



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS DE JOÃO PESSOA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)**

**JOSÉ DANÚZIO LEITE DE OLIVEIRA**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA PERMANÊNCIA DE MÉDICOS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE APÓS CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA DE  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ESTADO DA PARAÍBA**

**JOÃO PESSOA - PB**

**2024**

JOSÉ DANÚZIO LEITE DE OLIVEIRA

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA PERMANÊNCIA DE MÉDICOS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE APÓS CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA DE  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ESTADO DA PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva - Saúde da Família

**Orientador:** Prof. Dr. Daniel Gomes Monteiro Beltrammi

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvana Cristina dos Santos

**JOÃO PESSOA - PB**

**2024**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48f Oliveira, José Danúzio Leite de.  
Fatores que influenciam na permanência de médicos na Atenção Primária à Saúde após conclusão da residência de Medicina de Família e Comunidade no estado da Paraíba [manuscrito] / José Danúzio Leite de Oliveira. - 2024.  
112 f. : il. color.

Digitado.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e Sociais Aplicadas, 2024.

"Orientação : Prof. Dr. Daniel Gomes Monteiro Beltrammi, Campus V".

"Coorientação: Prof. Dra. Silvana Cristina dos Santos, Coordenação do Curso de Ciências Biológicas - CCBSA".

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Residência médica. I. Título

21. ed. CDD 614

JOSÉ DANÚZIO LEITE DE OLIVEIRA

FATORES QUE INFLUENCIAM NA PERMANÊNCIA DE MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE APÓS CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ESTADO DA PARAÍBA

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família em Rede Nacional - PROFSAÚDE

Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Aprovada em: 22/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Ricardo de Sousa Soares** (\*\*\*.679.764-\*\*), em **16/12/2024 09:16:08** com chave **880a50d2bba711efa56a1a1c3150b54b**.
- **Daniel Gomes Monteiro Beltrammi** (\*\*\*.612.298-\*\*), em **16/12/2024 09:14:57** com chave **5dce3ebbbba711efa1261a1c3150b54b**.
- **Renata Cardoso Rocha Madruga** (\*\*\*.733.344-\*\*), em **16/12/2024 12:24:44** com chave **e091ddaabbc111efb6bd1a1c3150b54b**.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse [https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar\\_documento/](https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/) e informe os dados a seguir.

**Tipo de Documento:** Folha de Aprovação do Projeto Final

**Data da Emissão:** 16/12/2024

**Código de Autenticação:** 39706b



Dedico este estudo aos meus pais, Chiquinho (*in memoriam*) e Socorro, por sempre me apoiarem a trilhar novos caminhos. A minha esposa Fernanda e meu filho João Lucas, por estarem ao meu lado em todos os momentos da caminhada da vida.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus por permitir cada acontecimento!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Daniel Gomes Monteiro Beltrammi por seus ensinamentos e contribuições para realização deste trabalho.

À Prof. Dra. Silvana Cristina dos Santos, Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, e coorientadora deste trabalho, por sua paciência, dedicação e empatia durante todo o processo de desenvolvimento do estudo.

À Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, através dos representantes da ABRASCO e da Fiocruz, pelo empenho em manter e ampliar esse programa de pós-graduação *stricto sensu* tão importante para a formação de profissionais de saúde que desempenham suas atividades na Atenção Primária à Saúde.

À Universidade Estadual da Paraíba que me proporcionou a oportunidade, através do seu corpo docente, dos seus demais funcionários e da sua estrutura física, de subir mais este degrau na minha formação profissional.

Aos professores que me acompanharam no processo de elaboração e concretização deste trabalho, compartilhando seus conhecimentos, através das disciplinas e debates, e incansavelmente me auxiliando com sugestões e correções necessárias.

À Secretária do PROFSAÚDE/UEPB, Nayara Rosas, pela colaboração e empenho no esclarecimento de dúvidas e providência de documentos que muitas vezes se fizeram necessários.

Aos residentes e preceptores dos programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba, que participaram desta pesquisa, colaborando decisivamente para a concretização da mesma.

Aos meus colegas de jornada neste mestrado, Ana Paula, Élide, José Olivandro, Lauradella e Maysa, pelo apoio e pelas mensagens de incentivo nos momentos de dificuldades, contribuindo para que o percurso fosse feito com “Paz e Serenidade”.

*"A boa atenção primária é como a água potável: essencial para a saúde e o bem-estar, mas muitas vezes subestimada até que esteja em falta."*

**Julian Tudor Hart**

## RESUMO

Na última década, houve incremento da ordem de 250% no número de médicos formados em programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil; entretanto, estima-se que haja uma demanda de formação de cerca de 50.000 especialistas para atuar nas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente em regiões mais remotas e com populações vulneráveis. Este trabalho investiga os fatores associados à pretensão dos médicos, vinculados aos dez programas de residência em MFC do estado da Paraíba, de continuar atuando na APS. Trata-se de um estudo transversal, analítico, abordagem quantitativa, amostra tipo censo constituída por 211 médicos, residentes e preceptores. Dados obtidos por meio de questionário eletrônico aplicado no segundo semestre de 2023. Foram realizadas análises descritivas, bivariada (Qui-quadrado e Exato de Fisher) e regressão logística. Verificou-se associação da variável de agrupamento “pretensão de continuar atuando na APS” com variáveis sociodemográficas, acadêmicas e fatores intrínsecos e extrínsecos que poderiam influenciar as decisões dos médicos. A maioria era do sexo feminino (61,6%), sem companheiro (a) (57,3%), sem filhos (82%). 42 (19,9%) atuavam como preceptores e 169 (80,1%) como residentes. 90,5% dos preceptores pretendem continuar na APS em contraste com 54,4% dos residentes. Observada associação entre estar casado ou em união estável ( $p=0,031$ ), ter filhos ( $p=0,002$ ), ter graduação em instituição pública ( $p=0,017$ ) e a experiência na Atenção Primária ( $p=0,049$ ) com a variável de agrupamento. A maioria dos médicos toma essa decisão durante a graduação ( $p<0,001$ ), o período de experiência na APS contribui na decisão ( $p=0,002$ ), assim como vínculos de trabalho mais estáveis, como celetista ( $p=0,015$ ), estatutário ( $p<0,001$ ), e a oferta de mestrado ( $p<0,001$ ). A pretensão dos médicos, vinculados aos dez programas de residência em MFC do estado da Paraíba, de continuar atuando na APS está associada com a identificação com a área. A tomada de decisão acontece na graduação e se fortalece com a experiência. Vínculos de trabalho com mais estabilidade, a oferta de mestrado na área e a oportunidade de atuar como preceptor da residência de MFC contribuem para a pretensão de permanecer na APS ao longo do exercício profissional. O produto técnico produzido consistiu em um relatório técnico conclusivo, no formato de portfólio para divulgação, com uma síntese dos achados do trabalho do grupo de pesquisa, sugestões e recomendações para os participantes do estudo, visando melhorias no processo formativo implementado nas residências. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Medicina da Família e Comunidade, Residência Médica

## ABSTRACT

In the last decade, there has been a 250% increase in the number of doctors trained in Family and Community Medicine (FCM) residency programs in Brazil; however, it is estimated that there is a demand for training around 50,000 specialists to work in Primary Health Care (PHC) teams, especially in more remote regions with vulnerable populations. This study investigates the factors associated with the intention of doctors linked to the ten FCM residency programs in the state of Paraíba to continue working in PHC. This is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach and a census-type sample of 211 doctors, residents and preceptors. Data was obtained using an electronic questionnaire administered in the second half of 2023. Descriptive, bivariate (Chi-square and Fisher's exact) and logistic regression analyses were carried out. The grouping variable "intention to continue working in PHC" was found to be associated with sociodemographic and academic variables and intrinsic and extrinsic factors that could influence doctors' decisions. The majority were female (61.6%), without a partner (57.3%), and without children (82%). 42 (19.9%) worked as preceptors and 169 (80.1%) as residents. 90.5% of the preceptors intended to continue in primary care, compared to 54.4% of the residents. There was an association between being married or in a stable union ( $p=0.031$ ), having children ( $p=0.002$ ), having graduated from a public institution ( $p=0.017$ ) and experience in Primary Care ( $p=0.049$ ) with the grouping variable. Most doctors make this decision during their undergraduate studies ( $p<0.001$ ), the period of experience in PHC contributes to the decision ( $p=0.002$ ), as do more stable employment relationships, such as permanent ( $p=0.015$ ), statutory ( $p<0.001$ ), the offer of a master's degree ( $p<0.001$ ). The intention of doctors linked to the ten FCM residency programs in the state of Paraíba to continue working in PHC is associated with their identification with the area. The decision is made during graduation and strengthens with experience. More stable employment relationships, the offer of a master's degree in the area and the opportunity to act as a preceptor in the FCM residency program all contribute to the desire to remain in PHC throughout their professional career. The technical product produced consisted of a conclusive technical report, in the form of a portfolio for dissemination, summarising the findings of the research group's work, as well as suggestions and recommendations for the study participants, with a view to improving the training process implemented in the residencies. This master's degree final paper is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE) stricto sensu postgraduate programme.

**Keywords:** Primary Health Care, Family and Community Medicine, Medical Residency

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Descritivo e análise bivariada mostrando associação de variáveis sociodemográficas e acadêmicas em relação à posição no programa de residência em Medicina da Família e Comunidade.

Tabela 2 – Análise bivariada mostrando diferentes fatores associados ou não à pretensão do médico vinculado à residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) de continuar ou não atuando na Atenção Primária à Saúde (APS).

Tabela 3 – Regressão logística bruta e ajustada mostrando as variáveis associadas à pretensão do médico, vinculado aos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC), de continuar atuando na Atenção Primária à Saúde (APS).

Tabela Suplementar 1 – Distribuição dos residentes nos diferentes Programas de Residência em MFC no estado da Paraíba.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ADAPS - Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

AGSUS - Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAEE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEMF - Curso de Especialização em Medicina de Família

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

EAD - Ensino a Distância

ESF - Estratégia Saúde da Família

IES - Instituições de Ensino Superior

MFC - Medicina da Família e Comunidade

OR - *odds ratio*

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PISUS - Programa de Interiorização do SUS

PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PMpB - Programa Médicos pelo Brasil

PROFSAUDE - Mestrado Profissional em Saúde da Família

Pró-Residência - Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

R1 - Primeiro ano de Residência

R2 - Segundo ano de Residência

R CORE TEAM - Software Estatístico R

RM - Residência Médica

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

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

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Objetivos.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Revisão de literatura.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3.1 Formação Médica no Brasil.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3.2 Atenção Primária à Saúde, Formação em Medicina de Família e Comunidade.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3.3 Escassez de médicos em áreas remotas e programas de provimento.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 2 – MÉTODOS.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Tipo de estudo e população.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Variáveis.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3 Análise estatística.....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 Aspectos éticos.....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Resultados.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Discussão.....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO 4 – PRODUTO TÉCNICO.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE B – PORTFÓLIO DE RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO B - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....</b>	<b>111</b>

## **CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS**

### **1.1 Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição Federal de 1988, criado por lei em 1990, trouxe consigo princípios de universalidade, equidade e integralidade do cuidado, induzindo uma reorganização da assistência à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi iniciada como Atenção Básica à Saúde, a partir do movimento de reforma sanitária, precursora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) 1991, que evoluiu para o Programa Saúde da Família (PSF) 1994 e Estratégia de Saúde da Família (ESF) 2006. Uma equipe da ESF passou a ser constituída por saberes multiprofissionais, contendo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) (Campedelli-Lopes, Bicudo, Antônio, 2016; Machado, Wuo, Heinzle, 2018; Miranda et al, 2021).

Com a implementação da ESF houve uma mudança da perspectiva do cuidado, trazida pela premissa de acompanhamento integral de indivíduos e famílias em todos os seus ciclos de vida, inseridos em suas comunidades. Emergiu, portanto, a necessidade de formar profissionais com competências e habilidades específicas para atuação na APS, especialmente os médicos; fazendo-se necessária a expansão de especialização ou residência nessa área para complementar a formação oferecida na graduação (Machado, Wuo, Heinzle, 2018; Gusso et al, 2019; Oliveira et al, 2019; Miranda et al, 2021).

Na última década houve um incremento de 246% na quantidade de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil; sendo que, em números absolutos, passou-se de 3.253 especialistas em 2012 para 11.255 em 2022. Este acréscimo pode ser explicado pela ampliação no número de vagas de graduação e em cursos de residência em MFC, estimulada pela implementação da Lei do Programa Mais Médicos (PMM) (Miranda et al, 2021; Scheffer et al, 2023). O número de especialistas nesta área, entretanto, ainda é insuficiente para suprir a demanda existente em todo o país de cerca de 52.000 equipes da ESF, segundo dados mais atuais do Ministério da Saúde. A falta de especialistas em MFC é um dos pontos que dificulta o provimento e a fixação de médicos na APS, principalmente em regiões vulneráveis e afastadas de centros urbanos (Brasil, 2013; Gusso et al, 2019; Scheffer et al, 2020; Scheffer et al, 2023).

Várias políticas e programas têm sido implementadas sucessivamente pelo Governo Federal na tentativa de preencher lacunas de provimento de médicos para essas regiões vulneráveis e remotas como, por exemplo, o Programa de Interiorização do SUS (PISUS), o

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-residência), o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), o PMM, lançado em 2013 e reestruturado em 2023; o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), lançado em 2019 (Kemper, Mendonça, Sousa, 2016; Oliveira et al, 2017; Barrêto et al, 2019; Miranda et al, 2021; Brasil, 2023).

Na sua reformulação, o PMM manteve o estímulo à abertura de vagas de graduação em Medicina em Instituições de Ensino Superior (IES) privadas, desde que em localizações estratégicas; ampliou o tempo da bolsa de três para quatro anos, sendo oferecidas vantagens financeiras para atuação em áreas remotas, além de estímulos para especialização em MFC e realização de pós-graduação *stricto-sensu*. Para os médicos que concluírem a residência em MFC, o programa manteve a bonificação de 10% na pontuação em seleções posteriores para outra especialidade (Oliveira et al, 2017; Melo Neto, 2019; Figueiredo et al, 2021; Brasil, 2023). Apesar de já existirem estudos abordando a temática, ainda é necessário aprofundar reflexões sobre a influência dessas políticas de provimento na formação médica durante a graduação ou pós-graduação, bem como a escolha pela especialização em MFC, além da decisão de permanecer na APS.

Face ao exposto, neste trabalho, buscamos compreender os fatores que poderiam contribuir ou não para os médicos permanecerem atuando na APS após a conclusão da residência em MFC. O produto técnico deste estudo consistiu em um relatório técnico conclusivo, divulgado no formato de portfólio, contendo uma síntese dos achados do grupo de pesquisa a ser compartilhado com a comunidade acadêmica e gestores vinculados às residências. Busca-se estimular o debate sobre estratégias, ações e políticas voltadas para a melhoria da qualidade da formação profissional nas residências direcionadas à APS.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Investigar os fatores que estão associados à pretensão dos médicos residentes e preceptores, vinculados aos programas de residência em MFC do estado da Paraíba, de continuar atuando na APS, a fim de oferecer subsídios para aperfeiçoamento e/ou revisão das políticas públicas voltadas à formação de médicos em MFC para a APS.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Analisar os fatores sociodemográficos e profissionais que influenciam a intenção de permanência dos médicos residentes e preceptores vinculados aos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Atenção Primária à Saúde (APS) no estado da Paraíba.
- Investigar as motivações e expectativas vivenciadas pelos médicos residentes e preceptores nos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no estado da Paraíba, analisando como esses fatores influenciam suas decisões de continuar atuando na Atenção Primária à Saúde (APS) após a conclusão da residência, considerando o contexto local.
- Elaborar um Portfólio de Resultados de Pesquisa (produto) composto por uma síntese dos achados do trabalho, com recomendações para o aprimoramento das políticas públicas para divulgação junto às instituições formadoras e aos gestores.

### **1.3 Revisão de Literatura**

#### **1.3.1 Formação Médica no Brasil**

A formação médica no Brasil vem evoluindo com o tempo, adaptando-se aos anseios da sociedade, em busca de um profissional ético, humano, reflexivo, e que também possua conhecimento mais amplo sobre os determinantes sociais que impactam diretamente no processo de saúde e adoecimento da população (Machado, Wu, Heinzle, 2018). De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014), em seu Capítulo I, Artigo 3º, afirma-se que:

o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (Brasil, 2014, p. 01).

Entende-se que atualmente a formação médica no Brasil prioriza a concepção de um médico generalista devidamente capacitado para atuar com humanismo e resolutividade desde o nível base de atenção à saúde, que é a APS, até as redes de média e alta complexidade. Suas ações devem ser voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos e restabelecimento da saúde (Brasil, 2014).

A residência médica (RM) é uma modalidade de pós-graduação, considerada padrão ouro para formação de médicos especialistas, na qual a metodologia é baseada principalmente

no treinamento em serviço, cuja prática se direciona à determinada especialidade. Por se tratar de uma forma importante de aperfeiçoamento profissional, quase a totalidade dos médicos recém-formados deseja cursar uma RM, por tradição, pela necessidade de aprimoramento ou mesmo por identificarem alguma lacuna formativa durante a graduação (Oliveira *et al*, 2019).

A criação dos primeiros programas de RM nos Estados Unidos ocorreu em 1848, sendo que a implantação de programas semelhantes no Brasil se deu na década de 1940, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Essa modalidade de especialização médica é denominada de “residência” devido à dedicação integral que os médicos devem ter ao serviço, tornando-se uma verdadeira morada para os médicos no decorrer do curso (Oliveira *et al*, 2019).

### **1.3.2 Atenção Primária à Saúde, Formação em Medicina de Família e Comunidade**

Com a criação do SUS e a implementação da APS, o desafio da educação médica, desde o final do século passado, tem sido formar profissionais aptos a atuarem em uma nova realidade com princípios como equidade e integralidade da atenção; além da necessidade de trabalhar com ações de prevenção e promoção da saúde, compromissados com todos os níveis da sociedade e que atendam às demandas da mesma dentro de um complexo sistema de saúde (Campedelli-Lopes, Bicudo, Antônio, 2016).

No Brasil, os primeiros programas de residência em MFC foram criados em 1976, no Centro de Saúde Escola Murialdo, no Rio Grande do Sul, e em Vitória de Santo Antão, em Pernambuco, na época adotando denominações diferentes para a especialidade. No mesmo ano, também foram iniciadas as atividades do programa de residência em medicina integral, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Já em 1980 foi criado o programa de residência em Medicina Geral e Comunitária e o Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição, em Porto Alegre. Esses programas pioneiros de formação específica em MFC foram muito importantes para a construção e o desenvolvimento da especialidade no país. Os médicos formados em MFC nas primeiras turmas desses programas de residência cumpriram a árdua missão de desenvolver a especialidade (Gusso *et al*, 2019).

Durante as décadas de 1980 e 1990, o número de vagas oferecidas em programas de residência em MFC apresentou crescimento pouco expressivo, cenário que passa a apresentar mudanças a partir de 2002. No período compreendido entre 2010 e 2019, a residência em MFC foi a especialidade que mais expandiu a oferta de vagas, um aumento de 469,6%. Em contraste a todo esse esforço para aumentar o número de vagas, uma parcela significativa permanece ociosa (cerca de 30% de preenchimento), carecendo de estudos que conduzam ao entendimento

da dinâmica deste processo (Brasil, 2019a; Gusso *et al*, 2019; Scheffer *et al*, 2020; Cavalcante *et al*, 2022).

### **1.3.3 Escassez de médicos em áreas remotas e programas de provimento**

Nos últimos anos, é notória a importante expansão da ESF no Brasil; contudo, esse movimento não foi acompanhado na mesma velocidade em relação à capacidade de formação médica. A carência de profissionais com perfil alinhado ao cuidado integral, associada à má distribuição no país, é uma das principais barreiras para a universalização do acesso à saúde. Países de dimensões continentais, com diversidade de povos e cultura, com a população desigualmente distribuída e que apostam em sistemas universais de saúde, como é o caso do Brasil, costumam enfrentar problemas tanto relacionados a escassez como a distribuição irregular de médicos pelo território (Kemper, Mendonça, Sousa 2016; Oliveira *et al*, 2017).

Com o objetivo de compreender melhor a problemática da falta de profissionais de saúde na APS, Girardi *et al*. desenvolveram o Índice de Escassez de Profissionais de Saúde. Essa ferramenta, criada no contexto brasileiro, busca identificar a insuficiência de médicos e outros profissionais de saúde em diferentes territórios, como municípios ou regiões, considerando diversos fatores que impactam a distribuição e a permanência desses trabalhadores em áreas mais vulneráveis. O índice destaca regiões críticas com dificuldade em atrair e reter profissionais, orientando intervenções mais eficazes e contribuindo para a redução das desigualdades no acesso à saúde (Girardi *et al*, 2011).

O índice citado vem sendo utilizado para orientar a formulação de políticas voltadas para o provimento e a fixação de médicos na APS. Porém, verifica-se, nas derradeiras décadas, uma lacuna quanto à formulação de políticas claras e de longo prazo voltadas para recursos humanos em saúde no Brasil, ainda que diversas estratégias já tenham sido implementadas. Em relação à escassez de médicos na APS, algumas intervenções foram ou ainda estão sendo desenvolvidas e merecem ser pontuadas como: Programa de Interiorização do SUS (PISUS), Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), Programa Mais Médicos (PMM) e Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). Apesar dos esforços no sentido do provimento médico, há a necessidade de investigações que analisem, de uma forma crítica, alternativas e soluções para a redução da escassez de médicos em áreas prioritárias (Oliveira *et al*, 2017; Wolmann, D'Ávila, Harzheim, 2020).

Quase metade da população mundial vive em zonas rurais e remotas. Por conseguinte, é inevitável pensar no acesso universal à saúde sem considerar as necessidades de saúde das populações rurais, onde vivem mais de 80% das pessoas em situação de pobreza extrema. Para esse objetivo ser alcançado são necessárias diferentes estratégias de atração, recrutamento e retenção de profissionais de saúde em zonas rurais e remotas, cujas intervenções devem estar interligadas, agrupadas e ajustadas ao contexto local (WHO, 2021).

A temática da fixação dos profissionais de saúde na APS não é exclusividade brasileira, fazendo parte da agenda de vários países pelo mundo, promovendo debates sobre medidas indutoras para suprir a carência de médicos nos denominados “vazios assistenciais”. A dificuldade de provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de difícil acesso pode ser justificada por vários motivos, dentre os quais: precarização das relações de trabalho, condições insalubres de trabalho e pouca valorização desse nível de atenção por parte das instituições formadoras, dos gestores e dos próprios profissionais (Andrade *et al*, 2019).

Segundo relatório de auditoria desenvolvido pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para avaliar a formulação do PMpB, são apontados como fatores que desencorajam a atuação na área da MFC: a remuneração pouco atrativa, a falta de reconhecimento profissional, as condições de trabalho e infraestrutura, e até mesmo o desconhecimento em relação à especialidade. Devido a isto, apenas 1,5% dos egressos do curso de medicina cogitam a residência em MFC como especialidade; em contrapartida, 80% desejam trabalhar em hospitais, mas não em Unidade Básica de Saúde (UBS) (Brasil, 2019a).

O PMM, criado pela Lei 12.871/2013, tem a intenção de aumentar os recursos humanos para a APS. Quando da sua primeira versão em 2013, o programa ancorava-se em três eixos principais de ação. O primeiro se relaciona a uma nova regulamentação da abertura de escolas médicas privadas. O segundo eixo traz mudanças envolvendo a Residência Médica, buscando universalizar o acesso, equiparando o número de vagas de residência ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina do ano anterior. Destaca-se o fato de que a residência em MFC passou a ser pré-requisito para o acesso a outras especialidades. Da maneira como foi estabelecido, haveria a necessidade de cumprir o primeiro ano na residência em MFC para se candidatar a vagas de residência em clínica médica, pediatria, cirurgia geral, obstetrícia e ginecologia, psiquiatria e medicina preventiva e social (Brasil, 2013; Gusso *et al*, 2019).

O terceiro eixo de ação, denominado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), é o componente de provimento imediato e emergencial do programa e buscava levar médicos aos cenários de APS em regiões prioritárias para o SUS, por meio de vagas abertas a profissionais brasileiros e estrangeiros. Para os médicos participantes deste eixo do programa, a vinculação

é através de bolsa-formação, que inclui a realização de uma pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva na modalidade de ensino à distância (EAD), além de cursos de curta duração como educação permanente (Brasil, 2013; Gusso *et al*, 2019).

Em 2019 foi sancionada pelo Governo Federal a Lei 13.958 instituindo o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), que passou a ser mais uma estratégia pensada com a finalidade de prover assistência médica em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade (Santos *et al*, 2023). O PMpB se apoia em acertos do PMM para montar a sua estrutura de funcionamento. Diferencia-se dos demais programas ao propor uma carreira médica na APS em nível nacional, uma das recomendações da OMS para o provimento e a fixação de médicos em áreas de difícil provimento. Para a implementação do PMpB em nível nacional foi criada a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps, vinculada à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2019b; WHO, 2021; Santos *et al*, 2023).

No PMpB, os médicos são admitidos através da aprovação em uma prova de seleção. O modelo de contratação de médicos, que ainda não possuem a titulação em MFC, é por meio de bolsa formação através da vinculação ao Estágio Experimental Remunerado (EER) com duração de dois anos, e inclui o componente assistencial e o acadêmico. O componente assistencial é composto pelo desenvolvimento de práticas autônomas, quando o médico é vinculado a uma UBS para onde foi alocado; e pelo desenvolvimento de práticas supervisionadas, quando as atividades assistenciais ocorrem na UBS na qual está vinculado o médico tutor que acompanha o profissional bolsista. O componente acadêmico é desenvolvido através do Curso de Especialização em Medicina de Família (CEMF) na modalidade EAD, ofertado por instituições parceiras. Já os médicos que têm a titulação em MFC são contratados por meio de vinculação via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com a Adaps, que além de contemplar os direitos trabalhistas, cria-se uma carreira profissional com progressão salarial definida, ainda que incipiente (Melo Neto & Barreto, 2019; Brasil, 2019b).

Importante considerar que, de acordo com a lei de criação do PMpB, ao final do estágio, os médicos bolsistas que concluírem com aproveitamento satisfatório o CEMF estarão aptos para realizar a prova de título de especialista em MFC. Em sendo aprovados, permanecerão no PMpB doravante contratados pela Adaps via CLT, constituindo-se em mais uma estratégia direcionada ao provimento e a fixação de médicos nos cenários de APS (Brasil, 2019b).

Visando a integração de programas de formação, provimento e educação para o trabalho, em 2023, o Governo Federal reformula o PMM através da Lei 14.621, instituindo a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde. A contratação dos médicos no

PMM segue através de bolsa-formação, com a expectativa de reajuste anual pela inflação. O contrato passa a ser de quatro anos, prorrogáveis por mais quatro (e não três anos como era antes). A nova proposta traz outros atrativos financeiros para atuação em áreas remotas, como o recebimento de bonificação pelo tempo de serviço ou o abono de parte da dívida com o Financiamento Estudantil (FIES). Com relação a formação, serão desenvolvidos cursos de aperfeiçoamento ou de pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*, ofertados por instituições de ensino e pesquisa (Brasil, 2023).

Para a maioria dos municípios brasileiros, torna-se interessante a pactuação com os programas de provimento médico federal, pois dentre outras razões, ficam desobrigados das responsabilidades trabalhistas e financeiras, principalmente em tempos de subfinanciamento do SUS. A conclusão a que se chega analisando a linha do tempo de programas de provimento, como PITS, PROVAB, PMM, PMpB, é a evidente impossibilidade de muitos municípios implementarem a APS com qualidade, sustentabilidade e cobertura da população, necessitando da intervenção direta do Ministério da Saúde para contratar, prover e fixar médicos pelo menos por período determinado (Kemper, Mendonça, Sousa, 2016).

## CAPÍTULO 2 – MÉTODOS

### 2.1 Tipo de estudo e população

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi constituída por 211 residentes e preceptores, vinculados aos 10 programas de residência em MFC do Estado da Paraíba, sendo 169 médicos residentes e 42 preceptores. Ao todo, 275 profissionais eram elegíveis para o estudo e foram amostrados 77% da totalidade dos potenciais participantes de todo o Estado. A distribuição dos participantes nos dez programas foi descrita na Tabela Suplementar I.

Tabela Suplementar I: Distribuição dos residentes nos diferentes Programas de Residência em MFC no estado da Paraíba.

		Total (N=211)		Residente (N=169)		Preceptor (N=42)	
		n	%	n	%	n	%
Programa de Residência em MFC	MFC - SMSJP - UFPB	23	10,9%	16	9,5%	7	16,7%
	MFC - SMSMME - UFPB	7	3,3%	5	3,0%	2	4,8%
	MFC - SMS CAB - UFPB	9	4,3%	7	4,1%	2	4,8%
	MFC - SMSJP - UNIPÉ	13	6,2%	11	6,5%	2	4,8%
	MFC - SMSJP - FCM	20	9,5%	20	11,8%	0	0,0%
	MFC - SMSJP - FACEME	14	6,6%	12	7,1%	2	4,8%
	MFC - SMS CG - UFCG e/ou FACISA	32	15,2%	24	14,2%	8	19,0%
	MFC - Sertão - UFCG de CAJAZEIRAS	13	6,2%	11	6,5%	2	4,8%
	MFC - Sertão - UNIFIP	49	23,2%	41	24,3%	8	19,0%
	MFC - ESP - IES SANTA MARIA	31	14,7%	22	13,0%	9	21,4%

Fonte: próprio autor, 2024.

Os critérios de inclusão foram ser residente regularmente matriculado em um programa de residência em MFC do estado e excluídos os que estavam em férias, licença de saúde ou não responderam ao questionário. Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico durante o período de julho a dezembro de 2023 de maneira presencial ou via plataforma digital de comunicação *Google Meet*.

### 2.2 Variáveis

A variável de agrupamento deste estudo foi “*pretensão de continuar atuando na APS*”, sendo que os participantes deveriam optar por responder “não” ou “sim”. As variáveis independentes incluíram aspectos sociodemográficos como sexo; idade (em anos); estado civil; se tem e o número de filhos. Os fatores relacionados à formação e atuação profissional, como a posição no programa: residentes do primeiro ou do segundo ano de residência (R1 e R2, respectivamente) ou preceptor; ano de conclusão da graduação; instituição da graduação, se

pública ou privada (com ou sem financiamento público); quanto tempo de experiência na APS; pretensão de continuar trabalhando na APS após conclusão da residência de MFC e se pretende realizar outra residência após concluir a residência de MFC.

As variáveis que exploraram as motivações, momento da decisão de atuar na APS, vínculo mais atrativo para continuar atuando na APS, os fatores que motivam ou desmotivam o participante a continuar ou não na APS após concluir a residência, as razões para fixação de médicos na APS e como as políticas públicas estimulam à fixação do médico no serviço, como a oferta de mestrado após a conclusão da residência ou cursos de formação para atuar como preceptor. Foi investigada também a principal razão que explicaria a rotatividade de médicos na APS na opinião dos participantes. Perguntou-se ainda em qual município reside, trabalha atualmente e em quantos municípios já trabalhou, assim como qual mais gostou e a razão dessa escolha. Os participantes identificaram em qual das três macrorregiões do Estado atuam, sendo possível escolher: Macrorregião I, que abrange a região litorânea em torno de João Pessoa; a Macrorregião II, que é a região no entorno de Campina Grande e a Macrorregião III, que abrange os municípios do sertão e alto sertão do Estado da Paraíba.

### **2.3 Análise estatística**

Foram realizadas as análises descritiva, bivariada e múltipla dos dados, usando o software estatístico R (R CORE TEAM, 2023). Foram utilizados o teste qui-quadrado de Pearson, o teste exato de Fisher nos casos em que uma das frequências foi menor que 5, e a medida de associação selecionada foi o *odds ratio* (OR). Para análise múltipla, obteve-se o modelo de regressão logística binária inicial com todas as variáveis, tomando como medidas de associação o OR e intervalos de confiança de 95% (IC95%). As variáveis de ajuste que apresentaram p-valor  $\leq 0,20$  no modelo inicial foram incluídas nas análises múltiplas finais e na interpretação dos resultados considerou-se p-valor  $< 0,05$  como associação estatisticamente significativa (teste Wald).

### **2.4 Aspectos éticos**

Este trabalho é um recorte de um projeto guarda-chuva intitulado “*Intervenção educativa: formação por competências na residência em Medicina da Família e Comunidade e residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado da Paraíba*” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAEE 73484623.5.0000.5187). Durante o estudo observou-se os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme as resoluções CNS 466/2012, CNS 510/2016 (em seus artigos 15,

16 e 17) e a Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Os potenciais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico (TCLE).

## CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Resultados

Do total de 211 médicos participantes desta pesquisa, 42 (19,9%) atuavam como preceptores e 169 (80,1%) como residentes em MFC. A maioria era do sexo feminino (61,6%), não tinha companheiro (a) (57,3%) e nem filhos (82%); sendo observada uma proporção maior de preceptores casados ou em união estável (69%) e com filhos (40,5%) do que os residentes. A média da idade dos preceptores foi de 36,0 anos ( $\pm 7,0$ ) e dos residentes de 30,0 anos ( $\pm 5,0$ ); tendo os preceptores concluído a graduação há 9,0 anos ( $\pm 7,0$ ) e os residentes há 3,0 anos ( $\pm 3,0$ ). Enquanto 52,4% dos preceptores concluíram o curso de Medicina em uma instituição pública, isto se reduziu para 30,2% dos residentes. A maior parte encontra-se interiorizada com 35 (16,6%) médicos atuando na Macrorregião II (região de Campina Grande) e 84 (39,8%) na Macrorregião III (sertão e alto sertão). Observou-se uma diferença significativa na proporção de preceptores (90,5%) em relação aos residentes (54,4%) que pretendem continuar atuando na APS, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Descritivo e análise bivariada mostrando associação de variáveis sociodemográficas e acadêmicas em relação à posição no programa de residência em Medicina da Família e Comunidade.

		Total (N=211)		Residente (N=169)		Preceptor (N=42)		Teste
		n	%	n	%	n	%	p
Sexo	Feminino	130	61,6%	108	63,9%	22	52,4%	0,170
	Masculino	81	38,4%	61	36,1%	20	47,6%	
Estado Civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	121	57,3%	108	63,9%	13	31,0%	<0,001
	União estável ou casado(a)	90	42,7%	61	36,1%	29	69,0%	
Filhos	Não	173	82,0%	148	87,6%	25	59,5%	<0,001
	Sim	38	18,0%	21	12,4%	17	40,5%	
Instituição da graduação	Pública	73	34,6%	51	30,2%	22	52,4%	0,01*
	Privada, com financiamento	97	46,0%	80	47,3%	17	40,5%	
	Privada, sem financiamento	41	19,4%	38	22,5%	3	7,1%	
Pretensão de continuar atuando na APS	Não	81	38,4%	77	45,6%	4	9,5%	<0,001
	Sim	130	61,6%	92	54,4%	38	90,5%	
Experiência na APS	< 1 ano	45	22,5%	45	26,6%	0	0,0%	<0,001
	de 1 a 3 anos	110	55,0%	101	59,8%	9	29,0%	
	de 4 a 10 anos	30	15,0%	17	10,1%	13	41,9%	
	Mais de onze anos	15	7,5%	6	3,6%	9	29,0%	
Pretensão de outra pós-graduação	Não	25	11,8%	15	8,9%	10	23,8%	0,026
	Sim	138	65,4%	115	68,0%	23	54,8%	
	Talvez	48	22,7%	39	23,1%	9	21,4%	
Interesse em mestrado	Não	83	39,3%	80	47,3%	3	7,1%	<0,001
	Sim	125	59,2%	89	52,7%	36	85,7%	
	Já fez o mestrado	3	1,4%	0	0,0%	3	7,1%	
Oferta de mestrado motiva a continuar atuando na APS	Não pretende atuar na APS	49	23,2%	49	29,0%	0	0,0%	<0,001
	Não, continuar apenas na assistência	36	17,1%	30	17,8%	6	14,3%	
	Sim, conciliar a assistência com academia	126	59,7%	90	53,3%	36	85,7%	
Interesse do residente em atuar como preceptor	Não	48	30,0%	48	30,0%	0	0,0%	N/A
	Sim	112	70,0%	112	70,0%	0	0,0%	
Macro do município em que atua	Macro I	92	43,6%	75	44,4%	17	40,5%	0,639
	Macro II	35	16,6%	26	15,4%	9	21,4%	

	Macro III	<b>84</b>	<b>39,8%</b>	68	40,2%	16	38,1%	
<b>Atua no município onde reside</b>	Não	<b>62</b>	<b>29,4%</b>	46	27,2%	16	38,1%	0,167
	Sim	<b>149</b>	<b>70,6%</b>	123	72,8%	26	61,9%	
<b>Quantidade de municípios onde trabalhou na APS</b>	Primeiro trabalho	<b>54</b>	<b>25,6%</b>	50	29,6%	4	9,5%	<b>0,011*</b>
	1 a 3	<b>138</b>	<b>65,4%</b>	107	63,3%	31	73,8%	
	3 a 5	<b>14</b>	<b>6,6%</b>	9	5,3%	5	11,9%	
	> 5	<b>5</b>	<b>2,4%</b>	3	1,8%	2	4,8%	
<b>Município que mais gostou de trabalhar é o mesmo onde trabalha e reside</b>	Sim	<b>173</b>	<b>87,8%</b>	138	88,5%	35	85,4%	0,591
	Não	<b>24</b>	<b>12,2%</b>	18	11,5%	6	14,6%	
<b>Justificativa para a escolha do município onde mais gostou de trabalhar</b>	Primeiro trabalho	<b>24</b>	<b>11,4%</b>	24	14,2%	0	0,0%	<b>0,001*</b>
	Motivos pessoais	<b>98</b>	<b>46,4%</b>	84	49,7%	14	33,3%	
	Motivação financeira	<b>14</b>	<b>6,6%</b>	11	6,5%	3	7,1%	
	Boa relação com a equipe de trabalho	<b>37</b>	<b>17,5%</b>	25	14,8%	12	28,6%	
	Boa relação e diálogo com a gestão	<b>38</b>	<b>18,0%</b>	25	14,8%	13	31,0%	

Legenda: Teste de Qui-Quadrado ou (\*) Teste Exato de Fischer; R1 - Residente do primeiro ano; R2 - Residente do segundo ano; APS - Atenção Primária à Saúde.

Fonte: próprio autor, 2024.

Na Tabela 2 foram apresentados os resultados da análise bivariada. Em relação às variáveis sociodemográficas, foi observada associação entre estar casado ou em união estável ( $p=0,031$ ), ter filhos ( $p=0,002$ ), ter graduação em instituição pública ( $p=0,017$ ) e a experiência na APS ( $p=0,049$ ) com a pretensão de continuar atuando na APS, quando considerada a totalidade da população estudada. Dos 88 médicos, cujo principal motivo para fazer a residência em MFC foi a identificação com a área, 79 (89,8%) afirmaram interesse de permanecer atuando na APS ( $p<0,001$ ). A maior parte dos médicos que pretendem continuar na APS tomaram essa decisão durante a graduação ( $p<0,001$ ) e o período de experiência na APS também contribuiu na decisão ( $p=0,002$ ).

Em contrapartida, dos 84 que citaram o bônus em processo seletivo para cursar outra especialização como principal motivação, apenas 30 (35,7%) pretendem continuar atuando na APS. Quando se avaliou o fator remuneração, observou-se uma associação inversa, pois dos 157 médicos que não citaram a remuneração, 104 (66,2%) demonstraram interesse em continuar na APS ( $p=0,018$ ). O bônus e a remuneração, quando são os motivos para ingresso na residência, estão associados à intenção de desistir da carreira na APS (Tabela 2).

Após a conclusão da residência em MFC, as principais motivações para continuar na APS foram a identificação com a área ( $p<0,001$ ) e a carga horária compatível com lazer, esportes e família ( $p=0,038$ ). Por outro lado, em relação às principais desmotivações, não foram observadas associações significativas na totalidade da amostra. Os fatores mais desmotivantes citados pelos participantes foram a ausência de perspectiva profissional ( $n=83$ ), seguido por baixa remuneração ( $n=29$ ) e precariedade do trabalho ( $n=29$ ) (Tabela 2).

Ao serem convidados a explicar as principais razões para a rotatividade de médicos na APS, também não foi observada associação significativa com a pretensão de fazer carreira na

APS. Os fatores mais lembrados pelos médicos para justificar a rotatividade na APS foram a proposta de trabalho com melhor remuneração (n=93), seguido por proposta de emprego com melhor condição de trabalho (n=40) e contrato de trabalho precário (n=32). Em relação ao vínculo de trabalho mais atrativo, dos 38 que citaram celetista em programa de provimento, 30 (78,9%) pretendem permanecer atuando na APS (p=0,015); dos 52 que citaram o vínculo estatutário, 44 (84,6%) pretendem continuar na APS (p<0,001) (Tabela 2).

Quando avaliadas as estratégias de fixação de médicos na APS, foi observado interesse do médico de conciliar a carreira acadêmica e a atuação na APS. A maioria quer fazer o mestrado (n=125) e considera a oportunidade de fazer o mestrado como um dos fatores que os motivam a continuar na APS (n=126), com associação bastante significativa em ambos os casos (p<0,001). Esta associação é reforçada quando se considera o interesse do residente em atuar como preceptor: dos 112 que querem ser preceptores, 72 (64,3%) tem a pretensão de continuar na APS (p=0,001) (Tabela 2).

Tabela 2: Análise bivariada mostrando diferentes fatores associados ou não à pretensão do médico vinculado à residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) de continuar ou não atuando na Atenção Primária à Saúde (APS).

		Pretensão de continuar atuando na APS						p
		Não		Sim		Total		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Variáveis sociodemográficas</b>								
<b>Sexo</b>	Feminino	50	38,5%	80	61,5%	<b>130</b>	<b>61,6%</b>	0,978
	Masculino	31	38,3%	50	61,7%	<b>81</b>	<b>38,4%</b>	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro, divorciado ou viúvo	54	44,6%	67	55,4%	<b>121</b>	<b>57,3%</b>	<b>0,031</b>
	União estável ou casado(a)	27	30,0%	63	70,0%	<b>90</b>	<b>42,7%</b>	
<b>Filhos</b>	Não	75	43,4%	98	56,6%	<b>173</b>	<b>82,0%</b>	<b>0,002</b>
	Sim	6	15,8%	32	84,2%	<b>38</b>	<b>18,0%</b>	
<b>Instituição da graduação</b>	Pública	20	27,4%	53	72,6%	<b>73</b>	<b>34,6%</b>	<b>0,017</b>
	Privada, com financiamento	47	48,5%	50	51,5%	<b>97</b>	<b>46,0%</b>	
	Privada, sem financiamento	14	34,1%	27	65,9%	<b>41</b>	<b>19,4%</b>	
<b>Experiência na APS</b>	< 1 ano	18	40,0%	27	60,0%	<b>45</b>	<b>21,3%</b>	<b>0,049*</b>
	de 1 a 3 anos	51	46,4%	59	53,6%	<b>110</b>	<b>52,1%</b>	
	de 4 a 10 anos	7	23,3%	23	76,7%	<b>30</b>	<b>14,2%</b>	
	Mais de onze anos	3	20,0%	12	80,0%	<b>15</b>	<b>7,1%</b>	
<b>Principal motivação para fazer residência em MFC</b>								
<b>Identificação com a área</b>	Não se identifica com a área	72	58,5%	51	41,5%	<b>123</b>	<b>58,3%</b>	<b>&lt;0,001</b>
	Sim, identifica-se com a área	9	10,2%	79	89,8%	<b>88</b>	<b>41,7%</b>	
<b>Obtenção de bônus para outra pós-graduação e/ou titulação para concurso</b>	Não	27	21,3%	100	78,7%	<b>127</b>	<b>60,2%</b>	<b>&lt;0,001</b>
	Sim	54	64,3%	30	35,7%	<b>84</b>	<b>39,8%</b>	
<b>Proximidade com familiares</b>	Não	61	39,9%	92	60,1%	<b>153</b>	<b>72,5%</b>	0,473
	Sim	20	34,5%	38	65,5%	<b>58</b>	<b>27,5%</b>	
<b>Remuneração</b>	Não	53	33,8%	104	66,2%	<b>157</b>	<b>74,4%</b>	<b>0,018</b>
	Sim	28	51,9%	26	48,1%	<b>54</b>	<b>25,6%</b>	
<b>Experiência com populações vulneráveis</b>	Não	66	41,3%	94	58,8%	<b>160</b>	<b>75,8%</b>	0,130
	Sim	15	29,4%	36	70,6%	<b>51</b>	<b>24,2%</b>	
<b>Vivência na APS na graduação</b>	Não	53	39,0%	83	61,0%	<b>136</b>	<b>64,5%</b>	0,815
	Sim	28	37,3%	47	62,7%	<b>75</b>	<b>35,5%</b>	
<b>Momento da decisão de fazer carreira como MFC na APS</b>								

Não quer fazer carreira na APS	Quer ficar na APS	31	20,0%	124	80,0%	<b>155</b>	<b>73,5%</b>	<0,001
	Não quer ficar na APS	50	89,3%	6	10,7%	<b>56</b>	<b>26,5%</b>	
Durante a graduação	Não	70	47,6%	77	52,4%	<b>147</b>	<b>69,7%</b>	<0,001
	Sim	11	17,2%	53	82,8%	<b>64</b>	<b>30,3%</b>	
Durante a atuação na APS	Não	65	45,8%	77	54,2%	<b>142</b>	<b>67,3%</b>	<b>0,002</b>
	Sim	16	23,2%	53	76,8%	<b>69</b>	<b>32,7%</b>	
Durante a residência	Não	77	40,7%	112	59,3%	<b>189</b>	<b>89,6%</b>	0,062*
	Sim	4	18,2%	18	81,8%	<b>22</b>	<b>10,4%</b>	
<b>Caso continue na APS, vínculo de trabalho mais atrativo</b>								
Nenhum vínculo é atrativo, porque	Quer carreira na APS	37	22,6%	127	77,4%	<b>164</b>	<b>77,7%</b>	<0,001*
	Não quer carreira na APS	44	93,6%	3	6,4%	<b>47</b>	<b>22,3%</b>	
Bolsista de programas de provimento ou outra residência	Não	62	41,9%	86	58,1%	<b>148</b>	<b>70,1%</b>	0,109
	Sim	19	30,2%	44	69,8%	<b>63</b>	<b>29,9%</b>	
Celetista em programa de provimento	Não	73	42,2%	100	57,8%	<b>173</b>	<b>82,0%</b>	<b>0,015</b>
	Sim	8	21,1%	30	78,9%	<b>38</b>	<b>18,0%</b>	
Estatutário	Não	73	45,9%	86	54,1%	<b>159</b>	<b>75,4%</b>	<0,001
	Sim	8	15,4%	44	84,6%	<b>52</b>	<b>24,6%</b>	
Contrato por tempo determinado	Não	79	39,5%	121	60,5%	<b>200</b>	<b>94,8%</b>	0,157*
	Sim	2	18,2%	9	81,8%	<b>11</b>	<b>5,2%</b>	
<b>Após concluir a residência, o que motiva a ficar na APS</b>								
Nenhuma motivação para ficar na APS	Motivado para ficar APS	34	21,5%	124	78,5%	<b>158</b>	<b>74,9%</b>	<0,001
	Nenhuma motivação	47	88,7%	6	11,3%	<b>53</b>	<b>25,1%</b>	
Identificação com a área	Não	73	46,2%	85	53,8%	<b>158</b>	<b>74,9%</b>	<0,001
	Sim	8	15,1%	45	84,9%	<b>53</b>	<b>25,1%</b>	
Remuneração	Não	78	38,2%	126	61,8%	<b>204</b>	<b>96,7%</b>	0,805*
	Sim	3	42,9%	4	57,1%	<b>7</b>	<b>3,3%</b>	
Carga horária compatível com outros vínculos	Não	76	39,2%	118	60,8%	<b>194</b>	<b>91,9%</b>	0,427
	Sim	5	29,4%	12	70,6%	<b>17</b>	<b>8,1%</b>	
Carga horária compatível com mestrado e doutorado	Não	80	39,2%	124	60,8%	<b>204</b>	<b>96,7%</b>	0,182*
	Sim	1	14,3%	6	85,7%	<b>7</b>	<b>3,3%</b>	
Carga horária compatível com lazer, esportes e família	Não	73	41,7%	102	58,3%	<b>175</b>	<b>81,2%</b>	<b>0,038</b>
	Sim	8	22,2%	28	77,8%	<b>36</b>	<b>18,8%</b>	
Boa relação com equipe/população	Não	77	40,1%	115	59,9%	<b>192</b>	<b>91,0%</b>	0,103*
	Sim	4	21,1%	15	78,9%	<b>19</b>	<b>9,0%</b>	
Boa relação e diálogo com a gestão municipal	Não	81	38,8%	128	61,2%	<b>209</b>	<b>99,1%</b>	0,262*
	Sim	0	0,0%	2	100,0%	<b>2</b>	<b>0,9%</b>	
Outra razão (localização ou outra)	Não	76	39,2%	118	60,8%	<b>194</b>	<b>91,9%</b>	0,427*
	Sim	5	29,4%	12	70,6%	<b>17</b>	<b>8,1%</b>	
<b>Fatores que mais desmotivam a ficar na APS</b>								
Falta de identificação com a área ou outra justificativa	Tem identificação	71	37,2%	120	62,8%	<b>191</b>	<b>90,5%</b>	0,262
	Falta identificação	10	50,0%	10	50,0%	<b>20</b>	<b>9,5%</b>	
Falta de perspectiva profissional	Não	53	41,4%	75	58,6%	<b>128</b>	<b>60,7%</b>	0,263
	Sim	28	33,7%	55	66,3%	<b>83</b>	<b>39,3%</b>	
Baixa Remuneração	Não	73	40,1%	109	59,9%	<b>182</b>	<b>86,3%</b>	0,198
	Sim	8	27,6%	21	72,4%	<b>29</b>	<b>13,7%</b>	
Precariedade do trabalho	Não	69	37,9%	113	62,1%	<b>182</b>	<b>86,3%</b>	0,721
	Sim	12	41,4%	17	58,6%	<b>29</b>	<b>13,7%</b>	
Vínculo precário de trabalho	Não	73	38,8%	115	61,2%	<b>188</b>	<b>89,1%</b>	0,706
	Sim	8	34,8%	15	65,2%	<b>23</b>	<b>10,9%</b>	
Conflito ou dificuldade de relação com a gestão	Não	71	36,6%	123	63,4%	<b>194</b>	<b>91,9%</b>	0,071
	Sim	10	58,8%	7	41,2%	<b>17</b>	<b>8,1%</b>	
Vulnerabilidade das populações	Não	76	37,8%	125	62,2%	<b>201</b>	<b>95,3%</b>	0,439*
	Sim	5	50,0%	5	50,0%	<b>10</b>	<b>4,7%</b>	
<b>Principal razão para rotatividade dos médicos na APS</b>								
Falta de apoio da gestão municipal	Não	67	36,2%	118	63,8%	<b>185</b>	<b>87,7%</b>	0,083
	Sim	14	53,8%	12	46,2%	<b>26</b>	<b>12,3%</b>	
Proposta de trabalho com melhor remuneração	Não	47	39,8%	71	60,2%	<b>118</b>	<b>55,9%</b>	0,628
	Sim	34	36,6%	59	63,4%	<b>93</b>	<b>44,1%</b>	
Oferta de outra posição com melhor localização	Não	76	37,6%	126	62,4%	<b>202</b>	<b>95,7%</b>	0,279*
	Sim	5	55,6%	4	44,4%	<b>9</b>	<b>4,3%</b>	
Proposta de emprego com melhor condição de trabalho	Não	68	39,8%	103	60,2%	<b>171</b>	<b>81,0%</b>	0,395
	Sim	13	32,5%	27	67,5%	<b>40</b>	<b>19,0%</b>	
Contrato precário de trabalho	Não	72	40,2%	107	59,8%	<b>179</b>	<b>84,8%</b>	0,195
	Sim	9	28,1%	23	71,9%	<b>32</b>	<b>15,2%</b>	
Falta de Concursos públicos	Não	76	37,6%	126	62,4%	<b>202</b>	<b>95,7%</b>	0,279*
	Sim	5	55,6%	4	44,4%	<b>9</b>	<b>4,3%</b>	
Trabalho em regiões vulneráveis	Não	80	38,3%	129	61,7%	<b>209</b>	<b>99,1%</b>	0,734*
	Sim	1	50,0%	1	50,0%	<b>2</b>	<b>0,9%</b>	
<b>Políticas de Fixação de Médicos na APS</b>								
Interesse em mestrado	Não	47	56,6%	36	43,4%	<b>83</b>	<b>39,3%</b>	<0,001

	Sim	33	26,4%	92	73,6%	<b>125</b>	<b>59,2%</b>	
<b>Oferta de mestrado motiva a continuar atuando na APS</b>	Já fiz o mestrado	1	33,3%	2	66,7%	<b>3</b>	<b>1,4%</b>	<b>&lt;0,001*</b>
	Não pretende atuar na APS	42	85,7%	7	14,3%	<b>49</b>	<b>23,2%</b>	
	Somente assistência	6	16,7%	30	83,3%	<b>36</b>	<b>17,1%</b>	
	Assistência e docência	33	26,2%	93	73,8%	<b>126</b>	<b>59,7%</b>	
<b>Interesse do residente em atuar como preceptor</b>	Não	31	64,6%	17	35,4%	<b>48</b>	<b>22,7%</b>	<b>0,001</b>
	Sim	40	35,7%	72	64,3%	<b>112</b>	<b>53,1%</b>	

Teste de Qui-Quadrado ou (\*) Teste Exato de Fischer

Fonte: próprio autor, 2024.

Na Tabela 3, são apresentados os resultados da regressão logística binária bruta e ajustada. Quem se identifica com a área da MFC tem 9.34 vezes mais chance de continuar trabalhando na APS do que quem não se identifica com a área ( $p < 0,001$ ). A proximidade dos familiares, ter filhos e vivenciar a experiência de trabalhar com populações vulneráveis também foram associadas à pretensão de continuar na APS, que são fatores relacionados ao perfil do MFC. Por outro lado, quem faz a residência por causa do bônus oferecido não tem a pretensão de continuar na APS ( $p < 0,001$ ). Ao todo, 40 (95,2%) dos preceptores afirmaram que os residentes que querem continuar na APS são mais dedicados nos estudos da residência e empenhados no serviço.

Tabela 3: Regressão logística bruta e ajustada mostrando as variáveis associadas à pretensão do médico, vinculado aos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC), de continuar atuando na Atenção Primária à Saúde (APS).

		<b>Pretensão de continuar atuando na APS</b>			
		OR bruto (95%CI)	p valor	OR ajustado (95%CI)	p (Wald)
<b>Variáveis sociodemográficas</b>					
<b>Filhos</b>	Não	1	0.003	1	0.002
	Sim	4.08 (1.62,10.27)		9.65 (2.24,41.67)	
<b>Principal motivação para fazer residência em MFC</b>					
<b>Identificação com a área</b>	Não se identifica com a área	1	< 0.001	1	< 0.001
	Sim, identifica-se com a área	12.39 (5.7,26.96)		9.34 (3.16,27.61)	
<b>Obtenção de bônus para outra pós-graduação e/ou titulação para concurso</b>	Não	1	< 0.001	1	< 0.001
	Sim	0.15 (0.08,0.28)		0.13 (0.05,0.36)	
<b>Proximidade com familiares</b>	Não	1	0.473	1	0.014
	Sim	1.26 (0.67,2.37)		3.73 (1.31,10.63)	
<b>Experiência com populações vulneráveis</b>	Não	1	0.132	1	0.001
	Sim	1.69 (0.85,3.32)		7.15 (2.15,23.82)	
<b>Caso continue na APS, vínculo mais atrativo</b>					
<b>Nenhum vínculo é atrativo, pois</b>	Quer carreira na APS	50.34 (14.78,171.46)	< 0.001	52.59 (10.77,256.83)	< 0.001
	Não quer carreira na APS	1		1	
<b>Falta de perspectiva profissional</b>	Não é um fator desmotivante	1	0.264	1	0.002
	É um fator desmotivante	1.39 (0.78,2.47)		5.43 (1.83,16.19)	

Fonte: próprio autor, 2024.

### 3.2 Discussão

Este estudo revelou que a pretensão dos médicos, vinculados aos dez programas de residência em MFC do Estado da Paraíba - Brasil, de continuar atuando na APS está fortemente associada com a identificação com a área, sendo que a tomada de decisão já acontece desde a graduação e se fortalece com a experiência na APS. Nossos achados corroboram outros estudos da literatura, cujos resultados mostraram que a inserção precoce, de qualidade e contínua dos estudantes de Medicina em cenários de estágios na APS, bem como a experiência profissional na APS após conclusão da graduação, contribui para identificação com a área da MFC (Campedelli-Lopes, Bicudo, Antônio, 2016; Leitão, 2018; Cortez *et al*, 2019; Ferreira *et al*, 2019; Melo Neto, 2019; Rotta & Nascimento, 2020; Cavalcante *et al*, 2022).

Na população de médicos residentes de MFC da Paraíba no período estudado, cerca de 40% declararam que faziam a residência de MFC para obtenção de bônus com a intenção de cursar outra especialização. As políticas de bonificação estimulam o profissional a permanecer na APS até serem aprovados em uma outra especialização médica, criando uma cultura de trabalho temporário de menor valor simbólico. A bonificação é um elemento contraditório nas políticas de provimento, pois atrai o profissional que não tem a intenção de permanecer na APS (Stralen *et al*, 2017; Cortez *et al*, 2019; Melo Neto, 2019). Entretanto, faz-se necessário mais estudos para aprofundar a compreensão de como a falta de identificação com a área pode influenciar no desempenho do residente no serviço.

Na nova edição do PMM, a ampliação do tempo da bolsa, as vantagens econômicas e a possibilidade de realizar cursos de Mestrado e Doutorado podem ser estratégias mais positivas do que a bonificação para atrair médicos identificados com a APS. O maior tempo de atuação na APS associado a um processo formativo mais aprimorado, com pós-graduação *stricto sensu*, poderiam agregar valor aos profissionais que permanecem na APS, contribuindo para a opção pela continuidade em uma carreira profissional no SUS.

Outra estratégia que pode motivar os médicos a permanecerem na APS é melhorar a experiência formativa na residência. Em uma pesquisa conduzida para avaliar o uso de metodologias ativas em um curso de Medicina em Goiás, no Brasil, foi observado que os médicos adquirem uma série de competências e habilidades ao vivenciarem problemas reais do dia a dia das comunidades onde estavam inseridos durante a formação. As metodologias ativas e uma experiência mais qualificada na APS contribuíram para a formação de profissionais com uma postura humana, reflexiva, ética, e mais motivados para trabalhar na MFC (Santiago, Moraes, Almeida, 2020).

Os resultados deste trabalho apontaram uma associação entre vínculos de trabalho com mais estabilidade e a pretensão de continuar na APS. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa sobre fatores atrativos e permanência de médicos na APS na região centro-sul do estado do Rio de Janeiro, no qual se verificou que a maior parte dos médicos que atuavam na APS tinha vínculo estatutário (Ferreira, 2022). Em outro estudo avaliando a percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas, concluiu-se que a estabilidade proporcionada pelo vínculo estatutário foi valorizada por médicos que já atuam há muito tempo na profissão e não queriam fazer outra especialização (Stralen *et al*, 2017). Vale salientar, entretanto, que o vínculo mais lembrado, em número absoluto, na nossa pesquisa, foi o de “bolsista de programa de provimento”, modalidade adotada pelo PMM. A bolsa deste programa é ofertada pelo período de pelo menos quatro anos, na sua versão mais recente, e tem um valor considerado atrativo tendo em vista os salários defasados dos municípios, principalmente na região norte-nordeste do Brasil (Melo Neto, 2019; Brasil, 2023).

Os médicos participantes da nossa pesquisa apontaram que a falta de perspectiva profissional e a ausência de um plano de carreira são os fatores que mais os desmotivam a se fixar na APS. A baixa remuneração e o pouco prestígio da MFC frente às outras especialidades, que tendem a um perfil mais tecnológico e científico, também foram observadas em outro estudo como fatores desmotivantes. Em pesquisa conduzida com estudantes do 6º ano da graduação em Medicina de quatro IES no estado de Minas Gerais, identificou-se que o segundo e o terceiro motivo mais lembrado para não atuar na APS ao concluir a graduação eram, respectivamente, a falta de um plano de carreira e a má remuneração (Rodrigues *et al*, 2017; Miranda *et al*, 2021; Cavalcante *et al*, 2022).

Desde a implantação do SUS, em 1990, especialistas e gestores têm proposto a elaboração de um plano de cargos e carreiras para os profissionais de saúde do sistema. Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, o Ministério da Saúde tem demonstrado interesse em melhorar os aspectos da gestão do trabalho (Oliveira *et al*, 2017; Vieira *et al*, 2017). Mais recentemente, para a categoria de Médicos de Família e Comunidade, houve a proposta de criação de uma carreira na APS com médicos selecionados por meio de processo seletivo público e admitidos em um vínculo de trabalho celetista, com perspectiva de progressão por tempo de atuação (Brasil, 2019b; Wolmann, D'Ávila, Harzheim, 2020). Entende-se que é importante impulsionar a inserção de planos de cargos e carreiras em nível federal, estadual e municipal, algo que ainda é incipiente. Planos de carreira mais atrativos também podem contribuir para a fixação de médicos na APS no Brasil.

Outro elemento contraditório relacionado à residência em MFC é a remuneração que, a princípio, funciona como fator de atração; entretanto, após a conclusão da residência, pode desmotivar o profissional a continuar na APS. Ao ingressar na residência, o médico recebe a bolsa oferecida pelo Ministério da Educação de cerca de quatro mil reais, como outro residente de qualquer área. Entretanto, conforme estabelecido na política do PMM, o município que recebe o residente deve fazer uma complementação da bolsa, cujo valor geralmente é o mesmo pago ao médico contratado diretamente pelo município. Ou seja, durante a residência, o médico recebe cerca de dez mil reais, sendo 40% referente a bolsa de estudos. Ao concluir a residência, se permanecer contratado pelo município para atuar como MFC na APS, a sua remuneração será reduzida em, no mínimo 40%, sem considerar os valores deduzidos da previdência e imposto de renda. Essa redução na remuneração após conclusão da residência pode ser um fator de desmotivação para continuar atuando na APS, principalmente para aqueles médicos que não se identificam com a MFC.

No Estado da Paraíba, 61,6% dos médicos residentes e preceptores eram do sexo feminino. Entre egressos da residência em MFC de São Paulo, as mulheres representavam 58,1% (Rodrigues *et al*, 2017); já entre os egressos da residência em MFC de Palmas, essa proporção aumenta para 77,4% (Cavalcante *et al*, 2022). Entre os médicos titulados em MFC do país, 54,2% são mulheres (Scheffer, 2023). Estudo conduzido em Minas Gerais identificou que mulheres estudantes de Medicina têm chance 2,9 vezes maior de optar por carreira na APS (Miranda *et al*, 2021). Esses achados apontam uma tendência à feminilização da MFC.

O processo de feminilização em curso na MFC pode ter relação com outros fatores associados à pretensão de continuar na APS, como constituir família, ter filhos e a necessidade de ficar próximo de familiares ou ter uma rede de apoio, algo que a especialização em MFC pode propiciar. Quando consideramos a amostra apenas dos preceptores, um público mais experiente, temos que a maioria já se encontra casado ou em união estável, uma parte considerável com filhos e a maior parte é do sexo feminino, corroborando essas associações.

Com relação à formação em nível de graduação, a maioria dos médicos residentes de MFC deste estudo são jovens e provenientes de instituições privadas, enquanto a maioria dos preceptores, médicos mais experientes, advém de formação em instituição pública de ensino. Este achado é um reflexo das políticas públicas para estimular a formação de médicos nos últimos 10 anos, resultado do PMM no seu eixo formativo (Oliveira *et al*, 2017). A expansão das vagas de graduação médica, em escolas privadas, não necessariamente contribuiu para reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde em regiões vulneráveis. Estudos

indicam que o percentual de médicos incorporados à força de trabalho médica no SUS diminuiu ao longo do tempo (Figueiredo *et al*, 2021).

Nossos resultados apontam que um pouco mais de 40% dos residentes em MFC encontram-se na região metropolitana de João Pessoa, onde são oferecidos seis programas diferentes. Assim sendo, a maior quantidade de vagas de residência de MFC está distribuída pelo interior do estado. O processo de interiorização das residências em MFC na Paraíba se diferencia de outras regiões, tendo em vista que um importante número de municípios oferta vagas de residência no interior do estado com alta taxa de ocupação (Barreto *et al*, 2019). A disponibilidade da residência de MFC na região onde o médico reside estimula a fixação em regiões distantes de centros urbanos (Melo Neto, 2019).

Os resultados desse estudo mostraram ainda que ao se tratar de políticas de fixação de médicos na APS, a oferta de mestrado na área e a oportunidade de atuar como preceptor da residência de MFC contribui fortemente com a intenção do médico de continuar atuando na APS, fato corroborado por outros estudos (Barreto *et al*, 2019; Melo Neto, 2019). Em uma ação conjunta com o Governo Federal, o último edital do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/2023) destinou 50% das vagas ofertadas aos Médicos do PMM, Médicos Tutores do PMpB e residentes do 2º ano de residência em MFC (Brasil, 2023). Nossos achados evidenciaram que políticas públicas que estimulam a formação em nível de pós-graduação e preceptoria podem contribuir para a permanência de médicos na APS.

As limitações deste trabalho dizem respeito ao seu desenho. Este é um estudo transversal cujos dados fazem descrição da pretensão dos médicos de continuar atuando na APS, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, nosso estudo não teve a finalidade de fazer uma avaliação de políticas públicas, como os programas de provimento e fixação de médicos no Brasil. Nossa intenção foi oferecer elementos para reflexão pedagógica sobre os fatores que influenciam as decisões dos médicos de continuar ou não atuando na APS, bem como o papel da formação em nível de residência nesse processo decisório.

## **CAPÍTULO 4 – PRODUTO TÉCNICO**

Neste capítulo, conforme orientações da Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, foi incluído o produto técnico produzido pelo grupo de pesquisa. Trata-se de um relatório técnico conclusivo, no formato de um portfólio, com uma síntese dos principais achados dos seis projetos de pesquisa que foram desenvolvidos pelos seis mestrados da Turma 4. O conteúdo integral do relatório técnico, chamado “Portfólio de Resultados de Pesquisa”, foi incluído nos apêndices deste trabalho a fim de que os leitores e avaliadores possam ter ideia da totalidade do conteúdo da publicação. O capítulo referente à pretensão do médico em permanecer atuando na atenção primária à saúde (APS) deste documento, referente aos Subprojeto 1, corresponde ao relatório técnico fruto deste trabalho.

Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, o grupo fez um amplo debate a respeito do produto técnico e de como seria possível compartilhar os resultados de seis diferentes trabalhos com os participantes da pesquisa, ou seja, como devolver às residências o conhecimento produzido no grupo. A ideia de sintetizar os achados em um único documento, foi inspirada em um debate sobre os processos de translação do conhecimento e do uso do conhecimento de pesquisas científicas por gestores. Nesse debate, tivemos acesso ao “Portfólio de Resultados de Pesquisa sobre Zika” publicado pela Fiocruz em julho de 2022 e tomamos esse documento como modelo para produzir o nosso produto técnico.

O “Portfólio de Resultados de Pesquisa sobre as Residências em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional do Estado da Paraíba” encontra-se concluído (APÊNDICE B). O documento em PDF será compartilhado com os participantes da pesquisa, bem como serão organizados quatro eventos para debate público dos resultados. Além disso, o documento será apresentado no II Congresso Paraibano de Atenção Primária à Saúde organizado pela Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB) em 2025 e outros eventos da área. O documento também será utilizado pela Turma 5 do PROFSAÚDE para definição de seus temas de pesquisa.

## **CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste capítulo, buscamos apresentar considerações sobre o produto técnico, referentes à divulgação, implantação, aplicação, contribuições, recomendações e outras potencialidades práticas no campo profissional, seguindo sugestão da Coordenação Nacional do PROFSAÚDE.

Ao iniciar esta pesquisa, não sabíamos a quantidade de médicos que estavam cursando a residência em MFC ou quantos destes tinham a intenção de permanecer atuando na APS após concluir a especialização. A intenção inicial da pesquisa era fazer uma intervenção educativa, e oferecer cursos de formação continuada para os residentes sobre temáticas específicas relacionadas ao desenvolvimento de competências. Entretanto, ao longo do caminho, percebemos que havia poucas informações para definir exatamente o que poderíamos abordar, e como seria a adesão dos residentes aos nossos cursos. A partir das discussões em grupo, e do entendimento de ainda haver um déficit de médicos especialistas em MFC em atuação nos cenários de APS, decidimos investigar sobre a intenção dos médicos em formação em MFC de continuar atuando na APS após conclusão da residência.

Nosso produto traz um diagnóstico das residências em MFC no Estado, algo que não existia até então. Produzimos um levantamento da quantidade de residências, suas localizações, a quantidade de preceptores e residentes, as razões para estarem cursando a residência, suas expectativas futuras e o quanto isso tem influência sobre a decisão de permanecer ou não atuando nos cenários de APS após concluir a residência em MFC.

O produto elaborado pela Turma 5 do PROFSAÚDE é um modelo de como divulgar resultados de pesquisa para os participantes, gestores e coordenadores. A intenção do grupo é fazer o convite para esses atores lerem o Portfólio a fim de realizarmos um evento para debater os resultados. A ideia é compartilhar os achados como forma de fornecer subsídios para melhorias contínuas nos programas de formação de MFC. Os residentes, coordenadores, gestores e diferentes instituições de ensino superior podem fazer mudanças no projeto pedagógico ou refletir sobre ações educativas direcionadas para sanar lacunas formativas, bem como tornar a especialização em MFC e a atuação na APS mais atraente para os médicos que tem a intenção de permanecer nesse campo de atuação.

No Portfólio, como foi descrito, há sugestões práticas de novos produtos e pesquisas que podem ser executados por gestores ou por outros pesquisadores. No debate a ser promovido nas residências, novas propostas de solução também podem vir à tona. Os impactos poderão ser avaliados em pesquisas futuras.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE LR et al. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 53(3):505-519, maio - jun. 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170316>

BARRÊTO DS et al. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica.

**Interface**. (Botucatu) 2019; 23(Supl. 1): e180032 DOI:

<https://doi.org/10.1590/Interface.180032>

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

BRASIL. Atos do Poder Legislativo. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019b**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução Nº 9, de 30 de dezembro de 2020**. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). **AUDITORIA. Avaliação da formulação do Programa Médicos pelo Brasil (PMPB), que sucedeu o Programa Mais Médicos (PMM)**. 2019a. Disponível em:

[https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/TCU/attachments/TCU\\_RA\\_03364520191\\_b9567.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEA067SMCVA&Expires=1684199361&Signature=T2hjWNjiOt8cOHJDoqWdNOIB0E8%3D](https://jurisprudencia.s3.amazonaws.com/TCU/attachments/TCU_RA_03364520191_b9567.pdf?AWSAccessKeyId=AKIARMMD5JEA067SMCVA&Expires=1684199361&Signature=T2hjWNjiOt8cOHJDoqWdNOIB0E8%3D)

BRASIL. Atos do Poder Legislativo. **Lei 14.621 de 14 de julho de 2023**. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS).

CAMPEDELLI-LOPES AM, BICUDO AM, ANTÔNIO MARGM. A Evolução do Interesse do Estudante de Medicina a respeito da Atenção Primária no Decorrer da Graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2016; 40(4): 621-626. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00732015>

CARVALHO VKS, MARQUES CP, SILVA EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(9):2773-2784, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.17362016

CAVALCANTE GRRV et al. Residência de Medicina de Família e Comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. **Interface (Botucatu)**. 2022; 26 (Supl. 1): e210610 DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210610>

CORTEZ LR, et al. A percepção do supervisor do Provac sobre a fixação do médico na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2019;43(2):48-57. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n2RB20180161

FERREIRA, I.A.M. **Desafios para atração e permanência de médicos na Estratégia Saúde da Família nos municípios da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro**. Orientador: Mario Roberto Dal Poz. 2022. 87f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hélio Cordeiro/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

FERREIRA MJM, et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface** (Botucatu). 2019;23(Supl. 1). <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>

FIGUEIREDO AM et al. Evaluating medical education regulation changes in Brazil: workforce impact. *Human Resources for Health*, v. 19, p. 33, 2021. DOI: 10.1186/s12960-021-00580-5

GIRARDI SN, CARVALHO CL, ARAÚJO JF, FARAH JM, WAN DER MAAS L, CAMPOS LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. **O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-186.

GUSSO G et al. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática** [recurso eletrônico]. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.2v.

KEMPER ES, MENDONÇA AVM, SOUSA MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21(9):2785-2796, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.17842016

LEITÃO, M.H.A. Uma avaliação do Projeto Mais Médicos no contexto da provisão do trabalho médico no estado da Paraíba. 2018. 77f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

MACHADO CDB, WUO A, HEINZLE M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2018; 42 (4): 66-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>

MELO NETO AJ, BARRETO DS. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2019;14(41):2162. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\):2162](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41):2162)

MIRANDA CZ et al. Fatores associados à intenção de carreira na atenção primária à saúde entre estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 45 (3): e146, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200439>

OLIVEIRA APC et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017; 22(4):1165-1180. DOI: 10.1590/1413-81232017224.31382016

OLIVEIRA NMF et al. Conhecimento de Alunos de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará sobre a Residência Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2019; 43 (1): 32-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180045>

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Edição revisada e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde – Resolução nº 180/2023, de 10 de novembro de 2023.

RODRIGUES, ET 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**, v.41, n. 4, p. 604-614, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160084>

ROTTA MFO; NASCIMENTO DDG. Perspectivas profissionais e motivações de estudantes de medicina para atuação na Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, Supl. 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190531>

SANTIAGO, RC; MORAES, VA; ALMEIDA, RJ. Percepção dos estudantes de medicina sobre o uso da metodologia da problematização durante a graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200083>

SANTOS CMJ *et al*, 2023. Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(11):3273-3279, 2023. DOI: 10.1590/1413-812320232811.00072023

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN:978-65-00-12370-8

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.

VAN STRALEN ACS et al. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [1]: 147-172, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000100008>

VIEIRA SP, et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde Debate**. 2017;41(112):110-21. DOI: 10.1590/0103-1104201711209

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas**. Genebra: World Health Organization, 2021. ISBN: 978-92-4-002423-9 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>. Acesso em: 11 de agosto de 2024.

WOLMANN L, D'AVILA OP, HARZHEIM E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2020;15(42):2346. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2346](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2346)

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### SESSÃO 1:

#### PESQUISA PROFSAÚDE 2023 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE

Prezado(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (MSF) no estado da Paraíba*”, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE 73484623.5.0000.5187).

O objetivo é refletir sobre a formação por competências e realizar um diagnóstico das potencialidades e fragilidades dos programas de residência em MFC e MSF; bem como incentivar a integração, proposição de ações ou políticas para melhoria da Atenção Primária à Saúde do Estado da Paraíba.

Os participantes responderão a questionários no formato de formulário eletrônico, participarão de rodas de conversa e terão acesso a vídeos curtos sobre o conteúdo do projeto, recebendo, ao final da pesquisa, um certificado de até 60h referente à participação em pesquisa.

Você não será remunerado(a), visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário(a), e não gera também custos. A qualquer momento, o(a) Sr.(a) poderá solicitar o cancelamento de sua participação, obtendo maiores informações com a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvana Santos.

### CONSENTIMENTO EM FORMULÁRIO ELETRÔNICO

- Eu declaro para os devidos fins que fui informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre a finalidade e procedimentos da pesquisa “*Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado da Paraíba*”. Autorizo a minha participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a minha identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em via digital. Uma cópia deste formulário eletrônico foi enviada para o meu e-mail.

### SESSÃO 2 - PERFIL, MOTIVAÇÕES E APRENDIZADO

A1 - Nome: \_\_\_\_\_

A2 - E-mail: \_\_\_\_\_

A3 - Contato do WhatsApp com DDD: \_\_\_\_\_

A4 - Em qual dos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC), abaixo listados, você está vinculado?

- 1 - MFC - SMS João Pessoa - UFPB
- 2 - MFC - SMS Mamanguape - UFPB
- 3 - MFC - SMS Cabedelo - UFPB
- 4 - MFC - SMS João Pessoa - UNIPÊ
- 5 - MFC - SMS João Pessoa - FCM
- 6 - MFC - SMS João Pessoa - FACEME
- 7 - MFC - SMS Campina Grande - UFCG e/ou FACISA
- 8 - MFC - Municípios Alto Sertão - UFCG de CAJAZEIRAS
- 9 - MFC - Municípios do Sertão - UNIFIP
- 10 - MFC - Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba - IES SANTA MARIA
- 11 - Programa Mais Médicos ou Médicos pelo Brasil

A5 - Sexo

1. Feminino
2. Masculino

A6 – Idade em anos em 2023:

A7 - Estado Civil

1. Solteiro, divorciado ou viúvo (não tem companheiro/a)
2. União estável ou casado(a) (vive com companheiro/a)

A8 - Tem filhos (as)?

1. Não
2. Sim

A9 - Se sim, quantos(as) filhos(as)? \_\_\_\_\_

A10 - Qual a sua posição no Programa de Residência?

1. Primeiro ano (R1)
2. Segundo ano (R2)
3. Terceiro ou quarto ano (R3/R4)
4. Preceptor ou Tutor

A11 - Em que ano você concluiu a sua graduação? \_\_\_\_\_

A12 - Sua graduação foi realizada em:

1. Instituição Pública (universidade federal ou estadual)
2. Instituição Privada, com financiamento (FIES, PROUNI)
3. Instituição Privada, sem financiamento

A13 - Quanto tempo de experiência (em anos) você tem como profissional da área da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo o período da residência?

- 1 - Menos de um ano de experiência na APS.
- 2 - De um a três anos de experiência na APS.
- 3 - De quatro a seis anos de experiência na APS.
- 4 - De sete a dez anos de experiência na APS.
- 5 - De onze a quinze anos de experiência na APS.
- 6 - Mais de 15 anos de experiência na APS.

A14d - Você pretende continuar trabalhando na APS ?

1. Não
2. Sim

A14AP - Qual a sua formação em pós graduação (curso já concluído ou em andamento) ?

1. Não tenho nenhuma pós-graduação
2. Especialização ou residência em área diferente da MFC
3. Especialização ou residência em MFC
4. Mestrado Acadêmico na área da Saúde Coletiva
5. Mestrado Profissional na área da Saúde Coletiva
6. Mestrado em área diferente da Saúde Coletiva
7. Doutorado

A15 - Você já fez ou pretende fazer outra especialização ou residência diferente da MFC ?

1. Não
2. Sim
3. Talvez, ainda não tomei uma decisão.

A16 - Se SIM, qual a especialização ou residência você já fez ou pretende fazer?

A17 - Caso você tenha feito residência em MFC, qual foi a sua principal motivação?

1. Eu me identifico com a MFC, desejo seguir nessa área.
2. Eu precisava do bônus de 10% para fazer outra pós graduação.
3. Eu queria ficar próximo dos meus familiares.
4. Eu considerava o salário atrativo.
5. Pela experiência com populações vulneráveis em diferentes regiões do Brasil.
6. Vivência na APS durante o período da graduação.

A18 - Em que momento você tomou a decisão de fazer carreira como MFC na APS?

1. Não se aplica (não tenho interesse em continuar na APS)
2. Durante a graduação devido à ênfase que é dada à APS
3. Durante minha atuação na APS em outra profissão, antes de cursar medicina
4. Durante minha atuação como médico na APS, antes de realizar a residência
5. Durante a experiência da residência.

A19 - Qual o tipo de vínculo de trabalho hoje é mais atrativo para você?

1. Não pretendo atuar como MFC na APS após a conclusão da residência.
2. Bolsista de programas de provimento (Ex. Programa Mais Médicos ou Médicos pelo Brasil)
3. Celetista em programa de provimento (Ex. Programa Médicos pelo Brasil).
4. Estatutário em algum município.
5. Contrato por prazo determinado em algum município.

A20 - Na sua opinião, o que mais MOTIVA os médicos a continuarem na APS?

1. Não sei dizer.
2. Identificação com a área e/ou realização pessoal.
3. A remuneração oferecida pelo município.
4. Carga horária com disponibilidade para ter outros vínculos, como plantões.
5. Carga horária com mais tempo livre para realizar mestrado e doutorado.
6. Carga horária com mais tempo livre para lazer, esportes e família.

7. Boa relação com a equipe de trabalho e com a população acompanhada.
8. Boa relação e diálogo com a gestão municipal.
9. Outro motivo diferente dos anteriores.

A20P2- Na sua opinião como preceptor, o que leva uma parcela significativa dos residentes em MFC a não cogitarem permanecer atuando na APS após o término da residência?

1. Não sei dizer
2. Falta de identificação com essa área da MFC.
3. Desmotivação com a precariedade das condições de trabalho.
4. Falta de perspectiva de crescimento profissional nessa área de atuação.
5. Ofertas de trabalho com salários defasados, pouco atrativos.

A20P3- Na sua opinião como preceptor, o que contribuiria para motivar os residentes em MFC a permanecerem atuando nessa área após o término da residência?

1. Não sei dizer
2. Plano de cargos e remunerações com salários mais atrativos.
3. Melhoria das condições de infraestrutura e de insumos nas UBS.
4. Possibilidade de conciliar a assistência com pós graduação, mestrado, doutorado.
5. Mudanças no curso de formação em nível de graduação com maior enfoque para MFC.

A20P4- Na sua opinião como preceptor, o fato de uma parcela significativa dos residentes de MFC não planejarem permanecer nessa área, após o término da residência, influencia negativamente o seu desempenho e dos demais residentes?

1. Não influencia o desempenho.
2. Sim, influencia negativamente o desempenho.

A20P5 - Na sua opinião como preceptor, que diferenças você observa no desempenho dos residentes que querem continuar na APS e aqueles que não querem?

A21P - Você já fez algum curso de capacitação ou especialização para atuar como preceptor?

1. Não
2. Sim

A22 - Você tem interesse em fazer curso de mestrado profissional ou acadêmico para atuar como formador de recursos humanos?

1. Não
2. Sim
3. Já conclui o mestrado

A23 - Na nova edição do Programa Mais Médicos, há previsão para formação dos bolsistas em Mestrado Profissional ou Acadêmico. Na sua opinião, essa possibilidade de fazer o mestrado pode ser uma motivação para os médicos continuarem atuando na APS?

1. Não, pois os médicos querem continuar apenas na assistência na APS.
2. Sim, pois os médicos têm interesse em conciliar a assistência com a carreira acadêmica.

A24- Qual dos fatores abaixo mais DESMOTIVA os médicos a continuarem trabalhando na APS? (Escolha uma alternativa).

1. Falta de identificação com a área da MFC.
2. Falta de perspectiva de crescimento profissional (plano de cargos e salários).
3. Remuneração pouco atrativa.

4. Precariedade das condições de trabalho (infraestrutura e insumos).
5. Vínculo de trabalho frágil/temporário com os municípios.
6. Relação conflitante com a gestão municipal.
7. Vulnerabilidade das populações (sentimento de impotência).
8. Outra desmotivação.

A25 - Em qual município você reside? (Nome da cidade e estado, caso não seja a Paraíba)

A26 - Em qual ou quais municípios da Paraíba você atua como preceptor?

A27 - O município ou municípios com os quais você está vinculado fica(m) localizado(s) em qual das macrorregiões do Estado?

1. Macro I (Sede em João Pessoa)
2. Macro II (Sede em Campina Grande)
3. Macro III (Sede em Patos e Sousa)

A28 - Em quantos municípios você trabalhou anteriormente na APS?

1. Esse é meu primeiro trabalho
2. entre 1 e 3
3. entre 3 e 5
4. > 5

A29 – Dentre os municípios nos quais você atuou na APS, qual deles você gostou mais de trabalhar?

A30 - Qual razão melhor justifica a escolha desse município?

1. É o meu primeiro trabalho e não tenho outras experiências.
2. Razões pessoais (localização e proximidade com a família).
3. Razões financeiras (salário oferecido).
4. Relações interpessoais no ambiente de trabalho (equipe).
5. Boa relação e diálogo com os gestores municipais (acolhimento e resolutividade)

A31 - Na sua opinião, qual a principal razão para a rotatividade de médicos na APS?

1. Insatisfação com a gestão municipal.
2. Proposta de emprego com melhor remuneração.
3. Proposta de emprego com melhor localização.
4. Proposta de emprego com melhores condições de trabalho (infraestrutura, equipe)
5. Precariedade do contrato de trabalho.
6. Falta de concursos públicos para médicos.
7. Escassez de médicos em regiões mais vulneráveis

## APÊNDICE B – PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA



### **PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA**

PROFSAÚDE – TURMA 4  
UEPB-ESP/SES/PB

Organizadora  
Profa. Dra. Silvana Santos  
Coordenação do PROFSAÚDE

### **AS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DA PARAÍBA**

João Pessoa  
2024

**PORTFÓLIO DE  
RESULTADOS DE PESQUISA**

PROFSAÚDE - TURMA 4  
UEPB-ESP/SES/PB

Organizadora  
Profa. Dra. Silvana Santos  
Coordenação do PROFSAÚDE

**AS RESIDÊNCIAS EM  
MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
DO ESTADO DA PARAÍBA**

João Pessoa  
2024

S236p Santos, Silvana (Org.).

Portfólio de resultados de pesquisa: as residências em Medicina da Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba / Silvana Santos. - João Pessoa, 2024.

69p.

ISBN 978-85-68429-12-9

Conteúdo: Resultados de pesquisa da Turma 4 do Mestrado Profissional em Saúde da Família. PROFSAÚDE/UEPB-ESP/SES/PB.

1. Saúde Pública - Paraíba. 2. Saúde da Família. 3. Residência em Medicina da Família - portfólios. I. Título.

CDU – 614

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**

João Azevêdo Lins Filho

**SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE**

Arimatheus Silva Reis

**DIREÇÃO GERAL DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA**

Vanessa Meira Cintra

**REITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Célia Regina Diniz

**COORDENAÇÃO DO PROFSAÚDE - UEPB/ESP**

Profa. Dra. Silvana Santos

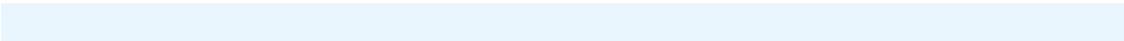


**MESTRANDOS AUTORES**

Ana Paula Ramos Machado  
Élida de Fátima Diniz Souza  
José Danúzio Leite de Oliveira  
José Olivandro Duarte de Oliveira  
Lauradella Geraldinne Sousa Nóbrega  
Maysa Barbosa Rodrigues Toscano

**ORIENTADORES E COLABORADORES**

Profa. Dra. Adriana Nascimento Gomes  
Profa. Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz  
Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira  
Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros  
Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa  
Profa. Dra. Daiane Medeiros da Silva  
Prof. Dr. Daniel Gomes Monteiro Beltrammi  
Profa. Dra. Danielle Franklin de Carvalho  
Profa. Dra. Michelinne Oliveira Machado Dutra  
Profa. Dra. Nayara Massa  
Profa. Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga  
Profa. Dra. Renata Clemente dos Santos Rodrigues  
Profa. Dra. Renata Valéria Nóbrega  
Profa. Dra. Silvana Santos  
Prof. Dr. Ricardo Alves Olinda



## INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS

### PROFSAÚDE

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é um programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, apresentado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e aprovado em 2016. O mestrado é oferecido por uma rede nacional constituída por 46 instituições públicas de ensino superior lideradas pela Fiocruz; da qual faz parte a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O PROFSAÚDE é uma estratégia de formação que visa atender a expansão da pós-graduação no país, bem como a educação permanente de profissionais de saúde com base na consolidação de conhecimentos relacionados à Atenção Primária em Saúde, à Gestão em Saúde e à Educação.

### UEPB

A Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) é uma autarquia estadual que teve sua origem na cidade de Campina Grande em 1966, e hoje possui oito diferentes campi no Estado, com cerca de 20.000 estudantes em seus cursos de graduação e pós-graduação. A instituição tem por finalidade produzir, socializar e aplicar conhecimentos das diversas áreas do saber, por meio do ensino, pesquisa e extensão, indissociavelmente articulados, tendo em vista a (trans)formação humana, acadêmica e profissional com excelência.

### ESP/SES

A Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), foi criada pela lei estadual nº 11.830, de 6 de janeiro de 2021; ocupando o espaço e ampliando as competências do antigo Centro de Formação de Recursos Humanos (CEFOP). A ESP-PB busca vincular os processos de formação em saúde com as necessidades de inovação e pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS).

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO DO PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA</b> .....	<b>8</b>
<b>POPULAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA</b> .....	<b>13</b>
<b>SUBPROJETO 1</b>	
PRETENSÃO DO MÉDICO EM PERMANECER ATUANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) .....	<b>18</b>
<b>SUBPROJETO 2</b>	
SATISFAÇÃO DOS RESIDENTES COM OS CURSOS DE RESIDÊNCIA. . . .	<b>23</b>
<b>SUBPROJETO 3</b>	
INVENTÁRIOS DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS .....	<b>29</b>
<b>SUBPROJETO 4</b>	
UMA ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS: A ASSOCIAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS . . . .	<b>50</b>
<b>SUBPROJETO 5</b>	
INFLUÊNCIA DO AUTOCUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE .....	<b>55</b>
<b>SUBPROJETO 6</b>	
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) . . . .	<b>60</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>68</b>

## APRESENTAÇÃO DO PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA

○ **PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA sobre as residências em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba** é um documento que sintetiza os principais achados dos estudos realizados pelo grupo de seis mestrandos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), em parceria com a equipe de docentes e colaboradores da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e da Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB) ao longo dos anos de 2023 e 2024. Este documento foi elaborado para ser compartilhado com os coordenadores, preceptores e residentes dos programas de residência voltados à formação de recursos humanos para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS). O intuito é estimular o debate sobre estratégias, ações e políticas que possam contribuir para melhoria da qualidade da formação desses profissionais.

Nosso curso de mestrado nasceu com a missão de produzir pesquisas e produtos técnicos que possam contribuir para a melhoria da formação de recursos humanos no Estado, particularmente dos profissionais que atuam na

APS. A ideia é trabalhar a interprofissionalidade e a colaboração em torno de propostas de pesquisas mais amplas em que todo o coletivo, discentes e docentes do núcleo UEPB-ESP, possa se envolver e contribuir com sua experiência profissional e científica.

A definição dos problemas de pesquisa e das metodologias acontece de forma coletiva, envolvendo os docentes e discentes, aconteceu também as equipes de servidores técnicos e gestores do Estado, vinculados à ESP e Secretaria de Estado da Saúde (SES). A escolha da temática de trabalho com as residências em MFC e RMSF ocorreu após uma série de encontros para definição das prioridades de pesquisa do Estado, que foi realizada pela ESP em 2022.

Nesse período, refletimos e tomamos a decisão de abraçar as residências como nosso “território de estudo”, a fim de levantar os problemas relativos à formação de competências e habilidades; ofertando intervenções educativas, criando produtos técnicos e avaliando o impacto desses produtos na formação dos profissionais que atuam no âmbito da APS; ou seja, tínhamos a intenção de aprofundar o máximo possível a compreensão sobre as potencialidades e fragilidades formativas no âmbito das residências que formam profissionais para APS no Estado da Paraíba.

A concepção de um trabalho colaborativo, em que todo o grupo se debruça sobre uma única temática, pensando conjuntamente sobre os fundamentos e estratégias metodológicas, viabiliza a realização de pesquisas mais abrangentes, com amostras maiores, que podem gerar generalizações mais potentes. Busca-se, assim, compreender melhor as

necessidades da população e as especificidades regionais que devem ser consideradas nos processos formativos.

Este Portfólio apresenta uma síntese das pesquisas, cujos artigos completos foram submetidos à publicação em periódicos nacionais e internacionais. Pretendemos devolver os principais resultados desta pesquisa para quem dela participou e para a comunidade acadêmica vinculada aos programas de residência em MFC e RMSF; mas também queremos atingir os gestores dos municípios e docentes de instituições de ensino públicas e privadas, a fim de gerar conhecimento que possa subsidiar os processos formativos dos programas de residência. Por essa razão, neste documento, fizemos sugestões de produtos, de pesquisas futuras, e debatemos as implicações dos achados das pesquisas para os programas de residência ou para os serviços de saúde.

A pesquisa contou com a participação dos seis mestrandos da Turma 4 do PROFSAÚDE e dos docentes do programa, orientadores e colaboradores. Os subprojetos serão apresentados de forma mais sintética. De início, será apresentado o problema investigado, seguido de uma síntese de resultados e por sugestões e recomendações, as quais enfatizaram quatro aspectos diferentes: a) sugestão de novos produtos técnicos que poderiam ser interessantes para as residências ou para os serviços de APS considerando os resultados dos diferentes subprojetos; b) sugestão de pesquisas futuras; c) recomendações para os programas de residência participantes da pesquisa; e d) recomendações mais gerais para os serviços ou instituições de ensino superior.

O Portfólio pretende servir como modelo para a devolução de resultados de pesquisas científicas para a comunidade

acadêmica e dos serviços de saúde, especialmente para as coordenações das instituições de ensino superior e gestores vinculados às residências. É importante destacar que as sugestões e recomendações apresentadas neste documento não têm a mesma natureza das que surgem, por exemplo, em conferências de saúde. Nossas sugestões estão baseadas nos resultados das pesquisas e no que entendemos como de interesse para uma produção futura, como criação de produtos técnicos ou novas pesquisas. De maneira semelhante, as recomendações para os participantes da pesquisa ou outros atores foram elaboradas com base nos achados dos estudos produzidos pelo mestrado.

As pesquisas científicas nos ajudam a refletir sobre a realidade, mas elas não têm a intenção de ser algo impositivo na prática como uma lei. Os fundamentos teóricos, as diferentes metodologias e os resultados das pesquisas científicas podem esclarecer ou trazer uma nova perspectiva sobre uma determinada situação, auxiliando a comunidade científica, gestores e a população a compreenderem melhor uma dada realidade ou um fenômeno. Assim, as sugestões e recomendações não são “leis ou normas” que precisam ser aplicadas na prática; mas são ideias para serem debatidas no coletivo dos programas de residência, instituições de ensino superior, gestões municipais e estaduais.

Este Portfólio é, portanto, o produto do projeto de pesquisa intitulado *“Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Estado da Paraíba”*, que foi iniciado em 2023 logo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB

(CAAE 73484623.5.0000.5187). Os resultados da pesquisa foram submetidos à publicação e as dissertações na íntegra podem ser consultados na Biblioteca Virtual da UEPB.

## POPULAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Este é um estudo transversal, de abordagem quantitativa, em que foi feita uma amostra do tipo censo, ou seja, todos os residentes e preceptores dos programas de MFC e RMSF do Estado da Paraíba foram convidados para participar da pesquisa. De um total de 364 participantes elegíveis, conseguimos que 300 deles respondessem ao questionário, o que representa 82,4% da população de residentes e preceptores do Estado. Deste conjunto, 211 eram médicos e 89 profissionais de outras áreas da saúde, vinculados a um dos 10 programas de residência em MFC ou ao programa em RMSF. A Tabela 1 apresenta uma síntese sobre a proporção de participantes por município e programa e, na Figura 1, é possível observar a distribuição desses participantes no Estado da Paraíba.

Tabela 1 – Número e proporção dos participantes da pesquisa

Tipo	Municípios (SMS)	Instituições de Ensino	Tipo de IES	n	%
MFC	João Pessoa	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	23	7,7
MFC	Mamanguape	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	7	2,3
MFC	Cabedelo	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	9	3,0
MFC	João Pessoa	Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)	Privada	13	4,3
MFC	João Pessoa	Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM)	Privada	20	6,7
MFC	João Pessoa e região	Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)	Privada	14	4,7
MFC	Campina Grande	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Pública	32	10,7
MFC	Cajazeiras	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Pública	13	4,3
MFC	Patos e região	Centro Universitário de Patos (UNIFIP)	Privada	49	16,3
MFC	Cajazeiras e região	Escola de Saúde Pública da Paraíba e Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM)	Pública/Privada	31	10,3
RMSF	João Pessoa	Afya Faculdade de Residência Multiprofissional da Paraíba (RMSF AFYA)	Privada	89	29,7
Total				300	100,0
Legendas: MFC - Residência em Medicina da Família e Comunidade; RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família; SMS - Secretaria Municipal de Saúde.					

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

### Procedimentos de coleta de dados

O primeiro passo da pesquisa foi realizar um levantamento e contato com as coordenações das residências em MFC e RMSF do Estado da Paraíba. Os coordenadores foram convidados para participar de uma entrevista na qual narraram suas trajetórias profissionais e a história e organização do programa de residência. A partir do diálogo com os coordenadores foi definido o percurso metodológico para realização da coleta de dados.

Um questionário estruturado foi elaborado no formato de formulário do *Google Forms*, contendo as questões de todos os seis subprojetos de pesquisa dos diferentes mestrados do PROFSAÚDE. O questionário foi aplicado ao longo do segundo semestre de 2023, como parte das atividades dos programas de residência, de forma presencial ou remota. Neste momento, aproveitamos a oportunidade para apresentar o mestrado profissional PROFSAÚDE para os participantes da pesquisa, tendo em vista que os egressos das residências têm perfil adequado para realizar esse curso de mestrado.

Após o período de coleta, foi construído o banco de dados da pesquisa e realizada as análises estatísticas descritivas, bivariada e multivariada. Cada subprojeto tinha uma questão específica que demandava uma estratégia de análise diferente. Assim, para compreensão mais aprofundada da parte metodológica da pesquisa, é necessário consultar a dissertação dos mestrados ou fazer a leitura dos artigos científicos, os quais foram citados nas referências.

Cada subprojeto da pesquisa teve uma amostra específica, podendo envolver apenas os médicos (N=211), ou o

conjunto dos residentes (N=228) e/ou residentes e preceptores (N=300). Nas sínteses dos subprojetos descrevemos a população de cada um dos estudos.

Em resumo, para uma visão geral das estratégias de análise utilizadas neste trabalho, podemos dizer que:

1. todos os trabalhos apresentaram uma descrição do perfil sociodemográfico e acadêmico dos participantes, fazendo uma análise descritiva básica da população;
2. os trabalhos que investigaram os fatores associados a uma variável de agrupamento específica (estudos de associação com variável categórica) utilizaram o teste estatístico de Qui-quadrado;
3. quando se buscou discriminar quais variáveis mais influenciavam um desfecho específico, então se utilizou a análise de regressão logística (variável dependente categórica);
4. os trabalhos que tinham variáveis quantitativas contínuas, como a produção de um escore ou somatório de pontos, utilizaram testes estatísticos paramétricos e não-paramétricos, como o Teste T ou ANOVA e/ou o Teste de Mann-Whitney.

O detalhamento sobre os procedimentos de análise estatística foi feito no artigo, resultado de cada um dos subprojetos, e não será comentado aqui no Portfólio, tendo em vista que foge ao escopo deste documento. Nas sínteses dos resultados das pesquisas dos subprojetos não serão apresentados os testes estatísticos.

Os resultados mostrados neste documento são, portanto, um recorte do conjunto de achados das seis pesquisas

realizadas pelos mestrandos do PROFSAÚDE. O detalhamento da fundamentação teórica, dos métodos para coleta de dados e da discussão detalhada sobre cada temática, foi apresentado nos textos das dissertações dos mestrandos, citadas nas referências, de modo que para uma compreensão mais aprofundada da pesquisa, é necessário consultá-las.

#### DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES E PRECEPTORES PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ESTADO DA PARAÍBA

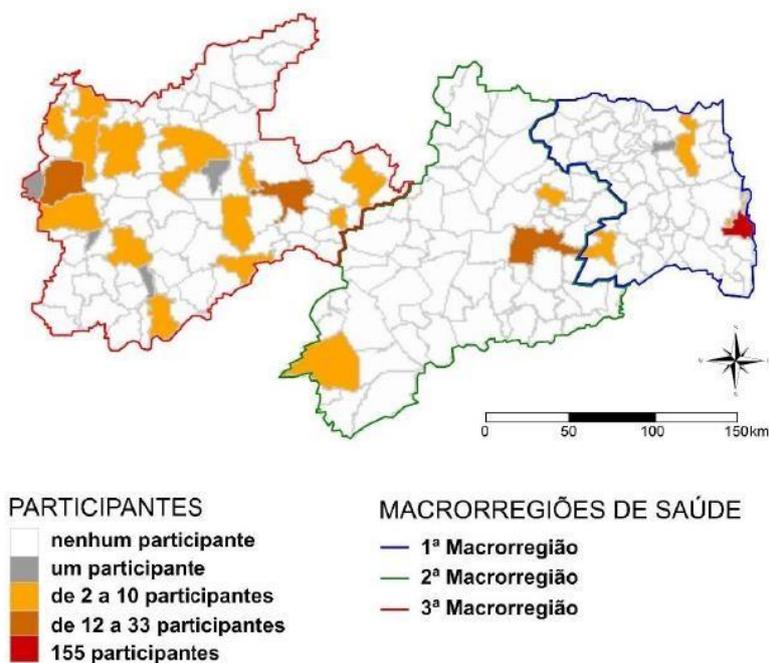


Figura 1: Mapa da distribuição de residentes e preceptores que participaram da pesquisa, vinculados aos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade e a residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba. Dados do segundo semestre de 2023.

## **SUBPROJETO I**

### **PRETENSÃO DO MÉDICO EM PERMANECER ATUANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)**

#### **PROBLEMA INVESTIGADO**

Estima-se que existam no Brasil cerca de 52.000 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); sendo que, em cada uma delas, deve haver, ao menos, um médico, de preferência com especialização na área da Medicina da Família e Comunidade (MFC). Em números absolutos, passou-se de 3.253 médicos especialistas em MFC em 2012 para 11.255 em 2022. Este acréscimo pode ser explicado pela expansão de vagas de graduação e em cursos de residência em MFC, estimulada pela implementação da Lei do Programa Mais Médicos (PMM). O número de especialistas nesta área, entretanto, ainda é insuficiente para suprir a demanda existente em todo o país. A falta de especialistas em MFC é um dos pontos que dificulta o provimento e a fixação de médicos na APS, principalmente em regiões vulneráveis e afastadas de centros urbanos.

Nesta pesquisa, investigamos os fatores associados à pretensão dos médicos residentes e preceptores, vinculados aos programas de residência em MFC do Estado da Paraíba, no Brasil, de continuar atuando na APS. No nosso caso, a amostra foi constituída apenas por médicos. Do total de 211 participantes, 42 (19,9%) atuavam como preceptores e 169 (80,1%) como residentes em MFC.

### SÍNTESE DOS RESULTADOS

- A maioria dos médicos(as) vinculados(as) às residências em MFC do Estado da Paraíba é de mulheres (61,6%), sem companheiro (a) (57,3%) e sem filhos (82%).
- Ao todo, 52,4% dos preceptores e 30,2% dos residentes concluíram o curso de Medicina em uma instituição pública de ensino.
- Verificou-se associação entre estar casado ou em união estável, ter filhos, ter graduação em instituição pública e mais experiência no serviço, com a pretensão de continuar atuando na APS.
- A maior parte dos médicos que pretende continuar na APS tomou essa decisão durante a graduação; e o período de experiência na APS também contribuiu para essa decisão.
- A identificação com a área tem relação direta com a intenção de permanecer na APS. Em contrapartida, a bonificação de 10% em provas de seleção para outras residências médicas atrai para a residência de MFC o

médico que não tem a intenção de permanecer atuando na APS.

- A maioria dos médicos quer fazê-lo, e considera a oportunidade de fazer mestrado como um dos fatores que os motivam a continuar na APS. Esta associação foi reforçada quando se considerou o interesse do residente em atuar como preceptor.
- A totalidade dos preceptores participantes da pesquisa entende que, quem tem identificação com a área da MFC e tem a pretensão de continuar atuando na APS, é mais motivado e tem desempenho melhor nas atividades do programa de residência.

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

**1) Novas pesquisas formativas:** verificamos a associação entre o interesse do residente em participar de formação para atuar como preceptor e a intenção de permanecer atuando na APS. Dessa forma, recomendamos fortemente às Instituições de Ensino Superior (IES) e a ESP a elaboração de novas estratégias formativas, assim como a ampliação da oferta de cursos de preceptoria; aposta importante para o fortalecimento de todos os programas em MFC do Estado. A oferta dos cursos pode ser organizada em parceria com outras instituições que têm experiência na área.

**2) Pesquisas futuras:** os preceptores participantes da pesquisa apontaram que os residentes mais interessados em fazer carreira na APS, têm mais motivação e um desempenho melhor do que os médicos que buscam a bonificação

para outra especialização. Entendemos que são necessárias pesquisas futuras que investiguem essa questão, de forma mais aprofundada, a fim de confirmar ou refutar tais percepções. Residentes mais motivados e com melhor desempenho podem impactar positivamente tanto o programa de residência no qual são formados, como as pessoas das quais cuidam e as equipes da ESF onde atuam.

**3) Formação como indutora de motivação:** os nossos resultados apontaram que é durante a graduação e experiência com a APS que o médico toma a decisão de fazer a MFC. Por essa razão, é necessário que a Secretaria de Saúde do Estado, por meio da Escola de Saúde Pública, busque realizar o diálogo e a sensibilização das IES do Estado, tanto públicas quanto privadas, no sentido de estimular os cursos de graduação e conhecer melhor e incentivar o trabalho na APS.

É fundamental criar oportunidades de debate, como eventos, para tratar da questão da formação permanente em serviço e sobre modelos de formação de profissionais para a área da saúde, enfatizando o SUS como ordenador da formação. Deve-se buscar estratégias para que as universidades orientem a formação na graduação, tomando como referência os preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. É essencial que os estudantes possam iniciar suas práticas em APS desde o início da graduação, em cenários adequados de ensino e aprendizagem, com a orientação de residentes e preceptores motivados pelos processos formativos contínuos. Dessa forma, tornar-se-á mais propício o despertar da vocação

para atuar na APS, além de valorizar os princípios do Sistema Único de Saúde.

**4) Recomendações:** o médico tende a permanecer atuando na região onde faz sua especialização. Por essa razão é necessário manter a oferta de vagas de residência em MFC distribuídas pelas várias regiões do Estado da Paraíba, em parceria com diversos municípios e instituições formadoras, utilizando-se de adequados cenários de prática e formação.

É necessário discutir seriamente, como política de estado, a oferta de vínculos de trabalho mais atrativos e permanentes para os MFC que pretendem continuar atuando na APS após a conclusão da residência. Nossa pesquisa evidencia que vínculos de trabalho mais consolidados, como estatutário e celetista, têm relação com intenção de permanecer atuando na APS. Os nossos dados indicam a necessidade da inclusão da especialização em MFC como pré-requisito nas seleções públicas para médicos que atuarão na APS, conforme já vem sendo sugerido pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade.

## SUBPROJETO 2

### SATISFAÇÃO DOS RESIDENTES COM OS CURSOS DE RESIDÊNCIA

#### PROBLEMA INVESTIGADO

Os programas de residência devem elaborar os seus projetos pedagógicos, considerando as matrizes de competências e habilidades instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica ou Multiprofissional. Entretanto, pouco se sabe a respeito de como as instituições elaboram e aplicam os seus projetos pedagógicos, e como essa organização reflete no desenvolvimento de competências profissionais e na satisfação dos residentes com os seus programas.

A satisfação acadêmica diz respeito à avaliação subjetiva de toda experiência vivenciada pelo educando, sendo associada à confirmação ou não das expectativas do estudante em relação ao curso. A compreensão dos fatores capazes de influenciar positiva ou negativamente na satisfação com o curso é importante para que a instituição e os serviços possam promover melhorias na qualificação do profissional. No Brasil, algumas instituições, como a Rede Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e a pesquisa de satisfação

do Programa Médicos pelo Brasil, realizada pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), já utilizam métodos para avaliação da satisfação acadêmica a partir de modelos próprios ou anteriormente validados; no entanto, poucos se aplicam à APS.

Nesta pesquisa, investigamos os fatores que influenciam a satisfação acadêmica dos residentes com os programas de residência em MFC e RMSF no Estado da Paraíba. A nossa amostra envolveu 228 residentes, sendo 169 médicos e 59 multiprofissionais.

### SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Em relação à compreensão sobre a organização e funcionamento do curso, cerca de um terço dos respondentes afirmou conhecer o projeto pedagógico e a matriz de competências do seu curso. Em relação à concepção do que é uma competência, menos da metade dos residentes (45,2%) relaciona competência com resolução de problemas.
- Ao todo, 143 (62,7%) participantes afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o programa de residência. Entretanto, entre os médicos, a porcentagem foi de 71% e, na RMSF, a proporção foi de 39%.
- Dentre os participantes, 75,6% disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a preceptoria. Entretanto, verificou-se que 40 (17,8%) estavam insatisfeitos e 15 (6,7%) relataram não ter acompanhamento com preceptor, por falta desses profissionais nos seus programas.

- Em relação às aulas teóricas e aos estágios, cerca de 60% dos residentes estavam satisfeitos ou muito satisfeitos; sendo observada associação com a sua regularidade, oferta presencial, e docentes das instituições de ensino como ministrantes das aulas teóricas. Na RMSF, verificou-se maior insatisfação com esses aspectos em relação às residências médicas.
- Um terço dos residentes estava pouco satisfeito ou insatisfeito com os processos avaliativos do programa, e cerca da metade afirmou não realizar autoavaliação ou atividades de avaliação contínua ou processual.
- Apenas 12 (5,3%) reconheceram que a oferta de atividades de pesquisa científica no curso era excelente, e 17 (7,5%) faziam a leitura e debate de artigos científicos no cotidiano do seu curso.
- Somente 36 (15,8%) residentes desenvolveram projetos de Educação em Saúde no período do curso.
- A análise da regressão logística binária mostrou que os principais fatores que influenciam a satisfação acadêmica envolvem elementos do projeto pedagógico, mas também outros de natureza mais pessoal ou fruto da parceria com os municípios, como o diálogo com a gestão.
- Quem se identifica com a área da Saúde Coletiva e pretende continuar atuando na APS tem 4,62 vezes mais chance de estar satisfeito com a residência.

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

**1) Novos produtos:** verificamos que ainda não existem instrumentos validados para avaliação da satisfação acadêmica específicos para as residências em MFC e RMSF. O desenvolvimento de um instrumento de avaliação da satisfação acadêmica, que pudesse ser utilizado facilmente por residentes, preceptores e coordenadores de curso, poderia ser bastante útil para os programas acompanharem a evolução de seus indicadores e para reflexão conjunta sobre a atualização e melhoria do curso. Este produto teria de ser no formato de um aplicativo que oferecesse análises estatísticas imediatas, produzindo automaticamente as tabelas e gráficos de resultados (sem necessidade de um pesquisador para analisar os dados). No site da Rede Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é possível observar séries temporais, mostrando a satisfação dos residentes com diferentes aspectos de seus cursos e nas diferentes IES. Trata-se de um modelo interessante que pode servir de parâmetro para elaboração do aplicativo.

**2) Pesquisas futuras:** a formação de competências nas residências em MFC e RMSF ainda é uma temática que precisa ser melhor compreendida. Como os docentes dos programas compreendem o conceito de competência e como as atividades do curso estão promovendo a formação de competências profissionais? Como essas competências estão sendo avaliadas? Os projetos pedagógicos do curso descrevem claramente o processo pelo qual se dá a aquisição de competências ao longo do período do curso? Há

muitas questões ainda em aberto para serem melhor compreendidas em pesquisas futuras.

Os participantes da pesquisa relataram que não fazem a leitura e debate de artigos científicos e estão bastante insatisfeitos com as atividades voltadas à pesquisa científica. Sugerimos uma investigação futura sobre as razões que justificam a falta desse tipo de atividade na residência e/ou uma intervenção educativa, incluindo esse tipo de atividade para os residentes avaliarem como ela contribui para o desenvolvimento de competências e habilidades.

**3) Implicações para participantes:** os resultados apontaram que apenas um terço dos residentes conhece o projeto pedagógico do curso (PPC) e as competências que devem ser desenvolvidas ao longo do período da residência. Os coordenadores e as comissões responsáveis pelas residências poderiam promover atividades envolvendo o debate sobre o PPC e a questão da formação de competências. É provável que, ao ter mais clareza sobre as competências que devem ser formadas no curso, o residente possa avaliar com mais propriedade as suas expectativas e resultados em relação à sua formação. Além disso, a promoção de atividades de atualização dos PPCs do Curso, envolvendo toda a comunidade acadêmica, pode contribuir para a melhoria do programa.

É fundamental, também, a promoção de encontros regulares entre as Instituições de Ensino, Comissões de Residências Médicas e Multiprofissionais (COREME e COREMU) e a gestão municipal, com o objetivo de fortalecer o vínculo entre os entes e proporcionar melhorias nas práticas assistenciais e educacionais.

**4) Recomendações:** faz-se necessário ampliar a oferta de cursos de formação de preceptores para profissionais da APS e demais serviços, a fim de qualificar a Rede de Atenção à Saúde; e promover formações e debates, envolvendo as coordenações e docentes dos programas de residência, no sentido de se criar estratégias para avaliação sistemática do curso.

## SUBPROJETO 3

### INVENTÁRIOS DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

#### PROBLEMA INVESTIGADO

Os currículos dos cursos de graduação e pós-graduação objetivam a formação de competências profissionais. Por competência, entende-se a capacidade do profissional de mobilizar conhecimentos, habilidades e valores, incluindo as emoções, para resolução de problemas da prática profissional, de maneira clara e eficaz, visando benefícios individual e coletivo. Especialistas têm apontado a necessidade de fazermos a transição de currículos acadêmicos, definidos pelas instituições de ensino, para matrizes de competências que atendam melhor às necessidades dos serviços de saúde.

Neste trabalho, o objetivo foi produzir um *"Inventário de Competências"* utilizando a autoavaliação dos residentes e preceptores dos programas de residência em MFC e RMSF do Estado da Paraíba. A autoavaliação, feita por um conjunto amplo de profissionais no serviço, pode revelar necessidades formativas institucionais ou dos sistemas de saúde. As fortalezas e fragilidades de programas educacionais podem

ser revelados por meio do julgamento agregado de autoavaliações realizadas por um conjunto de profissionais.

O *Inventário* retrata a autoavaliação de 34 competências profissionais feita por 300 participantes dos programas de MFC (169 residentes e 42 preceptores) e RMSF (59 residentes e 30 preceptores). A descrição das 34 competências avaliadas foi reproduzida no Quadro 1; sendo uma adaptação do trabalho de Menezes et. al (2021).

A classificação do domínio de uma competência foi realizada por meio de uma escala do tipo *Likert*. Os profissionais poderiam se autodeclarar como totalmente inseguros (TI), inseguros (I), capazes (C), seguros (S) ou totalmente seguros (TS) em relação ao domínio da competência avaliada; sendo atribuída a pontuação de 0 (não aplicável) a 5 pontos (totalmente seguro). O participante que se autodeclarou como totalmente seguro sentia-se capaz de ensinar a outros profissionais a dimensão avaliada, sendo um potencial formador. O somatório da pontuação para todas as 34 competências deu origem aos escores de competências.

Com isso, foi possível descrever a prevalência de cada uma das 34 competências avaliadas no grupo de residentes e preceptores, dos programas médicos e do multiprofissional. Além disso, foi realizada uma comparação entre a autoavaliação dos residentes e a avaliação desses residentes por seus preceptores, a fim de verificar a concordância entre as autoavaliações e as avaliações das competências feitas pelos preceptores.

## SÍNTESE DOS RESULTADOS

- As Tabelas 2 e 3 ilustram o “*Inventário de Competências*” dos profissionais das residências em MFC e RMSF, com dados sobre autoavaliação de residentes (R) e de preceptores (P).
- O *Inventário de Competências* (Tabelas 2 e 3) faz um retrato ou diagnóstico, em apenas uma folha, do grau de domínio de competências profissionais de todos os residentes e preceptores dos programas em MFC e RMSF do Estado da Paraíba.
- Com base no Inventário, podemos definir melhor as prioridades de formação e fazer um alinhamento mais estreito entre as competências desenvolvidas nos programas de residência e as necessidades dos serviços de saúde.
- Interessante que, quando avaliados os procedimentos, como a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), 55,4% dos residentes e 45,2% dos preceptores em MFC se autoavaliaram como totalmente inseguros para sua realização.
- No Estado da Paraíba, sete (4,2%) residentes e três (7,1%) preceptores da MFC se consideram totalmente seguros e capazes de ensinar outros profissionais a realizarem a inserção de DIU na APS (Veja Tabela 2). Esses resultados exemplificam como o “*Inventário de Competências*” pode ser utilizado para identificar lacunas e potenciais formadores que se encontram no sistema de saúde.

- Os preceptores tendem a se autoavaliar como mais seguros em suas competências do que os residentes. Na MFC, diferenças significativas foram observadas em 22 das 34 competências avaliadas entre esses dois grupos. Na RMSF, as diferenças entre residentes e preceptores foram observadas em apenas seis das 34 competências avaliadas. Isto se explica porque o instrumento para avaliar competências multiprofissionais não é específico para cada uma das profissões. Como não há uma matriz de competências para a residência multiprofissional, fizemos uma adaptação do instrumento da MFC, que não atende, necessariamente, à diversidade de competências da equipe multiprofissional.
- A análise de concordância entre a autoavaliação dos residentes e a avaliação dos residentes por seus preceptores revelou que, em muitos casos, os residentes subestimam suas competências em comparação com a avaliação feita pelos preceptores. Isso sugere a necessidade de maior alinhamento entre a percepção dos residentes e a dos preceptores sobre as competências desenvolvidas. A utilização da autoavaliação do residente em conjunto com a avaliação do residente feita por seu preceptor pode ser uma ferramenta potente para diagnóstico e metacognição, oferecendo *discernimento* e *novas perspectivas* para a revisão dos currículos e o aprimoramento das estratégias avaliativas e de *feedback* na preceptoria.
- O *Inventário de Competências* é uma ferramenta que pode ser utilizada em qualquer curso de graduação

ou pós-graduação, sendo necessário apenas definir as competências que devem ser formadas nesses cursos.

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

**1) Novos produtos:** os nossos resultados apontam a necessidade de desenvolver materiais educativos específicos e treinamentos práticos focados nas competências procedimentais, como a inserção de DIU, exérese, suturas, cantoplastia, aplicação de ácido tricloroacético (ATA), drenagem de abscessos e colocação de drenos. Além disso, recomenda-se a criação de programas de mentoria mais estruturados, que facilitem a construção colaborativa de conhecimentos entre preceptores e residentes.

Recomenda-se o desenvolvimento de um instrumento mais específico para avaliação de competências da equipe multiprofissional, a fim de que possa ser realizado um inventário mais preciso das potencialidades e fragilidades da formação nesse grupo diverso de profissionais.

**2) Pesquisas futuras:** verificou-se no nosso estudo as lacunas em relação à formação de competências procedimentais. É necessário investigar as razões que explicam esse fenômeno. Por exemplo, alguns residentes relataram, informalmente, que não podem realizar nas unidades de saúde os procedimentos que são alvo da formação na residência em MFC. Ou seja, os residentes não podem aprender o procedimento de inserção de DIU, por exemplo, conforme estabelecido na matriz de competência da residência em MFC,

por questões relativas à gestão municipal (não têm estímulo, não é permitido ou não têm material). É necessário esclarecer esse ponto.

As residências em MFC e RMSF, de forma mais colaborativa, poderiam estabelecer alguns projetos de pesquisa do tipo intervenção educativa, nos quais fossem elaboradas estratégias e material didático para promoção da formação de competências procedimentais de forma mais sistemática. Com o *Inventário* é possível avaliar o grau das competências antes e depois das intervenções educativas e/ou oferta de cursos de capacitação direcionados, com contribuição efetiva dos gestores municipais, no sentido de oferecer os subsídios necessários como insumos e exames especializados.

Sugere-se também a realização de parcerias com pesquisadores de outros estados, a fim de ampliar o estudo para incluir outras regiões e programas de residência, com o objetivo de criar um panorama mais abrangente das competências necessárias na APS em diferentes contextos, e um debate a respeito das meta-competências e das competências regionais.

**3) Implicações para participantes:** para os coordenadores, assim como residentes e preceptores, os resultados deste estudo oferecem uma oportunidade de refletir, criticamente, sobre o projeto pedagógico do programa de residência e sobre as mudanças que devem ser efetivadas para que haja o aprimoramento de competências e habilidades em que foram observadas fragilidades. A autoavaliação, além de ser uma ferramenta diagnóstica, pode ser incorporada como uma prática regular de autodesenvolvimento,

permitindo que os residentes e preceptores identifiquem suas próprias necessidades formativas, promovendo uma cultura de aprendizado contínuo, crucial para a evolução das práticas de saúde na APS.

**4) Recomendações:** em parceria com outras instituições com mais experiência no debate sobre currículos baseados em competência e avaliação de competência, é necessário promover eventos e oficinas buscando fazer uma formação específica junto às instituições de ensino superior sobre esses temas. Implementar atualizações curriculares que estejam alinhadas com as necessidades reais dos serviços de saúde, utilizando os resultados deste e de futuros estudos para ajustar os currículos de forma a responder diretamente às necessidades de formação identificadas junto aos serviços de saúde, garantindo uma formação mais alinhada com as demandas reais da APS.

Em relação ao processo avaliativo, é necessário oferecer aos preceptores cursos específicos sobre diversidade de estratégias para avaliação de competências e habilidades. E refletir com eles sobre as diferenças entre as autoavaliações dos residentes e a percepção dos preceptores sobre as competências dos residentes, tendo em vista que estavam superestimadas. Sobre a RMSF, é necessário definir uma matriz de competências considerando a diversidade de profissões e as necessidades da APS.

Quadro 1 - Descrição das 34 competências avaliadas na MFC e RMSF.

Competência	Descrição
Anamnese com MCCP	Coleta a história clínica de maneira eficaz, fazendo a anamnese completa com informações relevantes de forma objetiva e concisa, levando em consideração os quatro componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Levo em consideração o contexto individual, familiar, comunitário e social dos pacientes em minha prática profissional.
Exame Físico global	Realizo o exame físico de acordo com a necessidade clínica de cada situação, considerando a anamnese, e abrangendo os diversos aspectos como otoscopia, oroscopia, exame ginecológico, exame do sistema osteomuscular, exame dermatológico, ausculta cardíaca, ausculta pulmonar, dados antropométricos, entre outros. Busco registrar de forma clara e sistemática os resultados do exame físico, garantindo o respeito ao paciente durante o processo.
Diagnósticos na APS	Penso em, pelo menos, 2 ou 3 hipóteses diagnósticas diferenciais, incluindo as mais comuns em Atenção Primária à Saúde (APS); refletindo sobre situações clínicas mais raras, e estou apto a realizar diagnósticos sindrômicos com base nos achados clínicos.
Exames e Prevenção Quaternária	Solicito exames complementares, considerando de maneira eficaz os diagnósticos diferenciais e utilizando os exames de forma custo/efetiva na Atenção Primária à Saúde, explicando aos pacientes a razão e considerando a prevenção quaternária.
Planejamento de conduta integrado	Faço a prescrição de medicamentos e tratamentos, elaborando planos terapêuticos em conjunto com o paciente e busco assegurar a sua compreensão sobre os tratamentos. Estou atento às indicações corretas e posologias, bem como possíveis interações medicamentosas.

Competência	Descrição
Prontuário SOAP	Registro os prontuários de forma organizada seguindo a estrutura SOAP ( <i>Subjective, Objective, Assessment, Plan</i> ); e busco revisá-los antes do atendimento; tornando claro o registro da conduta e do plano terapêutico.
Coordenação do Cuidado	Eu realizo a coordenação e ordenação do cuidado em saúde, praticando a prevenção quaternária e considerando o rastreamento, solicitação de exames complementares e tratamentos de forma apropriada, com referência e contrarreferência de pacientes nos diferentes níveis de atenção à saúde quando necessário, utilizando recursos como a telessaúde e Plano Terapêutico Singular (PTS) de forma eficaz.
Atualização profissional	Eu utilizo os meios eficazes para buscar as melhores evidências clínicas, relacionando-as aos casos que encontro no meu dia a dia de trabalho. Busco estudos, quando necessário, para aprimorar minha prática clínica, aplicando os conhecimentos adquiridos na prática de rotina da MFC.
Atenção Domiciliar	Planejo as visitas domiciliares de maneira eficiente, incluindo a revisão prévia do prontuário, o levantamento da demanda/objetivo, o contato com cuidadores, o planejamento do itinerário e a organização do material necessário. Atentando-se aos aspectos sociais, ambientais e familiares, bem como às questões relacionadas ao cuidado com o paciente. As VD são realizadas em tempo oportuno, evitando a perda de informações importantes e incluindo o registro do plano terapêutico, entrando em contato com outros membros da equipe quando necessário.
Abordagem Familiar	Tenho interesse genuíno na compreensão do contexto familiar e das dinâmicas envolvidas nos casos que atendo, utilizando o conhecimento das ferramentas da abordagem familiar, como o ciclo vital, genograma, ecomapa, identificação de padrões, tipologias familiares, entre outras, e aplicando efetivamente essas ferramentas para aprimorar a assistência que presto aos pacientes e suas famílias.

Competência	Descrição
Resolutividade	Lido com situações sociais complexas, encontros difíceis e pacientes altamente demandantes em minha prática, mediando conflitos entre usuários e familiares, assim como dentro da minha equipe de trabalho de forma eficaz.
Temáticas emergentes e recorrentes	Eu sou capaz de conversar sobre assuntos sensíveis, como sexualidade, terminalidade, cuidados paliativos, luto e outros temas difíceis, de maneira cuidadosa e empática; lidando com os medos e angústias, tanto dos pacientes quanto dos familiares, assim como os meus próprios, de forma eficaz.
Comunicação Preceptor-Residente	Debato os casos clínicos com meu preceptor, organizando meu raciocínio clínico e aprofundando meus conhecimentos de maneira eficaz, aproveitando o feedback imediato como uma oportunidade de aprendizado. Integrando a rede de profissionais de saúde em benefício do cuidado do paciente e de sua família.
Comunicação em Saúde	Realizo orientações, planos e prescrições de forma clara e compreensível, utilizando tanto a comunicação oral e verbal quanto a não verbal (escrita, gestual, comportamental) de maneira eficaz; inclusive a comunicação de notícias difíceis ou más notícias, como doenças, prognósticos ou desfechos. Busco estabelecer um bom vínculo com pacientes e familiares a fim de que se sintam à vontade para fazer questionamentos.
Educação em Saúde	Realizo a promoção das atividades na educação em saúde em minha prática profissional e reforço seu papel na MFC, utilizando recursos eficazes para auxiliar na educação em saúde durante consultas ou abordagens individuais.
Ética profissional	Realizo no atendimento a pacientes e familiares compreendendo e praticando o cuidado centrado no paciente, conduzindo diálogos de forma respeitosa com os pacientes e seus familiares, fornecendo esclarecimentos e priorizando a confidencialidade e o sigilo, lidando adequadamente com dilemas éticos quando surgem em meu trabalho.

Competência	Descrição
Relação Profissional-Equipe	Demonstro empatia e respeito com meus colegas, compreendendo seus papéis no trabalho e a dinâmica da equipe, entendendo a hierarquia dentro do serviço e da residência, mantendo a capacidade de ser propositivo e questionador quando necessário.
Compromisso no trabalho	Mantenho uma postura adequada diante dos pacientes e colegas, seguindo as normas estabelecidas, incluindo a pontualidade em relação ao trabalho e compromissos, bem como a apresentação pessoal no ambiente de trabalho, demonstrando colaboração e respeito nas minhas interações profissionais.
Sigilo profissional	Respeito o sigilo em relação aos pacientes e suas famílias, tomando precauções ao discutir casos com outros profissionais de saúde, seja na rede de saúde, na equipe multiprofissional ou em teleconsultas demonstrando preocupação e cuidado ao utilizar meios eletrônicos para discutir informações relacionadas a pacientes.
Responsabilidade social	Proponho mudanças e sugestões pertinentes, envolvendo-me no trabalho da equipe sem necessitar de estímulos externos. Busco o aprimoramento tanto do meu trabalho individual quanto do trabalho em equipe, demonstrando um impulso em direção ao futuro - novas práticas, novas abordagens e novas soluções; tendo um sentido de responsabilidade social e pessoal que se reflete em como asseguro meu próprio crescimento profissional.
Realização de procedimentos	Ao realizar quaisquer procedimentos como, por exemplo, como a inserção de DIU, eu avalio criteriosamente a indicação dos procedimentos, verifico a disponibilidade do material necessário e realizo o agendamento, organizando o ambiente de forma a evitar intercorrências. Oriento os pacientes adequadamente antes e após os procedimentos, prestando os devidos cuidados no pós-procedimento e estando disponível para lidar com intercorrências.
Lavagem Otológica	Executo a lavagem otológica em minha prática profissional.

Competência	Descrição
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	Executo a inserção de DIU e implante contraceptivo subdérmico em minha prática profissional.
Exérese	Executo a exérese de cistos, lipomas ou nodularidades.
Sutura	Executo pequenas suturas.
Cantoplastia	Executo a cantoplastia.
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	Eu executo a drenagem de abscesso e colocação de dreno.
Aplicação de ATA	Executo a aplicação de ATA (ácido tricloroacético) 80-90%.
Territorialização	Estou aplicando meu conhecimento teórico sobre territorialização, utilizando ferramentas gráficas e/ou digitais. Entendo a territorialização como uma ferramenta fundamental para minha atuação na residência, e busco integrar conceitos, como as situações práticas, como visitas domiciliares ou na abordagem de redes de saúde. Busco respeitar os aspectos éticos relacionados ao território em minha prática profissional.
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Estou familiarizado com a rede de saúde local, incluindo os serviços de saúde, fluxos, referências e possibilidades, incluindo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Conheço os serviços públicos locais, como o CRAS, serviços sociais, escolas e outros, tenho conhecimento dos recursos próprios da comunidade, como movimentos sociais, ONGs e organizações comunitárias, compreendo a formação da RAS e seus cinco componentes, assim como a interligação entre eles, aplicando os conceitos estudados no meu cotidiano e identificando-os em minha prática profissional. Busco compreender o financiamento do SUS e atualizar-me sobre questões relevantes para o SUS.

Competência	Descrição
Competência Cultural	Eu me identifico eficazmente com os recursos que podem auxiliar nas questões da população local, através do meu conhecimento sobre a comunidade em que atuo, usando esses recursos para mostrar à população caminhos de resolução de problemas que ela mesma pode construir, trabalhando para promover a autonomia da comunidade. Participo e incentivo a comunidade a fazer parte do Conselho Local de Saúde, colaborando com escolas, creches, igrejas e grupos comunitários locais para promover trabalhos da equipe de saúde. Estou colaborando com a comunidade na elaboração de ferramentas digitais, como grupos online, materiais informativos em formato de e-cards e podcasts comunitários, entre outros.
Atividades Coletivas	Tenho conhecimento das questões teóricas relacionadas ao Trabalho em Grupo, incluindo tipos de grupos, objetivos e organização, entre outros aspectos. Demonstro interesse e organizo grupos dentro da minha equipe, não apenas para os pacientes, mas também para a equipe, incluindo o levantamento de dados epidemiológicos, o estabelecimento de metas e a análise de resultados.
Aprendizagem autodirigida	Reflijo sobre meu aprendizado e estudo autodirigido em minha carreira profissional, buscando e compreendendo informações técnicas com base em evidências científicas. Eu busco construir a prática da aprendizagem autodirigida ao longo de minha carreira profissional, utilizando casos clínicos atendidos e acompanhados como ponto de partida; despertando e absorvendo conhecimentos por meio das supervisões com preceptores e dos debates com os colegas.
Fluxo de Cuidado	Avalio a influência das minhas práticas médicas no local em que atuo e estou contribuindo para a qualificação do cuidado prestado em meu local de trabalho, registrando informações de forma completa e oportuna. Busco estimular os debates e implementação de protocolos de serviço e fluxos adequados aos usuários e ao local, com isso estímulo meus colegas a melhorarem o padrão de práticas e registros.

Fonte: Adaptado de Menezes, 2021.

Tabela 2: "Inventário de Competências" para residência em MFC.

Competências		Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Anamnese com MCCP	Residente	0,0%	0,6%	14,8%	39,1%	45,6%
	Preceptor	0,0%	0,0%	4,8%	21,4%	73,8%
Exame Físico global	Residente	0,0%	1,8%	20,7%	42,6%	34,9%
	Preceptor	0,0%	0,0%	14,3%	28,6%	57,1%
Diagnósticos na APS	Residente	0,0%	4,7%	26,0%	39,6%	29,6%
	Preceptor	0,0%	0,0%	19,5%	29,3%	51,2%
Exames e Prevenção Quaternária	Residente	0,0%	1,8%	20,7%	43,2%	34,3%
	Preceptor	0,0%	0,0%	9,5%	28,6%	61,9%
Planejamento de conduta integrado	Residente	0,0%	3,6%	23,1%	47,3%	26,0%
	Preceptor	0,0%	0,0%	9,5%	38,1%	52,4%
Prontuário SOAP	Residente	0,6%	2,4%	16,0%	31,4%	49,7%
	Preceptor	0,0%	2,4%	7,1%	35,7%	54,8%
Coordenação do Cuidado	Residente	0,6%	8,9%	37,3%	36,7%	16,6%
	Preceptor	0,0%	4,8%	16,7%	50,0%	28,6%
Atualização profissional	Residente	0,6%	4,1%	30,2%	40,8%	24,3%
	Preceptor	0,0%	0,0%	22,0%	36,6%	41,5%
Atenção Domiciliar	Residente	0,6%	5,9%	34,3%	33,7%	25,4%
	Preceptor	0,0%	2,4%	11,9%	52,4%	33,3%

42

Competências		Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Abordagem Familiar	Residente	4,1%	11,2%	38,5%	22,5%	23,7%
	Preceptor	0,0%	2,4%	19,0%	38,1%	40,5%
Resolutividade	Residente	0,0%	8,3%	27,2%	42,0%	22,5%
	Preceptor	0,0%	2,4%	19,0%	38,1%	40,5%
Temáticas emergentes e recorrentes	Residente	0,0%	4,1%	20,1%	43,2%	32,5%
	Preceptor	0,0%	2,4%	4,8%	50,0%	42,9%
Comunicação Preceptor-Residente	Residente	3,6%	5,9%	17,2%	41,4%	32,0%
	Preceptor	0,0%	0,0%	11,9%	33,3%	54,8%
Comunicação em Saúde	Residente	0,0%	1,2%	13,0%	34,3%	51,5%
	Preceptor	0,0%	0,0%	4,8%	35,7%	59,5%
Educação em Saúde	Residente	0,6%	4,1%	29,0%	34,9%	31,4%
	Preceptor	0,0%	2,4%	16,7%	35,7%	45,2%
Ética profissional	Residente	0,0%	0,6%	6,5%	30,8%	62,1%
	Preceptor	0,0%	0,0%	9,5%	19,0%	71,4%
Relação Profissional-Equipe	Residente	0,0%	0,6%	9,5%	29,0%	60,9%
	Preceptor	0,0%	0,0%	7,1%	19,0%	73,8%
Compromisso no trabalho	Residente	0,0%	1,2%	10,7%	32,0%	56,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	9,5%	33,3%	57,1%
Sigilo profissional	Residente	0,6%	0,6%	9,5%	29,6%	59,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	2,4%	28,6%	69,0%

43

Competências		Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Responsabilidade social	Residente	0,6%	4,8%	23,8%	34,5%	36,3%
	Preceptor	0,0%	2,4%	14,3%	19,0%	64,3%
Realização de procedimentos	Residente	1,2%	6,0%	24,4%	35,1%	33,3%
	Preceptor	0,0%	0,0%	14,3%	35,7%	50,0%
Lavagem Otológica	Residente	4,1%	7,1%	12,4%	16,0%	60,4%
	Preceptor	2,4%	0,0%	14,3%	19,0%	64,3%
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	Residente	55,4%	20,5%	13,9%	6,0%	4,2%
	Preceptor	45,2%	21,4%	19,0%	7,1%	7,1%
Exérese	Residente	36,9%	19,6%	19,6%	11,3%	12,5%
	Preceptor	21,4%	21,4%	14,3%	14,3%	28,6%
Sutura	Residente	10,1%	7,1%	16,6%	21,3%	45,0%
	Preceptor	11,9%	7,1%	14,3%	23,8%	42,9%
Cantoplastia	Residente	36,1%	15,4%	17,2%	11,2%	20,1%
	Preceptor	23,8%	16,7%	21,4%	7,1%	31,0%
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	Residente	29,9%	26,9%	16,2%	10,2%	16,8%
	Preceptor	16,7%	14,3%	21,4%	23,8%	23,8%
Aplicação de ATA	Residente	49,1%	18,0%	16,2%	10,8%	6,0%
	Preceptor	16,7%	16,7%	14,3%	21,4%	31,0%
Territorialização	Residente	2,4%	14,9%	42,3%	22,6%	17,9%
	Preceptor	0,0%	0,0%	21,4%	40,5%	38,1%

44

Competências		Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Residente	1,2%	7,7%	32,1%	35,7%	23,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	19,5%	39,0%	41,5%
Competência Cultural	Residente	10,1%	28,0%	38,1%	11,9%	11,9%
	Preceptor	0,0%	11,9%	42,9%	28,6%	16,7%
Atividades Coletivas	Residente	7,8%	21,6%	32,9%	24,0%	13,8%
	Preceptor	0,0%	4,8%	40,5%	26,2%	28,6%
Aprendizagem autodirigida	Residente	0,6%	3,6%	20,8%	39,3%	35,7%
	Preceptor	0,0%	0,0%	11,9%	42,9%	45,2%
Fluxo de Cuidado	Residente	0,6%	7,2%	27,5%	34,1%	30,5%
	Preceptor	0,0%	0,0%	21,4%	42,9%	35,7%

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

45

Tabela 3: "Inventário de Competências" para residência em RMSF

		Não se aplica	Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Anamnese com MCCP	Residente	0,0%	0,0%	3,4%	15,3%	37,3%	44,1%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	16,7%	26,7%	53,3%
Exame Físico global	Residente	27,1%	3,4%	8,5%	20,3%	23,7%	16,9%
	Preceptor	21,4%	0,0%	0,0%	17,9%	39,3%	21,4%
Diagnósticos na APS	Residente	22,0%	1,7%	13,6%	25,4%	28,8%	8,5%
	Preceptor	13,8%	0,0%	13,8%	20,7%	31,0%	20,7%
Exames e Prevenção Quaternária	Residente	13,6%	3,4%	6,8%	16,9%	35,6%	23,7%
	Preceptor	20,7%	0,0%	0,0%	17,2%	13,8%	48,3%
Planejamento de conduta integrado	Residente	33,9%	3,4%	6,8%	15,3%	32,2%	8,5%
	Preceptor	17,2%	0,0%	6,9%	27,6%	31,0%	17,2%
Prontuário SOAP	Residente	3,4%	1,7%	3,4%	20,3%	37,3%	33,9%
	Preceptor	3,4%	0,0%	0,0%	20,7%	27,6%	48,3%
Coordenação do Cuidado	Residente	8,5%	1,7%	25,4%	39,0%	16,9%	8,5%
	Preceptor	3,3%	0,0%	3,3%	26,7%	33,3%	33,3%
Atualização profissional	Residente	0,0%	0,0%	8,5%	32,2%	33,9%	25,4%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	30,0%	36,7%	30,0%
Atenção Domiciliar	Residente	0,0%	0,0%	5,1%	37,3%	25,4%	32,2%
	Preceptor	6,9%	0,0%	3,4%	10,3%	20,7%	58,6%

46

		Não se aplica	Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Abordagem Familiar	Residente	0,0%	1,7%	13,8%	22,4%	27,6%	34,5%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	26,7%	30,0%	40,0%
Resolutividade	Residente	1,7%	3,4%	6,8%	25,4%	35,6%	27,1%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	23,3%	36,7%	36,7%
Temáticas emergentes e recorrentes	Residente	0,0%	0,0%	13,6%	20,3%	33,9%	32,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	3,3%	33,3%	13,3%	50,0%
Comunicação Preceptor-Residente	Residente	11,9%	1,7%	6,8%	18,6%	30,5%	30,5%
	Preceptor	6,7%	3,3%	0,0%	13,3%	36,7%	40,0%
Comunicação em Saúde	Residente	1,7%	3,4%	0,0%	22,0%	28,8%	44,1%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%
Educação em Saúde	Residente	0,0%	0,0%	0,0%	16,9%	33,9%	49,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	20,0%	70,0%
Ética profissional	Residente	0,0%	0,0%	1,7%	3,4%	30,5%	64,4%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	6,7%	10,0%	80,0%
Relação Profissional-Equipe	Residente	1,7%	0,0%	0,0%	8,5%	22,0%	67,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	16,7%	76,7%
Compromisso no trabalho	Residente	0,0%	0,0%	3,4%	6,8%	22,0%	67,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	6,7%	86,7%

47

		Não se aplica	Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Sigilo profissional	Residente	0,0%	0,0%	1,7%	8,5%	22,0%	67,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	16,7%	80,0%
Responsabilidade social	Residente	0,0%	0,0%	6,8%	25,4%	27,1%	40,7%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	23,3%	63,3%
Realização de procedimentos	Residente	22,0%	1,7%	1,7%	8,5%	23,7%	42,4%
	Preceptor	10,0%	0,0%	0,0%	13,3%	30,0%	46,7%
Lavagem Otológica	Residente	82,8%	6,9%	3,4%	0,0%	1,7%	5,2%
	Preceptor	78,6%	3,6%	0,0%	7,1%	3,6%	7,1%
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	Residente	93,1%	5,2%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	Preceptor	75,0%	7,1%	3,6%	7,1%	3,6%	3,6%
Exérese	Residente	93,1%	5,2%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	Preceptor	89,3%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%
Sutura	Residente	91,5%	0,0%	1,7%	3,4%	0,0%	3,4%
	Preceptor	78,6%	10,7%	0,0%	3,6%	0,0%	7,1%
Cantoplastia	Residente	96,6%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Preceptor	96,4%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	Residente	84,7%	5,1%	8,5%	1,7%	0,0%	0,0%
	Preceptor	78,6%	7,1%	7,1%	0,0%	7,1%	0,0%

		Não se aplica	Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Aplicação de ATA	Residente	93,1%	0,0%	1,7%	3,4%	0,0%	1,7%
	Preceptor	89,3%	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Territorialização	Residente	1,7%	3,4%	6,8%	16,9%	30,5%	40,7%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	13,3%	30,0%	53,3%
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Residente	0,0%	1,7%	25,9%	32,8%	22,4%	17,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	33,3%	56,7%
Competência Cultural	Residente	5,1%	6,8%	20,3%	37,3%	18,6%	11,9%
	Preceptor	6,7%	0,0%	0,0%	30,0%	30,0%	33,3%
Atividades Coletivas	Residente	3,4%	5,1%	15,3%	30,5%	30,5%	15,3%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	43,3%	43,3%
Aprendizagem autodirigida	Residente	0,0%	1,7%	3,4%	11,9%	37,3%	45,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	26,7%	63,3%
Fluxo de Cuidado	Residente	0,0%	3,4%	6,8%	18,6%	42,4%	28,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%	34,5%	58,6%

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

## **SUBPROJETO 4**

### **UMA ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS: A ASSOCIAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS**

#### **PROBLEMA INVESTIGADO**

No cotidiano do serviço, o profissional de saúde deve atualizar-se em relação às políticas e orientações para prevenção e manejo de diferentes condições e agravos, como por exemplo a obesidade infantil. A oferta de formações específicas tem custos significativos para o Estado sendo necessário utilizar estratégias para identificar mais facilmente os profissionais que necessitam desenvolver competências e habilidades. Por vezes, quem faz a formação não é o profissional que realmente necessita fazê-la. Como identificar os profissionais que precisam fazer cursos, desenvolver ou aprimorar competências muito específicas? Aqui vamos utilizar como exemplo as competências voltadas à prevenção e manejo da obesidade infantil.

Neste estudo, os 228 residentes em MFC e RMSF foram convidados a avaliar suas próprias competências e resolver uma situação problema relacionada à antropometria e à análise do estado nutricional de crianças até cinco anos de idade. Testamos a estratégia de associar a autoavaliação à resolução de problemas para verificar se os residentes que declararam saber resolver uma situação, a ponto de ensinar outros profissionais de fato, conseguiam ter sucesso na resolução da situação problema proposta.

### SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Os médicos têm mais domínio das competências relacionadas à indicação de exames laboratoriais (89,3%) e a realização de aconselhamento nutricional básico (83,4%); enquanto as competências relativas às abordagens educacionais (~40%) foram aquelas que os médicos declararam ter menos domínio.
- Dentre os médicos, 41 (24,6%) declararam não ter domínio para fazer avaliações antropométricas e 37 (21,9%) entendem que não desenvolveram plenamente a competência de avaliar gráficos de desenvolvimento pondero-postural.
- Entre os multiprofissionais, em virtude da diversidade de profissões, as frequências encontradas para essas duas últimas competências citadas foram bem menores.
- Ao todo, 128 (79,0%) médicos e 34 (21%) dos demais profissionais tiveram sucesso na resolução da

situação problema relacionada à temática da obesidade infantil.

- Dentre os médicos, 22 (57,9%) declararam que tinham domínio da competência de utilizar gráficos; entretanto, não tiveram sucesso na resolução da situação problema proposta.
- Os multiprofissionais reconhecem que não desenvolveram competências sobre a temática e não conseguiram responder à atividade adequadamente, tendo em vista que suas profissões, muitas vezes, não abrangem os conteúdos avaliados, como é o caso dos psicólogos, terapeutas ocupacionais, serviço social, dentre outros.
- Os achados podem indicar que uma parte dos médicos residentes entende que desenvolveu competências para avaliação de estado nutricional a ponto de ensinar outros profissionais; entretanto, não conseguiu solucionar adequadamente uma tarefa básica relacionada ao seu cotidiano profissional. Ou seja, uma parte dos residentes superestima as suas competências.

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

**1) Novos produtos:** Ao todo, 60% dos profissionais declararam que não têm domínio de competências voltadas à Educação em Saúde para manejo e prevenção da obesidade. Nesse sentido, faz-se necessário efetivamente criar uma plataforma com cursos e orientações, inclusive com vários exemplos e casos para fazer a formação dos profissionais

em serviço. Por exemplo, o Governo Federal lançou em 2021, a estratégia de prevenção e atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA). A realização das ações do PROTEJA demandam competências para realizar Educação em Saúde, e a maior parte dos profissionais reconhece que não tem o domínio dessas competências. Além disso, a melhoria da nutrição das crianças passa pela orientação dos familiares e por ações intersetoriais voltadas a essa meta. Como exposto no subprojeto voltado ao Autocuidado dos Profissionais da Saúde, uma possibilidade de produto seria a criação de uma plataforma governamental, com vídeos curtos de orientação sobre alimentação e realização de atividade física, que pudesse ser usada na APS. Ademais o desenvolvimento de uma Plataforma Digital Interativa para as residências em MFC e RMSF, com compartilhamento de casos clínicos e exemplos de projetos de sucesso em Educação em Saúde, e com orientações sobre como replicar ou adaptar esses projetos no território, incentivando a colaboração entre residentes, preceptores, gestores e a população, poderia ser uma estratégia formativa a ser testada nas residências.

**2) Pesquisas futuras:** estudos futuros, ampliando o uso da abordagem proposta neste trabalho, com uso da associação entre autoavaliação e resolução de problemas, seriam interessantes para melhor compreensão de como essa estratégia pode contribuir para a metacognição e a reflexão na prática do profissional de saúde. A realização de estudos longitudinais, que pudessem aprofundar a compreensão sobre os fatores que influenciam a aquisição de competências profissionais, quando é utilizada a estratégia proposta

neste trabalho (associação da autoavaliação à resolução de problemas), poderia contribuir para uma compreensão mais profunda sobre os processos de ensino e aprendizagem no âmbito das residências e da relação ensino e serviço.

**3) Implicações para participantes:** a incorporação da autoavaliação associada à resolução de problemas, nos programas de residência, pode proporcionar uma oportunidade para reflexão sobre o domínio de competências e as práticas profissionais. Para os gestores e coordenadores desses programas, os resultados do estudo sugerem a necessidade de revisar e aprimorar os currículos de formação, incorporando estratégias que facilitem a resolução de problemas e o desenvolvimento de competências específicas para o manejo da obesidade infantil.

**4) Recomendações:** a estratégia de associar a autoavaliação à resolução de problemas para promover a metacognição e a reflexão sobre a prática profissional pode ser utilizada em diferentes cursos de graduação e de pós-graduação, inclusive para monitoramento da aquisição de competências voltada à produção científica.

## **SUBPROJETO 5**

### **INFLUÊNCIA DO AUTOCUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

#### **PROBLEMA INVESTIGADO**

Será que o profissional que cuida de sua própria saúde tem mais motivação para realizar orientações de autocuidado para a população, contribuindo assim para a melhoria das ações de prevenção e/ou tratamento da obesidade e das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) nos seus respectivos territórios de atuação?

Entendemos que incentivar os profissionais em processo formativo, nas residências médicas ou multiprofissionais, a reconhecer sinais que alertam sobre os riscos à sua própria saúde, bem como incentivá-los a adotar práticas saudáveis de vida, faz parte da formação baseada em competências. Esse foco formativo é importantíssimo no atual cenário brasileiro, marcado pelo envelhecimento populacional e, conseqüentemente, pelo aumento das DCNTs e suas comorbidades. Este momento requer profissionais atuantes na APS capazes de planejar intervenções direcionadas

à promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, bem como ações voltadas ao estímulo do autocuidado junto à população.

Neste estudo, descrevemos a situação de saúde e práticas de autocuidado de 300 profissionais da APS vinculados aos programas de residência em MFC e RMSF; bem como investigamos a associação entre cuidar de si (autocuidado) e cuidar do outro (práticas dos profissionais na APS).

### SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Os resultados mostraram que os profissionais de saúde que “se cuidam sempre ou frequentemente” se sentem “muito motivados” para fazer orientações sobre autocuidado para a população atendida na APS, fazem mais ações educativas e têm mais experiências profissionais sobre prevenção e manejo da obesidade e das DCNTs.
- Um terço dos profissionais vinculados aos programas de residência em MFC e RMSF do Estado da Paraíba não faz nenhuma atividade física; dois terços fazem atividade física moderada e um terço faz atividade física vigorosa.
- A prevalência de sobrepeso e obesidade entre os médicos foi semelhante aos demais profissionais da saúde, apesar dos primeiros terem mais anos de formação durante a graduação e, possivelmente, mais conhecimento sobre os processos de saúde e doença.
- Mais de 70% dos participantes tinham uma percepção de sua alimentação como boa ou razoável.

- Praticamente metade dos médicos referiram algum transtorno mental, com prevalência maior entre os residentes do que entre os preceptores.
- Os profissionais que cuidavam de sua própria saúde apresentaram um percentual menor de transtorno mental em comparação aos que não se cuidam.
- Os residentes cuidam mais de sua saúde e fazem mais orientações sobre autocuidado no serviço do que os preceptores.

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

**1) Novos produtos:** os participantes que não praticam atividade física ou não se cuidam relataram que estavam exauridos e não tinham tempo para isso. Atualmente, muitas pessoas utilizam diferentes tipos de aplicativos para auxiliar no cuidado com a saúde. Seria interessante que Entidades Federativas (União, Estado ou municípios) pudessem desenvolver ou fazer parcerias para disponibilizarem plataformas de incentivo à atividade física, com diferentes modalidades, estimulando os profissionais de saúde a utilizarem-nas e a fazerem a divulgação do uso das mesmas junto à população.

Há que se considerar também a oferta de orientações sobre gestão do tempo e como podemos associar a prática de atividade física e a modificação dos hábitos relativos à alimentação. Assim, nessa plataforma, ainda poderiam ser incluídas orientações sobre como alimentar-se e como fazer as receitas saudáveis, além de aulas sobre como realizar caminhada, corrida, ou musculação em casa ou no trabalho, utilizando o tempo disponível. Seria importante também

oferecer orientações sobre como organizar grupos na APS ou na comunidade para ampliar a convivência social.

**2) Pesquisas futuras:** estudos do tipo intervenção educativa sobre autocuidado, envolvendo profissionais da APS, com aplicação de pré e pós-testes, para avaliar as mudanças de concepções e práticas resultantes do processo de reflexão, relacionadas às práticas individuais e estilo de vida abordados. Faz-se necessário investigar, junto aos profissionais da APS, as modalidades específicas de atividades físicas mais praticadas e as que podem motivá-los ou despertar maior interesse entre eles, a fim de fornecer dados para elaboração de ações concretas nessa área a nível de município/estado. Seria interessante também aprofundar o diagnóstico sobre transtornos mentais que afetam os profissionais da saúde, a fim de debater estratégias para melhorar a qualidade da saúde mental no grupo de profissionais que atuam na APS.

**3) Implicações para participantes:** as coordenações de programas de residência devem oferecer aos residentes e preceptores oportunidades, de forma sistemática, de reflexão sobre desenvolvimento de competências centradas no autocuidado e na promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista que estes são tidos como referências para outros profissionais na APS e para a população, no que diz respeito aos hábitos de vida por eles adotados.

**4) Recomendações:** o ambiente de trabalho dos profissionais da área de saúde, marcado por encontros com

sofrimentos dos pacientes, somados à constante demanda por cuidados para com o outro, predispõe esses profissionais a algumas patologias, a exemplo de obesidade e transtornos mentais. Diante da importância da prática do autocuidado para a manutenção da qualidade de vida das pessoas, recomenda-se uma especial atenção dos gestores para com esses profissionais, no sentido de elaboração de políticas públicas de saúde que possam efetivamente promover saúde. Por exemplo, seria interessante: a) organizar grupos de profissionais da APS para realização de atividades físicas, dentro ou fora do serviço, utilizando-se dos recursos disponíveis nos municípios; b) promover, em nível estadual, eventos a exemplo de corridas, envolvendo profissionais da APS dos vários municípios, numa perspectiva de incentivo às práticas de atividades físicas; c) disponibilizar, em nível estadual, uma rede de apoio voltada para os profissionais de saúde da APS, composta por profissionais como nutricionistas, psicólogos e psiquiatras, que os auxiliem no desenvolvimento e manutenção de um plano de cuidados sustentável.

## **SUBPROJETO 6**

### **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)**

#### **PROBLEMA INVESTIGADO**

Este trabalho buscou fazer um panorama do uso das PICS pelos 300 profissionais vinculados aos programas de residência em MFC e RMSF do Estado da Paraíba. Algumas PICS, como a meditação e yoga, têm sido investigadas de forma sistemática, e seus benefícios para a saúde são reconhecidos na literatura. Outras PICS, como uso de plantas medicinais e fitoterápicos são amplamente utilizadas pela população. Será que os profissionais da área da saúde fazem uso das PICS na sua vida pessoal ou profissional? Que fatores influenciaram o uso das PICS? Como as residências contribuem para a formação de competências relacionadas ao uso das PICS? A formação oferecida é suficiente para habilitar o profissional a ofertar as PICS na APS?

## SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Do total de 300 respondentes deste estudo, 190 (63%) ouviram falar em PICS, sendo a resposta positiva em 100% dos casos no grupo de residentes da RMSF e em 60% para a amostra de médicos. Desse total, 91 (30%) participantes fazem uso das PICS na vida pessoal ou profissional e 22% declararam que nunca ouviram falar e não usam PICS no seu cotidiano.
- Apenas 46 médicos da MFC afirmaram que já ouviram falar e faziam uso de PICS dentre os 211 participantes, ou seja, 21,8% desse grupo; na RMSF, foram 45 respostas positivas dentre 89 respondentes, ou seja, 50,5% do grupo de multiprofissionais.
- As instituições públicas de ensino contribuem mais para formação de usuários das PICS. Considerando quem realizava as PICS: 85 (61%) eram de instituições públicas de ensino, 37 (26,6%) de instituições privadas com financiamento e 17 (12%) de instituições privadas sem financiamento.
- A maioria dos residentes que fazia uso das PICS (82,7%), trabalhava na região metropolitana de João Pessoa. Neste município, existem leis específicas voltadas à oferta de PICS, e quatro centros de referência em PICS, onde são oferecidos espaços para estágio e formação nessa área para residentes que se encontram vinculados aos programas nessa região.
- Os grupos de respondentes que faziam uso (44) e os que não faziam uso de PICS (20) tiveram várias experiências práticas durante a graduação.

- No grupo dos que usam PICS, 100 (71,9%) relataram ter tido alguma experiência com a temática na residência; entretanto, essa experiência não habilitava o profissional a realizar a prática integrativa no serviço.

O Gráfico 2 mostra as PICS mais utilizadas na vida pessoal e profissional pelos participantes. A maioria dos residentes em MFC citou o uso de Agulhamento a seco, seguido por Auriculoterapia de forma isolada e Auriculoterapia combinada com outras práticas. Dentre os participantes da RMSF, a prática mais usada foi Auriculoterapia combinada com outras PICS, seguidas por Auriculoterapia de forma isolada e práticas coletivas como Musicoterapia, Constelação Familiar, Dança Circular e Biodança.

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

**1) Novos produtos:** nossa pesquisa explorou o uso das PICS por profissionais vinculados às residências em MFC e RMSF. Entretanto, sabemos que as PICS são tratadas no mercado privado ou por organizações não-governamentais, quer seja no formato da oferta de cursos, especializações e serviços, por profissionais que não necessariamente estão vinculados à APS. Seria interessante fazer um mapeamento desses contextos e serviços no Estado, buscando compreender melhor como é este cenário: quem são os profissionais que estão realizando as atividades nos serviços, quais são as formações existentes no território, em que contexto são oferecidas estas práticas, quanto é cobrado por isso e quem faz uso desses serviços. Será que é possível fazer a transferência de tecnologia, ou seja, trazer algumas dessas

experiências e cenários para a APS ou para as instituições de ensino superior?

**2) Pesquisas futuras:** verificamos que ~20% dos médicos e ~50% dos multiprofissionais já fizeram uso ou utilizam alguma PICS. Seria interessante eleger uma ou mais práticas, como meditação, fitoterapia, para trabalhar as evidências da literatura (revisões sistemáticas) e apresentar experiências exitosas nas residências, com o objetivo de fazer estudos do tipo intervenção educativa ou intervenções de saúde, ou seja, convidar os profissionais para fazer uso dessas práticas e avaliar a sua influência na saúde, utilizando instrumentos validados para esse acompanhamento. O profissional que não tem a prática do uso das PICS não deve também reconhecer seus benefícios; por essa razão, pesquisas que envolvessem uso das PICS poderiam melhorar esse panorama.

**3) Implicações para participantes:** pensando na ampliação da oferta de serviços a partir das sugestões das PICS que os residentes manifestaram interesse em formação, se mostra necessária uma agenda formativa e criação de Comitês que possam regulamentar o oferecimento de cursos/especializações em PICS e estimular a organização comunitário-territorial para a implementação.

**4) Recomendações:** reiteramos a relevância das propostas já aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde para as PICS. Além disso, recomendamos a criação de centros de referência em PICS nas macrorregiões de saúde do Estado e o incentivo da gestão municipal em propiciar locais dentro

das Unidades Básicas de Saúde e apoiar a formação de profissionais na APS. Estas ações poderão ampliar as oportunidades de formação e estágios durante as residências. Faz-se necessário fomentar espaços, a exemplo de fóruns descentralizados em cada macrorregião de saúde, para que os municípios busquem aprovar leis municipais para implementação das PICS e centros de referência em PICS, a semelhança da experiência do município de João Pessoa.

#### Práticas Integrativas e Complementares (PICs) utilizadas na vida pessoal ou profissional

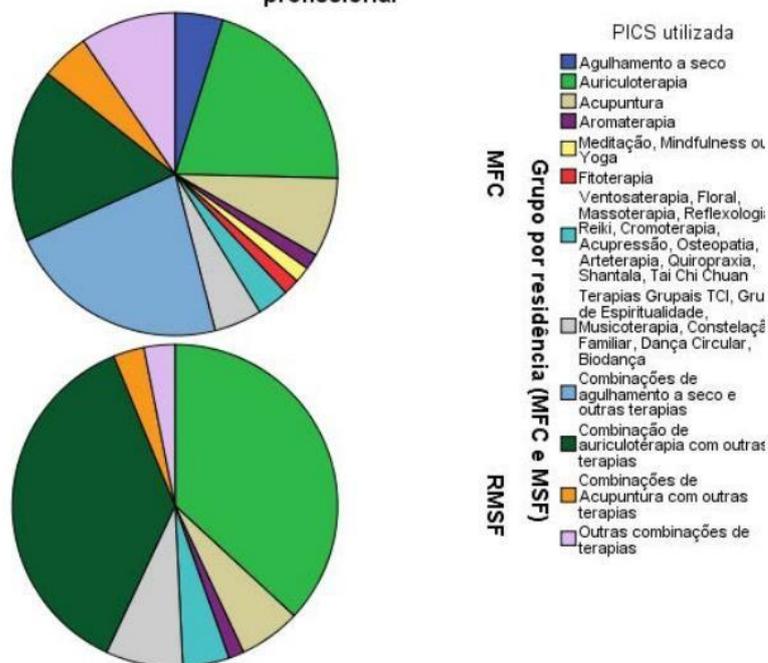


Gráfico 2: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) utilizadas na vida pessoal ou profissional por residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil (Oliveira et. al, 2024).

## AGRADECIMENTOS

Os mestrandos, orientadores e colaboradores deste trabalho são gratos(as) a todos(as) residentes e preceptores dos programas de residência em MFC e RMSF do Estado da Paraíba que participaram desta pesquisa.

Em especial, queremos agradecer aos coordenadores dos programas e instituições de ensino superior pela colaboração, apoio e paciência.

Gratidão:

À Dra. Maria Jeanette de Oliveira Silveira, representando a residência em MFC da Secretaria de Saúde do município de Campina Grande e Universidade Federal de Campina Grande (UFCCG).

Aos Drs. Alexandre Medeiros de Figueiredo e Alexandre José de Melo Neto, representando a residência em MFC da Universidade Federal da Paraíba.

À Dra. Mirian Ferreira Da Silva, representando a residência em MFC do município de Cabedelo em parceria com a UFPB.

Aos Drs. Wellington Pedro de Sousa e Lenildo Filho Dias de Moraes, representando a residência em MFC do município de Mamanguape em parceria com a UFPB.

Ao Dr. Felipe Castro, representando a residência em MFC do Centro Universitário UNIPÊ (Cruzeiro do Sul).

Às Profa. Ms. Lucineide Alves Vieira Braga e Maria Albanete Santos de Lima, representando a residência em MFC e RMSF da Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (antiga FCM).

À Dra. Cristina Maria Lira Batista Seixas, representando a residência em MFC da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

À Dra. Valdezita Dantas de Medeiros Mazzaro, representando o corpo docente da residência em MFC da Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras.

Às Dras. Paula Christianne Gomes Gouveia Souto Maia e Rafaela de Albuquerque Paulino, e ao Dr. Miguel Águila Toledo, representando a residência em MFC do Centro Universitário de Patos (UNIFIP).

A Ms. Pedro Alberto Lacerda Rodrigues, às Dras. Kassandra Lins Braga, Cícera Amanda Mota Seabra e Vanessa Meira Cintra, na representação da Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba e o Centro Universitário Santa Maria de Cajazeiras.

Aos secretários e servidores técnico administrativos das diferentes instituições que nos auxiliaram no trabalho.

Aos municípios que envidam esforços na oferta de residência em Medicina da Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba e que fomentam a formação profissional para atuação na Atenção Primária à Saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Agradecimento especial à Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, à FIOCRUZ e à ABRASCO pelo empenho no fortalecimento do nosso Sistema Único de Saúde, por meio da qualificação dos profissionais que atuam na APS.

## REFERÊNCIAS

MACHADO, ANA PAULA RAMOS (2024). **Autocuidado: práticas dos profissionais vinculados às residências do estado da Paraíba e suas implicações na Atenção Primária à Saúde.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

MENEZES, RAFAELA APRATO (2021). **Desenvolvimento de uma metodologia de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade, através da construção de um instrumento avaliativo e manual de orientação.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

NÓBREGA, LAURADELLA GERALDINNE SOUSA (2024). **Obesidade infantil: associação da auto avaliação de competências e resolução de problemas para identificar lacunas formativas na residência.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

OLIVEIRA, JOSÉ DANÚZIO LEITE (2024). **Fatores que influenciam na permanência de médicos na Atenção Primária à Saúde após conclusão da residência de Medicina de Família e Comunidade no Estado da Paraíba.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

OLIVEIRA, JOSÉ OLIVANDRO DUARTE (2024). **Práticas Integrativas nas Residências em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional na Paraíba, Brasil.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

SOUZA, ÉLIDA DE FÁTIMA DINIZ (2024). **Inventário de competências: lacunas e potencialidades formativas nas Residências em Medicina da Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família no Estado Paraíba.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

TOSCANO, MAYSÁ BARBOSA RODRIGUES (2024). **Fatores associados à satisfação com os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Estado da Paraíba.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

— DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado da Paraíba.  
**Pesquisador Responsável:** Silvana Cristina dos Santos  
**Área Temática:**  
**Versão:** 1  
**CAAE:** 73484623.5.0000.5187  
**Submetido em:** 25/08/2023  
**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB  
**Situação da Versão do Projeto:** Aprovado  
**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_2196870

4

## ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

✓ You are the author of this submission

FACTORS INFLUENCING WHETHER DOCTORS INTEND TO STAY WORKING IN PRIMARY HEALTH CARE AFTER COMPLETING RESIDENCY IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE IN PARAÍBA, BRAZIL

### PEER REVIEW TIMELINE

Follow the progress of your submission.

This submission is **UNDER REVIEW** at *Discover Health Systems*

Your manuscript has been submitted to *Discover Health Systems*. Get the most recent updates on its progress below.

You have opted in to preprinting through our *In Review* service. Your preprint is currently in our prescreen process. Preprints submitted to Research Square are screened for appropriate ethics and consent statements; patient identifiers; disclosure of competing interests; and inappropriate, alarming, or pseudoscientific claims. The prescreen at Research Square is carried out by our editorial staff with advanced degrees in life sciences.