www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/ry7cgy02

# Longitudinalidade do cuidado e mudanças de cenário de prática na residência em Medicina de Família e Comunidade: um relato de experiência.

## Longitudinality of care and practice setting transitions in a family and Community Medicine Residency: an experience report.

Gabriela Luiza da Silva Oliveira
Orientador(a): Hermon Santos Branquinho

**RESUMO**

A longitudinalidade do cuidado constitui um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, estando relacionada à construção de vínculos e ao acompanhamento contínuo dos pacientes. Este trabalho tem como objetivo relatar e analisar criticamente a experiência de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade em três Unidades Básicas de Saúde de Anápolis, Goiás, considerando as repercussões das mudanças de cenário de prática sobre a construção de vínculos, a integração às equipes e as oportunidades de acompanhamento longitudinal. Trata-se de um relato de experiência retrospectivo, de caráter descritivo e reflexivo, elaborado a partir das vivências da residente entre março de 2025 e outubro de 2026. As experiências foram organizadas cronologicamente e analisadas a partir de três eixos de reflexão, articulados à literatura científica. As transferências entre as unidades, motivadas por questões administrativas e de adaptação profissional, interromperam o acompanhamento realizado pela residente com os pacientes dos territórios anteriores, exigindo a reconstrução de vínculos e novos processos de integração às equipes. A permanência prolongada na terceira unidade favoreceu, na percepção da residente, o fortalecimento das relações

terapêuticas e as oportunidades de acompanhar pacientes em diferentes momentos de suas vidas. A experiência também evidenciou a importância da organização dos cenários de prática para a formação médica. Conclui-se que as mudanças de cenário podem influenciar as oportunidades de acompanhamento longitudinal e de integração profissional, ressaltando a relevância de considerar esses aspectos na organização dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade.

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

## ABSTRACT

Longitudinality of care is one of the essential attributes of Primary Health Care and is associated with the development of therapeutic relationships and the continuous follow-up of patients. This study aims to report and critically analyze the experience of a Family and Community Medicine resident physician across three Primary Health Care Units in Anápolis, Goiás, Brazil, considering the implications of changes in training settings for relationship building, team integration, and opportunities for longitudinal care. This is a retrospective, descriptive, and reflective experience report based on the resident's experiences between March 2025 and October 2026. The experiences were organized chronologically and examined through three thematic areas of reflection, in dialogue with the scientific literature. Transfers between units, motivated by administrative circumstances and professional adaptation, interrupted the follow-up provided by the resident to patients in previously assigned territories, requiring the rebuilding of therapeutic relationships and renewed processes of team integration. The longer period spent at the third unit, from the resident's perspective, facilitated stronger therapeutic relationships and greater opportunities to follow patients through different stages of their lives. The experience also highlighted the importance of how training settings are organized in medical education. In conclusion, changes in training settings may influence opportunities for longitudinal patient care and professional integration, emphasizing the need to consider these aspects when organizing Family and Community Medicine residency programs.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Practice. Continuity of Patient Care. Internship and Residency. Physician-Patient Relations.

## 1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel fundamental na organização e orientação do cuidado. A APS apresenta quatro atributos essenciais que devem orientar a assistência à população: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Esses atributos contribuem para a organização dos serviços de saúde e para a oferta de uma assistência contínua e centrada nas necessidades dos usuários, considerando suas necessidades de saúde em diferentes momentos da vida (STARFIELD, 2002; BIANCHINI *et al*., 2026).

A longitudinalidade do cuidado é um dos atributos essenciais da APS e envolve o estabelecimento de uma relação contínua entre os usuários e os profissionais de saúde ao longo do tempo. Esse atributo favorece a construção de vínculos e relações de confiança, permitindo um acompanhamento que considera as necessidades individuais e o contexto de vida dos pacientes. Na literatura, a longitudinalidade é associada à maior adesão terapêutica, à satisfação dos usuários e à redução da utilização de serviços de urgência e das hospitalizações, embora sua efetivação ainda enfrente desafios relacionados à organização dos serviços de saúde (BAPTISTA; FLÓRIO; ZANIN, 2025).

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem duração de dois anos e busca formar profissionais capacitados para o manejo das condições de saúde mais prevalentes na APS, considerando também os aspectos sociais e familiares que influenciam o processo de saúde e doença. Nesse contexto, a territorialização e a construção de vínculos com a população constituem elementos importantes da prática profissional. O acompanhamento longitudinal dos pacientes e a integração às equipes de saúde contribuem para o desenvolvimento de competências clínicas e para a compreensão das necessidades da comunidade. Bastos e Pinto (2024), ao compararem duas unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, identificaram melhores avaliações da longitudinalidade e dos

atributos gerais da APS na unidade que contava com um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade.

Apesar da importância da longitudinalidade, a rotatividade de profissionais médicos ainda representa um desafio para a APS, podendo ocorrer por questões administrativas, condições de trabalho e motivos pessoais. Essas mudanças podem comprometer a continuidade do acompanhamento e enfraquecer os vínculos estabelecidos entre profissionais e pacientes, com possíveis repercussões na qualidade da assistência prestada (GIOVANI; VIEIRA, 2013). No contexto da residência médica em MFC, as mudanças de cenário de prática também podem representar desafios para a formação profissional, uma vez que exigem a adaptação a novas equipes e territórios, além da reconstrução dos vínculos com a população acompanhada.

A partir dessa perspectiva, torna-se relevante refletir sobre as mudanças de cenário de prática durante a residência em Medicina de Família e Comunidade, considerando suas possíveis repercussões na formação profissional e na continuidade do acompanhamento dos pacientes. Assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar e analisar criticamente a experiência de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade em três Unidades Básicas de Saúde de Anápolis, Goiás, considerando as repercussões das mudanças de cenário de prática sobre a construção de vínculos, a integração às equipes e as oportunidades de acompanhamento longitudinal.

# 2. OBJETIVOS

## 2.1. OBJETIVO GERAL

Relatar e analisar criticamente a experiência de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade em três Unidades Básicas de Saúde de Anápolis, Goiás, considerando as repercussões das mudanças de cenário de prática sobre a construção de vínculos, a integração às equipes e as oportunidades de acompanhamento longitudinal.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as experiências vivenciadas durante as mudanças de cenário de prática ao longo da residência em Medicina de Família e Comunidade.
- Refletir sobre as repercussões das transferências na construção e na manutenção dos vínculos médico-paciente e nas oportunidades de acompanhamento longitudinal.
- Analisar, a partir da percepção da residente, os desafios de adaptação às equipes multiprofissionais e suas possíveis repercussões no processo de formação médica.

## 3. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em um relato de experiência retrospectivo, de caráter descritivo e reflexivo, elaborado a partir das vivências de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade durante sua atuação em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Anápolis, Goiás. A experiência ocorreu no contexto de um programa de residência médica iniciado em março de 2025, com previsão de conclusão em março de 2027. Para este relato, foram consideradas as vivências ocorridas entre março de 2025 e outubro de 2026, embora a formação ainda estivesse em andamento. A residente atuou na primeira unidade de 1º de março a 19 de maio de 2025 e na segunda UBS de 20 de maio a 31 de agosto de 2025. A partir de setembro de 2025, passou a atuar na terceira unidade, na qual permaneceu até o encerramento do período analisado.

As mudanças de cenário de prática ocorreram por questões administrativas e de adaptação profissional. A primeira transferência aconteceu em decorrência da reorganização da unidade de origem, que passou a funcionar também como centro médico, resultando na realocação da residente para outra UBS. A segunda mudança ocorreu após dificuldades de adaptação ao novo cenário de atuação e da disponibilização de uma vaga em outra unidade. Considerando que os atendimentos eram organizados conforme o território de abrangência de cada equipe, as transferências interromperam o acompanhamento que a residente realizava com os pacientes anteriormente atendidos, sem necessariamente representar a interrupção da assistência prestada pelos serviços de saúde.

A elaboração do relato baseou-se na reconstrução retrospectiva das vivências profissionais, a partir das lembranças da residente sobre os acontecimentos e de suas percepções em cada cenário de prática. Registros pessoais de comunicação foram utilizados para conferir a cronologia das transferências. Inicialmente, os acontecimentos foram organizados em sequência temporal, considerando as experiências nas três unidades. Posteriormente, foram agrupados em três eixos de reflexão: longitudinalidade do cuidado e construção de vínculos; adaptação às equipes e aos territórios; e repercussões das mudanças de cenário na formação profissional. A interpretação das vivências foi articulada à literatura científica sobre Atenção Primária à Saúde e formação em Medicina de Família e Comunidade.

O relato foi elaborado a partir da perspectiva da residente, preservando o sigilo e a identidade dos pacientes e profissionais envolvidos. Foram priorizados os aspectos relacionados à experiência formativa, sem utilização de dados clínicos individualizados ou informações que permitissem a identificação das pessoas envolvidas.

## 4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

### 4.1. Primeira UBS: construção inicial de vínculos e mudança institucional

Após a conclusão do curso de Medicina, iniciei minha atuação profissional como médica plantonista e, posteriormente, como médica substituta em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), durante aproximadamente um mês e meio. Nesse período, as condições de trabalho eram diferentes daquelas previstas para a residência médica, com elevada demanda assistencial e menor tempo disponível para cada atendimento. Diante da sobrecarga vivenciada, optei pelo desligamento da unidade, com o objetivo de descansar e me preparar para o início da residência em Medicina de Família e Comunidade, previsto para março de 2025.

A distribuição dos residentes entre os cenários de prática ocorreu no primeiro dia da residência, quando fui designada para a mesma unidade em que havia atuado anteriormente. Localizada em uma região de vulnerabilidade social do município, a unidade atendia uma população com importante dependência dos serviços oferecidos pela Atenção Primária à Saúde,

considerando também a distância geográfica em relação às unidades públicas de pronto atendimento. O serviço contava com seis equipes de saúde, sendo três vinculadas à atuação de médicos residentes e três compostas por médicos contratados pela gestão municipal. As unidades da rede municipal eram administradas por uma mesma instituição, que também atuava na gestão de serviços de urgência e hospitalares, utilizando um sistema compartilhado de prontuário eletrônico que permitia consultar o histórico de atendimentos realizados em diferentes serviços.

O retorno à unidade ocorreu em condições diferentes da experiência profissional anterior. Apesar da preocupação inicial com a demanda assistencial, a familiaridade com o funcionamento do serviço e os vínculos previamente estabelecidos com profissionais da equipe e preceptores facilitaram minha adaptação. A organização da residência também possibilitava maior tempo destinado às consultas e momentos reservados para a discussão de casos clínicos com a preceptoria, favorecendo o processo de aprendizagem. Além disso, eu já conhecia parte da população atendida, e alguns pacientes acompanhados durante minha atuação anterior retornaram para consultas comigo. Esse reencontro permitiu dar continuidade ao acompanhamento de situações clínicas já conhecidas e retomar vínculos terapêuticos previamente estabelecidos.

Em maio de 2025, ocorreram mudanças na organização do serviço, e a unidade passou a funcionar também como centro médico, com atendimento de urgência e emergência durante 24 horas, mantendo parte das atividades da Atenção Primária à Saúde com uma equipe reduzida, composta por três médicos não residentes. Em razão dessa reorganização administrativa, eu, outras duas médicas residentes e as preceptoras fomos transferidas para uma segunda Unidade Básica de Saúde. A transferência foi comunicada com aproximadamente um dia de antecedência, sem que houvesse tempo para organizar a transição do acompanhamento dos pacientes. Embora os registros clínicos permanecessem acessíveis pelo prontuário eletrônico compartilhado, a mudança interrompeu de maneira abrupta o acompanhamento que eu realizava e exigiu o início de um novo processo de integração à equipe e à população do território de destino.

### 4.2. Segunda UBS: dificuldades de adaptação a um novo cenário de prática

O acompanhamento na segunda Unidade Básica de Saúde teve início em maio de 2025 e se estendeu até o final de agosto do mesmo ano. A mudança repentina foi acompanhada por dificuldades de adaptação, relacionadas principalmente à maior distância entre a unidade e minha residência e à necessidade de reorganização da rotina pessoal. O novo território também apresentava condições de vulnerabilidade socioeconômica, com elevada demanda assistencial, especialmente entre a população mais jovem. Além disso, durante minha atuação, percebi que parte dos moradores da região ainda não estava vinculada às equipes de saúde existentes, o que representava um desafio adicional para a organização do acompanhamento da população.

A unidade para a qual fomos transferidas não contava anteriormente com a presença de médicos residentes, o que exigiu adaptações na dinâmica dos atendimentos. As consultas, antes organizadas com duração aproximada de 20 minutos, passaram a contar com um período de 40 minutos para os residentes do primeiro ano, incluindo o atendimento e a discussão dos casos clínicos com a preceptoria. Essa mudança modificou a quantidade de consultas previstas por período e exigiu ajustes na organização das agendas. Inicialmente, percebi dificuldades de adaptação à nova dinâmica por parte da equipe e dos usuários, especialmente em relação ao tempo destinado aos atendimentos e à espera pelas discussões clínicas.

Ao longo dos meses seguintes, busquei me integrar à equipe multiprofissional e compreender a dinâmica de trabalho da unidade. Algumas dificuldades iniciais de comunicação e organização foram gradualmente superadas, embora permanecessem desafios relacionados à conciliação dos horários e ao funcionamento das agendas. Em determinadas ocasiões, houve necessidade de prolongar a jornada de trabalho, o que também gerou dificuldades na articulação das atividades com outros profissionais. Durante esse período, percebi manifestações de insatisfação de alguns usuários em relação à disponibilidade e ao tempo dos atendimentos. Apesar dessas circunstâncias, consegui estabelecer vínculos gradualmente com alguns pacientes, especialmente idosos, que passaram a retornar para acompanhamento. Entretanto, a adaptação à dinâmica da equipe e à

organização do serviço permaneceu como o principal desafio vivenciado nesse cenário de prática.

A adaptação à segunda unidade foi acompanhada por dificuldades que tiveram repercussões no meu bem-estar físico e emocional durante aquele período. Diante dessas circunstâncias, solicitei à coordenação da residência a possibilidade de mudança de cenário de prática, buscando melhores condições de adaptação e continuidade da formação. Posteriormente, com a disponibilização de uma vaga em outra Unidade Básica de Saúde, fui comunicada sobre a possibilidade de transferência e optei pela mudança. As demais residentes permaneceram na segunda unidade, enquanto uma das preceptoras passou a dividir suas atividades entre os dois cenários de prática, acompanhando também minha atuação na terceira UBS.

### 4.3. Terceira UBS: reconstrução de vínculos e aprendizados

A transferência para a terceira Unidade Básica de Saúde ocorreu em setembro de 2025 e foi acompanhada por expectativas e receios relacionados às experiências anteriores. A nova unidade estava localizada próxima ao primeiro cenário de prática e atendia uma população com características socioeconômicas semelhantes. O serviço contava com seis equipes de saúde e possuía histórico de atuação como campo de formação para residentes em Medicina de Família e Comunidade. A mudança ocorreu após a disponibilização de duas vagas, decorrentes da saída de residentes do programa, permitindo minha transferência juntamente com outro médico residente, anteriormente vinculado a uma unidade diferente.

A adaptação ao novo cenário ocorreu de forma gradual, mas foi facilitada pela familiaridade da equipe e da população com a dinâmica da residência médica. Embora eu conhecesse alguns profissionais, ainda não havia estabelecido vínculos próximos com a maior parte da equipe. A organização dos atendimentos e os momentos destinados à discussão dos casos com a preceptoria já faziam parte da rotina da unidade, o que favoreceu minha inserção nas atividades. Nesse período, também percebi uma melhora progressiva no meu bem-estar emocional, acompanhada por maior segurança e tranquilidade durante os atendimentos e as discussões clínicas.

A organização da agenda também passou por modificações ao longo da minha permanência na unidade. No primeiro ano da residência, as consultas eram previstas para durar aproximadamente 40 minutos. A partir de março de 2026, com a progressão para o segundo ano da residência médica, esse período foi reduzido para 30 minutos. Posteriormente, em setembro do mesmo ano, uma reorganização administrativa estabeleceu o tempo de 25 minutos por consulta. Essa última alteração foi acompanhada por um aumento da quantidade de atendimentos previstos na agenda, exigindo novas adaptações na conciliação entre as demandas assistenciais e as atividades de formação.

Apesar das mudanças na organização dos atendimentos, a permanência prolongada na terceira unidade possibilitou acompanhar os pacientes em diferentes momentos de suas trajetórias de cuidado, favorecendo a construção gradual de vínculos com a população e com a equipe de saúde. Ao longo desse período, percebi maior frequência de retornos para acompanhamento e fortalecimento das relações terapêuticas com pacientes de diferentes faixas etárias. Entre as experiências mais significativas, destaco o acompanhamento de gestantes durante o pré-natal, a continuidade do contato após o nascimento dos bebês e o seguimento posterior durante as consultas de puericultura. Essas vivências permitiram observar, na prática, a importância do acompanhamento longitudinal e reconhecer como a permanência no mesmo território contribuiu para minha formação em Medicina de Família e Comunidade.

# 5. DISCUSSÃO

## 5.1. Longitudinalidade e construção de vínculos na residência em MFC

A longitudinalidade do cuidado não se limita ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo, envolvendo também a construção de vínculos, a confiança mútua e a corresponsabilização pelo cuidado em saúde. A experiência relatada evidencia a importância do tempo de permanência no mesmo território para o desenvolvimento dessas relações, ao mesmo tempo que demonstra como esse processo pode ser influenciado pela integração às equipes de saúde e pelas características da organização assistencial. Essa reflexão dialoga com Almeida *et al*. (2025), que analisam a continuidade relacional do cuidado a partir

da perspectiva dos usuários, destacando a importância das relações de confiança e do conhecimento individualizado das necessidades dos pacientes para a manutenção do acompanhamento.

Nesse contexto, o acompanhamento prolongado pode favorecer a construção de vínculos entre profissionais e pacientes, permitindo maior conhecimento de suas necessidades ao longo do tempo. Entretanto, esse processo também depende da integração do médico à equipe de saúde e da estabilidade das relações estabelecidas no serviço. A rotatividade profissional pode dificultar essa integração e comprometer a continuidade das relações de cuidado, com possíveis repercussões sobre outros atributos da APS, como a integralidade e a coordenação do cuidado. Conforme discutem Baptista, Flório e Zanin (2025), o acompanhamento contínuo favorece o estabelecimento de relações duradouras entre profissionais e usuários, enquanto a rotatividade pode fragilizar os vínculos construídos com a comunidade.

Essa percepção também esteve presente na experiência relatada, especialmente durante a atuação na terceira unidade, onde a maior permanência no mesmo território favoreceu, na perspectiva da residente, o fortalecimento dos vínculos com os pacientes e com a equipe de saúde. O acompanhamento contínuo possibilitou maior aproximação com as famílias e melhor conhecimento de suas necessidades, como observado nos atendimentos realizados desde o início da gestação, com seguimento durante o pré-natal e, posteriormente, nas consultas de puericultura. Essa experiência dialoga com Sousa, Souza e Campos Filho (2025), que destacam a importância do vínculo longitudinal na Medicina de Família e Comunidade para o desenvolvimento de relações terapêuticas duradouras e sua contribuição para a adesão ao cuidado e a promoção da saúde.

Além do tempo de permanência no território, a formação em Medicina de Família e Comunidade também pode contribuir para o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado. A valorização dos atributos essenciais da APS durante a residência favorece o desenvolvimento de competências relacionadas ao acompanhamento contínuo dos pacientes, à construção de vínculos e à compreensão de suas necessidades sociais e familiares. Essa perspectiva dialoga com Bastos e Pinto (2024), que, ao compararem duas unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, identificaram

melhores avaliações da longitudinalidade entre os usuários da unidade que contava com um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade. Esses achados sugerem uma associação entre a presença da residência e a avaliação desse atributo, embora não permitam estabelecer uma relação direta de causalidade.

### 5.2. Mudanças de cenário de prática e repercussões na continuidade do cuidado

A rotatividade de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde pode ocorrer por diferentes motivos, inerentes ou não à decisão do médico, e representar um desafio para a manutenção dos vínculos estabelecidos com a população. As mudanças de equipe exigem adaptações na organização do trabalho e podem repercutir tanto na unidade de origem quanto no novo cenário de atuação do profissional. Nesse contexto, a interrupção de relações terapêuticas previamente estabelecidas pode dificultar a continuidade relacional do cuidado, especialmente quando não há oportunidade de organizar a transição do acompanhamento dos pacientes (GIOVANI; VIEIRA, 2013; ALMEIDA *et al*., 2025).

Na experiência relatada, a primeira transferência ocorreu de maneira inesperada, sem tempo suficiente para organizar a transição do acompanhamento dos pacientes aos profissionais que permaneceriam na unidade ou assumiriam posteriormente os atendimentos. A mudança interrompeu os vínculos terapêuticos estabelecidos entre a médica residente e os pacientes acompanhados, embora a assistência pudesse ter continuidade por outros profissionais, com o auxílio do prontuário eletrônico compartilhado entre serviços da rede municipal de saúde. Essa situação dialoga com Almeida *et al*. (2025), que identificaram rupturas nas relações de confiança associadas à rotatividade médica, com possíveis repercussões sobre a continuidade do cuidado. Assim, embora a população permanecesse vinculada ao território e à equipe multiprofissional, houve interrupção do acompanhamento realizado pela residente. Contudo, sem uma avaliação direta dos usuários após a transferência, não é possível determinar as repercussões dessa mudança sobre a continuidade assistencial e a adesão ao acompanhamento.

A continuidade do cuidado envolve diferentes dimensões, incluindo a relacional, relacionada aos vínculos estabelecidos entre profissionais e usuários, e a informacional, referente à disponibilidade e à utilização do histórico clínico dos pacientes. Conforme discutem Almeida *et al*. (2025), essas dimensões são complementares e contribuem para a manutenção do acompanhamento ao longo do tempo. Na experiência relatada, o prontuário eletrônico compartilhado entre parte dos serviços da rede municipal de saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde, serviços de atenção secundária e unidades de pronto atendimento, possibilitava o acesso aos registros clínicos dos pacientes, mesmo após as mudanças de cenário de prática. Entretanto, embora esse recurso pudesse favorecer a continuidade informacional, sua disponibilidade não garantia, por si só, a preservação dos vínculos terapêuticos previamente estabelecidos entre a residente e os pacientes acompanhados.

Na segunda unidade, apesar das dificuldades de adaptação, foi possível estabelecer gradualmente vínculos com alguns pacientes, especialmente idosos, que passaram a retornar para acompanhamento. Posteriormente, a transferência para a terceira unidade interrompeu novamente o seguimento realizado pela residente, dessa vez por iniciativa própria, após a disponibilização de uma vaga em outra UBS. Essa experiência dialoga com Giovani e Vieira (2013), que discutem a rotatividade de profissionais na Atenção Primária à Saúde e seus possíveis efeitos sobre a manutenção dos vínculos e a continuidade do cuidado. Dessa forma, embora motivadas por circunstâncias diferentes, as transferências exigiram a reconstrução de relações terapêuticas em novos territórios e limitaram as oportunidades de acompanhamento longitudinal dos mesmos pacientes pela residente.

### 5.3. Integração às equipes e adaptação aos cenários de prática

É importante destacar que as transferências entre Unidades Básicas de Saúde também podem provocar mudanças na dinâmica das equipes multiprofissionais. Conforme discutem Martins *et al*. (2012), a alteração na composição das equipes exige reajustes nas relações interpessoais, na divisão de responsabilidades e na organização do trabalho coletivo. Nesse processo, além das características individuais de cada profissional, devem ser consideradas as relações previamente estabelecidas entre os integrantes da

equipe e a necessidade de adaptação à chegada de novos membros. Essa reflexão se aproxima da experiência relatada, especialmente na segunda unidade, onde a inserção de médicos residentes exigiu adaptações na organização das atividades assistenciais e na dinâmica de trabalho da equipe.

Além das relações interpessoais, a integração de novos profissionais envolve a articulação das diferentes atividades desenvolvidas pela equipe. Na experiência relatada, essas dificuldades foram percebidas principalmente na segunda unidade, que não possuía experiência prévia com a residência médica, exigindo ajustes na dinâmica dos atendimentos e na articulação das atividades com os demais profissionais. Acioli *et al*. (2026) destacam que a organização do trabalho e de funções, a comunicação entre os profissionais e o desenvolvimento de práticas colaborativas representam aspectos importantes para a integração das equipes na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, a experiência permitiu refletir sobre a necessidade de articulação entre as atividades assistenciais e formativas, considerando as particularidades de cada cenário de prática.

Outro aspecto relevante na adaptação aos cenários de prática foi a organização das agendas e do tempo destinado aos atendimentos. Na experiência relatada, a duração prevista das consultas era estabelecida conforme a organização do programa de residência, com redução do tempo ao longo da progressão na formação médica, exigindo adaptações às diferentes demandas assistenciais. Nesse contexto, Baptista, Flório e Zanin (2025) discutem estratégias para ampliar o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, como a organização das agendas pelo modelo de acesso avançado e a utilização de teleconsultas. Na experiência relatada, essa discussão se relaciona à necessidade de conciliar a demanda assistencial com o tempo destinado às consultas e à supervisão clínica, considerando tanto as necessidades da população quanto os objetivos da formação médica.

Por fim, a experiência na terceira unidade permitiu refletir sobre a importância da integração entre o programa de residência e os cenários de prática. A familiaridade da equipe e da população com a presença de médicos residentes favoreceu, na percepção da residente, a adaptação à rotina assistencial e o desenvolvimento das atividades de formação, aspectos que também foram influenciados pelo maior tempo de permanência e pela

construção gradual de vínculos com os profissionais. Nesse contexto, Pimentel *et al*. (2026) discutem a importância de considerar as características dos residentes e dos cenários de prática durante a organização da formação em Medicina de Família e Comunidade. Embora as transferências tenham proporcionado contato com diferentes realidades assistenciais, também exigiram sucessivos processos de adaptação e limitaram as oportunidades de acompanhar os mesmos pacientes por períodos prolongados. Dessa forma, a experiência ressalta a relevância de uma organização dos cenários de prática que favoreça a integração às equipes e, sempre que possível, a permanência no território, considerando tanto as necessidades formativas dos residentes quanto às oportunidades de acompanhamento longitudinal da população.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência relatada permitiu compreender como as mudanças de cenário de prática durante a residência em Medicina de Família e Comunidade podem influenciar a construção de vínculos e as oportunidades de acompanhamento longitudinal dos pacientes. As transferências entre as unidades interromperam o seguimento realizado pela residente nos territórios anteriores, exigindo a construção de novas relações com os pacientes. Por outro lado, o maior tempo de permanência na terceira unidade favoreceu, na percepção da residente, o fortalecimento dos vínculos e a possibilidade de acompanhar os pacientes em diferentes momentos de suas vidas.

Em relação à formação médica, a passagem por diferentes cenários de prática proporcionou contato com distintas realidades assistenciais, ao mesmo tempo que exigiu sucessivos processos de adaptação às equipes e à organização dos serviços. Essas experiências possibilitaram compreender a importância da integração entre os profissionais e da familiaridade das unidades com as atividades da residência médica. Além disso, permitiram refletir sobre como a organização dos cenários de prática e o tempo de permanência em cada território podem influenciar as oportunidades de aprendizagem e o desenvolvimento das competências necessárias à atuação em Medicina de Família e Comunidade.

É importante salientar que este estudo foi elaborado a partir da perspectiva de uma única residente, com reconstrução retrospectiva das experiências, estando sujeito às limitações da memória e à subjetividade das percepções individuais. Não foram coletados dados diretamente com os pacientes ou com os profissionais das unidades que permitissem avaliar as repercussões das transferências sobre a continuidade da assistência. Apesar dessas limitações, a experiência permitiu refletir sobre a importância da longitudinalidade na formação em Medicina de Família e Comunidade, especialmente no desenvolvimento de habilidades relacionadas à construção e ao fortalecimento dos vínculos médico-paciente. Nesse sentido, o relato reforça a relevância de considerar as oportunidades de acompanhamento longitudinal e a integração às equipes na organização dos cenários de prática da residência médica.

## REFERÊNCIAS


ACIOLI, S. *et al*. Estratégia Saúde da Família e interprofissionalidade: desafios do trabalho em equipe e suas interfaces com as equipes multiprofissionais. **APS em Revista**, v. 8, n. 1, p. 394-411, 2026. DOI: https://doi.org/10.14295/aps.v8i1.417.

ALMEIDA, P.F. *et al*. Continuidade do cuidado: relações de confiança e disponibilidade de informações personalizadas na experiência de usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, e00109524, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT109524.

BAPTISTA, A.K.T.; FLÓRIO, F.M.; ZANIN, L. Avaliação dos atributos de acesso ao primeiro contato e longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate, Rio de Janeiro**, v. 49, n. 146, e10186, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-2898202514610186P.

BASTOS, E.P.B.; PINTO, L.F. Avaliação do vínculo longitudinal com o usuário e sua relação com a residência em medicina de família e comunidade em uma área do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 11, e04002024, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413812320242911.04002024.

BIANCHINI, L.O.F. *et al*. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde na articulação da rede de suporte à pessoa idosa: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde. **RevistaFT**, v. 30, n. 162, 2026. DOI: https://doi.org/10.69849/9bhwkp72.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 nov. 2026.

GIOVANI, M.S.P.; VIEIRA, C.M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Comunicação**, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2013. DOI: https://doi.org/10.3395/reciis.v7i4.572.

MARTINS, A.R. *et al*. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 6-12, 2012.

PIMENTEL, I.F. *et al*. Match: experiência de distribuição de residentes em medicina de família e comunidade no Recife. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 50, supl. 1, esupl07, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v50.supl.1-20260012.

SOUSA, N.; SOUZA, I.; CAMPOS FILHO, P.J.S. Evolução da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios, perspectivas e a importância do vínculo longitudinal médico-paciente**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, São Paulo**, v. 11, n. 3, p. 361-370, 2025. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v11i3.18147.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 12 nov. 2026.