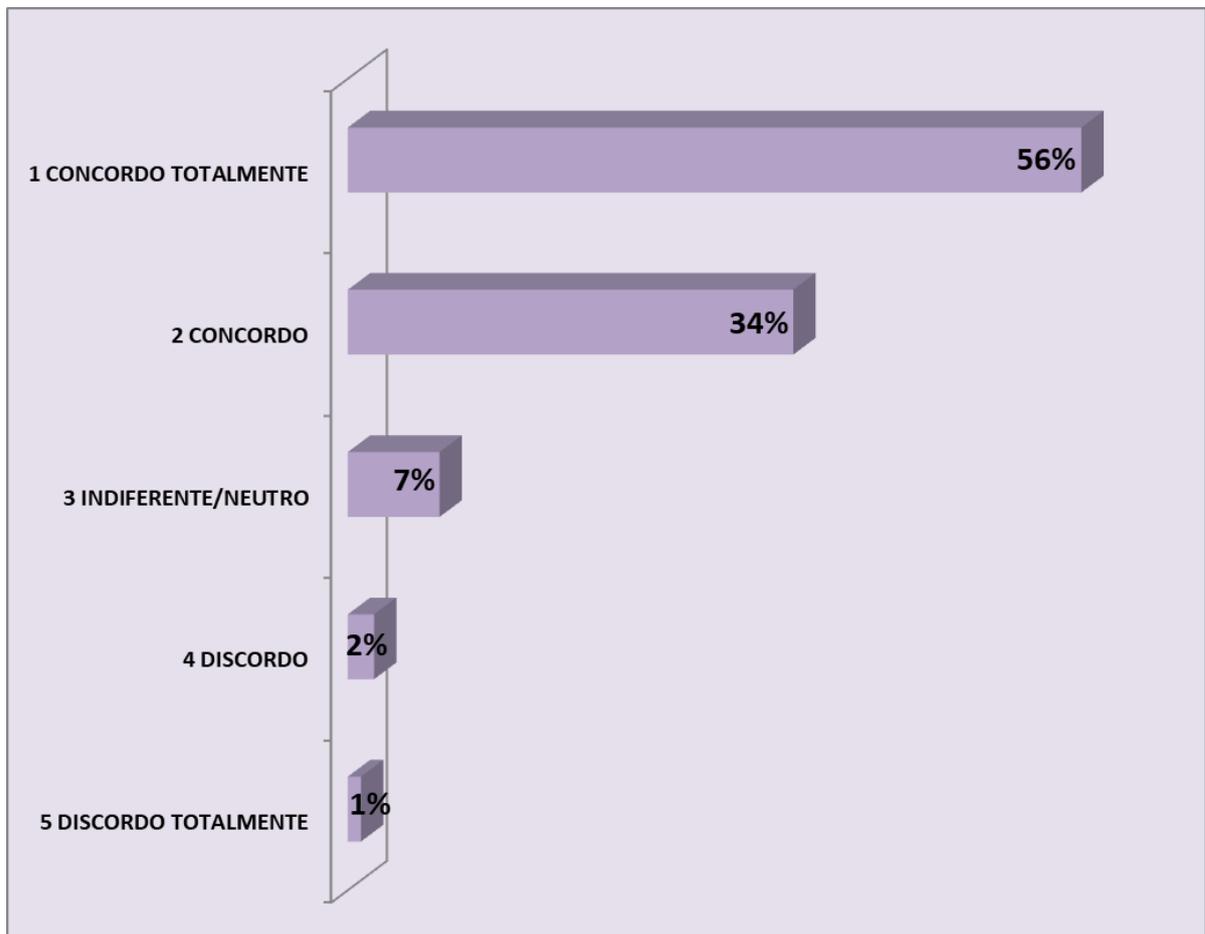
como se consolidou denominar os cuidados ofertados pela ampla rede de serviços básicos do SUS. Tal tarefa deve ser cumprida por equipes de saúde dispostas em unidades básicas de saúde distribuídas por territórios definidos, e com clientela adscrita, com a missão de facilitar o acesso e fazer o uso apropriado de tecnologias e medicamentos que proporcionem o cuidado necessário à saúde das pessoas e coletividades, garantindo uma assistência de qualidade (CECILIO; REIS, 2018).

Quando indagado se tem conhecimento que a consulta médica do ESF Bela Vista é realizada pelos Residentes de Medicina de Comunidade e Família, 56% concordam totalmente, 34% concordam, 7% são indiferentes/neutros, 2% discordam, e 1% discorda totalmente (Gráfico 6).

A ampliação dos Programas de Residência Médica em MFC que ocorre no Brasil, acompanhando a expansão da Atenção Primária em Saúde, resultou no surgimento de experiências que trazem questões para reflexão e debate no campo da formação em saúde, pois, nos dias atuais, é tão válida a inserção do residente nos atendimentos. Muitas vezes o paciente não sabe na totalidade da inserção destes nos atendimentos, visto que conseguem realizar a assistência sem deixar que aconteça qualquer tipo de preconceito, ao contrário, a população reconhece como algo positivo (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

E assim, para atender às necessidades de saúde no Brasil, o residente deve ser capaz de diagnosticar e tratar as principais doenças com as quais vai lidar, daí o propósito de que ele adquira as competências das chamadas Especialidades Básicas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia e Cirurgia Geral) para oferecer uma assistência de qualidade. Adicionalmente, ele necessita domínio das ações de promoção, prevenção e educação da saúde individual, familiar e comunitária (RODRIGUEZ; CASSIAS; KOLLING, 2008).

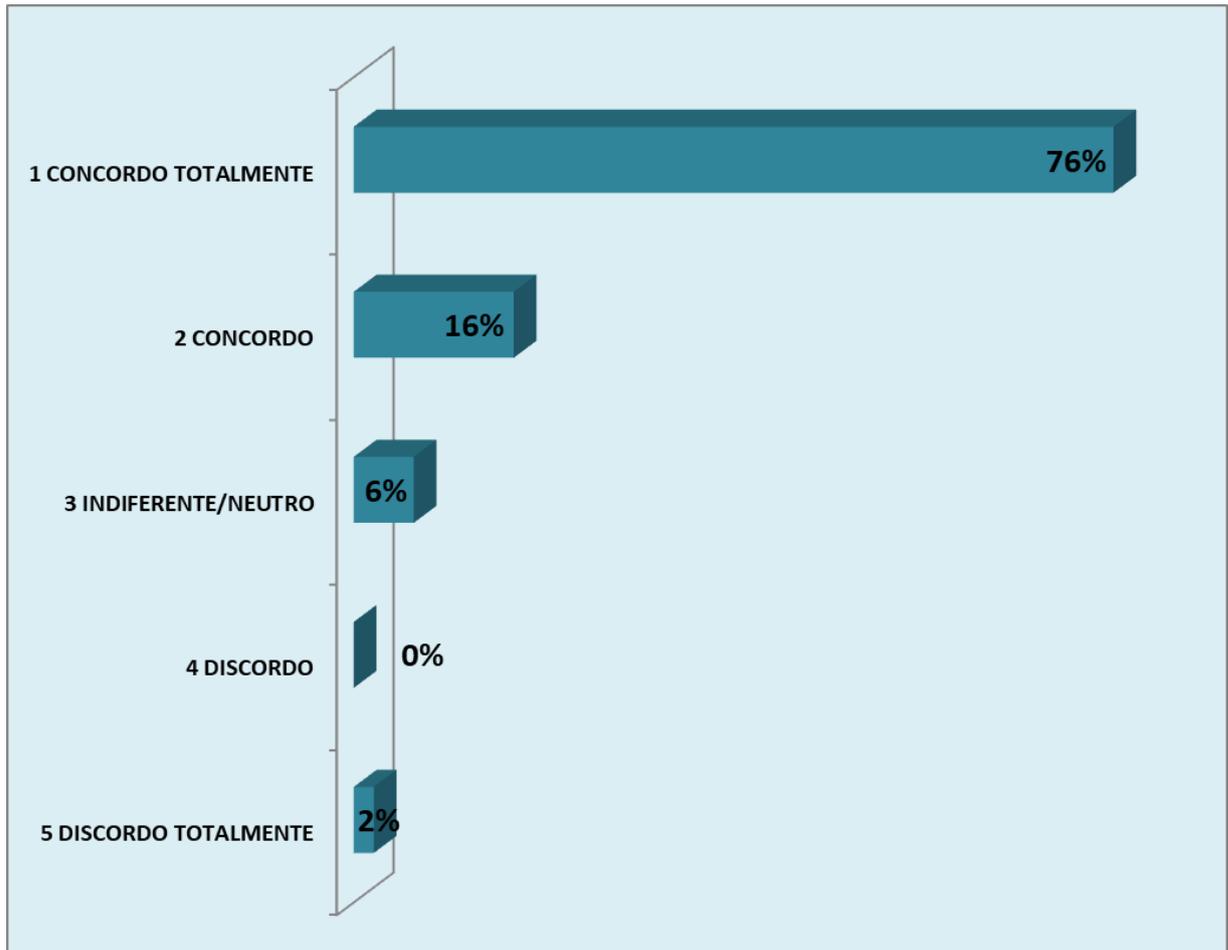
**Gráfico 6** – Conhecimento da realização da consulta médica pelos Residentes de Medicina de Comunidade e Família



Fonte: Elaborado pelo autor

Quando perguntados sobre a avaliação da efetividade do atendimento médico da ESF Bela Vista, 76% concordam totalmente, 16 % concordam, 6% são indiferentes ou neutros, e 2% discordam totalmente (Gráfico 7).

Infelizmente ainda se observa uma visão hospitalocêntrica arraigada na população. Graças à mudança no perfil de atendimento, consegue-se mostrar a efetividade da assistência prestada pelas unidades básicas de saúde. Então, espera-se de um serviço de APS, para ser considerado efetivo, que cumpra um conjunto indissociável de atributos estruturantes do processo de atenção, denominados de essenciais, os quais compreendem: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Por isso, quando associados aos atributos derivados de orientação familiar e comunitária, e competência cultural, qualificam-se as ações em saúde (CARRER *et al.*, 2016).

**Gráfico 7 – O atendimento médico da ESF Bela Vista é efetivo**

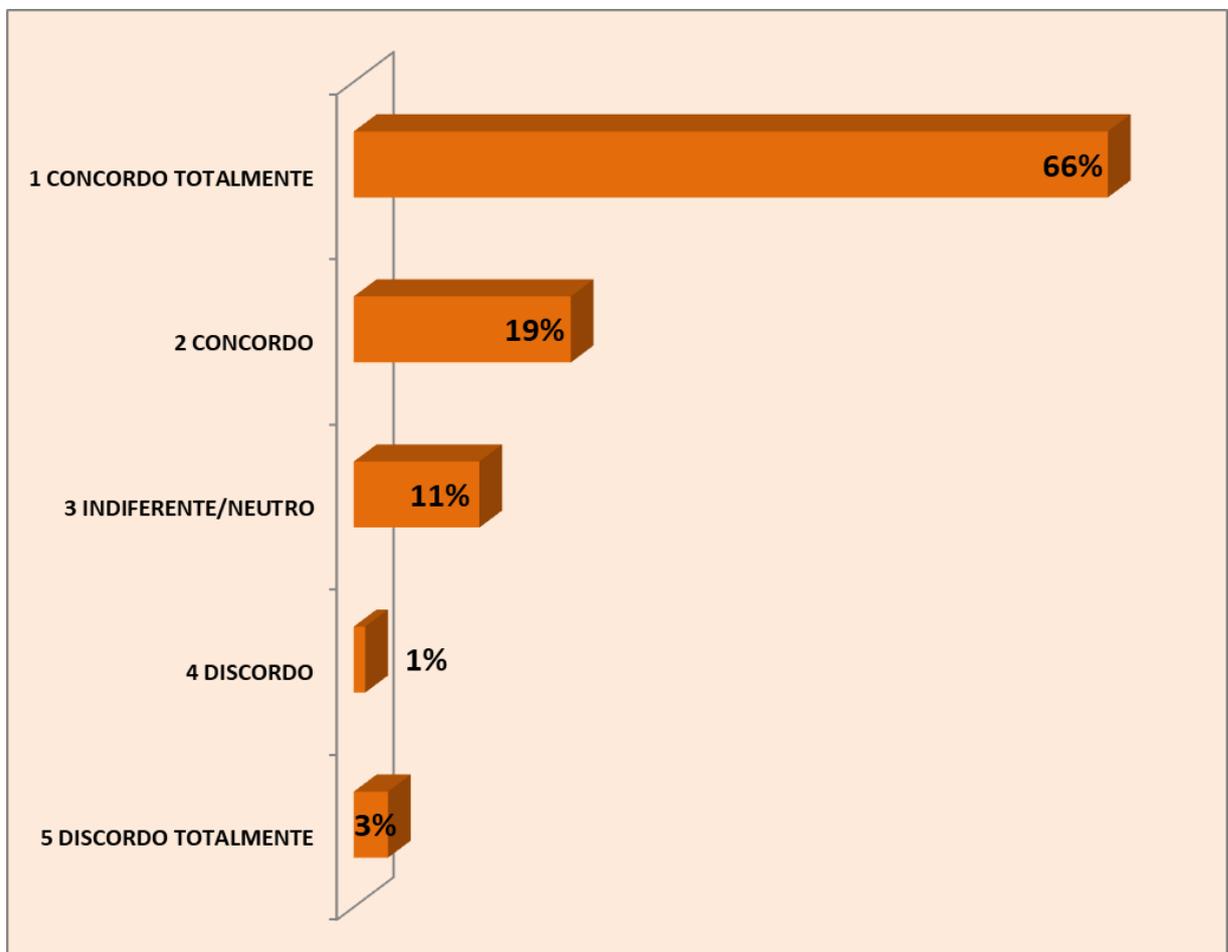
Fonte: Elaborado pelo autor

E para finalizar, perguntados sobre a eficácia dos grupos operativos de Diabetes e Hipertensão na busca da prevenção dessas doenças, 66% concordam totalmente, 19% concordam, 11% são indiferentes/neutros, 1% discorda e 3% discordam totalmente (Gráfico 8).

Analisando-se as respostas, deve-se considerar que nem todos os usuários participam dos grupos operativos, visto que estes são destinados para portadores de doenças crônicas: Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, e observa-se que os respondentes, na sua maioria, conseguem pontuar a efetividade da ação dos grupos operativos no auxílio do acompanhamento e tratamento das doenças crônicas.

Com a nova essência do SUS e a importância da promoção e prevenção de doenças; o cadastro e o acompanhamento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e ou Diabetes Mellitus são realizados por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002. Para o alcance da melhoria dos efeitos dos serviços na saúde da população é preciso prestar atenção à qualidade da assistência oferecida. Com esta finalidade, enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas (SILVA, *et al.*, 2015).

**Gráfico 8** – Eficácia dos grupos operativos de Diabetes e Hipertensão



Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme Rodrigues, Vieira e Torres (2010), o sistema de saúde brasileiro tem, entre seus objetivos, a garantia de acompanhamento sistemático aos indivíduos portadores de doenças crônicas, enfermidades que impactam na morbimortalidade da população. Para o fortalecimento, o Ministério da Saúde implantou o Plano de

Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estes grupos de agravos no SUS, investindo na atualização dos profissionais de saúde da Rede Básica. É válido ressaltar que a grade curricular do residente de MFC está sempre em atualizações no que tange ao manejo das doenças crônicas para busca da redução das co-morbidades associadas.

Quadro 2 – Principais resultados da pesquisa

Principais resultados	Literatura
Tempo de cadastro na ESF Bela Vista	No âmbito do SUS, a APS é fundamental para a construção de um modelo assistencial na garantia de resultados positivos à saúde, com eficácia, eficiência e equidade. Assim, este nível de atenção definido por um conjunto de valores e princípios estruturantes do sistema de saúde tem como atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado (KESSLER <i>et al.</i> , 2018).
Serviços disponibilizados na ESF Bela Vista que são utilizados	No Brasil, com o movimento da reforma sanitária, que desembocou na criação do SUS, como um dos princípios organizativos é a descentralização automaticamente os municípios assumiram progressivamente a prestação de cuidados básicos para seus cidadãos, com o intuito da mudança do foco para medidas preventivas, as ações de atenção começaram a ser realizadas e ofertadas por estas unidades, progressivamente denominadas de unidades básicas de saúde (UBS) (CECILIO <i>et al.</i> , 2012).
A importância da assistência à saúde prestada pela ESF Bela Vista	Nos dias atuais, mesmo com pouco tempo de funcionamento do SUS, grandes avanços já aconteceram, tais como a conscientização de que precisamos prevenir doenças ao invés de curar. Pode-se observar tal fato quando 89% acreditam na importância do atendimento da Atenção Primária (CECILIO; REIS, 2018).
Conhecimento da realização da consulta médica pelos Residentes de Medicina de Comunidade e Família	A ampliação dos Programas de Residência Médica em MFC que ocorre no Brasil, acompanhando a expansão da Atenção Primária em Saúde, resultou no surgimento de experiências que trazem questões para reflexão e debate no campo da formação em saúde. Muitas vezes o paciente não sabe na totalidade da inserção destes nos atendimentos, visto que conseguem realizar a assistência sem deixar que aconteça qualquer tipo de preconceito (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).
O atendimento médico da ESF Bela Vista é efetivo	Então, espera-se de um serviço de APS, para ser considerado efetivo, que cumpra um conjunto indissociável de atributos estruturantes do processo de atenção, denominados de essenciais, os quais compreendem: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Por isso, quando associados aos atributos derivados de orientação familiar e comunitária, e competência cultural, qualificam-se as ações em saúde (CARRER <i>et al.</i> , 2016).
Eficácia dos grupos operativos de Diabetes e Hipertensão	Com a nova essência do SUS e a importância da promoção e prevenção de doenças; o cadastro e o acompanhamento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e ou Diabetes Mellitus são realizados por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002. Com esta finalidade, enfatiza-se a importância da avaliação como uma forma de verificar as condições em que as ações de saúde são desenvolvidas SILVA, <i>et al.</i> , 2015).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Segundo Moura *et al.* (2014) as unidades de ESFs têm como estratégia abordar o processo saúde/doença no contexto familiar e ambiental, tendo como ação básica a prevenção dos agravos mais frequentes à saúde, além da promoção da saúde de modo a possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, conforme os princípios de universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Assim, garantir uma excelência na assistência à saúde prestada ao paciente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos, pode-se dizer que, quando se pretende avaliar a contribuição dos residentes de Medicina de Comunidade e Família, não há como deixar de se avaliar o nível de satisfação dos usuários do atendimento prestado por eles.

### 7.1 Análise dos objetivos da pesquisa

O presente trabalho buscou identificar a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família em um município do Noroeste de Minas Gerais, sob o enfoque da gestão estratégica.

Utilizou-se como instrumento de mensuração um questionário que objetiva traçar o nível satisfação dos usuários do ESF Bela Vista. Verificou-se, por meio da realização do questionário, que o mesmo fornece informações importantes para a unidade de saúde e os residentes estudados.

Respondendo ao problema de pesquisa, que procurou compreender a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família em um município do Noroeste de Minas Gerais, considerando-se os aspectos da estratégia de negócios, o estudo demonstrou que além de uma prestação de assistência de qualidade, o residente consegue materializar a essência da Atenção Primária garantindo um atendimento efetivo.

Sobre os objetivos específicos da pesquisa, o presente estudo apresentou como interesse descrever o Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a Atenção Primária; caracterizar a Residência de Medicina de Família e Comunidade, e listar as contribuições para a prevenção e promoção de saúde, facilitando a identificação do processo saúde-doença; identificar a contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade, com enfoque na longitudinalidade, buscando atendimento humanizado ao paciente; e analisar, à luz dos conceitos da administração, mais especificamente com o foco em estratégia de negócios, tanto o programa da residência médica quanto o papel e a atuação dos residentes, no

município em estudo. Para o primeiro objetivo, foi visto que Atenção Primária à Saúde (APS) vem se desenvolvendo há décadas, considerada atualmente como a porta de entrada oficial e ordenadora para a utilização dos serviços de saúde pela população em todos os níveis de complexidade.

No segundo, quando se descreve a Residência de Medicina de Família e Comunidade, observa-se a superioridade do modelo da ESF em relação ao modelo tradicional, a adesão aos atributos da APS nas dimensões de acesso no primeiro contato, abrangência, enfoque familiar e orientação para a comunidade garante de forma mais eficaz a assistência à saúde. Entende-se que o papel do residente de MFC é imprescindível, visto que a APS tem sido apontada como importante estratégia para a reorganização e a ampliação da efetividade dos sistemas de saúde, apresentando grande destaque no cenário mundial como forma de se reduzir as iniquidades existentes no setor saúde. Além disso, o residente contribui efetivamente para um processo continuado de cuidado, desenvolvendo ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde, de forma a atender os reais problemas dos indivíduos, famílias e comunidades.

E no terceiro objetivo, observa-se que quando inserimos as teorias da administração estratégica, nota-se que a residência de MFC se configura como uma estratégia de negócios efetiva para capacitar o atendimento, a ponto que melhora a estratégia organizacional da ESF, tornando-a mais eficaz para a contemplação da sua essência e dos princípios do SUS.

## 7.2 Principais Resultados

Os resultados demonstraram o quanto é oportuno a existência da residência de Medicina de Família e Comunidade. As respostas dos questionários comprovaram que a assistência não é prejudicada, ao contrário, recebe vários benefícios, pois em virtude de serem especialistas, conseguem colocar em prática na totalidade as diretrizes propostas pela Ministério da Saúde no que a respeito à Atenção Básica.

Sugere-se que sejam desenvolvidos novos estudos, com o objetivo de se contribuir com melhorias nos serviços oferecidos na área da atenção primária à

saúde, pois entende-se que capacitando-se de forma específica os profissionais que atuam nessa área, há um fortalecimento do atendimento e garantia de uma assistência de excelência, caracterizando-se como uma estratégia de negócios.

### 7.3 Sugestões para Trabalhos Futuros

Por fim, o presente trabalho cumpriu seu objetivo quanto à identificação da contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Estratégia Saúde da Família. De forma a atender o nível de satisfação dos usuários da unidade estudada, o presente estudo, por meio dos resultados, demonstrou que os pacientes entendem e reconhecem o quanto o atendimento dos residentes é efetivo e contribui para uma maior adesão dos serviços de níveis básicos pela população.

Uma outra abordagem que carece de estudos, e em várias dimensões, é a inserção do residente de MFC com o objetivo de se fortalecer a adesão de capacitação dos profissionais frente às Unidades Básicas de Saúde, visto que estas são ordenadoras e coordenadoras de todos os níveis de atenção do SUS.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALMEIDA, P. F. de *et al.* **Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 400-415, Sept. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Aug. 2019.

ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M.; RODRIGUES, R. D. **A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2007. Disponível em:<<file:///C:/Users/Casa/Downloads/334-1041-1-SM.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Ciência saúde coletiva, 21 Maio 2016.

AUGUSTO, C. A. *et al.* **Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011)**. Rev. Econ. Sociol. Rural, Brasília , v. 51, n. 4, p. 745-764, Dec. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20032013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Jul. 2019.

BALLESTER, D. *et al.* **A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 34, n. 4, p. 598-606, Dec. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022010000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 out. 2019.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República federativa do Brasil**. Brasília: Senado federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Diário Oficial da União. Publicado em: 22/09/2017 | Edição: 183 | Seção: 1 | Página: 68. Disponível em:<[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Secretaria de Atenção a Saúde. Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 09 fev. 2018.

BORGES JR., A. A.; LUCE, F. B. **Estrategias emergentes au deliberadas: um estudo de caso com os vencedores do premio "Top de Morketing" da ADYB**. Rev. adm. empres., São Paulo , v. 40, n. 3, p. 36-44, sept. 2000 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902000000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902000000300005&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 23 out. 2019.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, p. 363-373, Sept. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 252-264, Oct. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600252&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 July 2019.

CARRER, A. *et al.* **Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2849-2860, Sept. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902849&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902849&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 out. 2019.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil**. Estud. av., São Paulo , v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Jun 2019.

CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. **Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 40, n. 3, p. 461-469, Sept. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000300461&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300461&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 out. 2019.

CASTRO, R. C. L. *et al.* **O programa teórico da residência em Medicina de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição**, Porto Alegre, RS. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):375-383.. Disponível em:< <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/855/666>>. Acesso em: 16 jun. 2019. =

CASTRO, V. S. de; 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, June 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

CAVALCANTE NETO, P. G.; LIRA, G. V.; MIRANDA, A. S. de. **Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 33, n. 2, p. 198-204, June 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Jul. 2019.

CECILIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 8, e00056917. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>>. Acesso em: 12 out. 2019.

CECILIO, L. C. de O. *et al.* **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 2893-2902, Nov. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 out. 2019.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. **A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 35, n. 1, e00170917, 2019 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000100502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000100502&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em : 11 Jul. 2019.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

COSTA, E. M. A; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar.** 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

CRUZ, B. C.; SILVA, R. V. O.; VENDRAME, F. C. **plano de negócios e planejamento: sua importância para o empreendimento,** UNISALESIANO LINS, 2015. Disponível em:<<http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0127.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Aug. 2019.

DALFIOR, E. T. *et al.* **Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional.** Saúde

em Debate [online]. 2016, v. 40, n. 111, pp. 128-139. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201611110>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

DAVID, G. C.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, E. N. da. **Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades**. Saúde em Debate [online]. 2015, v. 39, n. spe, pp. 232-245. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005512>>. Acesso 19 jul. 2019.

DUCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERREIRA, M. P. *et al.* **Gestão por indicadores de desempenho: resultados na incubadora empresarial tecnológica**. Prod., São Paulo , v. 18, n. 2, p. 302-318, 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65132008000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132008000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 out. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUSSO, G. L.; CERRATTI, J. M. Orgs. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Paracatu-MG**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/paracatu/panorama>>. Acesso em: 10 out. 2019.

KAWASHIMA, M. M. L. **SAÚDE MENTAL E TRABALHO: significados atribuídos pela equipe da saúde da família ao adoecimento dos usuários**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Disponível em:<[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98409/kawashima\\_mml\\_me\\_boffm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98409/kawashima_mml_me_boffm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 09 fev. 2018.

KESSLER, M. *et al.* **A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais**. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 71, n. 3, p. 1063-1071, May 2018 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301063&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 out. 2019.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

LEVORATO, C. D. *et al.* **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1263-1274, Apr. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 out. 2019.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. **Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios**. Cadernos de Saúde Pública, 2018.

LIPPI, M. C.; FLEXA, R. **Estudo da Organização e Gestão de serviços de públicos de saúde em Estratégia de Saúde da Família de um município Brasileiro.** - Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/47197/estudo-da-organizacao-e-gestao-de-servicos-publ---/i/en>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

MACEDO, L. M. de; MARTIN, S. T. F. **Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, n. 51, p. 647-660, Dec. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000400647&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400647&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

MELLO, G. A. *et al.* **Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira.** Revista Brasileira de Educação Médica, 33 (3) : 475 – 482 ; 2009. Disponível em:<<http://www.telessaudeam.org.br/downloads/medico%20da%20familia.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2019.

MINTZBERG, Henry et al. **Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico.** Tradução: Lene Belon Ribeiro; revisão técnica: Carlos Alberto Vargas Rossi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MOURA, E. C. de *et al.* **Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 429-438, Feb. 2014 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Out. 2019.

NABUCO, G. *et al.* **Avanços e conquistas na saúde pública do DF, Brasil: uma contribuição essencial da medicina de família e comunidade.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 24, n. 6, pp. 2221-2232, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08312019>>. Acesso em: 20 de jul. 2019.

NOBREGA-TERRIEN, S. M. *et al.* **Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 112-118, Mar. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022015000100112&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100112&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS.** Brasília: OPAS, 2011.

PARACATU. Prefeitura Municipal de Paracatu. **CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PARACATU – MG.** Nov, 2017. Disponível em:<<http://paracatu.mg.gov.br/downloads/CARTEIRA-C-FINALIZADA-2017.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2019.

PORTER, M. E. **Estratégia Competitiva: Técnicas para análise de indústrias e da Concorrência**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. de L. C.; TORRES, H. de C. **A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 44, n. 2, p. 531-537, June 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200041&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200041&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 out. 2019.

RODRIGUES, E. T. *et al.* **Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo**. Revista brasileira de educação médica. Rio de Janeiro. Vol. 41, n. 4 (out./dez. 2017), p. 604-614.

RODRIGUEZ, C. A.; CASSIAS, A. L. de; KOLLING, M. G. **Proposta de um programa para a formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 32, n. 1, p. 40-48, Mar. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 out. 2019.

SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; GUSSO, G. D. F. **Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação**. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-5. Disponível em:<[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744)>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SILVA, J. V. M. da *et al.* **Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários**. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 68, n. 4, p. 626-632, Aug. 2015 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000400626&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400626&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 out. 2019.

SOARES, R. S. *et al.* **Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS**. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-8. Disponível em:< <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1629/900>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SOBREIRA NETO, F.; HOURNEAUX JUNIOR, F.; POLO, E. F. **A adoção do modelo de planejamento estratégico situacional no setor público brasileiro: um estudo de caso**. Organ. Soc., Salvador , v. 13, n. 39, p. 149-165, Dec. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302006000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302006000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 out. 2019.

SOUZA, M. F. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.61, n.2, p.153-158, 2008. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200002&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 09 fev. 2018.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P. de; XAVIER, A. L. **A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2017, v. 21, n. Suppl 1, pp. 1301-1314. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. **Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 09 [Acessado 16 Junho 2019], pp. 2667-2669. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

WONCA. **A definição europeia de medicina geral e familiar.** Wonca Europa. Genebras: WHO, 2002.

**APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA**

Ofício/Carta n.º 01/2018

Paracatu, 27 de Agosto de 2018.

A Sua Excelência o Senhor  
**João Batista Aparecido Soares**  
Secretário Municipal de Saúde

**Assunto:** Trabalho de Mestrado na Estratégia de Saúde da Família na Unidade Bela Vista

Senhor Secretário,

Venho solicitar a sua autorização para a realização de um trabalho de campo na Unidade de Saúde Bela Vista para o programa de Mestrado da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). O trabalho consiste em um questionário aplicado aos pacientes sobre a satisfação do usuário referente a colaboração e atendimentos dos acadêmicos na área de saúde. Reitero que o trabalho não trará nenhum tipo de ônus ao município ou mesmo a Unidade do Bela Vista, e visa contribuir para melhoria dos atendimentos e humanização a saúde na atenção primária.

Certos de Vossa atenção, agradecemos desde já a colaboração para o desenvolvimento.

Respeitosamente,

**Ana Paula Gimenez da Cunha Buzinaro**  
Médica - CRM 70704

*De acordo*

*Ywally*  
*31/08/18*

João Batista Aparecido Soares  
Secretário Municipal de Saúde  
Portaria n.º 0002/2017

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO					
<b>1) Idade:</b> <input type="checkbox"/> entre 18 e 29 anos <input type="checkbox"/> de 30 a 40 anos <input type="checkbox"/> de 40 a 60 anos <input type="checkbox"/> maior que 60 anos					
<b>2) Gênero:</b> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outros					
<b>3) Tempo de cadastro na ESF Bela Vista:</b> <input type="checkbox"/> menos que 1 ano <input type="checkbox"/> 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> 5 anos ou mais					
<b>4) Qual(is) serviços disponibilizados na ESF Bela você e sua família já utilizaram:</b> <input type="checkbox"/> Consulta médica <input type="checkbox"/> Consulta da Enfermeira <input type="checkbox"/> Vacinação <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Visita domiciliar <input type="checkbox"/> Medicação • Se mais de uma opção, qual você e sua família utiliza mais: _____					
<b>NAS ALTERNATIVAS SEGUINTE, INDIQUE O SEU NÍVEL DE CONCORDÂNCIA COM AS AFIRMATIVAS CONFORME A ESCALA A SEGUIR:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo (3) Indiferente/Neutro (4) Discordo (5) Discordo Totalmente					
<b>Analise as afirmações e indique seu nível de concordância para cada uma delas:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
A assistência à saúde prestada pela ESF Bela Vista é importante para você e sua família					
Você tem conhecimento que a consulta médica do ESF Bela Vista é realizada pelos Residentes de Medicina de Comunidade e Família.					
Você avalia o atendimento médico da ESF Bela Vista como efetivo.					
Os grupos operativos de Diabetes e Hipertensão busca de forma eficaz a prevenção dessas doenças.					

## APÊNDICE C – TERMO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: ESTRATÉGIA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO DO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você tem o perfil adequado e necessário para participar da pesquisa, e está sendo convidado (a) a participar do estudo: ESTRATÉGIA DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO DO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar a Contribuição do Residente de Medicina de Família e Comunidade na Unidade de Saúde Bela Vista na cidade de Paracatu MG. E caso você participe, será necessário responder algumas perguntas sobre o trabalho como descrito no objetivo acima.

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de ressarcimento de todas as despesas necessárias e acordadas para a realização da pesquisa. Sua identidade não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número e/ou letra. Ao término da pesquisa será informado (a) dos resultados.

Pelo presente termo de esclarecimento livre e esclarecido:  
eu \_\_\_\_\_ Disponho – me a  
participar desta pesquisa.

Paracatu MG \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2019