



RELATO DE EXPERIÊNCIA

CARTOGRAFIA DA FORMAÇÃO MÉDICA EM TERRITÓRIO DE VIOLÊNCIA: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE EM JOÃO PESSOA/PB

Camila Froes Correa¹, Denise Mota Araripe Pereira Fernandes².

RESUMO

Objetivo: Analisar, por meio da cartografia, a experiência da Residência em Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa/PB e seu impacto na formação dos residentes em um contexto de alta violência. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência que utilizou a cartografia para analisar a formação médica na Unidade de Saúde da Família (USF). A pesquisa envolveu residentes e profissionais de saúde em atividades práticas e comunitárias. Os dados foram coletados entre 2023 e 2024 e analisados com foco nos desafios e nas potencialidades do território, respeitando a Resolução CNS nº 466/2012. **Resultados:** A residência médica evidenciou a influência das violências estrutural e interpessoal, relacionadas às desigualdades sociais. Condições precárias, como a falta de saneamento e a violência doméstica, exigiram acolhimento. A Estratégia de Saúde da Família mostrou-se limitada pela escassez de recursos e pela pouca articulação. **Considerações finais:** A residência favoreceu a formação clínica e social dos residentes, mas carece de dados quantitativos e de maior integração com políticas públicas. A experiência reforça a importância da Medicina de Família e Comunidade na Atenção Primária, demandando investimentos e governança.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Equipes Interdisciplinares de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze, through cartography, the experience of the Family and Community Medicine Residency Program in João Pessoa, Brazil, and its impact on resident training in a context of high violence. **Method:** This is a qualitative study that employed cartography to examine medical training within a Family Health Unit (USF). The research involved residents and healthcare professionals engaged in practical and community-based activities. Data were collected between 2023 and 2024 and analyzed with an emphasis on the challenges and potentialities of the territory, in compliance with Resolution CNS No. 466/2012. **Results:** The residency program revealed the influence of both structural and interpersonal violence, associated with social inequalities. Precarious conditions, such as lack of sanitation and domestic violence, required a welcoming and responsive approach. The Family Health Strategy faced limitations due to resource scarcity and weak intersectoral coordination. **Conclusions:** The residency program enhanced residents' clinical and social training but lacks quantitative data and greater integration with public policies. The experience reinforces the central role of Family and Community Medicine in Primary Health Care, underscoring the need for investment and effective governance.

Keywords: Family and Community Medicine; Primary Health Care; Unified Health System; Interdisciplinary Health Teams.

1. Médica Residente Programa de Residência Médica, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB.
2. Médica. Professora Programa de Residência Médica, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB.

1. INTRODUÇÃO

A formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é fundamental para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Programas de Residência em MFC têm sido implementados em diversas regiões, visando capacitar profissionais para atuar de forma abrangente e resolutiva junto às comunidades (Alcalde e Kirsztajn, 2018). Estudos indicam que a inserção de residentes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais contribui para a reorganização dos serviços e melhoria na qualidade do atendimento, ampliando o acesso e a satisfação dos usuários (Borochovicius e Tortella, 2014).

Apesar dos avanços, persistem desafios na formação de médicos de família, especialmente no que tange à atuação em territórios com alta vulnerabilidade social e violência (Brasil, 2009; Ministério da Saúde, 2018). A literatura aponta que, embora haja um aumento no número de vagas de residência em MFC, ainda existe má distribuição e dificuldades na adaptação dos profissionais às realidades locais (Borochovicius e Tortella, 2014). Além disso, a necessidade de desenvolver competências específicas para o trabalho em equipe multiprofissional e a integração com a comunidade são aspectos frequentemente subestimados nos currículos tradicionais (Alcalde e Kirsztajn, 2018).

A cartografia, como metodologia de pesquisa-intervenção, oferece uma abordagem inovadora para mapear e compreender os fluxos, afetos e dinâmicas presentes nos territórios de atuação dos residentes (Brasil, 2009). Ao permitir uma leitura processual e dinâmica do contexto, a cartografia auxilia na identificação de desafios e potencialidades, promovendo uma formação mais contextualizada e sensível às especificidades locais (Ministério da Saúde, 2018). No entanto, há escassez de estudos que explorem a aplicação da cartografia na formação em MFC, especialmente em áreas marcadas pela violência.

Este estudo tem como objetivo analisar, por meio da cartografia, a experiência da Residência em Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa/PB, um território caracterizado por elevados índices de violência. Pretende-se compreender como a vivência nesse contexto contribui para a formação dos residentes, identificando aprendizagens, desafios e transformações decorrentes da prática em um ambiente de alta complexidade social.

2. MÉTODOS

Este estudo descritivo, de natureza qualitativa, configura-se como um relato de experiência e adotou a cartografia como método de pesquisa-intervenção para mapear e analisar os processos de formação médica em um território caracterizado por vulnerabilidades sociais e violência. A cartografia, conforme discutido por Passos e Barros (2009), permite acompanhar a processualidade dos acontecimentos e a produção de subjetividades no campo da saúde coletiva.

O cenário do estudo foi em uma unidade de saúde do município de João Pessoa, Paraíba. A equipe de saúde da USF era composta por diversos profissionais, incluindo técnicas de enfermagem, uma preceptora especialista em Saúde da Família, residentes em Medicina de Família e Comunidade, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS), farmacêuticos, dentistas, auxiliares de dentista, além de atendentes da recepção, gerente, auxiliares de serviços gerais e digitador.

As atividades dos residentes em Medicina de Família e Comunidade incluíam consultas médicas sob supervisão, visitas domiciliares para compreender aspectos biopsicossociais da comunidade, participação em campanhas de vacinação, palestras educativas, reuniões de equipe e integração com outros setores da USF. Essa inserção ativa no território permitiu aos residentes vivenciar e intervir nos processos de cuidado, conforme os princípios da cartografia, que

valoriza a experiência e a co-construção do conhecimento em saúde (Barros; Passos, 2009).

A coleta de dados foi realizada entre 2023 e 2024, com base em observação participante, anotações acadêmicas das vivências e registros em diário de campo. Não foram utilizadas entrevistas, a fim de respeitar os princípios éticos que envolvem a coleta de dados identificáveis.

A análise dos dados se deu a partir das etapas da cartografia, que consistem inicialmente na imersão no território, permitindo a abertura a uma escuta sensível e atenta aos fluxos e dinâmicas locais. Em seguida, ocorreram registros contínuos das experiências vividas, realizados por meio de diários de campo, onde eram anotadas percepções, afetos, tensões e movimentos observados no cotidiano da unidade de saúde. A terceira etapa envolveu a identificação de linhas de força e de sentido, por meio da análise dos encontros, dos desafios enfrentados e das formas de atuação desenvolvidas. Posteriormente, essas vivências foram organizadas na forma de narrativas cartográficas, que expressam os deslocamentos subjetivos e institucionais provocados pela experiência. Por fim, realizou-se uma reflexão crítica, embasada nos referenciais da saúde coletiva e da educação médica, com o intuito de compreender os processos de formação médica e suas ressonâncias no território.

Mesmo sem a coleta de dados identificáveis, este estudo pautou-se nos princípios éticos da Resolução CNS nº 466/2012, assegurando o respeito à confidencialidade e ao anonimato.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Unidade Básica de Saúde (UBS) em João Pessoa proporcionou uma experiência imersiva em um território marcado por violências estruturais, interpessoais e simbólicas. Como destaca Minayo (2006) e Schraiber et al. (2006), a violência não se restringe a eventos isolados, mas está intrinsecamente conectada às desigualdades sociais e à ausência de políticas públicas efetivas, configurando-se como uma das principais barreiras ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde.

A violência estrutural se manifesta nas condições precárias do território, evidenciadas pela falta de saneamento básico, habitações inadequadas e insegurança alimentar. Dados recentes apontam que mais de 30 milhões de brasileiros vivem sem acesso a saneamento adequado, ampliando os riscos à saúde e perpetuando ciclos de exclusão (Instituto Trata Brasil, 2023). Durante as visitas domiciliares, essas condições foram observadas em diversas famílias atendidas, destacando o impacto da precariedade nas dinâmicas de cuidado e na saúde mental dos moradores.

Além disso, a violência interpessoal também emergiu como um elemento central nas vivências dos residentes. Relatos de violência doméstica, abuso infantil e conflitos comunitários foram recorrentes, exigindo dos profissionais uma abordagem que integre o cuidado clínico à escuta ativa e ao acolhimento das vítimas. A cartografia permitiu mapear essas situações e identificar que a violência não se limita a eventos individuais, mas é reforçada por redes de vulnerabilidade que atravessam o território, como a ausência de segurança pública e a fragilidade das políticas sociais.

A violência simbólica foi evidenciada em práticas culturais e sociais que, embora legitimadas pela comunidade, impactam negativamente a saúde. Exemplos incluem a automedicação e crenças que perpetuam o uso inadequado de medicamentos, reforçando a necessidade de ações educativas e de promoção da saúde. Essas ações, realizadas pelos residentes e pela equipe multiprofissional, demonstraram o potencial

transformador da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas também enfrentaram desafios estruturais e institucionais que limitam sua abrangência.

A residência médica, ao oferecer uma imersão de dois anos em territórios, oportuniza um contato próximo e contínuo com essas realidades. A presença de preceptores comprometidos foi essencial para orientar os residentes e mediar as dificuldades impostas pela violência no território. Estudos recentes destacam que preceptores vocacionados, ao promover um ambiente de aprendizado seguro e desafiador, são fundamentais para a formação de profissionais capazes de atuar em contextos complexos (Preceptoria em residência médica, 2024).

No entanto, a residência também expôs deficiências estruturais no SUS, como a ausência de articulação com a gestão local e a insuficiência de recursos, que comprometem tanto a formação quanto o cuidado ofertado. Essas limitações podem ser entendidas como formas de violência institucional, que afetam não apenas os usuários, mas também os profissionais de saúde em formação. Mendes (2011) aponta que a integração de redes de atenção e a governança compartilhada são estratégias cruciais para superar essas barreiras e fortalecer a formação em saúde.

Embora o método cartográfico tenha possibilitado uma análise processual e dinâmica do território, ele não é suficiente para abordar a complexidade total das violências vivenciadas. A cartografia oportuniza olhares aprofundados sobre fluxos e afetos, mas estudos futuros devem incluir metodologias complementares, como a coleta de dados quantitativos e abordagens participativas que envolvam a comunidade e os profissionais. Além disso, é necessário investir em colegiados gestores que fortaleçam a governança local e articulem as redes de atenção à saúde, garantindo maior suporte às residências médicas e às ações no território (Gestão de programas de residência, 2024; Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023).

4. CONCLUSÕES

A residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Unidade de Saúde da Família (USF) de João Pessoa em questão destacou-se como um espaço formador essencial para consolidar a prática médica em territórios marcados por desigualdades sociais e violências. A imersão de dois anos permitiu aos residentes vivenciar profundamente as dinâmicas locais, compreendendo os determinantes sociais da saúde e desenvolvendo competências clínicas e sociais alinhadas às necessidades da população. A atuação dos preceptores vocacionados foi fundamental nesse processo, ao oferecer suporte técnico e emocional e promover uma formação baseada na prática reflexiva.

A violência estrutural, interpessoal e simbólica emergiu como um elemento transversal que atravessa o território e impacta diretamente a saúde da população e os processos de trabalho. A cartografia revelou-se uma ferramenta valiosa para mapear fluxos e afetos, possibilitando uma análise processual das dinâmicas do território. No entanto, a cartografia, sozinha, não é suficiente para abordar toda a complexidade do contexto, demandando sua complementação com metodologias que envolvam análises quantitativas e maior participação comunitária.

Apesar das contribuições significativas do estudo, algumas lacunas foram identificadas. A ausência de dados quantitativos limita uma compreensão mais ampla do impacto da residência na saúde da comunidade, enquanto a falta de uma análise robusta sobre a percepção dos usuários restringe a avaliação da efetividade das ações implementadas. Além disso, a ausência de uma perspectiva longitudinal impede a análise de como essa experiência influencia a prática médica ao longo do tempo. A fragilidade na articulação entre programas de residência e políticas públicas locais também se destacou como uma barreira que precisa ser superada para fortalecer as redes de atenção e a governança no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fim, esta experiência reforça que a residência médica em MFC desempenha um papel estratégico na consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) e na transformação dos territórios onde está inserida. Contudo, sua efetividade depende de um sistema que compreenda e enfrente suas limitações estruturais, incluindo a violência institucional, a fragmentação das redes e a falta de integração entre gestão e formação.

Investimentos em governança participativa, capacitação de preceptores e metodologias integradoras são essenciais para potencializar o impacto da residência e promover um SUS mais equitativo e resolutivo.

5. REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. *Circulation*, v. 141, n. 2, p. e1-e39, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Primeiros Socorros para Escolas e Comunidades**. Brasília, 2019.

OLIVEIRA, J. R.; SOUZA, M. A.; LIMA, T. C. Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros: Capacitação de Professores na Educação Inclusiva. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 27, n. 3, p. 421-436, 2021.

SILVA, P. R.; MENEZES, F. M.; CARVALHO, L. T. Risco de Engasgo em Pacientes com Deficiência Neuromotora: Abordagem e Prevenção. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1-9, 2018.

UNESCO. **Education for Inclusive Societies: A Global Perspective**. Paris, 2020.