



ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Avaliação de Programas de Residência em Medicina de
Família e Comunidade: proposta de matriz avaliativa**

Brasília-DF, 2021

Fernanda Rosa Luiz

**Avaliação de Programas de Residência em Medicina de Família e
Comunidade: proposta de matriz avaliativa**

Dissertação apresentada como pré-requisito parcial para a conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Bernarda Donato Gottens

Brasília-DF, 2021

TERMO DE APROVAÇÃO

FERNANDA ROSA LUIZ

**Avaliação de programas de residência em medicina de família e comunidade:
proposta de matriz avaliativa**

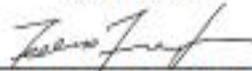
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovada em: 05/11/2021.



Prof.ª Dr.ª Leila Bernarda Donato Gottems

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientadora



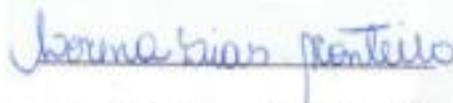
Prof. Dr. Fábio Ferreira Amorim

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinador Interno



Prof.ª Dr.ª Wania Maria do Espírito Santo Carvalho

Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Externa



Prof.ª Dr.ª Lorena Dias Monteiro

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP-PALMAS)
Suplente

Brasília-DF, 2021

AGRADECIMENTOS

A Deus, que tem me guiado, orientado e sustentado em todos os dias de minha vida.

Aos meus pais, pelo amor e dedicação dispensados a mim e a meus irmãos. Sou grata por me ensinarem a não desistir dos meus sonhos, a vencer os obstáculos que a vida nos apresenta, e a levantar e continuar, mesmo após as quedas, e por me apoiarem e estarem ao meu lado.

Aos meus irmãos, por serem luz em minha vida.

Ao meu esposo e amor da minha vida, que me incentiva e muito me apoiou nesta jornada. E aos meus sogros que são como Pais pra mim .

Ao meu filho, Vitor – herança do Senhor na minha vida, que começou esta jornada ainda na minha barriga e agora desfruta dessa conquista comigo – e ao meu enteado João Ricardo. Eles são a minha vida.

Aos amigos, pelo companheirismo e incentivo.

Aos colegas de mestrado, por dividirem suas histórias, tornando-me uma pessoa e médica melhor, pelos incentivos, companhia nas aulas, pelos sorrisos e pelas conquistas.

Aos colegas de trabalho da COREME, SEMUS, FESP PALMAS, que incentivaram e apoiaram esta conquista, principalmente Ana Paula, Andréia, Anne, Gecilda e Patrícia.

À Prof.^a Dr.^a Leila, além de agradecer, eu gostaria de deixar registrado minha profunda admiração e carinho. Você, com todo seu conhecimento, teve paciência e dedicação e com muita competência me guiou, pegou na minha mão e não me deixou desistir, me fez acreditar que seria possível, mesmo quando eu não acreditava mais. Obrigada!

A todos que participaram da pesquisa e fizeram parte deste resultado.

A todos os profissionais de saúde que, em tempo de pandemia, colocaram suas vidas em risco para dar conforto ou oferecer uma chance ao seu próximo. Em especial a todos os profissionais de saúde do Tocantins.

Por fim, agradeço a todos que me apoiaram e estiveram comigo ou torcendo por mim em meu caminho durante este período.

RESUMO

Introdução: A pesquisa tem como propósito gerar conhecimento e identificar indicadores potentes que auxiliem a avaliação real da qualidade de um PRM no intuito encontrar potencialidades e dificuldade de cada programa e poder contribuir para qualifica-lo uma vez que esse é o padrão ouro de formação de jovens médicos . **Objetivos:** Desenvolver uma matriz de referência para avaliação do perfil dos Programas de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC). **Método:** Pesquisa exploratória realizada junto às coordenadores ou representantes da Comissão de Residência Médica (COREME) dos PRM-MFC. A coleta de dados realizou-se de setembro de 2020 a agosto de 2021, por instrumento enviado via Google Forms, contatos telefônicos e aplicativos de comunicação. Foram avaliados 16 programas. **Resultados:** Foram identificados 21 PRM-MFC na Região Centro Oeste e Tocantins, por meio de editais abertos e informações colhidas no site da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), mas obtiveram-se respostas de 16 deles. Todos atendem população urbana, 80% carga horaria prática acontece em nível de Atenção Primária nas ubms mas os programas fazem estágios em outros pontos de atenção da rede porem não de maneira uniforme. As bolsas complementares à bolsa regulamentada pelo MEC e MS variam de R\$ 1.000 a R\$ 10.000. O preceptor da MFC recebe complementação salarial de 1.000 a 2.000 reais. A infraestrutura das UBS e sedes dos PRM-MFC para a parte teórica e prática dos programas é adequada bem como a média de residentes/preceptor que nesse estudo é 3. Dos programas (14) respeitam o número de população/residente, (2) extrapolam esses valores. (13) programas apresentam vagas ociosas e dificuldades de preenchimento de vagas. A maioria está familiarizada com metodologias ativas e tentam inseri-las em seus programas e 14 programas trabalham todos os conteúdos mínimos recomendados pela SBMFC. Deste trabalho resultarão um artigo científico e um manual contendo os indicadores para avaliar os PRM-MFC e recomendações de como aplicá-los periodicamente. **Conclusões:** Os processos de avaliação são compreendidos como componente importante do processo formativo, embora não estejam bem estabelecidos. Houve dificuldades para monitoramento e avaliação periódica de um programa de formação profissional com tantas dimensões a serem trabalhadas em contextos tão díspares quanto a aspectos sociodemográficos, organizacionais, localização geográfica e de recursos humanos. Foi elaborado uma matriz de referência para novos processos avaliativos de PRMFC com dimensões, perguntas, parâmetros e indicadores. **Palavras-chave:** Educação médica; Avaliação de programas e projetos de saúde; Medicina de Família e Comunidade; Atenção primária em saúde.

ABSTRACT

Introduction: This is an exploratory research on the Medical Residency Programs in Family and Community Medicine (PRM-MFC) with the application of an evaluative matrix proposal in five Brazilian Federation Units: Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul and Tocantins. **Objective:** To develop a reference matrix to assess the profile of Medical Residency Programs in Family and Community Medicine (in Portuguese, Programas de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade – PRM-MFC). **Method:** Exploratory research with the Comissão de Residência Médica (COREME) of the PRM-MFC. Data collection was carried out from September 2020 to August 2021, using an instrument sent via Google Forms, telephone contacts and communication applications. Sixteen programs were evaluated, which answered the instrument and agreed to participate in the research. **Results:** Twenty-one PRM-MFC were identified in the Região Centro-Oeste and Tocantins through open public notices and information collected on the website of the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Of these 21 PRM-MFC, 16 responses were obtained. All serve the urban and rural population, and most practices take place at the Primary Care level. Scholarships complementary to the regular scholarship regulated by the MEC and MS range from R\$1,000 to R\$10,000. The MFC preceptor receives a salary supplement from 1000 to 2000 reais. The infrastructure of UBS and PRM-MFC headquarters for the theoretical part of the programs are adequate. There was an average of 3 residents/preceptor. Most respect the number of population/resident, but some extrapolate these values. Many programs have vacant vacancies and difficulties in filling vacancies. Most are familiar with active methodologies and try to insert them into their programs and 14 programs work all the minimum content recommended by SBMFC. From this work, a scientific article and a manual will be produced containing the indicators to assess the PRM-MFC and recommendations on how to apply them periodically. **Conclusions:** Assessment processes are understood as an important component of the training process, although they are not well established. There were difficulties in monitoring and periodically evaluating a professional training program with so many dimensions to be worked on in very different contexts in terms of sociodemographic and organizational aspects, geographic location and availability of human resources. A reference matrix for new evaluation process of PRM-MFC was created with dimensions, questions, parameters and indicator. **Keywords:** Medical education; Evaluation of health programs and projects; Family and Community Medicine; Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEREM	Comissões Estaduais de Residência Médica
SFM	Conselho Federal de Medicina
COREME	Comissão de Residência Médica
COMISSÃO DISTRITAL	Comissão de Residência Médica do DF
CRM	Conselho Regional de Medicina
CSC	Centro de saúde da comunidade
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
FESP-PALMAS	Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade / Médico de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PRM	Programas de Residência Médica
PRM-MFC	Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PROFSAÚDE	Mestrado Profissional em Saúde da Família – ABRASCO

PSF	Programa de Saúde da Família
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SESAU-TO	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Identificação do programa de residência médica.	33
Quadro 2 - Mecanismos de integração entre os programas de residência citados / Áreas essenciais na formação de um médico de família e comunidade.	35
Quadro 3 – Caracterização da inserção dos residentes	37

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Como se tornar um especialista	13
1.2 Como se obter um título de Médico de Família e Comunidade Erro! Indicador não definido.	
1.3 Porque estudar Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC).....	13
1.4 A educação médica e as origens da residência médica em uma perspectiva histórica ..	14
1.5 A residência médica no Brasil	16
1.6 Origens da residência médica em Medicina de Família e Comunidade.....	17
1.7 Panorama da residência médica no Brasil na atualidade	23
1.8 Demografia médica – dados sobre a MFC	23
1.9 Currículo baseado por competências.....	24
1.10 A avaliação de Programas de Residência Médica.....	25
1.11 Objetivo geral.....	27
1.12 Objetivos específicos.....	27
1.13 Justificativa	27
1.14 Hipóteses..... Erro! Indicador não definido.	
2 MÉTODO	29
2.1 Tipo de pesquisa.....	29
2.2 Locais do estudo.....	29
2.3 Coleta de dados	30
2.4 Critérios de inclusão	31
2.5 Critérios de exclusão	31
3 RESULTADOS	32

3.1 Seção I – Caracterização dos Programas de Residência de MFC	33
3.2 SEÇÃO II – Caracterização de residentes	36
3.3 SEÇÃO III – Caracterização de corpo docente	38
3.4 SEÇÃO IV – Infraestrutura das Atividades Educacionais e Projeto Pedagógico.....	41
3.5 SEÇÃO V – Avaliação de programa.....	46
3.6 SEÇÃO VI – Existência de acompanhamento de egressos.....	48
4 DISCUSSÃO	49
4.1.1 Características dos residentes.....	55
4.1.2 Caracterização do corpo docente.....	58
4.1.3 Infraestrutura educacional dos programas analisados	62
4.1.4 Avaliação dos programas	64
4.1.5 Perfil dos egressos	67
CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXO 1 – ROTEIRO DE QUESTÕES FORMATADAS (Formatadas no Google Forms)	Erro! Indicador não definido.
ANEXO 2 – PARECER DO CEP	82

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação se inicia com a explicação sobre os caminhos que me levaram a dedicar-me ao estudo da educação em saúde, em especial aos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC). A escolha do tema foi um processo desafiante, pois o campo da saúde da família é amplo e complexo, e, desse modo, muitas situações nos chamam atenção e poderiam ser investigadas. Contudo, resolvi me ater à avaliação dos programas de formação profissional em Medicina de Família e Comunidade (MFC) por atuar na supervisão de um programa de residência e, com isso, perceber que a educação médica vem se transformando e suscitando muitas questões sobre a temática. Entre tais questões, incomodam-me a ausência de uniformidade na formação dos residentes e a falta de mecanismos qualificados de avaliação que nos norteiem no sentido de um aperfeiçoamento enquanto programa.

Em 2008 iniciei o curso de Medicina do Centro Universitário Regional de Gurupi – (UNIRG) na cidade de Gurupi-TO. Durante a minha formação, a Medicina de Família e Comunidade não era uma especialidade muito popular. Na faculdade tínhamos um preceptor médico de família, mas, nas unidades, os profissionais da estratégia de saúde da família eram clínicos ou generalistas. Contudo, mesmo sem muitas referências quando começamos a ir às unidades básicas de saúde, a especialidade me chamou atenção, pela complexidade pois, por ser porta aberta, todas as queixas chegam na Atenção Primária à Saúde (APS). E atender todos os ciclos de vida, todos os gêneros e ainda, sob um olhar humanizado, fazer a medicina centrada no paciente e não na doença, é algo que me desafiou e de certa forma me inspirou, embora ainda não fosse uma primeira opção.

Em 2014, ainda sem saber como escolher uma especialidade ou se estaria +- escolhendo de maneira acertada, inscrevi-me, fui aprovada e ingressei na primeira turma do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP-Palmas), que iniciou suas atividades em 2014, em parceria com a Universidade Federal do Tocantins (UFT) e a Secretaria Estadual da Saúde do Tocantins (SESAU-TO). Nesse período, fui tomada por um encantamento pela especialidade e surgiu a oportunidade de fazer cursos de preceptoria nos SUS para já iniciar a preparação a fim de começar a trabalhar com Educação em Saúde como egressa. Então egressa, com a perspectiva de seguir nessa carreira e ensinar ao próximo a importância dessa especialidade tão ampla e complexa, que é a Medicina de Família, fiz processo seletivo de preceptoria e fui

absorvida pelo serviço, fixando-me em Palmas, onde atuei como preceptora por dois anos, e em 2019 assumi um cargo de supervisão do PRM-MFC no qual estou atuando até o presente momento, ainda em busca de reconhecimento da especialidade e dedicada à formação de profissionais de excelência.

Assim, desde 2017 tenho me dedicado a estudos na área de Educação Médica com ênfase na residência de MFC. Motivada pelo desejo de conhecer o objeto de estudo PRM-MFC e através da pesquisa gerar conhecimento e identificar indicadores potentes que auxiliem a avaliação real da qualidade de um PRM no intuito de qualifica-lo uma vez que esse é o padrão ouro de formação de jovens médicos, ingressei no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROF-SAUDE), optei por aprofundar os estudos sobre esses programas de residência.

1 INTRODUÇÃO

1.1 COMO SE TORNAR UM ESPECIALISTA

A graduação em Medicina habilita seus egressos a exercerem a profissão como médicos generalistas. Especializar-se em uma determinada área de conhecimento após a faculdade é de suma importância, uma vez que isso representa a escolha da sua prática diária (MARTINS, 2019). Após a escolha da especialidade, para se tornar um especialista, existem dois caminhos que podem ser percorridos.

Em um primeiro caminho, o médico cursa uma formação de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade Residência Médica e obtém o título ao final. Pode, então, cadastrar-se como médico especialista no Conselho Regional de Medicina – CRM, sem necessidade de provas, sendo esse o “padrão-ouro” de formação profissional (BRASIL, 1977).

Em um segundo caminho, o médico recém-graduado opta por atuar em serviços da especialidade pretendida por um determinado período de tempo e preencher os critérios específicos que cada especialidade exige. E após cumprir as exigências, inscreve-se e realiza o concurso de suficiência para obtenção do título de especialista. As provas desse concurso são, em geral, realizadas anualmente em convênio com a Associação Médica Brasileira (AMB) e fiscalizadas pelas sociedades nacionais específicas de cada área. Alcançando a pontuação mínima e sendo aprovado, o candidato está apto a se registrar no CRM como especialista.

O número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade – MFC ainda é pequeno: menos de 2% do total de médicos, muito aquém do que seria necessário para a qualificação de nossos serviços de Atenção Primária à Saúde. Por consequência, é relevante trabalharmos para qualificar e ocupar as vagas ociosas dos programas que já existem e realizar pesquisas que fomentem a formação da MFC (AUGUSTO, 2018).

1.2 PORQUE ESTUDAR PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (PRM-MFC)

Conhecer os PRM-MFC parte da necessidade encontrada na prática de saúde, uma vez que atuando em um programa de formação de especialistas, o profissional se depara com muito poucas informações sobre como esse programa deve se desenvolver, ou quais os requisitos deve alcançar. Dessa maneira, a pesquisa exploratória foi pensada de maneira a

caracterizar e obter indicadores sobre os programas da Região Centro-Oeste e Tocantins, pois acredita-se que com critérios bem definidos através de um instrumento estruturado, é possível adquirir conhecimentos para identificar e conhecer as potencialidades e fraquezas dos programas e obter informações que permitam a tomada de decisões pertinentes sobre as programações, bem como se pode fazer análise estratégica dos programas, sanando as deficiências e potencializando os pontos fortes.

Uma matriz avaliativa bem estruturada pode ser aplicada repetidas vezes, permitindo um acompanhamento do programa de maneira consistente, assim como pode orientar programas jovens e antigos para que todos consigam oferecer uma formação uniforme que atenda aos requisitos mínimos de qualidade de formação profissional.

1.3 ORIGENS DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

A origem da residência médica antecede ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Constituição de 1988, que, em seu artigo 196, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. No Brasil, ela é instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que constitui a Residência Médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. A residência médica funciona em instituições de saúde, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão-ouro” da especialização médica. O mesmo Decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

A expressão “Residência Médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 1977), mas para entendê-la melhor, é necessário apresentá-la dentro de um contexto histórico.

Nos Estados Unidos, apesar de a Medicina Social ter influenciado alguns médicos, ela não se difundiu devido ao poder do clero, que favorecia uma postura individualista para a solução dos problemas (OLIVEIRA, 2007). Contudo, em 1848, em meio às reformas médicas que vinham acontecendo na Europa e à medicina social que vinha sendo fortalecida pelos pensamentos de Virchow e outros (ANDRADE, s/d), a Associação Médica Americana (AMA) manifestou-se a favor de um programa de formação de recursos humanos treinados em serviço hospitalar (NUNES, 2004; FEUERWERKER, 1997), que visava à formação de médicos capazes de reproduzir o conhecimento e ensinar, treinados nos métodos e na disciplina da pesquisa científica (LIMA, 2008). Esse programa foi denominado Residência Médica à época, porque os médicos em formação moravam na instituição para que

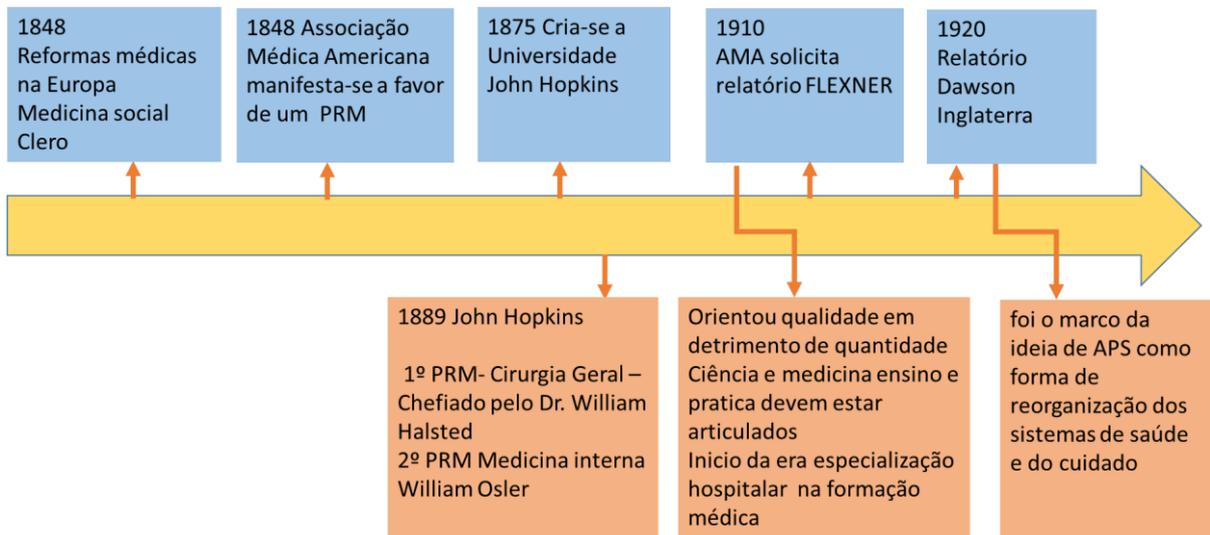
integralmente pudessem estar à disposição do hospital. Os programas foram pensados com a ideia de o residente garantir uma assistência médica permanente no hospital, mas assumindo uma responsabilidade e autonomia em graus progressivos, sob supervisão de *staffs* (profissionais altamente capacitados e com vasta experiência na área) do hospital e da faculdade (CASTELLS, 2014; NUNES, 2004; LIMA, 2008; MUCCI, 2011).

No ensino médico, os Estados Unidos (EUA), a partir da criação da Universidade John Hopkins, em 1875, passaram a sobressair, estabelecendo a associação do ensino das ciências básicas à medicina hospitalar e o treinamento clínico à pesquisa científica (OLIVEIRA, 2007). Com essas ações, atendendo assim todas as recomendações dos conselhos de hospitais e ensino médico da associação médica americana, os EUA criaram e assim implementaram o primeiro programa formal de residência médica, no ano de 1889, coordenado por um conceituado cirurgião, William Halsted (CASTELLS, 2014). Outro nome que contribuiu foi o professor canadense William Osler, que criou um sistema de especialização em medicina interna, com base no ensino à beira do leito (MUCCI, 2011).

Apesar da educação médica estar progredindo nessa universidade em questão, a educação médica nos Estados Unidos não ia muito bem. Então a American Medical Association (AMA) solicitou um relatório para obter um diagnóstico da situação e conseguir propor soluções. Em 1910, o Relatório Flexner usou a Universidade John Hopkins como modelo e lamentava a orientação comercial que norteava o ensino, com um grande número de escolas que estavam formando uma quantidade exagerada de médicos em detrimento da qualidade, e após seis meses de visitas e ter avliado mais de 155 escolas de saúde, orientava que ciência e medicina, ensino e prática, deveriam estar articuladas e se permitiu regulamentar e organizar as escolas médicas (LIMA, 2008; FLEXNER, 1927). A partir desse momento, iniciou-se a era da especialização em formação hospitalar na formação médica, que se expandiu por todos os Estados Unidos e posteriormente pelo mundo (McWHINNEY, 2018; CASTELLS, 2014; MUCCI, 2011).

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido e publicado em 1920 que percebia que naquele momento a organização da medicina era insuficiente, foi a base para a criação do sistema de saúde britânico em 1948. Esse relatório foi o marco da ideia de Atenção Primária em Saúde como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde e do cuidado por motivos de eficiência e custo, que não afasta a medicina curativista modelo hospitalocêntrico porém apoia e fortalece o conceito de medicina preventiva apoiando que as duas devem ser reunidas e se integrarem para melhores resultados (MINISTRY OF HEALTH, 1920) (PORTELA, 2017).

MARCOS DE CONSOLIDAÇÃO DA RESIDENCIA MÉDICA NO MUNDO



Fonte: *Avaliação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: proposta de matriz avaliativa*. Luiz, 2020

1.4 A RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

No Brasil, a residência médica se iniciou em 1945-1946, na área de Ortopedia, ainda sem respaldo legal, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). Inspirados pelo modelo que já era implementado nos Estados Unidos na mesma época, também surgiram residências nas áreas básicas (cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e clínica médica) no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro (MUCCI, 2011). Nesse período, a residência médica passava por sua fase de implementação e não era tão procurada, pois a formação na modalidade Residência era um caminho de exceção, não sendo primordial para atuação no mercado de trabalho. Sem regulamentação, era ofertada somente por hospitais públicos tradicionais vinculados a universidades e faculdades públicas (BOTTI, 2009).

De 1956 a 1971, houve o período de consolidação, com o aumento do número de programas e o interesse pelo programa, por parte dos graduados em Medicina. De 1972 a 1977, a Residência conseguiu se expandir, e a procura aumentou porque houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1977, que passou a remunerar diferentemente o ato médico especializado. Também aumentou o número de escolas de ensino superior (MUCCI, 2011). Então, em 1977, a Residência Médica foi regulamentada pelo Decreto

Federal nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Após alguns anos, devido à crescente oferta e valorização do especialista com residência médica no mercado, consolidou-se o programa como uma etapa essencial e quase obrigatória para a qualificação profissional médica no Brasil (BOTTI, 2009; CASTELLS, 2014). Reconhecida como “padrão-ouro” de formação de profissionais médicos, a Residência Médica teve seu crescimento e expansão por todo o País. Então os PRM, no mês de julho de 1981, conquistaram mais um marco com a sanção da Lei 6.932 (BRASIL, 1981).

A Lei 6.932 dispõe sobre as atividades do médico residente e outras providências relacionadas a elas, como: instituições dos programas, processos de admissão, segurança de uma bolsa de estudo, carga horária máxima, certificação e necessidade do registro de programas na CNRM. E nesse contexto e período, a CNRM se posiciona sobre o Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária (MGC) e o inclui entre as especialidades médicas referidas no artigo 1º da Resolução nº 01/81. Dispõe ainda sobre regulamentação da carga horária mínima e máxima, organização da carga horária e atividades de treinamento em serviços a serem programados (BRASIL, 1981; CNRM, 1981). A SBMFC, também em 1981, é reconhecida pela CNRM para acompanhar e incentivar o crescimento dessa especialidade.

1.5 ORIGENS DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Nesse processo de implementação, consolidação e regulamentação dos PRM, como exposto acima, difundiu-se pelo mundo o treinamento avançado de médicos, concentrado em ambiente hospitalar com foco nas subespecializações e na doença. E à margem de todo esse processo ficaram os cuidados primários à saúde.

No Brasil, em fase experimental (FALK, 2004) e no ano de 1976, surgiram os primeiros programas de Medicina Geral e Comunitária (MGC), ainda sem respaldo legal, mas motivados pela necessidade de suprir as carências da população nos níveis primários de atenção básica à saúde. Entre eles, estavam o serviço no Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre – RS, que também abriu a primeira residência multiprofissional em saúde comunitária em 1979; o projeto Vitória de Santo Antão, próximo a Recife-PE; e o serviço de medicina integral na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Esses programas enfrentaram dificuldades, pois o único mercado de trabalho eram os serviços mantidos por

esses PRM, o que fazia com que os egressos migrassem para áreas afins, como a saúde pública (OLIVEIRA 2014; FALK, 2004).

Nesse período em que se implementaram, ainda de forma experimental, os programas de MGC no Brasil, emergia em vários outros países, um movimento pela atenção primária à saúde. E como marco desse movimento, ocorreu a Conferência Internacional de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Alma Ata que aconteceu na capital do Cazaquistão, país ligado à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS, em 1978 (CASTIEL, 2012; GIOVANELLA *et al.*, 2019). Na referida Conferência, foram discutidos modelos de cuidados primários à saúde, ao tempo em que se alertava ao mundo quanto à necessidade de se ampliar o olhar sobre a saúde, rompendo com o modelo biomédico-curativista-individualista centrado na doença.

Naquela Conferência de 1978, os governos foram convidados a formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implementar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros setores para enfrentar os determinantes sociais e ambientais da saúde, mobilizando vontade política e recursos (GIOVANELLA *et al.*, 2019). Propôs-se a adoção de um modelo que tivesse como prioridade a prevenção e promoção de saúde de todos os povos do mundo, pautada nos cuidados primários, em uma concepção de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade e trazendo os cuidados primários de saúde como essenciais (OMS, 1978). E então o Brasil iniciou as primeiras ações governamentais para adaptar as ações de caráter público às diretrizes propostas nesta conferência. Mesmo enfrentando a crise da assistência médica, políticas governamentais passavam a enfatizar a reorganização do conjunto de serviços na forma de um sistema, integrando as redes públicas existentes, com a proposição do sistema de saúde (SUS). Nesse período, a atenção primária ainda permanecia como projeto alternativo (RIBEIRO, 2007).

Ressalta-se uma segunda fase, em 1981, com a Resolução 07/81 da CNRM, que formaliza os PRM em MGC, no mesmo ano em que se vislumbra a fundação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC). Mas o Conselho Federal de Medicina (CFM) só viria a reconhecer a MGC a partir de 1986 pela Resolução do CFM nº1.232/86 (CFM, 1986). Essa fase representa um momento de autoafirmação, uma vez que a especialidade sofreu intensas críticas da corporação médica e da especialidade de saúde coletiva, dos sanitaristas e da esquerda, entendendo a MGC como um tampão social (FALK, 2004).

Em 1987/1988, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS), cuja presidência da época era ligada à ABRASCO, cortou todas as bolsas de Residência Médica para Medicina Geral Comunitária no Brasil. Os programas em sua maioria foram extintos, outros mudaram de nome para Medicina Preventiva e Social para não fecharem e poucos sobreviveram (FALK, 2004).

Na década de 1980, muitas lutas democratizantes foram travadas: em 1983, houve a implantação das ações integradas de saúde; em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde; em 1987, foi criado o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS); em 1988, o Relatório da VIII Conferência chegou à Assembleia Constituinte por meio da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, contendo como propostas o conceito ampliado de saúde, a saúde como um direito de todos e dever do estado, a descentralização, a integralidade, a equidade e a participação da comunidade (BRASIL, 1986). Todo esse processo culminou na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição (BRASIL, 1988), posteriormente regulamentada pelas Lei 8.080 de 1990 (Lei Orgânica de Saúde) e Lei 8.142 de 1990.

A atenção primária ganhou destaque com a proposição do PSF 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), programa esse que procurava reorganizar a atenção em saúde para uma substituição do modelo tradicional. Teve início a construção de um modelo de assistência com base na promoção e proteção da saúde, no diagnóstico precoce e na recuperação dos agravos à saúde, de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS (OLIVEIRA, 2014; BRASIL, 1994; BRASIL, 2010).

Esse é um período de destaque na história, quando a atenção primária passa a ocupar o centro das propostas de reformulação do sistema e a ter impacto nas políticas públicas de modo mais global (RIBEIRO, 2007). Mas a expansão de atividades nessa área aconteceu em uma velocidade maior que a capacidade de formação de profissionais. Então a situação se inverteu: havia poucos profissionais especializados na área e aumento de campos de trabalho (JANAUDIS, 2007; FALK, 2004). Buscando minimizar esses problemas, foram criadas especializações, cursos de curta duração, polos de capacitação, entre outros, nem sempre com a qualidade necessária (OLIVEIRA, 2014; FALK, 2004).

Em 2001, ocorreu a mudança do nome da especialidade para Medicina de Família e Comunidade (MFC). As razões para essa mudança são variadas, mas a mudança era necessária. Isso porque havia um desejo de enfatizar que a prática de família era algo novo e diferente da clínica geral, e então tinha que se achar um nome para a nova disciplina clínica que se definia. E o Brasil seguiu as mudanças que já tinham sido adotadas nos Estados Unidos e Canadá (McWHINNEY, 2018). No mesmo ano, o MS, visando impulsionar a reorganização

da atenção básica e fortalecer o PSF, criou o PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, que propunha Especialização Multiprofissional em Saúde da Família por meio de treinamento em serviço e ensino a distância, coordenado pelos Núcleos e Polos de Capacitação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF. Esse método foi criticado pelas entidades defensoras da MFC, devido à formação insuficiente de muitos profissionais (JANAUDIS, 2007; FALK, 2004; OLIVEIRA, 2014).

Em 2012, foi implantado o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), e em 2013 o governo federal criou o Programa Mais Médicos, por meio da Medida Provisória nº 621 (MP 621). São duas ações que, apesar de apresentarem grandes dúvidas quanto a seu real impacto na saúde, se mostraram marcantes para a APS no País, à medida que rompiam com a priorização hospitalar (OLIVEIRA, 2014; ANDERSON, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2011).

Assim, destaca-se neste breve histórico da implementação da Residência Médica no Brasil, a criação da especialidade de MFC, sua implementação e seu reconhecimento pela CNRM e CFM. Alguns marcos aconteceram concomitantemente a esse processo, entre os quais se destacam, pela importância: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, que define a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; a criação das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, que definem a organização e a operacionalização do SUS e seu financiamento (BRASIL, 1990); a proposição do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que reorienta os serviços de saúde em especial, ampliando o acesso da população a serviços básicos, como porta de entrada ao sistema de saúde e novas metodologias de organização do trabalho em saúde nas Unidades Básicas de Saúde; e a nova modalidade de financiamento por meio da Portaria GM nº 3.925, que regulamenta e implanta o piso de Atenção Básica (PAB) e marca uma profunda transformação no modelo de atenção básica, nos municípios brasileiros (BRASIL, MS, 1998).

Em 2013 o Governo Federal no intuito de ampliar o provimento de profissionais médicos para atuação na atenção básica, ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, qualificar a formação médica, investir em infraestrutura emite a Medida Provisória (MP) 621 que instuiu inicialmente o Programa Mais Médicos (PMM) de duração de três anos, podendo ser renovado apenas uma vez, por igual período, para os médicos com registro no Brasil previamente ao Mais Médicos (BRASIL, 2013a)

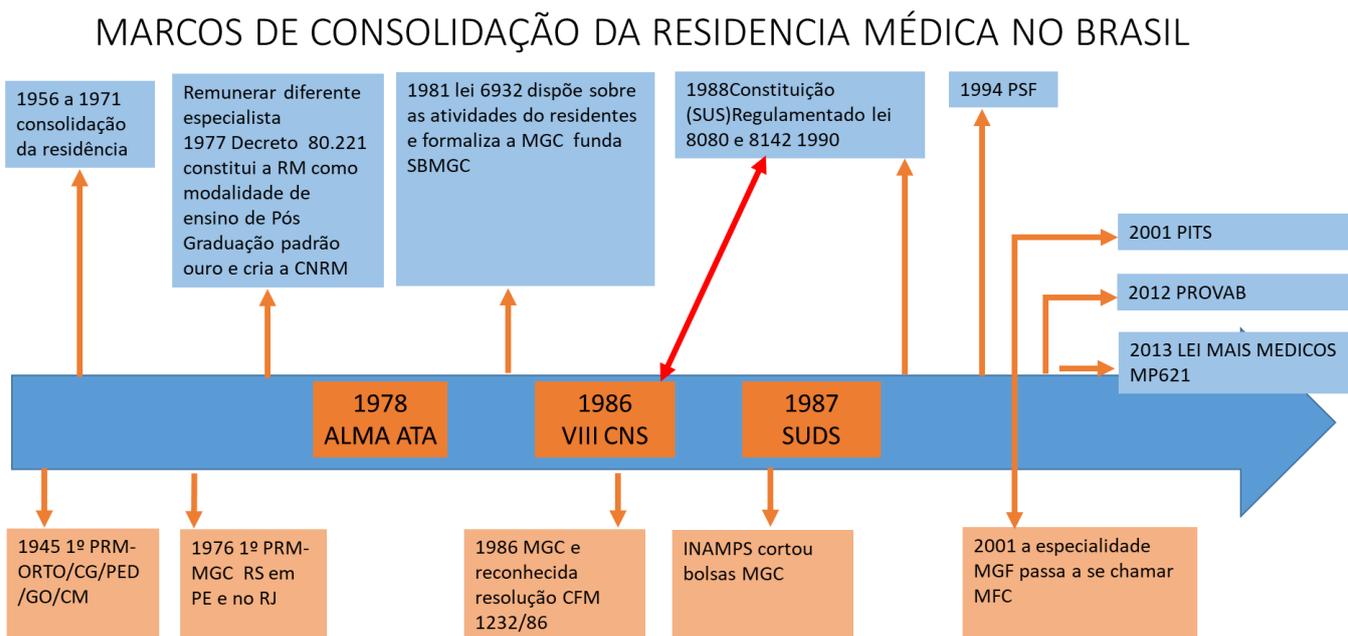
“A possibilidade de prorrogação foi estendida para os médicos estrangeiros posteriormente, em 2016, por meio de nova MP apresentada pelo Governo Dilma Rousseff. A MP foi aprovada sem

modificações, tendo sido convertida na Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016, possibilitando a permanência de todos os médicos por três anos além do período previsto inicialmente. No caso da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que viabilizou a participação dos médicos cubanos, decidiu-se pela prorrogação somente no caso de médicos que se casaram com brasileiros.”(OLIVEIRA,2017)

Essa MP 621 foi estudada, passou por correções, foi intensamente debatida e originou a Lei 12.871, que Institui de fato o (PMM), que os médicos selecionados no devem obrigatoriamente participar de curso de oferecido na modalidade de educação a distância por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), de mudanças a Lei deliberou a responsabilidade da autorização para exercício da profissão de médicos estrangeiros no Brasil ao Ministério da Saúde e não mais ao CRM mas manteve a determinação sobre preenchimento das vagas que seriam primeiramente destinadas aos médicos Brasileiros, formados em instituições nacionais ou com diploma revalidado. Em um segundo momento, para médicos de nacionalidade brasileira com atuação profissional em outros países. E posteriormente se vagas restantes essas deveriam ser preenchidas por médicos estrangeiros que se formaram no exterior; e, ainda em última instância acionar a cooperação internacional com a Opas, que estabeleceu uma parceria com o governo cubano para essa finalidade. E traçou 8 objetivos principais a serem alcançados por esse programa, que consistem em: 1 diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; 2 fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; 3 aprimorar a formação médica no País e propiciar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; 4 ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; 5 fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; 6 promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; 7 aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; 8 estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013b; OLIVEIRA 2017; OLIVEIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2015) esse programa foi muito discutido e criticado mas estudos que avaliaram o provimento de médicos pelo Programa demonstraram que houve avanços importantes após sua implementação como: redução no número de municípios com escassez de médicos, fixação e expansão de atendimento de médicos em regiões com grande

vulnerabilidade, melhora a condições de saúde assistidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios participantes, com satisfação demonstrada por usuários e gestores (OLIVEIRA, 2017)

Então é possível se observar que o caminho da MGC/MFC passou por diversos marcos, desde que começou na década de 1970. Atualmente, conta-se com PRM nessa área em todos os estados brasileiros. Para garantir formação adequada aos médicos, a CNRM e a SBMFC publicaram diretrizes de competências curriculares para o seu programa, que são incluídos nos projetos pedagógicos das residências e têm orientado os programas existentes, porém faltam recursos, ferramentas e pesquisas para avaliar a qualidade dos programas criados. Por isso, vale a pena ressaltar a importância de se investigarem e proporem critérios e parâmetros mínimos de qualidade para programas de residência, os quais visam fortalecer a formação médica e a formação de Médicos de Família e Comunidade no Brasil (SBMFC, 2020).



Fonte: *Avaliação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: proposta de matriz avaliativa*. Luiz, 2020

1.6 PANORAMA DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL NA ATUALIDADE

São fartas as evidências de que os sistemas de saúde são mais efetivos, eficientes e equânimes quanto mais potente é sua Atenção Primária à Saúde (APS), e também que essa é mais efetiva na presença do MFC (SARTI, 2018; MACINKO, 2009).

De acordo com a literatura disponível, é evidente que a formação de especialistas na Atenção Primária à Saúde (APS) é cada vez mais necessária, tanto quanto o fortalecimento dos programas de residência de MFC, que precisam implementar na prática os padrões de qualidade dos programas de residência e matriz de competências que foram recém-publicadas (BARBAN, 2020; MEC, 2019). Também é preciso fortalecer essa especialidade ainda marginalizada frente a outras especialidades, que ainda é compreendida erroneamente como uma atenção simplificada e de pouca importância. Essa concepção reducionista não representa toda a complexidade inerente à APS, mesmo sendo uma complexa especialidade clínica (ANDERSON, 2011).

1.7 DEMOGRAFIA MÉDICA – DADOS SOBRE A MFC

Em 2020, o Brasil passou a contar com mais de 500 mil médicos. Esse marco vem acompanhado da persistência de desigualdades na distribuição dos profissionais, do aumento desenfreado de cursos e vagas de graduação e da ociosidade de vagas de Residência Médica (SCHEFFER, 2020). Em janeiro de 2020, o Brasil contava com 293.064 médicos especialistas e com 55 especialidades médicas reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O aumento do número de especialistas no Brasil, comparando esta edição com os estudos anteriores de demografia médica no Brasil, decorre da formação de novos especialistas, da ampliação da oferta de vagas em Residência Médica, mas também de melhorias na alimentação e captação de dados, implementadas pelas fontes originais (CNRM, Sociedades de Especialidades e CRM). É possível afirmar que o número de especialistas vem crescendo no Brasil, embora em ritmo menor que o aumento da oferta de médicos em geral, reflexo da expansão de cursos e vagas de graduação (SCHEFFER, 2020).

Segundo os dados dos estudos *Demografia Médica no Brasil* feitos em 2014, 2017 (SARTI, 2018) e 2020, o número de médicos especialistas em MFC no Brasil aumentou de 4.022 (1,2% do total) em 2014 para 5.486 (ou 1,4% do total) em 2017, e em 2020 para 7.149 (aproximadamente 3% do total), embora sua distribuição no território nacional seja

desigual, ao ponto de o Amapá contar com apenas dois MFC titulados.

A Região Sudeste tem 58,5% dos 35.178 residentes inscritos em 2017 em todos os programas – mais da metade de todo o País. Esse percentual reflete a característica da distribuição dos médicos especialistas já titulados e em atividade. A Região Sul tem 5.631 residentes, o equivalente a 16% do total nacional. A Região Nordeste reúne 14,2%, enquanto a Região Centro-Oeste, 7,2%, e a Região Norte tem o menor grupo de residentes – 1.449, ou 4,1% (SCHEFFER, *et al.*, 2018),

Diante dessa realidade, o Tocantins, em relação à Medicina de Família e Comunidade, conta com quatro PRM-MFC (PALMAS-FESP, PALMAS-UFT, UNIRG-GURUPI, SEMUS-ARAGUAÍNA, SEMUS-PORTO NACIONAL). Isso já se reflete nos dados de 2020.

Todos os estados das Regiões Sul e Sudeste, além do Distrito Federal, apresentam maior presença de especialistas. Contrariamente, nos estados do Norte e Nordeste há, em geral, menor presença de especialistas. Esse padrão só é modificado na especialidade Medicina de Família e Comunidade, em que alguns estados do Norte e Nordeste, Acre e Tocantins, se aproximam das concentrações vistas nos estados do Sul e Sudeste (SCHEFFER, 2020).

1.8 CURRÍCULO BASEADO POR COMPETÊNCIAS

O MEC, a CNRM e as sociedades de especialidade têm auxiliado na elaboração e publicação de matrizes curriculares mínimas para que os programas de residência médica possam cumpri-las. Essas matrizes e orientações se fazem necessárias para que os programas de formação de especialistas sejam responsivos às necessidades dos sistemas público e privado de saúde e da sociedade em geral e garanta o mínimo de padronização e qualidade nos profissionais egressos. Após aprovadas, as matrizes e orientações são publicadas pelo MEC (FERNANDES, 2012).

Elas surgem embasadas pelo currículo da especialidade, que geralmente é baseado em competências, enfatiza o ensino centrado no aluno e busca abordagem baseada em resultados. Essa abordagem tem sido desenvolvida para a criação, implementação e avaliação de programas de educação médica, usando uma estrutura organizacional de competências mapeadas com atividades profissionais confiáveis de cada especialidade, na forma de uma matriz. Trata-se de uma abordagem que permite ao programa avaliar e verificar se os residentes se desenvolvem e atingem o mínimo necessário de cada conteúdo obrigatório para

serem considerados especialistas (BORGES, 2018).

Entende-se por competência um “conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que serão adquiridas dentro de um contexto” (FERNANDES, 2012). A matriz de competências do PRM-MFC foi elaborada pela SBMFC em 2014 (BARREIROS, 2019), sendo revisada e publicada recentemente em 5 de agosto de 2019. Tendo essa como ponto de partida, faz-se relevante pensar acerca de um sistema de avaliação confiável e válido, para ser realizado junto aos programas e pelo programa de residência, de maneira a observar se os egressos dos PRM-MFC estão saindo com o mínimo de atitudes, competências e habilidades pontuadas pela matriz da especialidade e se os programas possuem um mínimo de requisito de qualidade para formar esses especialistas.

No percurso da construção desta dissertação, foram publicadas as Recomendações Mínimas de Qualidade dos Programas de residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil (BARBAN, 2020).

1.9 A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A avaliação é um ato de mensurar o valor e/ou a importância, ou ainda, fazer análise, conceito que designa o processo de confronto entre as metas estabelecidas e os resultados obtidos. A prática da avaliação permite verificar o grau de consecução dos objetivos, através da comparação das metas com os resultados, ajuda a detectar as falhas e incorreções no processo de ensino e aprendizagem e facilita a distribuição dos resultados escolares dos alunos, de acordo com uma escala previamente definida. Há diferentes modalidades de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa. Elas permitem conhecer o domínio dos pré-requisitos necessários para a compreensão da nova unidade de ensino e detectar as dificuldades de aprendizagem e suas deficiências (HARTZ, 1997; SAKAMOTO, 2008; BIAZOTTO, 2013).

A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento de uma intervenção, valendo-se de métodos científicos e visando analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, tendo mais força quando os sujeitos da pesquisa são incluídos nela. Através dela pode-se: apreciar a pertinência da intervenção; examinar a coerência e os fundamentos lógicos (o mérito e a validade operacional); entender a sua produtividade pelos determinantes da qualidade dos processos; comparar os recursos empregados e os serviços produzidos; verificar a influência dos serviços; verificar a eficiência total da intervenção; observar as interações entre a intervenção,

seus componentes e o contexto de implantação na produção dos efeitos, cada um se utilizando de uma análise distinta (HARTZ, 1997; FIGUEIRÓ *et al.*, 2010; CHAMPAGNE *et al.*, 2011). A pesquisa avaliativa trabalha com um objeto específico que se quer conhecer e que se relaciona ao estudo da ação em seu cotidiano (HARTZ, 1997).

Os estudos de avaliação de políticas e programas governamentais permitem que se tomem as decisões com maior qualidade, otimizando o gasto público nas diversas atividades, identificando e superando pontos de estrangulamentos e destacando pontos que levam ao êxito dos programas. Em avaliações de programas, é fundamental saber não apenas o que o programa se propõe a atingir, mas, fundamentalmente, como se pretende atingir os objetivos. E para isso, os avaliadores necessitam entender as premissas teóricas em que o programa se baseia, ou seja, como se acredita que determinadas ações conduzam a determinados resultados para os beneficiários do programa (OLIVEIRA, 2010).

Esta dissertação, que propõe a construção e aplicação de matriz avaliativa de um PRM-MFC, ultrapassa a visão de *ranking* de qualidade melhor/pior. Ela almeja identificar indicadores potentes que auxiliem a avaliação real da qualidade de um PRM e que possa gerar informação para o esclarecimento das razões do êxito de um programa em detrimento de outro, levando em consideração os seus contextos diversos, e que seja útil quando aplicada para um único programa ou extrapolado para programas em nível nacional. De maneira geral, busca-se identificar problemas que podem receber intervenções e serem corrigidos precocemente, bem como caracterizar e registrar intervenções exitosas e potencialidades do programa. A realização deste trabalho é o esforço de uma educadora em saúde para que a formação de médicos especialistas na MFC seja qualificada.

No escopo dos estudos de avaliação, encontram-se os estudos de avaliabilidade ou de pré-avaliação. O Estudo de Avaliabilidade (EA) compreende um conjunto de procedimentos e métodos para determinar se programas ou intervenções estão prontos para serem avaliados (WHOLEY, 1987). O EA ou Avaliação da Avaliação é definida como "um conjunto de procedimentos para o planejamento de avaliações" e viabiliza a participação dos *stakeholders*, ou seja, dos interessados na avaliação, permitindo-lhes a melhoria e compreensão acerca do programa e seu desenvolvimento que facilitam a ocorrência de mudanças (Thurston *et al.*, 2003 e 2005).

Os estudos de avaliabilidade são fundamentais à descrição de um programa, por intermédio da identificação de metas, objetivos e ações; conformação do modelo lógico baseado nos recursos, atividades, impactos esperados e as possíveis relações de causas entre

esses elementos; definição de perguntas avaliativas; delineamento de um modelo de avaliação; identificação dos envolvidos ou interessados na avaliação (COELHO *et al.*, 2014).

1.10 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma matriz de referência para avaliação do perfil dos Programas de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC).

1.11 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar indicadores de qualidade na formação de médicos dos PRM-MFC;
- Entender os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) em relação a identificação do programa, infraestrutura, perfil do corpo docente, perfil de residentes, avaliação
- Verificar se há acompanhamento de egressos, cumprimento da matriz curricular, Produção científica dos preceptores, residentes e egressos.

1.12 JUSTIFICATIVA

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade PRM-MFC amplia o escopo de práticas dos profissionais ao incluir a necessidade de melhoria da gestão do cuidado e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades que permitam abordar as pessoas e seus processos de saúde/adoecimento enquanto fenômenos complexos, com sentidos e significados, condicionados pelo entrelaçamento de fatores de diferentes dimensões (ANDERSON; RODRIGUES, 2011).

Em um Brasil com dimensão continental, é natural que cada programa apresente suas particularidades. Contudo, mesmo com diferenças de populações, climas e territórios, todos os programas são orientados a seguir diretrizes curriculares da CNRM e orientações curriculares de competências desenvolvidas por suas sociedades. Há escassez de evidências e trabalhos sistematizados para avaliar a qualidade da formação dos profissionais nesses programas.

Pensando na formação profissional equânime de profissionais que estejam aptos a desenvolver um trabalho assistencial clínico de qualidade, mas que também adquiram competências no campo de administração e planejamento e epidemiológicos em qualquer

lugar do território nacional, este trabalho propõe a construção e aplicação de uma matriz de avaliação qualitativa dos programas a fim de se obter informações que possam auxiliar em melhorias nos mesmos (SBMFC, 2019).

Isso se torna relevante, uma vez que há uma defesa feita pela SBMFC, de tornar a residência médica como obrigatória para egressos de cursos de Medicina, a partir de uma determinada data, sendo que 40% das vagas de residência médica deveriam ser destinadas à formação de especialistas em MFC, como ocorre em outros países.

Com tantas vagas e programas abertos, em vários cenários singulares em relação às características sociais, econômicas, epidemiológicas, sanitárias da população, faz-se necessário estabelecer parâmetros mínimos de qualidade que possam ser exigidos nestes programas de formação de médicos de família. Também é relevante a realização deste tipo de estudo, para instrumentalizar e auxiliar os coordenadores dos programas na adoção de diretrizes e estratégias norteadoras no sentido de que os egressos dos programas tenham competências mínimas para atuar em qualquer parte do território nacional.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE PESQUISA

A classificação desta pesquisa foi realizada segundo os seus objetivos e o seu delineamento, conforme proposto por Gil (2019). Segundo os seus objetivos foi realizada uma pesquisa exploratória, partindo-se do conceito proposto por Piosevan e Temporini (1995), que define que a pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere, permitindo o controle dos efeitos desvirtuadores da percepção do pesquisador, permite que a realidade seja percebida tal como ela é, e não como o pesquisador pensa que seja. A opção pela pesquisa exploratória ocorreu tendo em vista o objetivo do estudo que foi o de propor uma matriz de referência em avaliação dos PRMFC. Segundo os autores supracitados, o estudo exploratório permite aliar as vantagens de se obter os aspectos qualitativos das informações à possibilidade de quantificá-los posteriormente, de forma complementar, o que contribui para a compreensão do fenômeno em estudo.

Em relação ao delineamento do estudo, a pesquisa também é classificada, como um estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação. A avaliabilidade permite verificar a viabilidade de processos avaliativos e aumentar as chances de uso de futuras avaliações, na medida em que explora as expectativas e necessidades dos grupos de interesse envolvidos e o grau de organização e implementação da iniciativa (WHOLEY, 1987). Estudos de avaliabilidade permitem o diagnóstico da situação, o planejamento da avaliação e a inclusão de mudanças ainda no processo avaliativo. Para Mendes et al. (2010), um EA proporciona um ambiente favorável para avaliação, constrói entendimentos entre os envolvidos e interessados pelo estudo, bem como aumenta a possibilidade de utilização dos resultados da avaliação. Assim, por meio deste estudo de avaliabilidade, buscou-se evidenciar possíveis aspectos avaliáveis dos Programas de Residência em MFC .

2.2 LOCAIS DO ESTUDO

Programas de Residência em MFC da região Centro Oeste e Tocantins

2.3 PARTICIPANTES

Amostra de conveniência em 20 PRM-MFC na região Centro-Oeste e Tocantins a saber: o Distrito Federal (3), Goiás (4), Mato Grosso (5), Tocantins (5) e Mato Grosso do Sul (4).

2.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em 11 meses, no período de setembro de 2020 a agosto de 2021, por meio do envio do questionário formatado no Google Forms para os e-mails dos participantes.

O questionário foi dividido em 6 sessões, cada uma delas contendo questões sobre: (1) identificação do programa, (2) infraestrutura, (3) perfil de residentes, (4) perfil de preceptores, (5) perfil de egressos e (6) pesquisa científica dos preceptores residentes e egressos, com 78 questões curtas ou de múltipla escolha e mais 30 questões condicionais que só deveriam ser respondidas se a resposta fosse SIM ou se algum detalhe não estivesse contemplado nas alternativas fornecidas, todas pensadas de maneira a tornar a coleta das respostas mais prática e rápida, com o tempo de duração estimado para preenchimento em 30 minutos.

O instrumento, elaborado pela pesquisadora, baseou-se na avaliação de qualidade de outros programas de residência médica (CRESPO, 2013; VALENTE, 2019; ROSAS, 2019; SANCHEZ 2019; JUSTINO, 2016). O instrumento está disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/12Jcw5khxE-WbCVePQB6IxIXlpU4D86x1kohHm0d2qY0/edit>

Após a aprovação do Projeto pelo CEP, foi feito contato com os programas de residência via e-mail e contato telefônico, considerando um prazo de 15 dias para o aceite. Vencendo esse prazo, os contatos se iniciaram em setembro até dezembro de 2020, porém, com processos seletivos e mudanças de gestão, houve dificuldades para se obterem as respostas. Em março de 2021 foram enviados e-mails novamente aos participantes, mas muitos foram devolvidos. Foi preciso, então, fazer contato telefônico com as COREMES, para a obtenção de contato por meio de e-mail ou aplicativo de comunicação dos coordenadores ou representantes atuais dos programas. Com os contatos em mãos reiniciou-se o envio do instrumento, processo esse que se findou em setembro de 2021, com 16 respostas, 2 negativas e 3 programas de residência sem sucesso no contato. Todo o processo de coleta de

dados levou 11 meses, de agosto de 2020 a setembro de 2021.

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade credenciado pela CNRM;
- Estar cadastrado na Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade;

2.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade inativo por qualquer motivo durante o período da pesquisa;

Para preservar o anonimato no trabalho, foi atribuído um código para identificação de cada um dos 16 programas estudados, A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, com letras do alfabeto em ordem de resposta da entrevista.

2.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados em planilhas de Excel. Os dados quantitativos foram interpretados por meio de identificação de frequência simples e as informações qualitativas foram categorizadas por temas. Tanto as informações qualitativas quanto as quantitativas foram comparadas com parâmetros disponíveis nos documentos orientadores dos PRMFC.

Buscou-se descrever de forma estruturada e sistematizada, as singularidades dos PRM-MFC e os seus diversos contextos, de forma a permitir uma observação inicial de pontos quantitativos e qualitativos e o reconhecimento dos pontos frágeis e fortes dos PRM-MFC.

A sistematização e análise foi realizada pela pesquisadora pergunta a pergunta, com vistas a identificar aquelas que tinham potencial de construir um indicador capaz de evidenciar a qualidade dos programas com potencial de generalização dos resultados, aquelas que atendiam aos parâmetros já estabelecidos e as que não contém ainda nenhum critério para avaliação mas que representam lacunas a serem exploradas em estudos futuros.

3 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados conforme as sessões do instrumento. A Primeira Seção refere-se à caracterização dos PRM-MFC em relação às instituições e à coexistência com outros programas de residência dentro da mesma instituição, incluindo os mecanismos de integração. Aborda ainda a investigação sobre níveis de atenção em saúde e locais de atuação, além da Unidade Básica de Saúde em que os residentes estão inseridos e populações, além da urbana, com as quais eles têm contato ou fazem assistência durante sua formação.

A Segunda Seção apresenta a identificação do Programa e a caracterização dos residentes. Seu objetivo é levar a compreender se as áreas contempladas pelo PRM-MFC estão de acordo com as recomendações mínimas de qualidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, saber como se dá a distribuição de carga horária dos residentes, conhecer o interesse e o que motiva o residente a optar pela especialidade de MFC, entender a distribuição e como estão inseridos os residentes nos cenários de prática e se há mecanismos para conhecer e monitorar os egressos das residências.

A Terceira Seção refere-se à identificação e caracterização do corpo docente. Nesse aspecto, verificou-se se esse corpo docente é remunerado ou voluntário, valores de remuneração, titulações e escolaridade dos docentes, e a existência ou não de incentivos para manutenção da motivação dos preceptores.

A Quarta Seção abrange as atividades de formação. Esse campo refere-se a entender se existe um projeto pedagógico e se o mesmo é publicado, se é de conhecimento de todos os envolvidos na residência, como são realizadas as aulas teóricas, se há discussão de casos clínicos e artigos científicos, se o programa entende a importância do incentivo à pesquisa, se os programas têm o aluno como centro do aprendizado, se se utilizam de metodologias ativas e se existe alguma forma de incentivo à pesquisa para residentes e docentes.

A Quinta Seção refere-se à avaliação do programa e se os mesmos possuem avaliação formativa e somativa, se avaliam o programa com avaliação 360° ou outras, se há autoavaliação entre residentes e preceptores, se há avaliações dos estágios em atenção secundária e terciária. A seção oportuniza entender, na visão dos programas, o que é o diferencial de cada programa entrevistado e como o programa influencia a saúde local.

A Sexta Seção verifica se há acompanhamento de egressos pelos programas.

3.1 SEÇÃO I – CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MFC

A pesquisa evidencia que (12) dos programas que participaram do estudo são vinculados a instituições públicas federais, estaduais ou municipais. Deles, (2) se declararam municipais/privados ou federais/privados. Desses programas, (1) são de instituições privadas e (1) são de instituições filantrópicas mantidas por instituições sem fins lucrativos.

Os programas estão distribuídos da seguinte forma: DF (3), GO (4), MT (5), TO (5) e MS (4). Dentre as respostas obtidas dos representantes dos programas que correspondem a 100% (16), obteve-se o seguinte percentual de respostas: 18,75% (3) DF, e 18,75% (3) MT e 18,75% (3) MS, 12,5% (2) de GO, e 31,3% (5) do Tocantins, sendo 3 deles localizados em capitais, e os (13) demais localizados em cidades interioranas nos seus estados (Quadro 1).

Apenas (3) programas entrevistados relatam disponibilizar estágios optativos (Quadro 1).

Os programas não oferecem o R3, apesar de (1) programa relatar que coexiste com o Programa de Medicina Paliativa em sua instituição, e esse tem como pré-requisito ser MFC (Quadro 1).

Os 16 PRM-MFC declaram possuir atividades na atenção secundária, e (13) têm atividades na atenção terciária. Além de permitir aos residentes a possibilidade de estagiar em diversos locais rede de atenção em saúde. A saber, conforme respostas obtidas: (9) CAPS, (3) Policlínicas, (12) Ambulatório de especialidades focais, (2) sistema prisional, (4) Gestão, (3) Optativos em outras instituições, (13) Hospitais e maternidades, (12) Upas, como evidenciado no Quadro 1.

Para além disso, os programas declaram trabalhar com populações diversas e vulneráveis. A saber: (9) estágios com população rural, (4) indígena, (6) prisional, (5) LGBTQ+, (1) das florestas, (1) em situação de rua, e (1) adolescentes.

Quadro 1 - Identificação do programa de residência médica.

Seção I	Respostas	Frequência	%
O seu PRM-MFC está vinculado à uma instituição?	Filantrópica	1	6,25
	Privada	1	6,25
	Pública	12	75,1
	Pública / privada	2	12,5
Esfera de governo	Estadual	1	6,25
	Federal	5	31,25
	Federal / Privada	1	6,25
	Municipal	8	50,0

	Municipal / Privada	1	6,25
Estado	DF	3	18,75
	GO	2	12,5
	MS	3	18,75
	MT	3	18,75
	TO	5	31,25
Município	Anápolis	1	6,25
	Rio Verde	1	6,25
	Sinop	1	6,25
	Lucas do Rio Verde	1	6,25
	Cuiabá	1	6,25
	Gurupi	1	6,25
	Palmas	2	12,5
	Porto Nacional	1	6,25
	Araguaína	1	6,25
	Brasília	3	18,75
	Campo Grande	3	18,75
Mês/ano de surgimento da primeira turma do seu PRM-MFC	2007	1	6,25
	2009	1	6,25
	2012	1	6,25
	2014	2	12,5
	2015	2	12,5
	2016	7	43,8
	2018	1	6,25
	2020	1	6,25
Nº de PRM-MFC com residência multiprofissional		9	59,2
Nº de PRM-MFC com residência multiprofissional que possuem atividades integradas ao PRMFC		5	31,2
Nº de programas que coexistem com residência médica em outras especialidades médicas		10	62,5
Nº de programas que coexistem com residência médica em outras especialidades médicas que possuem atividades integradas ao PRM-MFC		7	43,75
Nº de programas que abordam populações diversas		8	50
Rural		9	56,75
Indígena		4	25
Prisional		6	37,5
LGBTQ+		5	31,25
Florestas		1	6,25
População de rua e adolescentes		1	6,25
Níveis de atenção em saúde que o residente tem contato durante sua formação no PRM-MFC além do nível primário?			
Secundário		16	100
Terciário		13	81,25
Locais de inserção nas redes de atenção em saúde além das unidades básicas?			
CAPS		9	56,75
Policlínica		3	18,75
Ambulatório de especialidades focais		12	75
Sistema prisional		2	12,5

Gestão	4	25
Optativos em outras instituições	3	18,75
Hospitais e Maternidades	13	81,25
Upas	12	75
Número de PRMFC que ofertam um ano adicional na formação de seus residentes R3	0	0
Número de PRMFC que ofertam em sua instituição programa de residência, que tenha como um dos seus pré-requisitos a saúde da família?	1	6,25

Ainda no quesito de identificação do PRM-MFC, verificou-se que do total de 16 PRM-MFC 10 coexistem com outras residências médicas em saúde e dessas 7 programas declaram ter atividades integradas entre os programas. Em relação a residência multiprofissional dos 16 PRM-MFC entrevistados, (9) têm residência multiprofissional em sua instituição e apenas (5) PRM-MFC desenvolvem atividades integradas com esses residentes (Quadro 1).

Em relação aos mecanismos de integração entre os diferentes programas de residência, quando existem, observou-se que cada um apresenta uma forma de integração distinta (Quadro 2). Verificou-se que a integração com as demais especialidades médicas acontece por meio de estágios, matriciamento e pelo ambulatório de especialidades. Os residentes realmente desenvolvem juntos projetos de intervenção e vivem a experiência de trabalhar em ou com outras áreas, o que facilita a troca de saberes e qualificação do profissional residentes. Ressalta-se que 7 dos 10 PRMFC declararam coexistir com outros programas de residência médica. Em relação às residências multiprofissionais, essa integração acontece em 5 dos 9 dos programas por discussões de casos clínicos, discussão de casos entre residentes e convivência na mesma unidade de saúde.

Em relação as atividades educacionais e temas mínimos exigidos para que residentes sejam qualificados. A pesquisa evidencia que os programas abordam os temas da seguinte maneira : (14 programas abordam)Fundamentos, (16 programas abordam)Abordagem Familiar, Abordagem Comunitária, Abordagem Centrada na Pessoa, Gestão, Temas Clínicos mais comuns. Como são trabalhados, em que proporção, como são escolhidos os temas são questões que não foram discutidas nesta pesquisa. A pesquisa não revela também se esses mesmos temas são abordados com preceptores, nem qual a carga horária destinada para trabalhar com cada item em questão.

Quadro 2 - Mecanismos de integração entre os programas de residência citados / Áreas essenciais na formação de um médico de família e comunidade.

Mecanismos de integração do PRM-MFC com as especialidades médicas	Estágio conjunto em enfermarias e ambulatórios
	Matriciamento
	Através dos ambulatórios e plantões em urgência e emergência
	Os residentes de MFC passam pelo ambulatório das especialidades

Estratégias de integração do PRM-MFC com as quais especialidades multiprofissionais o programa está integrado?	Algumas. Só quando há NASF na mesma UBS da residência médica		
	Com saúde da família e saúde coletiva por meio da unidade integrada do território.		
	Mediante as discussões de casos entre residentes		
	Nas atividades de cadastramento, de promoção e prevenção e nas avaliações multiprofissionais de casos individuais ou familiares.		
	Saúde da família tem um módulo comum		
	Sessões clínicas conjuntas, fóruns de discussão		
Áreas essenciais na formação de um médico de família e comunidade contempladas pelos PRM-MFC	Fundamentos: paradigmas sistêmicos, fundamentos em APS, pesquisa em APS, produção de conhecimento, qualificação para docência, clínica ampliada com abordagem biopsicosocioespiritual, responsabilidade social,	14	87,5
	Abordagem familiar: papel da família na saúde e adoecimento, entrevista familiar, ferramentas de abordagem familiar, ciclos de vida, visita domiciliar, violência familiar,	16	100
	Gestão: regulação, profissionalismo e liderança, melhoria da qualidade, planejamento local em saúde, gestão da clínica e trabalho em equipe, gestão da agenda, redes de atenção à saúde e intersetorialidade,	16	100
	Abordagem centrada na pessoa: medicina baseada em evidências e epidemiologia clínica, raciocínio clínico, medicina narrativa, práticas integrativas e complementares em saúde, saúde mental, saúde do trabalhador, sexualidade e gênero, resolutividade clínica, habilidade de comunicação, competências clínicas, violência interpessoal,	16	100
	Abordagem comunitária: diagnóstico comunitário, território, participação social, trabalho com grupos, abordagem étnico racial, populações vulnerabilidades, vulnerabilidade, ferramentas de abordagem comunitária,	16	100
	Temas clínicos mais comuns: saúde da criança, do homem, da mulher, idosos, gestantes	16	100

3.2 SEÇÃO II – CARACTERIZAÇÃO DE RESIDENTES

Na pesquisa, observou-se que a média nos programas participantes deste estudo foi de 3 residentes por preceptor, apesar dessa distribuição ser bastante variada, de acordo com cada PRM-MFC (Quadro 3). Nota-se que 14 dos programas possuem 1 a três residentes/preceptor, e um deles apresentam 4 residentes por preceptor, lembrando que esses têm um preceptor volante exclusivo que está na unidade apenas exercendo função de preceptoria.

Na pesquisa observa-se que em (2) dos programas, cada residente trabalha com mais de 4.000 pessoas; em (2) dos programas, cada residente trabalha com mais de 3.000 pessoas; em (6) dos programas, cada residente trabalha com mais de 2.000 pessoas; em (2) dos programas, cada residente trabalha com até 2.000 pessoas; e em (2) dos programas, cada residente trabalha com até 1.500 pessoas. De acordo com a PNAB e com as orientações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, (12) dos programas seguem as orientações vigentes em relação à taxa população/residente. De acordo com a Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB), a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve ser de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território. A SBMFC orienta para residência em MFC que a equipe ideal deve ser composta de até 2.000 pessoas por residente.

Os dados fornecidos pelos entrevistados informam que (6) do PRMFC afirmam que seus residentes cursam o programa como sua primeira opção de especialidade, porém (10) desconhecem informações sobre esse assunto. Não há conhecimento da parte dos programas se a motivação pela MFC tem sido o interesse pela especialidade ou remuneração. E a motivação é um item fundamental para boa formação.

Observa-se também que apesar da expansão dos programas com auxílio de bolsas complementares, ainda apenas (6) dos nossos entrevistados conseguiram preencher o total de vagas disponibilizadas em seu programa. Ainda há dificuldade de se preencherem todas as vagas oferecidas, mas na metade dos programas trabalham com vagas ociosas (Quadros 3).

Na pesquisa é possível observar também uma queda do número de vagas entre R1 e R2. Embora não se tenha aprofundado, neste estudo, sobre as razões dessa queda, questiona-se se essa se deveu a desistências.

A pesquisa apontou que (9) dos programas são financiados pelo Ministério da Saúde e (7) financiados pelo Ministério da Educação. Dos 16 programas, (13) recebem bolsas complementares, dessas bolsas complementares, referentes a PRM-MFC (8) financiados pelas Secretarias Municipais de Saúde, (3) pela própria instituição, (1) pela Secretaria Estadual de Saúde, e os demais (4) não recebem bolsa complementar. As bolsas complementares não são padronizadas, variando de 1.000 a 10.000 reais (Quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização da inserção dos residentes

	Nº residentes/preceptor	Nº de programas que aplicam	%
Distribuição de residentes/preceptor (Média de residente/preceptor = 3)	1	5	31,25
	3	4	25
	2	5	31,25
	4	2	12,5
Distribuição de população/residente	> 4.000 pessoas por residente	2	12,5
	> 2.000 pessoas por residente	6	37,5
	Até 2.000 pessoas por residente	4	25

	> 3.000 pessoas por residente	2	12,5
	Até 1.500 pessoas por residente	2	12,5
% de ocupação de vagas no último ano	100%	6	37,5
	80%	1	6,25
	75%	2	12,5
	66%	1	6,25
	50%	4	25
	47%	1	6,25
	0	1	6,25
Fonte de pagamento de bolsas aos residentes	MS	9	56,25
	MEC	7	43,75
Complementação de Bolsa	SIM	13	81,25
	NÃO	3	18,75
Valor da complementação	R\$ 10.000,00	2	12,5
	De R\$ 7.000,00 a R\$ 9.367,00	4	25
	De R\$ 4.000,00 a R\$ 5.400,00	5	31,25
	≥R\$ 1000,00	2	12,5
	0	3	18,75
Foto da bolsa complementar	SMS	8	50
	FIOCRUZ	2	12,5
	SES	1	6,25
	UNIRG	1	6,25
	MS	1	6,25

3.3 SEÇÃO III – CARACTERIZAÇÃO DE CORPO DOCENTE

A pesquisa evidencia que os programas contam com 103 preceptores titulados pela MFC, 104 com residência de MFC, 32 com mestrado, 11 com doutorado, 97 preceptores na atenção secundária, 49 na atenção terciária, 178 preceptores remunerados e 68 preceptores voluntários (Quadro 4).

Quadro 4 - Características da preceptoría por programa de PRM-MFC do Centro-Oeste e TO.

Dados de 2021	Nº de preceptores titulados	Nº de preceptores com residência	Nº de preceptores com doutorado	Nº de preceptores com mestrado	Nº de preceptores da atenção secundária	Nº de preceptores na atenção terciária	Nº de preceptores voluntários	Nº de preceptores remunerados
A	8	NR	0	4	3	0	3	8
B	8	7	0	0	20	2	15	15
C	0	1	0	1	10	5	2	10
D	3	3	0	0	2	1	0	3
E	19	16	1	2	3	10	0	19
F	30	16	5	10	3	0	2	33
G	2	1	0	0	5	5	14	0
H	3	3	0	1	7	0	7	9
I	4	4	0	0	4	0	0	4
J	0	2	0	2	8	4	14	0
K	0	15	1	2	15	3	1	15
L	4	3	0	1	5	0	0	4
M	8	7	0	0	9	5	5	17
N	5	20	0	1	0	0	0	27
O	5	3	0	3	0	0	5	0
P	4	2	4	5	3	14	3	14
TOTAL	103	104	11	32	97	49	68	178

No Quadro 5, o que se evidencia nesta pesquisa é que dos programas que responderam, todos remuneraram seus preceptores com salários de médico no município de atuação. No entanto, pela atividade específica de preceptoría, 3 não remuneraram seus preceptores por suas atividades como tal; 2 pagam R\$ 1.000 a R\$1.999; 5 pagam de R\$ 2.000 a R\$3.000; 5 pagam mais de R\$3.000; e 1 não respondeu.

A pesquisa evidencia que (12) dos PRM-MFC investem em bolsa/salários para preceptores e (9) em capacitações. Outras estratégias de motivação citadas foram incentivo a pesquisa (4) e a participação em congressos (5), apesar de não descreverem como o fazem. Todos os programa informaram que motivam seus preceptores de alguma maneira.

A pesquisa evidenciou que (4) dos (16) programas apresentam tanto unidades com residência que compartilham consultório quanto unidades em que o residente tem o privilégio de ter sua sala individual; (5) dos programas relatam que seus residentes compartilham sua sala entre eles ou outros membros da equipe da APS; e (7) programas referem que seus residentes têm salas exclusivas para sua atuação na APS.

Quadro 5 – Caracterização da inserção dos preceptores nos PRM-MFC do Centro-Oeste e TO

	Nº residentes/preceptor	Nº de programas que aplicam	% dos programas
Média salarial do preceptor R\$ (1 programação não respondeu)	Sem remuneração	3	18,75
	De R\$ 1000 a 1999	2	12,5
	De R\$ 2000 a 3000	5	31,25
	>R\$ 3000	5	31,25
Como os PRM-MFC mantêm motivados os seus preceptores	Bolsa/ Salários	12	75
	Capacitações	9	56,25
	Incentivo à pesquisa	4	25
	Participação em congressos	5	31,25
	Folga	1	6,25
	Outro	1	6,25
	Sem resposta	1	6,25
Dinâmica de utilização de consultórios pelos residentes e preceptores na UBS	Compartilhado	5	31,25
	Individual	7	43,75
	Ambos	4	25

Alguns programas utilizam-se de mais de um modelo de inserção de seus preceptores na prática, principalmente aqueles programas que têm um número maior de residentes. Isso reflete a adaptação à realidade de cada programa neste país tão diverso e a necessidade de se terem possibilidades e não apenas uma opção engessada. Citam-se como exemplos, o programa (F) que possui três maneiras diferentes de inserção de seus preceptores e residentes/equipe e os programas M e H, com duas diferentes alternativas de inserção. Os demais programas relataram uma maneira apenas de inserção de seus preceptores e residentes/equipe. (7) dos entrevistados, relatam ter escolhido o modelo de 1 preceptor e 1 residente na mesma equipe

Quadro 6 - Inserção de preceptores no PRM-MFC.

INSERÇÃO DE PRECEPTORES/ RESIDENTE / EQUIPE	%
1 preceptor e 1 residente na mesma equipe	(7) 43,75
1 preceptor e 1 residente em equipes diferentes	(1) 6,25

1 preceptor e 2 residentes na mesma equipe	(2) 12,5
1 preceptor e 2 residentes em 2 equipes	(1) 6,25
1 preceptor e 2 residentes em 2 equipes	(1) 6,25
1 preceptor volante e 2 residentes em 2 equipes	(1) 6,25
1 preceptor e 3 residentes na mesma equipe	(1) 6,25
1 preceptor e 3 residentes em 2 equipes	(2) 15,5
1 preceptor e 3 residentes em 3 equipes	(1) 6,25
1 preceptor volante e 3 residentes em 3 equipes	(1) 6,25
1 preceptor sem equipe exclusiva e 2 residentes por equipe em 2 equipes	(2) 12,5

3.4 SEÇÃO IV – INFRAESTRUTURA DAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS E PROJETO PEDAGÓGICO

Conforme Quadro 7, a pesquisa mostra que todos os 16 PRM-MFC entrevistados possuem consultórios médicos odontológicos e de enfermagem, comum a todos; 15 têm salas de procedimentos; 15 contam com salas de observação de pacientes; 14 apresentam sala de reuniões e/ou atividades educativas e auditórios; 16 dispõem de copa e sala de convivência; em 16 deles há acesso à internet; e 16 relatam ter manutenções de suas unidades com frequência.

Quanto aos programas, 12 possuem biblioteca; os demais gostariam de ter uma biblioteca específica para médicos de família; 16 relatam possuir salas de reuniões e auditórios, embora, na entrevista, não tenha ficado claro se é em um espaço próprio ou se utilizam auditórios e salas nas unidades de saúde; 5 apenas contam com laboratórios de treinamento prático de habilidades. Dos programas, 14 trabalham com prontuários eletrônicos; e desses, 4 ainda mantêm prontuário físico; 2 ainda trabalham apenas com prontuário físico, embora já tenham internet em sua UBS; 14 utilizam de recursos multimídia em suas atividades; e apenas dois programas referem ainda não terem aderido a esses recursos.

Quadro 7 – Caracterização da infraestrutura disponível para os PRMFC estudados

		Nº de programas com resposta positiva	% de programas
Infraestrutura de PRM-MFC UBS	Sala de observação de pacientes	15	93,75
	Sala de procedimentos na UBS	15	93,75
	Auditórios ou sala de reuniões e/ou atividades educativas	14	87,5
	Copa e/ou sala de convivência	16	100
	Existe acesso à internet na UBS	16	100
	É realizado manutenções com frequência	16	100
Infraestrutura de PRM-MFC	Biblioteca	12	75
	Sala de reuniões e/ou auditórios	16	100
	Laboratório de treinamento prático de habilidades	5	31,25
Tipos de prontuários	E (eletrônico)	10	62,5
	F (físico),	2	12,5
	A (ambos)	4	25
	Recursos multimídia (TV, <i>datashow</i> , som, microfone)	14	87,5

Na pesquisa, das 16 respostas, as de 13 programas registraram que gostariam de ter mais recursos materiais ou digitais disponíveis. Entre os recursos desejados, estão assinatura de plataformas digitais baseadas em evidências, como UP-TO-DATE, BMJ LEARNING, DYNAMED; aquisição de livros didáticos; acesso a bibliotecas específicas de Medicina de Família e Comunidade; plataforma ou aplicativo pedagógico; avaliações cotidianas; laboratório realista de treinamento de atividades práticas, acesso a *datashow*, *flip chart*, entre outros (Quadro 8).

Quadro 8 - Que tipo de recurso material ou digital vocês acreditam que o PRM-MFC deveria ter e que faria diferença na formação dos residentes?

Programas	Respostas
A	NR
B	<i>Datashow</i>
C	Livros didáticos
D	Assinaturas de Revistas de MFC
E	<i>Tablet</i> , plataforma de acompanhamento pedagógico e avaliações cotidianas
F	<i>Flip chart</i>
G	Plataforma baseada em evidências com acesso a mais sites (DYNAMED, BMJ e UP TO DATE).
H	Simuladores para treinamento médico (intubação inserção de DIU e outros), Livros
I	Biblioteca, internet, cursos, congressos, entre outros
J	UpToDate
K	NR
L	Laboratório realístico
M	BMJ learn
N	NR
O	Instrumentos para exame clínico, como: Oxímetro, Otoscópio, Diapasão e para comunicação com o Ipad.
P	Biblioteca de MFC

A pesquisa evidencia que dos PRM-MFC, (15 programas) adotam as metodologias ativas, e apenas (1) programa refere não utilizar nenhum tipo de metodologia ativa na formação de seus residentes. Dos programas que dispõem de metodologias ativas em seus PRM-MFC, foram citadas sete (7) diferentes metodologias utilizadas. Entendendo-se que existe um número de metodologias ativas muito superior a essas citadas nas entrevistas, foi ofertada aos programas a oportunidade de citar outras, se existentes, porém só foi evidenciada a presença de roda de conversa, como descrito no Quadro 9.

Quadro 9 - Metodologias ativas usadas no PRM-MFC.

Metodologias identificadas	Nº programas que utilizam as metologias	% programas
Aprendizagem em pequenos grupos	13	81,2
Sala invertida	5	31,25
Aprendizagem baseada em projetos	3	18,75
Análise e discussão de vídeos e filmes (Cine viagem)	5	31,25
<i>Team Based Learning (TBL)</i>	8	50
Análise de gravações de atendimento	4	25
Outras, como rodas de conversa	2	12,5

Quanto ao Projeto Pedagógico, na pesquisa ficou evidente que todos os programas possuem esse importante documento, porém apenas (5 programas) conseguiram publicá-lo em sites institucionais ou Diário Oficial.

Quadro 10 - Projeto pedagógico.

O PRM-MFC possui Projeto Pedagógico	Sim	16	100
O Projeto Pedagógico do PRM-MFC está publicado em Diário Oficial, sites institucionais ou outros?	Sim	5	31,25
	Não	11	68,75
Preceptores conhecem o Projeto Pedagógico do PRM-MFC?	Sim	15	93,75
	Não	1	6,25

Os PRM-MFC possuem carga horária de 60 horas/semana, totalizando 5.760 horas em 24 meses. Essa carga se divide em: atividades teóricas – que devem estar entre 10% e 20% da carga horária total do PRM; e atividades práticas, em serviço. Essas aulas acontecem com frequências diferentes, em cada um dos programas; e o material referente a esse estudo teórico é compartilhado também de maneiras diversas, como se visualiza no Quadro 11.

Quadro 11 - Atividades teóricas do PRM-MFC.

Questões	Respostas	Periodicidade	Nº de PRM-MFC	% Nº Programas
Há horário protegido para discussões, reuniões e aulas teóricas	Sim	Semanal	14	87,5
		Quinzenal	1	6,25
		Mensal	1	6,25
Ha discussão de casos clínicos	Sim	Semanal, a duração da atividade varia em torno de 1 a 4 horas	16	100
Há discussão de artigos científicos	Sim	Discussões semanais quinzenais e até mensais a duração da atividade varia em torno de 1 a 4 horas	12	75
	Não	---	4	25
Há espaço protegido para pesquisa científica	Sim	2 a 4 h/semana	12	75
	Não	---	4	25
O programa oferece curso de metodologia científica	Sim	Não responderam	15	93,75
	Não	Não responderam	1	6,25
Existem incentivos para produção de pesquisa científica entre docentes e residentes	Sim	Liberação do cumprimento do ponto ou carga horária; Financiamento de inscrição, Passagem e diárias; Organização de eventos científicos; A bolsa de complementação é para incentivo a pesquisa, a obrigatoriedade de realizar TCR.	10	62,5
	Não	---	6	37,5

Além dos programas que publicaram seus projetos pedagógicos, a entrevista evidencia que 15 programas, entre eles os que têm o documento público, também promovem acesso ao documento a seus preceptores e residentes através de compartilhamento por e-mail ou aplicativos de comunicação, como WhatsApp; apenas 1 programa refere que preceptores não conhecem seus PP (Quadro 12).

Quadro 12 - Mecanismos de disponibilização de materiais para os residentes.

Disponibilização de materiais para os residentes e realizado pelos programas da seguinte maneira	Número de PRM-MFC	% dos Programas
Disponibilizado via e-mail entre residentes, preceptores e coordenadores	8	50
Acervo físico ou digital da biblioteca	7	43,75
Compartilhado material entre residentes preceptores e coordenação nos serviços de armazenamento na nuvem do e-mail do PRM-MFC	8	50

Recomendação de artigos e diretrizes publicadas em fontes confiáveis, como sociedades de especialidade, Ministério da Saúde, OMS, e bases de dados seguras.	5	31,25
---	---	-------

3.5 SEÇÃO V – AVALIAÇÃO DE PROGRAMA

A pesquisa evidenciou que todos os programas fazem uma avaliação formativa que permite o acompanhamento do residente durante seu processo de formação. Ao passo que (15) dos programas afirmam aplicar a avaliação somativa, que gera um conceito para o residente, (1) mencionam não ter avaliação somativa em seu programa (Quadro 13).

Sobre a avaliação do programa, (8) dos programas não fazem esse tipo de avaliação e (8) o fazem, mas com periodicidade distinta. Sobre a avaliação dos preceptores pelos residentes, a pesquisa evidencia que (13) dos programas a entendem e a realizam, mas que (3) não a fazem. As avaliações dos estágios nos níveis de atenção em saúde secundários e terciários seguem essas mesmas proporções, respectivamente.

A autoavaliação do residente evidencia nesta pesquisa que (14) dos programas referem que seus residentes fazem autoavaliação de suas atividades. Já a autoavaliação dos preceptores é realizada por (9)PRM-MFC.

Quadro 13 - Avaliação de PRM-MFC.

Questão	Resposta	Nº PRM-MFC	% PRM-MFC	Frequência
O PRM-MFC faz avaliação formativa dos residentes	SIM	2	12,5	Semanal
		1	6,25	Mensal
		1	6,25	Bimestral
		9	56,25	Trimestral
		3	18,75	Anual
O PRM-MFC faz avaliação somativa dos residentes?	SIM	1	6,25	Semanal
		2	12,5	Mensal
		7	43,75	Trimestral
		3	18,75	Semestral

		2	12,5	Anual
	NÃO	1	6,25	Não fazem
No seu PRM-MFC, há avaliação de preceptores pelos residentes?	SIM	13	81,25	Fazem, mas não foi descrita a sua periodicidade
	NÃO	3	18,75	Não fazem
Os residentes fazem avaliação 360° ou outro tipo de avaliação sobre o PRM-MFC?	SIM	2	12,5	Trimestral
		1	6,25	Semestral
		5	31,25	Anual
	NÃO	8	50	Não fazem
No seu PRM-MFC, há avaliação de estágios na atenção secundária e terciária	SIM	13	81,25	Não se aplica
	NÃO	3	18,75	Não se aplica
Os residentes fazem autoavaliação?	SIM	14	87,5	Não se aplica
	NÃO	2	12,5	Não se aplica
Os preceptores fazem autoavaliação?	SIM	9	56,25	Não se aplica
	NÃO	7	43,75	Não se aplica

A pesquisa traz em questões abertas várias similaridades que, na análise, foram agrupadas por sentido. Entre elas, estão: valor de bolsa, sistema de formação, estágios especializados e diferentes campos de atuação, preceptoria exclusiva, metodologias ativas, elevada qualificação técnica dos preceptores, força e credibilidade institucional, empatia e proximidade com os residentes, construção do Projeto Pedagógico embasado na realidade, trabalho interprofissional. Alguns programas se declararam potentes em mais de um sentido, conforme apresentado no Quadro 14. Seguindo análise do Quadro, observa-se que todos os programas, mesmo pequenos ou com dificuldades, relatam influenciar na saúde de sua região, ainda que pouco. Assim, nenhum programa considerou que sua existência não faz diferença nas regiões onde atuam. Em outra pergunta aberta, também agrupada por sentido de frases, os PRM-MFC referem que a sua existência qualifica a assistência ao usuário, melhorando resolutividade e qualidade; aprimora o vínculo da comunidade com os serviços de saúde; estimula mudanças de práticas nos serviços; fixa médicos para atuarem na região; promove e incentiva a capacitação e a organização de toda a rede de saúde.

Quadro 14 - O que na visão do representante do PRM-MFC é seu diferencial. Influência dos PRM-MFC na região em que atuam.

Notas autoatribuídas pelos programas (de 0 a 10)	Nº de programas	% de programas
Menor ou igual a 5	3	18,75
Entre 6 e 7	5	31,25
De 8 a 9	8	50
Um diferencial em seu PRM-MFC		
Elevada qualificação técnica dos preceptores e sua acessibilidade	5	31,25
Sistema de formação	5	31,25
Estágios especializados e diferentes campos de atuação	4	25
Preceptor exclusivo	2	12,5
Força e credibilidade institucional	2	12,5
Construção de PP embasada na realidade	2	12,5
Valor da Bolsa	1	6,25
Metodologias ativas	1	6,25
Empatia, proximidade com residentes	1	6,25
Trabalho interprofissional	1	6,25
Como seu PRM-MFC influencia na saúde na sua região		
Muito positivamente	6	37,5
Pouco	5	31,25
Positivamente	4	25
Moderadamente	1	6,25

3.6 SEÇÃO VI – EXISTÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DE EGRESSOS

A pesquisa indicou que (11) dos programas não têm ferramentas e nem instrumentos previstos para avaliarem seus egressos; (1) ainda não têm egressos e não tem previsão de fazer essa avaliação; e dos (4) programas que fazem avaliação de egressos, muitos não o fazem de maneira sistemática; e a maioria tem notícias por grupos de WhatsApp ou por trabalhos pontuais que algum residente desenvolveu em seus programas.

4 DISCUSSÃO

O credenciamento de programas de residência médica é condicionado aos requisitos mínimos do Ministério da Educação e Cultura (MEC), da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Essas instituições trabalham com o intuito de assegurar o perfil mínimo desejável de especialistas e os padrões mínimos para abertura de um programa, mas não destacam sua qualidade e não estimulam sua melhoria (CRESPO, 2013).

Essa criação de programas vem sendo incentivada, pois há uma necessidade de levar especialistas para regiões que precisam deles, e a residência é um eficiente meio de fixar esses profissionais. Contudo, o que se sabe é que os médicos recém-formados, egressos dos cursos de graduação, geralmente desconhecem as características dos programas da residência médica cujas vagas pleiteiam; e reputação das instituições, ou mesmo a de seus membros, não são garantias plenas da qualificação do ensino nelas desenvolvido (CRESPO, 2013).

Muitas vezes, programas com preceptores superespecializados, ou programas com preceptores que tenham apenas experiência clínica, acabam dispensando uma formação parcial e formando profissionais que atuam apenas em áreas específicas, ou especialistas com conhecimento vago sobre o todo, pois não aprendem a trabalhar todas as competências exigidas daquele profissional.

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma disciplina acadêmica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica. Trata-se de uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários (WONCA, 2002). A caracterização dos programas de residência médica em MFC é relevante devido à necessidade de conhecimento sobre esse grupo aqui pesquisado, que são formadores de profissionais técnicos altamente qualificados, com conhecimentos, atitudes e habilidades adequadas para satisfazerem a necessidade de saúde dos indivíduos e comunidades que atenderão (KIDD, 2016), dentro de um território extenso, com uma população miscigenada, com múltiplos contextos histórico-culturais e religiosos, além de tradições diversas.

Tamanha diversidade faz com que ensinar Medicina de Família e estabelecer padrões mínimos de formação nessa especialidade seja uma tarefa muito necessária, porém complexa, que tem sido trabalhada nos últimos anos (BRASIL, 2019; BARBAN, 2021). O Brasil apresenta uma distribuição de médicos e especialistas muito desigual, uma vez que,

segundo demografia médica de 2020, há no país 1,58 especialistas para cada generalista (SCHEFFER, 2020).

Nos dados da primeira seção, observou-se que 12 instituições que oferecem vagas na modalidade de Residência em Medicina de Família e Comunidade são públicas. Há 1 instituição filantrópica (Em seu corpo diretivo, pessoas interessadas em defender os interesses da comunidade desempenham atividades, paralelas ou em conjunto com o Estado, sem ser remuneradas, podendo ser sem vínculo religioso ou mantidas por instituições religiosas (Quadro 1)); 1 instituição privada e 2 públicas/privadas (que são instituições que foram criadas anteriormente à promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, quando ainda se permitia a uma instituição pública receber mensalidades, porém sem fins lucrativos. Essas instituições se mantêm com as mensalidades pagas pelos acadêmicos de graduação em Medicina. No caso da residência médica, os residentes são financiados pelo Ministério da Saúde ou Ministério da Educação, e a complementação é feita pelo município onde elas estão localizadas.)

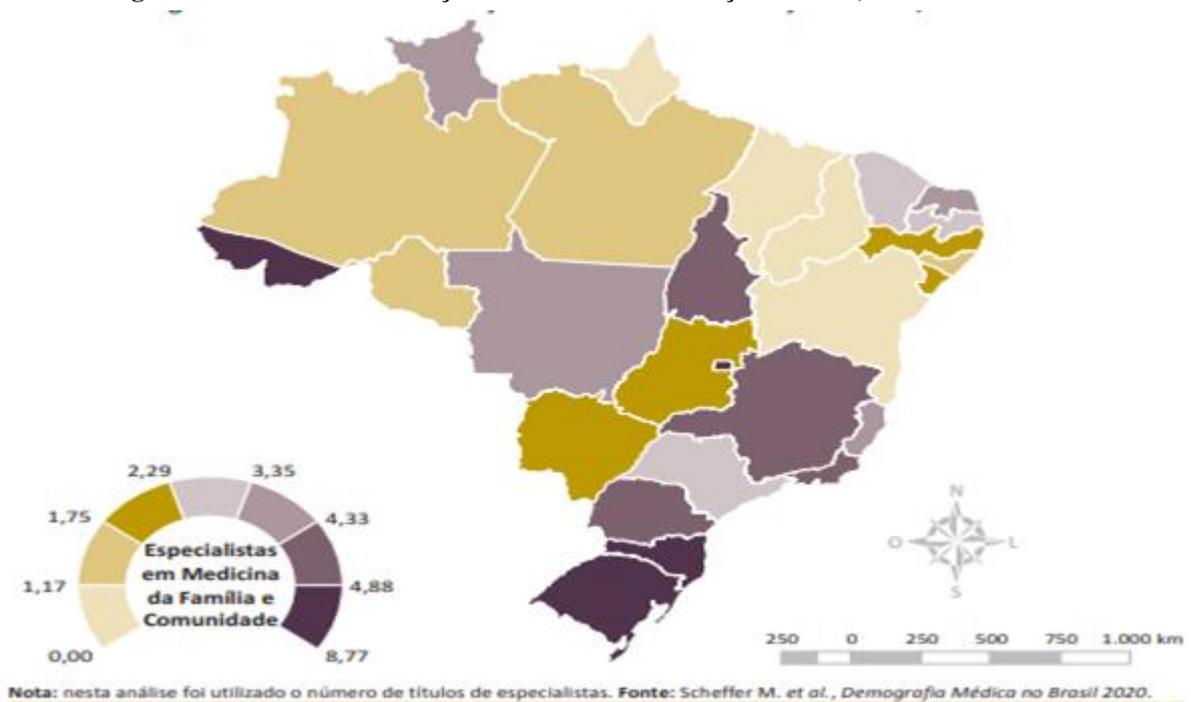
Das 16 instituições que participaram da pesquisa, 5 que participaram da pesquisa se localizam nas capitais dos estados e 11 nas cidades do interior. Os resultados encontrados estão em conformidade com a literatura, a qual evidencia que médicos ainda permanecem concentrados nas capitais, como revelam os dados a seguir: a Região Norte é aquela que conta com região com menor contingente de especialistas – há praticamente um especialista para cada generalista; e no Tocantins, essa razão é ainda menor com taxa < 1 especialista/generalista. Na Região Centro-Oeste, a capital chega à média de 5,44 médicos a cada 1.000 habitantes; no interior, essa taxa é de apenas 1,14, em relação aos especialistas. Os dados do Centro-Oeste (razão de 1,75) são influenciados pelo Distrito Federal, que possui 2,52 especialistas para cada generalista, maior concentração de médicos especialistas em todo o país (SCHEFFER, 2020).

Como se vê, a Região Centro-Oeste – o Distrito Federal, Região Sul e Região Sudeste apresentam maior presença de especialistas. Contrariamente, nos estados das Regiões Norte e Nordeste há, em geral, menor presença de especialistas. Esse padrão só é modificado na especialidade Medicina de Família e Comunidade, em que alguns estados do Norte e Nordeste – Acre e Tocantins – se aproximam das concentrações vistas nos estados do Sul e Sudeste (SCHEFFER, 2020).

Observou-se que os participantes são programas jovens, tendo em vista que (9 programas) têm 5 anos ou menos de existência, (6) de 5 a 10 anos de existência, e apenas (1) conta com mais de 10 anos. Estes dados refletem os esforços do Programa Nacional de Apoio

à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), lançado pelo Ministério da Educação e da Saúde em 2011, Política coordenada e financiada pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC) e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) em 2009, através do financiamento de bolsa para programas considerados prioritários (Quadro 1). O qual ampliou a oferta de bolsas de residência médica em especialidades e regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) e permitiu a criação de residências de Medicina de Família e Comunidade nas regiões Centro-Oeste e Norte. O intuito do projeto foi qualificar os profissionais, fixa-los na região, corrigir a distribuição inadequada de vagas de residências pelo País e formar especialistas para suprir a escassez de médicos em determinadas regiões. No Estado do Tocantins, foram criados mais de sete projetos de residência após o apoio desse programa; e até 2010, não havia residência médica no estado (PETTA, 2011).

Figura 1 - Distribuição de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade por 100 mil habitantes segundo Unidades da Federação e faixas de concentração – Brasil, 2020.



Na pesquisa observou-se que os PRM-MFC baseado no currículo de competências que exige que residentes receba uma formação ampla e qualificada, se esforçam para oferecer oportunidades aos seus residentes de ampliar seus horizontes de levar saúde a quem mais precisa, além da população urbana com a qual os 16 programas atuam, os PRM-MFC oferecem estágios que permitem seus residentes terem contato com populações diversas e variadas, mesmo que de forma não similar entre os programas. Os programas declaram que:

trabalham em seu PRM-MFC com população: (9) Rural, (4) Indígena, (6) Prisional, (5) Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Trans, Queers, Pansexuais, Gêneros, pessoas não binárias e intersexos (LGBTQ+), (1) Florestas, (1) Rua, 6, (1) adolescentes. Essa realidade observada está coerente com a matriz de competências da especialidade MFC elaborada pela SBMFC, publicada e aprovada pela CNRM em 2017 e publicada pelo MEC em agosto de 2019, constituída com os requisitos mínimos dos PRM-MFC que objetiva estabelecer formalmente princípios, fundamentos, procedimentos e finalidades de formação desses especialistas. Tais documentos orientam que entre os residentes de MFC do 1º ano todos devem desenvolver habilidades e competências e ter conhecimentos acerca de sua comunidade. Além de trazer, de maneira muito específica, a importância de compreender a atenção a situações de violência e vulnerabilidade, nesse item entra o cuidado a pessoas privadas de liberdade, pessoas em outras situações de vulnerabilidade em sua região, especificidades do cuidado para pessoas em situação de rua, bem como a compreensão da biologia e fisiologia sexual. Além disso, prevê-se a importância de manejar as demandas relacionadas à sexualidade humana, identidade sexual, homoafetividade, transexualidade, sexualidade em situações especiais (reabilitado físico, doente mental e deficiente, gravidez e puerpério, soropositivos, doenças clínicas avançadas) e situações de preconceito sexual (homofobia, heterossexismo), bem como manejar o uso de hormônios por transexuais.

No início da pesquisa, buscava-se identificar semelhanças e diferenças entre os PRM-MFC. Posteriormente, confrontando a literatura, percebeu-se que estágios nessas áreas com populações prisional, LGBTQ+, rural, que existem em todos os municípios, deveriam ser obrigatórios, uma vez que, segundo a matriz curricular dos programas, essa competência precisa ser adquirida em 100% do residentes de 1 ano, ainda como visto no parágrafo anterior. Estágios com as demais populações – da floresta, indígenas, adolescentes, população de rua – são relevantes para o conhecimento de uma comunidade e devem ser estimulados, uma vez que médico de família deve conhecer os seus pacientes, sua família e a comunidade e aprofundar esse conhecimento ao longo do tempo. Isso porque esse conhecimento é imprescindível a fim de se alcançar atendimento de qualidade e respeitoso aos pacientes em todas as culturas, e para remover as desigualdades de saúde que existem entre grupos culturais, o que também se aplica a comunidades quilombolas, ribeirinhas e outras que não apareceram nesta pesquisa (WATT, 2016).

O MFC é treinado para ser um profissional que atua na prática do cuidado integral à saúde, compondo a equipe de saúde. Estando previsto nas equipes mínimas da ESF e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ele deveria estar incluído nas residências multiprofissionais

onde essas existem e suas atividades deveriam estar integradas a elas (CECCIM, 2018). Essa inclusão, segundo esta pesquisa, não é realidade em todas as residências médicas que coexistem com os programas multiprofissional em saúde. Observou-se a coexistência de (10) dos PRM-MFC com outros programas de residência médica, e (9) com a residência multiprofissional. Entre esses programas que coexistem, há uma taxa ainda menor quando se fala de integração dos programas. Desses que coexistem e se integram a especialidades médicas há (7), e com a residência multiprofissional há (5).

Dentre as principais atividades integrativas que coexistem nos programas, citam-se estágios, matriciamento, desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares nos casos complexos, discussões de casos clínicos, troca de experiência no convívio diário nas unidades de saúde. Observa-se que essas atividades integradas são sugeridas pelas orientações do MEC e pela SBMFC. Na pesquisa, esperava-se que 100% dos PRM-MFC que coexistem com outros programas integrassem suas atividades de maneira a potencializar a formação desse médico de família. Isso porque a integração com outras especialidades médicas e outros profissionais de saúde é um recurso muito valioso na formação de especialista em pessoas e clínico resolutivo frente a 80% problemas de sua população. E diante da complexidade e orientações curriculares do Programa, o especialista nessa área necessita aprender a trabalhar em equipe, a valorizar e buscar a troca de conhecimentos com outros profissionais no manejo do cuidado de casos complexos, bem como dominar construções de projetos terapêuticos singulares e uso de ferramentas de vigilância e monitoramento. Precisa ainda valorizar e estimular a atuação da sua equipe de forma ativa e respeitosa, mediando conflitos quando necessário, fomentando um bom clima organizacional e promovendo a participação e tomadas de decisões compartilhadas. Todas essas aprendizagens podem garantir uma qualidade na sua assistência, bem como otimizar o próprio tempo e da equipe (MEC, 2019).

Embora não sejam bem estabelecidos ou uniformizados, os programas entendem a importância de um MFC ter experiências na sua formação nos demais níveis de atenção e declaram utilizar sempre que possível todas estruturas disponíveis em sua rede de atenção. Na pesquisa, observou-se, que 100% dos programas, para além da APS, inserem seus residentes em outros níveis de atenção com objetivo de que seus residentes possam trocar conhecimentos e aprender outros saberes, ter experiências de trabalho com outros profissionais. Dos programas, 16 têm seus residentes inseridos na atenção secundária durante sua formação; e 13 inserem seus residentes na atenção terciária à saúde. No seguimento, à luz da literatura, a MFC desenvolve, de forma integrada e integradora, práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a pessoas, famílias e comunidades, sendo reconhecida como

uma especialidade de excelência, uma especialidade médica com potencial estruturante para os Sistemas Nacionais de Saúde (ANDERSON, 2007).

Esses estágios em outros níveis de atenção deveriam estar presentes em 100% dos programas, uma vez que, ao final do curso, os médicos de família devem ter conhecimentos, habilidades e atitudes, de maneira a contemplar as especificidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e serem resolutivos frente a problemas de saúde de sua comunidade. Também deverão, de acordo com a Normativa 1/2015, garantir a diversidade de espaços de formação, tais como: ambulatoriais, comunitários, domiciliares, hospitalares, de pronto-atendimento, de gestão em saúde, de atenção psicossocial e de acesso a meios diagnósticos para a garantia do aprendizado e treinamento em serviço dos médicos residentes.

Na investigação sobre estagios optativos identificou-se que os estágios em outras cidades geralmente envolvem PRM-MFC em outros estados brasileiros ou às vezes intercâmbios em programas internacionais, como em Portugal e na Itália. A maioria deles ocorre através de vínculos informais, sem haver uma parceria ou arranjo oficial entre instituições e/ou serviços. São realizados ocasionalmente, para contemplar uma necessidade de aprendizagem do residente ou o interesse por ampliar sua experiência na área de MFC, e não para complementar o programa

O R3 acontece na modalidade Ensino em Serviço, consiste na complementação do programa que corresponde a um terceiro ano não obrigatório, cujo objetivo é complementar a formação do médico de família em áreas como com ênfase em gestão, ensino, entre outros. Os serviços que atualmente oferecem R3 se localizam apenas na Região Sudeste e Sul do país. Além do R3 os MFC podem continuar sua qualificação se inserindo em residências com áreas de atuação compartilhadas com outras especialidades que em a mfc como pré-requisito para sua realização a saber: Administração em Saúde, Hansenologia e Medicina Paliativa (SBMFC, 2018). Na pesquisa não se registrou nenhum programa no Tocantins e Região Centro-Oeste que oferecesse R3 em seus PRM, mas evidenciou 1(um) programa que declarou a existência em sua COREME, de um programa de residência na Medicina Paliativa que aceita a Medicina de Família como pré-requisito. E descreveu que, os residentes de Medicina da Família que optam por essa especialidade o entendem e o chamam de R3. Confrontando a literatura, os dados da pesquisa estão de acordo com o que descreve a SBMFC, a qual define que a especialidade possui duração normal de 2 anos, com 268 programas cadastrados no MEC. E o terceiro ano na Medicina de Família hoje não é obrigatório,. Entre os programas que aceitam a Medicina de Família e Comunidade como pré-requisito, além da Medicina

Paliativa que foi citada na pesquisa, têm-se a Hansenologia e a Administração em Saúde, disponíveis apenas na Região Sudeste (CORREIA, 2018).

Em relação as atividades educacionais seguimos as orientações mínimas de qualidade para um PRMFC (BARBAN, 2020) que tras temas mínimos exigidos para que residentes tenham uma formação ampla e qualificada: entre esses: Fundamentos (paradigmas sistêmicos, fundamentos em APS, pesquisa em APS, produção de conhecimento, qualificação para docência, clínica ampliada com abordagem biopsicosocio espiritual, responsabilidade social); Abordagem Familiar (papel da família na saúde e adoecimento, entrevista familiar, ferramentas de abordagem familiar, ciclos de vida, visita domiciliar, violência familiar); Abordagem Comunitária(papel da família na saúde e adoecimento, entrevista familiar, ferramentas de abordagem familiar, ciclos de vida, visita domiciliar, violência familiar); Abordagem Centrada na Pessoa(medicina baseada em evidências e epidemiologia clínica, raciocínio clínico, medicina narrativa, práticas integrativas e complementares em saúde, saúde mental, saúde do trabalhador, sexualidade e gênero, resolutividade clínica, habilidade de comunicação, competências clínicas, violência interpessoal); Gestão(regulação, profissionalismo e liderança, melhoria da qualidade, planejamento local em saúde, gestão da clínica e trabalho em equipe, gestão da agenda, redes de atenção à saúde e intersetorialidade,); Temas Clínicos mais comuns(saúde da criança, do homem, da mulher, idosos, gestantese outros). Verificamos que os programas estão atualizados e seguem essas normativas d SBMFC dos 16 , 2 programas relatam dificuldades de trabalhar com fundamentos.Esses temas são m norte importantes aos PRM-MFC e para qualificação dos programas todos devem trabalhar para o dominido de todos os temas.

4.1.1 Características dos residentes

O MFC é um profissional competente e resolutivo que atua em cenários de prática que contemplam os atributos da atenção primária à saúde, os quais podem ser elencados como acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Ele atua como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, prestando acesso e lidando com os problemas de saúde, independentemente de idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa, exercendo uma boa relação médico-paciente e custo-efetividade. É o responsável pelo desenvolvimento e manutenção de suas aptidões, equilíbrio e valores pessoais, como base para a prestação segura

e efetiva de cuidados de saúde aos pacientes (GUSSO, 2019; WONCA, 2002; MEC, 2015; MCWHINNEY, 1996; RIBEIRO, 2019; ARIAS-CASTILLO, 2010).

A pesquisa evidencia a média de 3 (três) residentes por preceptor nos PRM-MFC. Tal constatação está em conformidade com a literatura, conforme encontrado na Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015, que institui o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas. O PRM-MFC, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, aponta que existe uma proporção de 1 (um) profissional médico preceptor para cada 3 (três) profissionais médicos-residentes, que também é a orientação da SBMFC (BARBAN, 2020). Em relação a população/residente, verificou-se, na pesquisa, que (6) dos programas entrevistados consideram a proporção ideal nas equipes de 1 residente para até 2000 pessoas. Em (12) dos programas, os residentes seguem a PNAB, que orienta de 2000 a 3.500 pessoas, sendo que (4) dos entrevistados estão com suas equipes e residentes sobrecarregados, devido à grande população assistida.

Esses resultados se comparam à literatura encontrada sobre o assunto, segundo os quais os PRM-MFC são uma forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e a resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica. Nesse sentido, tais resultados recomendam, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas, e que esteja localizada dentro do seu território, de modo a garantir os princípios e as diretrizes da Atenção Básica, mas podendo se adequar à necessidade da APS (BRASIL, MS, 2017).

A SBMFC orienta para residência em MFC que a equipe ideal sugerida deva ser composta por até 4.000 pessoas cadastradas com até 2.000 pessoas por residente. Essa entidade reforça que considera a proporção ideal nas equipes de 1 residente para até 2.000 pessoas, conforme a normativa da Comissão Nacional de Residência Médica 01/2015 e as conclusões do Encontro do Grupo de Trabalho de Ensino, realizado entre 29 de novembro e 1º de dezembro de 2019, no Rio de Janeiro.

Na pesquisa, (3) dos PRM-MFC relatam conhecer que 100% de seus residentes cursam a especialidade como sua primeira opção, após término da graduação. Também (3) acreditam que a maioria de seus residentes, cerca de 50 a 80%, fizeram a especialidade como primeira opção; e (10) não responderam ou não conhecem essa informação. À luz da literatura, nota-se que a passagem pelo ensino superior é quase uma unanimidade nas

expectativas dos adolescentes e adultos jovens (BARDAGI, 2021).

Estudos mostram que os acadêmicos que cursam Medicina geralmente tentaram mais de uma vez o vestibular; que as taxas de desistência são baixas; e que os graduandos em Medicina são motivados por aptidões pessoais e vocacionais, pela possibilidade de realização pessoal e pelo desejo de contribuir com sociedade (CARDOSO, 2015). Contudo, ao se abrir um grande leque de escolhas, inicia-se um novo e difícil ciclo, que é a escolha da especialidade. Isso porque essa decisão está intimamente relacionada com o tipo de vida que se quer ter, e há pouca orientação na graduação sobre escolha de carreira médica. O médico em formação geralmente escolhe a partir das experiências que viveu ao longo do curso ou inspirado por algum médico que conheceu. Então faltam estudos que mostrem: se os médicos que estão na residência têm aptidão ou vocação para desempenhar as especialidades que escolhem; os motivos que levam um médico recém-formado a escolher sua especialidade; e se a especialidade cursada é realmente a especialidade que se tinha como primeira opção dentro do planejamento pessoal de carreira.

A existência de estudos contemplando essas questões poderia auxiliar na escolha da especialidade, considerando que o ser humano satisfeito se torna mais motivado e empenhado em desenvolver com excelência as atividades a que se propõe; e que frustrado, acaba por exercer a atividade sem a menor satisfação (BARDAGI, 2021), e disso podem derivar consequências negativas. A pesquisa não permitiu identificar se os residentes de MFC de fato escolhem a especialidade de residência com segurança e desejo de exercer bem aquela atividade por identificação com a especialidade; se a escolhem como forma de descoberta e entendendo que a especialidade lhes dará experiência em diversas áreas na medicina e possibilitará escolher sua especialidade; ou se existem outras motivações, como financeiras ou de comodidade.

Na pesquisa, 6 PRM-MFC dos entrevistados, conseguem ocupar 100% de suas vagas do programa de residência. Os (10) demais relataram não conseguir ocupar todas as vagas liberadas. Conforme a literatura pesquisada, faltam estudos que identifiquem por que ainda há tantas vagas ociosas e por que essas vagas ociosas não estão sendo distribuídas para locais onde está havendo mais procura. Essas incongruências não são sanadas, ainda que haja ampliação de programas, aumento de número de vagas de residência, promoção da especialidade e da formação de profissional qualificado com conhecimentos em saúde, complementação de bolsa e incentivos do MEC de 10% de bônus na pontuação em outros processos seletivos de residência (CNRM, 2011).

Em relação ao financiamento das bolsas dos residentes, (9) dos programas são

financiados pelo Ministério da Saúde e (7) pelo Ministério da Educação. Dos 16 programas, (13) recebem bolsas complementares. As bolsas complementares não são padronizadas, variando de R\$ 1.000 a R\$ 10.000 reais. (Quadro 6). As bolsas complementares são possíveis graças ao Programa Pró-Residência e à Portaria 3.147, de 28 de dezembro de 2012, que inclui as especificações de “preceptor” e “residente” no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, para fins de pagamento. Essa Portaria estimula a ocupação de vagas atualmente disponíveis nos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e delega às Secretarias Municipais de Saúde que cofinancie o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso, e que confira, se possível, aos médicos residentes, a mesma remuneração concedida aos médicos que trabalham na Atenção Básica, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, considerando-se a proporcionalidade da carga horária de atuação. A discrepância entre salários de residência e depois de médico especialista é uma das causas de desistência da especialidade. Comparando o salário de residentes e preceptores, verificou-se que um residente chega a ganhar, nos dias atuais, cerca de R\$ 1.000 a R\$ 2.000 a mais que um preceptor especialista.

4.1.2 Caracterização do corpo docente

A discussão sobre a preceptoria médica tem crescido na área da educação médica (2). No entanto, a maioria dos trabalhos diz respeito à graduação, enquanto uma minoria relata experiências de preceptoria na residência (CASTELLS, 2016). Esta seção traz conceitos de preceptoria à luz da literatura e faz a discussão a partir dos resultados obtidos na pesquisa realizada para os fins desta dissertação.

Segundo o Artigo 22 da Resolução nº 1, da Comissão Nacional de Residência Médica, de 25 de maio de 2015 (CNRM, 2015),

o supervisor e os preceptores do PRM deverão ser preferencialmente especialistas com certificado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na área e/ou portadores de certificação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade acreditado ou expedido pela Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade. Parágrafo único. Também estão habilitados ao exercício da função especialistas com titulação acadêmica lato sensu ou stricto sensu compatível ou notório saber na área e em atuação profissional como médico de família e comunidade e os médicos docentes na área que atuem em instituição de educação superior (CNRM, 2015).

A preocupação com a preparação profissional daqueles que cuidam da saúde da

população é fundamental. Há sempre um profissional experiente que auxilia na formação do profissional iniciante. No campo da saúde, na atualidade, esses profissionais experientes, de elevada qualificação profissional, recebem denominações diversas, como preceptores, mentores e tutores. Eles têm a função de orientar diretamente os médicos residentes do programa de treinamento (BOTTI, 2009; CNRM, 2004; BRASIL, 1977). Não há muitas evidências na literatura sobre descrição do preceptor em Medicina de Família e Comunidade, mas se sabe que ele é o profissional responsável pelo aprendiz no contexto de vida real, e há esforços recentes de médicos de família para entender quem são, onde estão e se estão se capacitando em preceptoria, entre outras informações (RIBEIRO, 2019).

Nesse contexto, entende-se que o preceptor de MFC deve atuar como facilitador do processo de aprendizagem do residente, identificando, com base no Projeto Político Pedagógico do Programa, quais são as lacunas de aprendizagem do residente e auxiliá-lo a preenchê-las. E todos devem possuir titulação ou residência em MFC (SBMFC, 2018; CNRM, 2004). Entretanto, reconhecendo a necessidade de provimento, e que atualmente nem todos os programas têm esse perfil de preceptores no momento de sua autorização pela CNRM, sugere-se uma transição, com contratação de clínicos com experiência em APS e competência técnica e ética suficientes para serem preceptores. Também se recomenda um prazo máximo de 4 anos, desde a aprovação da abertura do PRM-MFC, para que todos os seus preceptores tenham essa titulação. A pesquisa não traz dados suficientes para esclarecer se todos os programas da residência do Centro-Oeste e Tocantins já se adequaram a essa orientação ou não.

O Plano Nacional de Formação de Preceptores para os PRMFC, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas, definiu a proporção de 1 (um) profissional médico preceptor para cada 3 (três) profissionais médicos-residentes, o que também é a orientação da SBMFC. A pesquisa conseguiu evidenciar que os PRM-MFC seguem essa orientação

Em investigação nessa pesquisa chegamos a um quantitativo de que os 16 programas contam com: 103 preceptores titulados pela MFC, 104 com residência de MFC, 32 com mestrado, 11 com doutorado, 97 preceptores na atenção secundária, 49 na atenção terciária, 178 preceptores remunerados e 68 preceptores voluntários. Nos níveis de atenção secundária e terciária, predomina a preceptoria voluntária; e impressiona o número de preceptores nesses outros níveis de atenção que os programas relatam poder contar na sua rotina. Não há dados suficientes para verificar se a especialidade, seu mestrado e doutorado somam algo na remuneração desses preceptores; nem existem informações suficientes para

discutir por que a maioria dos preceptores de atenção secundária e terciária são predominantemente voluntários. Mas é possível observar o pequeno quantitativo de médicos mestres e doutores atuando nos prm-mfc existente verificase- que 3 programas detem a maioria desses profissionais de melhor qualificação profissional enquanto outros programas estão atuando sem nenhum mestre ou doutor em sua instituição o que justifica os dados de que existem programas que não conseguem trabalhar fundamentos da disciplina que envolvem entre eles a pesquisa científica. Estudando esses dados é perceptível também que a preceptoria é fundamental para o desenvolvimento e a qualidade da formação dos residentes e merece ser discutida e mais bem estudada em trabalhos futuros.

Na sequência, a pesquisa discorre acerca da remuneração dos preceptores. A preceptoria médica – que deve ser realizada por profissional de elevada competência profissional e ética, que esteja em contínua atualização e dedicado ao serviço e à educação em serviço – geralmente é remunerada pelo salário do profissional daquele serviço, acrescida de uma gratificação. Mas como se vê no Quadro 8, essa não é uma regra. Não há literatura ou legislação que oriente bem essa questão de remuneração da preceptoria. Está prevista em lei apenas a Resolução CNRM Nº 005/2004, de 08 de junho de 2004, que dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica e que o preceptor/tutor, que seria o coordenador do programa, deveria receber a bolsa correspondente à do médico residente, acrescida de 10% (dez por cento), equivalente hoje a R\$3.663,47. Contudo, nenhum dos programas relata ter essa remuneração. Dos programas entrevistados, apenas 2 referem remunerar mais o coordenador do programa, com o valor de R\$500,00 a mais que o preceptor, não chegando a esse valor previsto na Resolução.

A pesquisa evidencia que dos programas entrevistados, (3) relatam que não remuneram seus preceptores, os quais recebem apenas o salário da sua atividade na UBS; (2) pagavam de R\$1.000 a R\$1.999, (5) pagavam de R\$ 2.000 a R\$3.000 reais, (5) pagavam mais de R\$3.000, e (1) não responderam. A remuneração é uma maneira de incentivo para o profissional se manter na preceptoria e a se qualificar nessa área, porém na pesquisa ficam evidentes outras formas de motivação. Verificou-se que (12) dos PRM-MFC realmente veem a gratificação paga como forma de incentivo; e para além disso, (9) investem em capacitações; (4) incentivam a pesquisa, embora não descrevam como; (5) incentivam a participação em congressos; (1) oferecem folgas durante o ano; (1) oferecem outros incentivos, como fixação em unidades de saúde mais estruturadas; e (1) não responderam. Todos os programas informaram que motivam seus preceptores de alguma maneira, o que já é de certa forma importante, uma vez que os mesmos precisam estar motivados para formarem

profissionais engajados, uma vez que o residente é reflexo de seu preceptor (Quadro 9).

A inserção dos preceptores, de várias maneiras, deve sempre respeitar a proporção de equipe ideal com a composição de até 4.000 pessoas cadastradas, com até 2.000 para cada residente (BARBAN 2020).

Na pesquisa verificou-se que alguns programas utilizam mais de um modelo de inserção de seus preceptores (Quadro 10). Na prática, o modelo de inserção de preceptores depende muito da infraestrutura, número de residentes, e necessidade de saúde de cada região. Entre os modelos, observa-se: 1 preceptor e 1 residente na mesma equipe, 1 preceptor e 1 residente em equipes diferentes, 1 preceptor e 2 residentes na mesma equipe, 1 preceptor e 2 residentes em 2 equipes, 1 preceptor e 2 residentes em 2 equipes, 1 preceptor volante e 2 residentes em 2 equipes, 1 preceptor e 3 residentes na mesma equipe, 1 preceptor e 3 residentes em 2 equipes, 1 preceptor e 3 residentes em 3 equipes, 1 preceptor volante e 3 residentes em 3 equipes, 1 preceptor sem equipe exclusiva, 2 residentes por equipe em 2 equipes. Apenas o modelo com preceptoria exclusiva não é contemplado nas recomendações da qualidade dos Programas de Medicina de Família e Comunidade da SBMFC (BARBAN 2020).

A entrevista da pesquisa mostra que há um grande número de residentes e que a distribuição deles é, muitas vezes, de mais de um residente por equipe ou residentes e preceptor em uma equipe. Essa distribuição leva a pensar em como se dá a organização desses em uma unidade para que haja atendimento por ambos, sem haver queda de produtividade. Alguns programas possuem uma estrutura física que comporta residentes com suas salas individuais, mas, na maioria das vezes, é necessário fazer o revezamento e compartilhamento de sala de residentes e preceptores com outros médicos ou outros membros da equipe de saúde. Entre os programas entrevistados, (5) referem compartilhar consultórios; (7) referem ter atendimentos em consultórios individuais não compartilhados; e (4) dos programas trabalham com ambos os tipos de divisão de consultórios (Quadro 11).

O residente observa os preceptores, tomando-os como modelo não apenas de conhecimento e de habilidades técnicas, mas também como espelhos de comportamentos e atitudes (BRANCH, 2001; BOTTI, 2010). E esse processo pelo qual o residente adquire conhecimentos, habilidades e valores, e começa a aprender a exercer o seu papel na sociedade, é chamado de formação da identidade profissional (BOTTI, 2010; HAFFERTY, 2006). Os preceptores têm o objetivo de auxiliar seus residentes na aquisição das competências, habilidades e atitudes (VELHO, 2012), bem como no ganho de experiência prática no serviço em que se insere. Dentro das orientações do projeto pedagógico do PRM-

MFC e do currículo da especialidade, o residente possui multitarefas essenciais na formação do MFC. E por isso, itens estudados na pesquisa, como remuneração adequada, estratégias de motivação e capacitações contínuas, são essenciais e precisam ser discutidos e melhorados a cada dia. O preceptor é primordial para o desenvolvimento de um programa de qualidade.

4.1.3 Infraestrutura educacional dos programas analisados

Na Residência Médica, o treinamento em serviço envolve o aprimoramento do raciocínio clínico, que serve de instrumento de alta aplicação na prática e por meio do qual se faz a articulação entre o caso individual de um paciente e a teoria geral sobre as doenças. O olhar clínico deve ser apurado e refinado nesse treinamento, e a ele são acrescidas as ferramentas de comunicação e as tecnologias diagnósticas e terapêuticas, fatores fundamentais para a adequada compreensão dos seres humanos (VELHO, 2012). Para isso se tornar efetivo, os programas devem contar com uma boa infraestrutura, pois trabalhar em uma unidade com uma estrutura física adequada é um desejo de todo profissional de APS que deseje estar inserido em um ambiente acolhedor, com espaço e dentro dos padrões de qualidade. Isso porque um ambiente com condições adequadas facilita o trabalho do profissional e o motiva, encoraja o melhor desempenho da equipe e promove melhoria do acesso.

O Ministério da Saúde, que compartilha dessa mesma visão quanto ao ambiente de trabalho, instituiu em 2011 o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS. Além disso, buscava-se prover condições adequadas para o trabalho em saúde, além de ações que visavam à informatização dos serviços e à qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe, à qual se adere por meio de uma plataforma digital, o SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras). Nesse sistema é solicitada tanto a adesão ao programa quanto é realizado o registro do andamento das obras. A pesquisa não conseguiu extrair dados que informassem se todas as UBS receberam reforma ou sobre o Programa Qualifica UBS.

Sobre a infraestrutura nas unidades básicas, a pesquisa evidencia que todos os 16 programas contam com acesso a internet e manutenção frequente de suas unidades básicas, 15 possuem sala de procedimentos e observação de pacientes, e em 14 há salas de reuniões e auditórios, além dos consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem. Sobre a infraestrutura dos PRM-MFC, 12 dos programas possuem biblioteca; os demais gostariam de ter uma biblioteca específica para médicos de família; 16 relatam possuir salas de reuniões e auditórios, embora, na entrevista, não tenha ficado claro se é em um espaço próprio ou se

utilizam auditórios e salas nas unidades de saúde; 5 apenas contam com laboratórios de treinamento prático de habilidades. Dos programas, 14 trabalham com prontuários eletrônicos; e desses, 4 ainda mantêm prontuário físico; 2 ainda trabalham apenas com prontuário físico, embora já tenham internet em sua UBS; 14 utilizam de recursos multimídia e suas atividades; e apenas dois programas referem ainda não terem aderido a esses recursos. Na sequência, os programas revelam que 13 programas gostariam de ter mais recursos materiais ou digitais disponíveis; entre os recursos desejados, estão assinatura de plataformas digitais baseadas em evidências, como UP TO DATE, BMJ LEARNING, DYNAMED, aquisição de livros didáticos, acesso a bibliotecas específicas de Medicina de Família e Comunidade, plataforma ou aplicativo pedagógico e avaliações cotidianas, laboratório realista de treinamento de atividades práticas, acesso a *datashow*, *flip chart*, entre outros; e 3 não responderam.

Na residência médica, responsabilidade de preceptores é relevante, pois é nessa fase que se busca conseguir o equilíbrio entre a formação científica obtida na graduação e uma formação que desenvolva as competências e habilidades. Além disso, é fundamental a aquisição progressiva de responsabilidade pelos atos profissionais, desenvolvimento da capacidade de iniciativa, julgamento e avaliação, internalização de preceitos e normas éticas, e o desenvolvimento de espírito crítico e profissionalismo, indispensáveis à prática daquela especialidade em questão (BOTTI, 2010) e se torna ainda mais relevante discutir como se dá o processo de ensino-aprendizagem nessa modalidade de pós-graduação.

Observa-se a necessidade de uma mudança na forma de educar, de maneira a colocar o residente no centro do aprendizado e desenvolver esse profissional não apenas tecnicamente, mas trabalhar com ele diversas formas de conhecimentos e habilidades, e auxiliá-lo na aquisição de atributos técnicos e relacionais e a se identificar e se responsabilizar por seus atos profissionais, de maneira que a aprendizagem se torne significativa (BOTTI, 2010). Nesse sentido, as metodologias ativas estão a favor desse processo nesta pesquisa. Os preceptores trabalham com metodologia ativa em (15) dos programas, e apenas um programa refere ainda possuir metodologia tradicional de ensino. Desses (15) programas que reportam utilizar metodologias ativas declaram utilizar 8 tipos de metodologias, entre elas estão Aprendizagem em pequenos grupos, Sala invertida, Aprendizagem baseada em projetos, Análise e discussão de vídeos e filmes (Cine viagem), Team Based Learning (TBL), Análise de gravações de atendimento e outras, como Rodas de conversa. Os recursos solicitados auxiliam, em grande parte, no desenvolvimento das metodologias ativas de aprendizagem.

Quanto à missão, os PRM-MFC buscam ser inclusivos e integradores, para formar

profissional altamente qualificado, ético e compassivo, orientado para o cuidado integral ao paciente e a busca constante de aprimoramento, apto a desenvolver um trabalho de excelência. Sua visão é formar profissionais com elevada formação técnica, ética e humanista, apto ao exercício profissional responsável, e comprometido com as necessidades do paciente e da comunidade.

Continuando a caracterização dos programas, abordou-se o tema Projeto Pedagógico (PP), que consiste em um documento burocrático no qual se definem a identidade e os objetivos do PRM-MFC e indicam-se caminhos para um ensino de excelência. Nele devem estar claros os aspectos legais; a apresentação da missão, dos objetivos e da justificativa do Programa; bem como estar definido público-alvo ao qual se destina o documento; ter definidos seus colaboradores e parceiros; trazer as diretrizes pedagógicas, a explicação de títulos concedidos, recursos, plano de aprendizagem, plano de ação, processos de avaliação, entre outros. É um documento complexo. Para ser efetivo, todos que possuem relação com o PRM-MFC devem ter acesso, na íntegra, a esse documento para que ajudem a executá-lo em toda sua complexidade.

Na pesquisa, todos os programas possuem o PP, porém apenas (5) publicaram esse documento em sites institucionais ou diário oficial. Isso se configura uma falha, uma vez que um documento tão importante deve estar acessível a todos os envolvidos no programa. Na caracterização do programa, observou-se que cada programa de residência utiliza seus 10 a 20% de carga horária teórica de maneira diferente, oferecendo aulas, discussões de casos clínicos ou de artigos científicos, reuniões na maioria dos programas semanais, porém também há atividades quinzenais e mensais com duração de 1 a 4 horas. Quinze (15) programas oferecem cursos de metodologias científica para residentes e preceptores, embora desses, apenas (10) relataram oferecerem incentivo à pesquisa científica a docentes e preceptores.

4.1.4 Avaliação dos programas

A avaliação é um meio de tornar os atos de ensinar e aprender produtivos e satisfatórios. Ela deve acontecer de maneira processual, conforme a necessidade e o desempenho do residente, que vai sedimentando seu processo de aprendizagem a partir das avaliações, de maneira construtiva, com o intuito de aprender e não apenas alcançar resultados (ARAÚJO, 2015). Avaliar consiste no ato de investigar a qualidade daquilo que constitui seu objeto de estudo e, por isso mesmo, retrata a sua qualidade (LUCKESI, 2011;

COREME/FESP, 2021) e auxilia a obter informações para tomada de decisões (CASTRO, 2007).

Nesta pesquisa, investiga-se se o processo de avaliação estabelecido nos programas é uma maneira de verificar se as residências têm ferramentas para identificar, mediante processos avaliativos, lacunas de aprendizado ou potencialidades no desenvolvimento de seus residentes ao longo do PRM-MFC. Investiga-se, ainda, se através das residências é possível traçar estratégias de aprendizagem para trabalhá-las e monitorá-las. E se essas avaliações estão sendo documentadas, pois uma vez documentadas, elas podem ser um indicador de qualidade do programa (CASTRO, 2007). Nos programas de residência, as práticas avaliativas adotadas devem se basear nos princípios do Projeto Pedagógico da Residência, bem como no seu currículo integrado orientado por competência, articulação teoria-prática, interdisciplinaridade e concepção reflexiva da aprendizagem, de modo que os objetivos educacionais sejam contemplados (LEMES, 2021; COREME FESP, 2021).

A pesquisa apontou que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde propõem a utilização de métodos de aprendizagem ativa com o intuito de preparar os futuros profissionais para realizarem o cuidado integral e a resolução de problemas, ao aproximá-los da realidade (LEMES, 2021). As metodologias ativas de aprendizagem são usadas para formar e habilitar médicos com as competências necessárias na área da MFC. Elas auxiliam nos processos de ensino-aprendizagem e valorizam o aprender a aprender através de problemas da prática cotidiana no serviço. Seu uso coloca o residente como centro do aprendizado, levando-o a refletir sobre suas ações e a transformar sua realidade. Neste contexto e com os resultados desta pesquisa, evidencia-se 15 em 16 PRM-MFC utilizam metodologias ativas, sendo relevante a utilização de estratégias de avaliação no desenvolvimento da aprendizagem ativa (LEMES, 2021). Dentre as abordagens de avaliação, a avaliação formativa (orientadora), usada para apoiar a aprendizagem e o ensino, acontece regularmente e oferece aos professores meios para encontrarem lacunas no aprendizado e corrigi-las em tempo hábil, consistindo em uma maneira de ajudar os alunos a aprenderem na prática diária. Já a avaliação somativa (classificatória), serve apenas para registrar e reportar, tendo como função básica a indicação à progressão ou não do residente (SANTOS, 2016).

Conforme mostra a pesquisa realizada para esta dissertação, todos os programas estão familiarizados com os contextos de avaliação de aprendizagem ativas, pois todos relatam fazer avaliação formativa. Já em relação à avaliação somativa, 15 PRM-MFC a aplicam, gerando um conceito para o residente; 1 programa menciona não ter avaliação somativa em seu programa. Quanto à avaliação analítica, 8 PRM-MFC a fazem com

periodicidade distinta, muitas vezes usando a estratégia da avaliação em 360°. Em relação à avaliação dos preceptores pelos residentes, a pesquisa evidencia que (13) dos programas a entendem e a realizam. As avaliações dos estágios nos níveis de atenção em saúde secundários e terciários seguem essas mesmas proporções, respectivamente. No que diz respeito à autoavaliação do residente, (14) dos programas referem que seus residentes fazem autoavaliação de suas atividades; já a autoavaliação dos preceptores é realizada por (9) dos programas, e (7) não a realizam.

Continuando as avaliações, todos os programas entrevistados relatam exercer uma influência positiva na saúde de seus municípios, o que vem de encontro a toda a literatura que coloca a residência médica como “padrão-ouro” de formação de médicos especialistas, constituindo-se como um campo de estágio eficaz e insubstituível, no momento da formação médica (CASTRO, 2007). O PRM-MFC, mesmo em locais com dificuldades, promove uma reorganização e qualificação da rede de saúde, o que por si só já é benéfico.

Entende-se que o valor de bolsa, sistema de formação, estágios especializados em diferentes campos de atuação, preceptoria exclusiva, metodologias ativas, elevada qualificação técnica dos preceptores, força e credibilidade institucional, empatia e proximidade com os residentes, construção do PP embasado na realidade e trabalho interprofissional são potencialidades dos programas analisados (Quadro 20). Alguns programas apresentam mais de uma dessas características, mas o ideal seria que todos os programas conseguissem incorporar todas elas em sua estrutura educacional.

Nesta seção de avaliação, nota-se o empoderamento dos PRM-MFC que estão atualizados em cooperativas, em busca da melhoria de seus programas e atentos às orientações da SBMFC, que vêm desenvolvendo conteúdo recente com o objetivo de qualificar esses programas. São programas que, com todas as limitações, qualificam a assistência ao usuário, melhorando a resolutividade e qualidade, aprimoram o vínculo da comunidade com serviços de saúde, estimulam mudanças de práticas nos serviços, fixam médicos para atuarem na região, promovem e incentivam a capacitação e organização de toda a rede de saúde.

Na avaliação observa-se que todos os programas entendem a importância de seus preceptores e todos tentam incentivá-los, conforme seus recursos. Todos eles demonstram interesse e vontade de fazer mais pelos docentes de suas instituições. Na atualidade, grande parte dos preceptores é remunerada, mas também há um grande número de preceptores, tanto remunerados como voluntários, envolvidos nos PRM-MFC. A inserção desses na prática varia de acordo com cada realidade: existem programas que apresentam até três modos distintos de

inserção de preceptores e residentes na prática. Há ainda pouco incentivo à pesquisa e à capacitação continuada desses profissionais. Pelo número de preceptores, existe pequena quantidade de mestres e doutores nas instituições de formação.

4.1.5 Perfil dos egressos

Esta pesquisa não teve a intenção de avaliar egressos de PRM-MFC, e sim entender se esses programas fazem a avaliação dos seus residentes após conclusão de curso, por se acreditar que essa é uma atividade que serve para elevar e qualificar os programas de residência. Observou-se que a maioria dos programas não faz acompanhamento dos seus egressos, e aqueles que o fazem não é de maneira estruturada e sistematizada.

À luz da literatura, sabe-se que, historicamente, os currículos das escolas médicas não propiciam uma formação voltada à atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Atenção Básica (CAVALLI, 2018). Por isso, desde 2001, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação estão trabalhando na reestruturação dos currículos de graduação (BRASIL, MEC, 2014) e no aumento do número de vagas de residência para que o médico que deseje atuar na APS receba a formação complementar necessária. Avaliar o egresso é útil para investigar o sincronismo entre o treinamento fornecido e a demanda profissional (KOCH, 2011) e ainda há poucos estudos sobre egressos, como se vê nas pesquisas.

Acompanhar egressos consiste em uma importante fonte de informação para a gestão, pois permite ajustes no programa e pode propiciar, do ponto de vista de quem recebeu a formação, uma avaliação precisa da sua instituição de ensino. Além disso, pode permitir que os programas entendam se estão formando os profissionais que pretendiam formar, desde a criação de seu programa. Assim, é possível saber se os residentes seguem na carreira de Medicina de Família, ou se foram atuar em outras áreas e se estão atuando em outras áreas, se ter feito especialidade de MFC antes os tornou melhores ou não, como ser MFC interfere em suas vidas profissionais, se algum egresso fez mestrado ou doutorado, se algum egresso permanece em seu programa de MFC, se eles se fixaram na região onde foram formados.

Porem a pesquisa demonstra que PRM-MFC não possui ferramentas e instrumentos previstos para avaliar seus egressos, sendo que (1) deles ainda não possuem egressos, porém sinalizam a previsão de fazer essa avaliação assim que o tiverem,. A pequena parte de programas (3) que declararam fazer avaliação de egressos não o faz de maneira sistemática; Os 16 programas informam tem notícias e monitora seus egressos por meios informais de comunicação como grupos de WhatsApp ou por trabalhos pontuais que algum

residente desenvolveu em seus programas. Então não se conhece o perfil desses residentes e as questões relacionadas a egressos que vêm sendo estudadas e que podem fornecer indicadores importantes para avaliação dos PRM-MFC, como: fixação dos residentes egressos, onde estão morando ou atuando, se houve aumento da renda pós-curso, tipo de trabalho, tipo de vínculo trabalhista, carga horária e remuneração no trabalho, benefícios da conclusão da residência, grau de importância atribuído à residência, nível de satisfação, avaliação da instituição, entre outros (MATOS, 2018; GUEDES, 2019). Alguns trabalhos informam que entender o perfil dos egressos permite também avaliação do impacto da implantação de novos programas de residência em regiões prioritárias, até para verificar se os esforços para abertura de vagas estão surtindo efeito, assim como proposto no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência, é um estudo que se faz necessário.

CONCLUSÕES

Este trabalho surgiu do incômodo gerado pela falta de pesquisas e dados consistentes sobre os PRM-MFC em sua totalidade e da necessidade de se verificar a adequação da formação profissional por meio de indicadores de qualidade que não existiam até o início deste estudo. Ao longo do processo de construção, verificou-se que esse incômodo não era exclusivo desta pesquisadora, mas uma necessidade dos médicos de família brasileiros que buscam a qualificação de seus programas, bem como seu reconhecimento perante a sociedade e outras especialidades.

Com a pesquisa se pôde verificar que algumas questões tinham muita relevância em relação à qualidade dos PRM-MFC. Entre esses pontos de atenção se constataram: a existência de projetos pedagógicos que, sem uma ampla divulgação, não puderam ser considerados um recurso de conhecimento e pertencimento ao programa; o número de população/residentes que, se extrapolado, afeta o serviço e o aprendizado; a oferta de estágios complementares para que residentes alcancem todas as competências mínimas atribuídas pela SBMFC e pelo MEC; a qualificação de preceptores, nos quais os residentes se espelham; os estudos científicos com as conquistas dos programas e avanços podem contribuir com as experiências de outras instituições; o processo de avaliação bem estruturado para residentes preceptores e programa, de uma forma geral; o monitoramento de egressos. Todos esses aspectos se comprovam, nesta pesquisa, como indicadores de qualidade.

Outras questões esclareceram dúvidas desta pesquisadora, mas, em uma análise mais detalhada, não apresentaram tanta relevância para a qualificação dos programas, como, por exemplo, se a primeira escolha de residência do residente seria realmente a MFC. Isso porque há pessoas que podem ter encantamento por essa área e se frustrarem diante de sua complexidade, ao passo que há pessoas que podem não conhecer ou menosprezar a especialidade e se render a ela.

Verificou-se que há dificuldades em se proceder ao monitoramento e à avaliação periódica de um programa de formação profissional com tantas dimensões a serem trabalhadas, em contextos extremamente díspares, tanto nos aspectos sociodemográficos, organizacionais quanto em relação a localização geográfica e disponibilidade de recursos humanos para o funcionamento dos programas e para as avaliações dos mesmos.

Sendo assim, como produto desta dissertação, será apresentada uma proposta de indicadores mínimos para o monitoramento e avaliação periódicos dos programas, de fácil implementação e que contribua para decisões informadas por evidências na condução destes processos formativos. Tal produto será apresentado no formato de uma proposta de matriz para avaliação dos programas de residência de MFC.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Marcelo Pellizzaro Dias *et al.* Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2509, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2509>. Acesso em: 29 ago. 2021.

ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 3, n. 11, p. 157-172, 2007.

ANDERSON, Maria Inez Padula; RODRIGUES, Ricardo Donato. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 6, n. 18, p. 19-20, 2011.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *Do surgimento da medicina social ao surgimento da intersectorialidade* (s/d). Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/2%20%20DO%20SURGIMENTO%20DA%20MEDICINA%20SOCIAL%20AO%20SURGIMENTO%20DA%20INTERSETORIALIDADE.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

ARAÚJO, Adriana Viríssimo. *O sentido da avaliação para as aprendizagens dos alunos: na prática avaliativa dos professores*. 2015. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Coordenação Pedagógica) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ARIAS-CASTILLO, Liliana. *Perfil do médico de família e comunidade: definição Iberoamericana*. Eslovênia: WONCA, 2010. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf. Acesso em: 29 ago. 2021.

ARREAZA, Antônio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500037&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 29 ago. 2021.

ARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

AUGUSTO, Daniel Knupp. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil?. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 20, p. 1-4. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1695>. Acesso em: 29 ago. 2021.

BARDAGI, Marúcia *et al.* Escolha profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de estudantes formandos. *Psicologia Escolar e Educacional*. Campinas, v. 10, n.

1, p. 69-82, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2021.

BIAZOTTO, Marize Lima de Sousa Holanda. *A qualitative study of the impact on learning in the process of assessment of training junior doctors*. Thesis (Master of Health Professional on Education) – Maastricht University, Maastricht, The Netherlands, 2013.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira. *O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino*. 2009. 104 p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2582/1/ENSP_Tese_Botti_Sergio_Henrique.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sergio. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1, p. 132-140, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100016>. Acesso em: 25 set. 2021.

BRANCH, William T.; KERN, David; Haidet, Paul; WEISSMANN, Peter; GRACEY, Catherine F.; MITCHELL, Gary; INUI, Thomas. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA*, v. 287, n. 9, p. 1067-1074, 2001.

Brasil, RESOLUÇÃO Nº 27, DE 18 DE ABRIL DE 2019, Disciplina a oferta de estágio optativo no âmbito dos programas de residência médica. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Publicado em: 23/04/2019 | Edição: 77 | Seção: 1 | Página: 111 disponível em: <https://www.in.gov.br/web/DOU/-/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-27-DE-18-DE-ABRIL-DE-2019-83415290>

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Brasília: MEC, 2001.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Governo Federal. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização do funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. *Lei Federal 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. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2013.

BRASIL. Lei n. 6.932. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 jul. 1981, Sec. I, p. 12789.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil Brasília, DF, 22 out. 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 10 de Nov de 2021.

BRASIL. *Medida Provisória nº 621 de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 jul. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm. Acesso em: 10 Nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, nº 117, 23/06/2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 25 de março de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 11, 26/05/2015.

BRASIL. Ministério da Educação. *Matriz de competências em medicina de família e comunidade*. Portal MEC. 2019. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 4 out. 2021.

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: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.147 de 28 de dezembro de 2012*. Institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica, de que trata a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3147_28_12_2012.html Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. *Diário Oficial*, n. 220-E, Seção 1, p. 8-14, 17/11/1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pró-Residência Médica: Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/provisao-de-profissionais/pro-residencia-medica>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Portaria Interministerial 2.087 de 2011*. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1001, de 22 outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência. *Diário Oficial da União*, seção 1, p. 9, 23 out 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 1977. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=535-decreto-80281-05091977&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. *Relatório Final*. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_fin al.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 10 jan. 2021.

CAMPOS, Vanessa Dalva Guimarães. Residência médica: desafios e perspectivas. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 26, n. 3-4, 2015.

CARDOSO, Francisco de Assis Brito *et al.* Perfil do estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, p. 32-40, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/XNdVBmTdGKWxBZHzzCfZhHJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2021.

CASTELLS, Maria Alicia. *Estudo dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Rio de Janeiro: a questão da preceptoria*. 2014. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CASTELLS, Maria Alicia. Residência em Medicina de Família e Comunidade: atividades da Preceptoria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 3, p. 461-469, 2018.

CASTIEL, Luis David. Utopia/atopia – alma ata, saúde pública e o Cazaquistão. *INTERthesis*. Florianópolis, v. 9, p. 62-83, 2012.

CASTRO, Verônica Said de. *Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da formação*. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007. Disponível em: <http://www.uece.br/posla/wp-content/uploads/sites/37/2011/03/VER%C3%94NICA-SAID-DE-CASTRO.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CAVALLI, Luciana Osório; RIZZOLLO, Maria Lucia Frizon. Formação dos médicos que atuam como líderes das equipes de Atenção Primária em Saúde no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 1, p. 29-37, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg *et al.* *Formação de formadores para a residência em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva*. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. (Série Vivências em Educação na Saúde).

CHARLTON, B. G. Audit, accountability, Quality, and all that: the growth of managerial technologies in UK universities. In: PRICKETT, S.; ERSKINE-HILL, P. *Education! Education! Education! Managerial ethics and the law of unintended consequences*. Thorverton: Imprint Academic, 2002, p. 13-28.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – CNRM. Resolução CNRM 07/81 de 12 de julho de 1981. Dispõe sobre incluir o programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades médicas reconhecidas pela CNRM. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 11436, 17/06/1981. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM0781.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – CNRM. *Resolução CNRM nº 005/2004, de 08 de junho de 2004*. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm_052004.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – CNRM. *Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015*. Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/247-programas-e-aco-es-1921564125/residencia-medica-2137156164/13079-resolucao-residencia-medica>. Acesso em: 1º set. 2021.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA – CNRM. Resolução nº 3, de 16 de setembro de 2011. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos. *Diário Oficial da União*, nº 180, Seção 1, p. 22, 19/09/2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_CNRM_RESOLUCAO_N_3_16SETEMBRO2011.pdf. Acesso em: 4 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução CFM Nº 1.295, de 09 de junho de 1989. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 14517, 23 ago. 1989.

COREME/FESP. Comissão de Residência Médica da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas. *Projeto Pedagógico do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade*, Palmas, Tocantins, 2021.

COSTA, Lourrany Borges; ESTECHE, Frederico Fernando; AUGUSTO FILHO, Rômulo Fernandes; BOMFIM, André Luís Benevides; RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão. Competências e atividades profissionais confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, p. 1-11, 20 mar. 2018.

CRESPO, Agrício Nubiato. Evaluation and classification of residence programs in otorhinolaryngology. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 79, p. 2-35, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/FWxsHydhwjxv7QChJpFcZDt/abstract/?lang=en>. Acesso em: 29 ago. 2021.

CRESPO, Agrício Nubiato. The training of otorhinolaryngologists in Brazil. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 79, n. 6, p. 802, 2008. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1808869415301397?token=CCFCF3041C8A6C926732A9523352D9017F29E>

6AB4037A67C222D5C4FDA8AEFF3C9007B4CA2FA3EBB5151A517C172D44C&originRegion=us-east-1&originCreation=20211002223932. Acesso em: 29 ago. 2021.

FALK, João Werner. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004.

FERNANDES, Cláudia Regina *et al.* Currículo baseado em competências na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, p. 129-136, 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Eletrônico Aurélio Século XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; Lexikon Informática, 1999.

FLEXNER, Abraham. *Educação médica nos Estados Unidos e Canadá*: da Fundação Carnegie para o avanço do ensino, Boletim Número Quatro, 1910. *Boletim da Organização Mundial da Saúde*, v. 80, n. 7, p. 594-602, 2002.

FRANCISCO, Julaine Guimarães Gonçalves¹-UEL. A autoavaliação como ferramenta de avaliação formativa no processo de ensino e aprendizagem. A FORMAÇÃO DO PROFESSOR NO PARFOR/UEL: PERCURSOS DO ENSINO PARA A DOCÊNCIA, p. 99, 2013.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 7ª Edição. São Paulo: Atlas, 2019

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012219>. Acesso em: 3 out. 2021.

GRILLO, Marlene Corroero; FREITAS, Ana Lúcia Souza de. Autoavaliação: por que e como realizá-la. Por que falar ainda em avaliação, p. 45-49, 2010.

GUEDES, Ana Carolina Batista de Souza *et al.* Prevalência de Fixação dos Egressos de Residências Médicas no Estado do Tocantins, no período de 2013-2017. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, n. 1, p. e031, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190218>. Acesso em: 3 out. 2021.

GUSMÃO, Sebastião. História da Medicina: evolução e importância. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia – JBNC*, v. 15, n. 1, p. 5-10, 2004.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. (Orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2 v. Porto Alegre: Artmed, 2019.

JANAUDIS, Marco Aurélio *et al.* Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. *Revista Bioética*, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/27. Acesso em: 3 out. 2021.

JUSTINO, André Luis Andrade; OLIVER, Lourdes Luzón; MELO, Thayse Palhano de. Implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1471-1480, 2016.

KIDD, Michael. *A contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA)*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KOCH, Vera Hermina K. *et al.* Avaliação do Programa de Residência Médica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 4, p. 454-459, 2011.

LEMES, Monike Alves *et al.* Evaluation strategies in active learning in higher education in health: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 2, p. e20201055. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1055>. Acesso em: 25 set. 2021.

LIMA, José Carlos de Souza. *A residência médica: articulações entre a prática e o ensino*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.btdt.uerj.br:8443/bitstream/1/4641/1/Jose%20Carlos%20de%20Souza%20Lima-tese.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

LIU, Gustavo Kang Hong; PONTES, Marcus Vinícius Camargo Garcia de; SILVA, Kamila Vieira; MANDIA, Tatiana Milla; SILVA, Bianca Luiza de Sá e; VALLADÃO JÚNIOR, José Benedito Ramos. Experiências com estágios externos na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1608>. Acesso em: 4 set. 2021.

LUCKESI, Cipriano Carlos. *Avaliação da aprendizagem: componente do ato pedagógico*. São Paulo: Cortez, 2011

MACHADO, Yasmin A. Folha; STELLFELD, Emma Louise. Médicos residentes: do anonimato ao protagonismo – A pandemia revela a importância dos residentes. *Revista Brasileira de Direito Médico e da Saúde: doutrina, legislação, jurisprudência*. Brasília : Vem Mais Editoração, n. 21, p. 69-77, jul. 2020.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; ERINOSHO, Temitope. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *Journal of Ambulatory Care Management*, v. 32, n. 2, p. 150-171, 2009.

MARTINS, Jessica Belei *et al.* Fatores que influenciam a escolha da especialização médica pelos estudantes de medicina em uma instituição de ensino de Curitiba (PR). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 2, p. 152-158, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180158>. Acesso em: 3 out. 2021.

MATOS, Fabrícia Vieira de Matos *et al.* Egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 38, n. 2, p. 198-204, 2014.

MCWHINNEY, Ian R. The importance of being different. *The British Journal of General Practice*, London, v. 46, n. 408, p. 433-436, 1996.

McWHINNEY, Ian R.; FREEMAN, Thomas R. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MENDES, M. F. M. et al. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: SAMICO, I. et al. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. *Interim report on the future provision of medical and allied services London, 1920*. Disponível em: Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>
Acesso em: 10 nov. 2021.» <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>

MUCCI, N. E. *O início da residência médica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2011.

NOGUEIRA, Teresinha Clarete Testoni. Autoavaliação institucional: estratégia para qualidade de ensino da etsus Blumenau. 2013. Disponível em [:http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9HEGEB](http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9HEGEB)

NUNES, Maria do Patrocínio Tenório. Residência médica no Brasil: situação atual e perspectivas. *Cadernos ABEM*, v. 1, p. 30-32, 2004. Disponível em: http://www.abemeducmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/art_patrocinio_completo.pdf. Acesso em: 04 out. 2021.

OLIVEIRA, Felipe Proença de et al. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 60-73, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/89BvDVHNJLCFvYcnGCxQgGB/?lang=pt> acesso em 10 de nov de 2021.

OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 997-1008, 2010.

OLIVEIRA, Neilton Araujo de. *Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros*. 2007. 201 f. Tese (Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde) – Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, Vinicius Gomes de; QUEIROZ, Fernanda Navarini; ARAÚJO, Bruno Pereira; SILVA, Cássio Marques Menezes; SILVA, Flávio Dias. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 30, p. 85-88, 2004. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850). Acesso em: 04 out. 2021.

OLIVEIRA, Vinicius Gomes de; QUEIROZ, Fernanda Navarini; ARAÚJO, Bruno Pereira; SILVA, Cássio Marques Menezes; SILVA, Flávio Dias. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 85-88, 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/850>. Acesso em: 04 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall;

Declaración de Santafé de Bogotá; Declaración de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

PEREIRA, Ingrid D'Avilla Freire Pereira; LAGES, Itamar. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? *Revista Trabalho Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-38, 2013.

PETTA, Helena Lemos. *Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (PRORESIDÊNCIA)*. 2011. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 29, n. 4, pp. 318-325, 1995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>>. Epub 29 Ago 2003. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>.

PISCO, Luis; PINTO, Luiz Felipe. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a gênese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1197-1204, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401197&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 out. 2021.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, p. 255-276, 2017.

RIBEIRO, Lucas Gaspar. *Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem?* Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/181625>. Acesso em: 3 out. 2021.

RODRIGUES, Lucia Helena Guimarães; DUQUE, Taciana Barbosa; SILVA, Reneide Muniz da. Fatores associados à escolha da especialidade de Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/F5qRyXfbPHXGyxnfZMMHyFz/?lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2021.

ROMERO, Luiz Carlos P. O Sistema Único de Saúde – um capítulo à parte. In: DANTAS, Bruno et al. (Orgs.). *Os cidadãos na Carta Cidadã*. Brasília: Senado Federal; Instituto Legislativo Brasileiro, 2008. v. 5, p. 67-88 Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outraspublicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-nacarta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>. Acesso em: 29 ago. 2021.

ROSAS, J. Barban Morelli; LOPES Jr., A.; MOREIRA, J. V.; AFONSO, M. Pellizzaro Dias; SARNO, M. M.; BORRET, R. H. do E. S.; OLIVEIRA, D. O. P. S. de.; AUGUSTO, D. K.; CORREIA, I. B. Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e*

Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2509, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2509>. Acesso em: 29 ago. 2021.

ROSAS, Julia Moreli *et al.* GT de ensinagem da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: recomendações para a qualidade dos programas de residência em Medicina de família e comunidade, novembro 2019. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – RBMFC*, v. 15, n. 42, p. 2509, 2020.

ROSAS, Julia Moreli *et al.* Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2509, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2509>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SANCHES, Nathalia Romano. *Avaliação de um programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia*. Dissertação (Mestrado Profissional) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2019.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 3547-3552, 2015.

SANTOS, Leonor. A articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: uma impossibilidade ou um desafio?. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, Rio de Janeiro, v.24, n. 92, p. 637-669, jul./set. 2016.

SANTOS, Renato Antunes dos. *Acreditação e avaliação de programas de residência médica: concepção internacional e proposta de um modelo nacional*. 2016. Tese (Doutorado em Educação e Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SARTI, Thiago Dias; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; GUSSO, Gustavo Diniz. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1744>. Acesso em: 4 out. 2021.

SCHEFFER, Mário *et al.* *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP; CFM, 2020.

SCHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex; GUILLOUX, Aline Gil Alves; BIANCARELLI, Aureliano; MIOTTO, Bruno Alonso; MAINARDI, Giulia Marcelino. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC. *Edital do Exame de Suficiência para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC)*. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2021/10/EDITAL-TEMFC-30.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC. *Posicionamento da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade acerca do Projeto da Comissão Nacional de Residência Médica intitulado “Reconstrução das*

Especialidades Básicas da Medicina Brasileira". Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Posicionamento%20SBMFC.pdf> Acesso em: 16 maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC. *Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2014. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 29 ago. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE –SBMFC. *Vamos falar sobre residência de MFC?*. Entrevista. Isabel Correia (Diretora de Residência Médica Pós-Graduação Lato Sensu da SBMFC, 2019) e Barbara Barreiros (Diretora do Departamento de Residência). 24/08/2018. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-entrevista-isabel-correia-e-barbara-barreiros-vamos-falar-sobre-residencia-de-mfc/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas; VIEIRA, Maria Jesia. Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 4, p. 542-554, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400005>. Acesso em: 25 set. 2021.

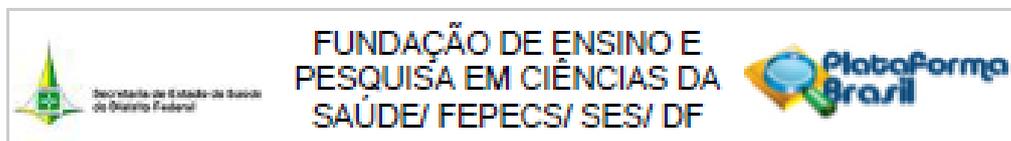
VELHO, Maria Teresa Aquino de Campos *et al.* Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, p. 351-357, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sFWKCB4JhxpDyhRbC htymj/?lang= pt>. Acesso em: 25 set. 2021.

VIEIRA, Isabel Maria Antunes. A autoavaliação como instrumento de regulação da aprendizagem. 2013. Tese de Doutorado.

WATT, Keely; ABBOTT, Penny; REATH, Jenny. Desenvolvendo competência cultural em médicos de clínica geral: uma revisão integrativa da literatura. *BMC Family Practice*, v. 17, art. n. 158, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0560-6>. Acesso em: 25 set. 2021.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS – WONCA. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar, WONCA EUROPA 2002. Justin Allen *et al.* Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/2007060115471793311.pdf>. Acesso em: 04 out. 2021.

ANEXO 1 – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: proposta de matriz avaliativa

Pesquisador: FERNANDA ROSA LUIZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38311820.1.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.401.110

Apresentação do Projeto:

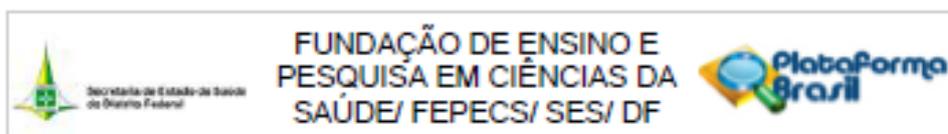
Trata-se de segunda versão de projeto de pesquisa referente a dissertação de mestrado apresentado como requisito obrigatório do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família –PROFSAUDE da Escola Superior de Ciências da Saúde da ESCS em parceria com a FIOCRUZ, postado em resposta às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado CEP/FEPECS nº 4.306.015

Informações retiradas do PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630388.pdf postado em 30/10/2020

Resumo:

“Essa pesquisa tem como propósito desenvolver um estudo avaliativo sobre os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) em quatro Unidades da Federação brasileiras: Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Busca-se caracterizar os contextos institucionais, culturais, geográficos e de saúde deste cenários distintos, bem como os perfis dos preceptores e da sua inserção na residência. Serão também levantados os conteúdos programáticos, as estratégias de avaliação e a infraestrutura, buscando desvelar semelhanças e diferenças entre os programas e sua influência na

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comfedeatoc.secretaria@gmail.com



FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 4.401.110

formação do médico de família. Nesse contexto o trabalho tem como objetivo geral: Desenvolver uma matriz de referência para avaliação do perfil dos Programas de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC). Os objetivos específicos são: Propor critérios para a análise dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) em relação a identificação do programa, infraestrutura, perfil do corpo docente e sua atuação, perfil de residentes e verificar se há acompanhamento de egressos, cumprimento da matriz curricular, produção científica dos preceptores, residentes e egressos; Identificar as diferentes estratégias de inserção de preceptores e de distribuição de residentes de cada PRMMFC; Comparar os programas de residência nos quesitos estratégias de avaliação de aprendizagem (somativa e formativa), distribuição da carga horária teórica e prática, objetivos, conteúdo programático para cada ano

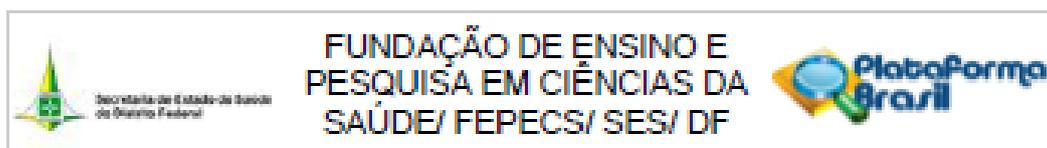
da residência, missão e visão. Método: pesquisa avaliativa pesquisa avaliativa por triangulação de dados e métodos. Será aplicado um instrumento de coleta de dados enviado por meio do Google forms para coordenadores de PRMFC dos Estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. O questionário está dividido em 6 sessões, cada uma delas contendo questões sobre: (1) identificação do programa, (2)

infraestrutura, (3) perfil de residentes, (4) perfil de preceptores, (5) perfil de egressos e (6) pesquisa científica dos preceptores residentes e egressos. As questões são feitas para coletar respostas curtas ou de múltipla escolha. Os resultados serão analisados por meio de análise estatística para identificar padrões, diferenças e semelhanças entre contextos institucionais. Os resultados esperados são: relatório contendo as fragilidades e potencialidades dos programas de RMFC, com informações que possam colaborar para uma formação adequada e beneficiar tanto os participantes (diretos) bem como toda comunidade (indiretos)."

Hipótese:

"Os programas de Residência em MFC apresentam contextos institucionais, culturais, geográficos e situação de saúde, bem como perfis de preceptores e de inserção dos mesmos na residência bem distintos. Estas características, associadas as diferenças nos conteúdos programáticos, nas estratégias de avaliação e na infraestrutura dos programas, podem influenciar positiva ou negativamente na formação do médico de família. Os programas de Residência em MFC que apresentam diferenças em seus contextos, se seguirem padrões curriculares e de avaliação mínimos e comparáveis, poderiam formar MFC capazes de atuar em qualquer parte do País. Sendo assim, a análise das características dos PRMFC poderá subsidiar o desenvolvimento de uma matriz de avaliação qualitativa capaz de discriminar as diferenças e as semelhanças entre os programas

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comtedetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.401.110

de ensino e refletir possibilidades de melhorias nos programas de Residência em MFC.”

Critério de Inclusão:

• Ser Programa de Residência de Medicina De Família e Comunidade credenciado pela CNRM. • Estar cadastrado na Sociedade Brasileira de

Medicina de Família e Comunidade. Ter um representante no mestrado de Saúde da Família Profsaúde turma ESCB.

Critério de Exclusão:

• Programa de Residência de Medicina De Família e Comunidade inativo por qualquer motivo durante o período da pesquisa. • Instrumentos

Incompletos. Programas que não responderam no prazo da pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

Informações retiradas do PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630388.pdf postado em 30/10/2020

Objetivo Primário:

“Desenvolver uma matriz de referência para avaliação do perfil dos Programas de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC).”

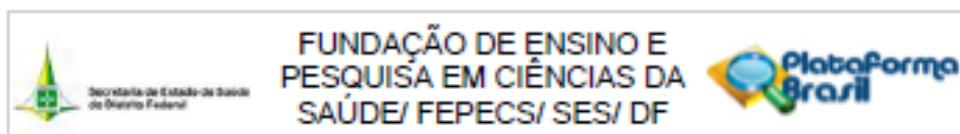
Objetivo Secundário:

“• Identificar as diferentes estratégias de inserção de preceptores e de distribuição de residentes de cada PRMMFC; • Comparar os programas de residência nos quesitos estratégias de avaliação de aprendizagem (somativa e formativa), distribuição da carga horária teórica e prática, objetivos, conteúdo programático para cada ano da residência, missão e visão. • Propor critérios para a análise dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) em relação a identificação do programa, infraestrutura, perfil do corpo docente e sua atuação, perfil de residentes e verificar se há acompanhamento de egressos, cumprimento da matriz curricular, produção científica dos preceptores, residentes e egressos.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informações retiradas do PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630388.pdf postado em 30/10/2020

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.401.110

Riscos:

"Os riscos deste estudo, identificados conforme a Resolução do CNS nº 466 de 2012 foram a possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário e a quebra de sigilo/anonimato. Para reduzir estes riscos serão tomadas as seguintes precauções: os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura do TCLE; a pesquisa por meio de questionário poderá ser interrompida a qualquer momento; será garantida a privacidade para responder o questionário; a participação será voluntária; as respostas serão confidenciais e serão resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato."

Benefícios:

"Os potenciais benefícios desta pesquisa consistem na possibilidade de gerar evidências que permitam identificar fragilidades e potencialidades dos programas de RMFC gerando informações que possam colaborar para uma formação adequada e beneficiar tanto os participantes (diretos) bem como toda comunidade (indiretos)"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Parecer Consubstanciado CEP/FEPECS nº 4.306.015 apontou as seguintes pendências:

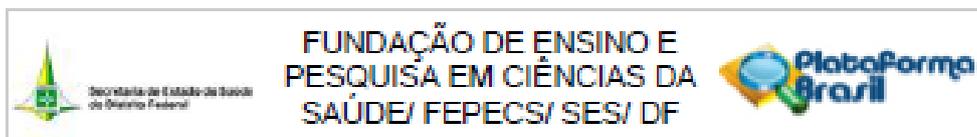
1. Alterar a pesquisadora principal do projeto, uma vez que a pesquisadora Fernanda Rosa Luiz possui qualificação para figurar como pesquisadora principal do projeto. A orientadora deverá figurar como assistente de pesquisa. Para alterar o pesquisador responsável, recomenda-se seguir as orientações do Manual do Pesquisador (http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/PB/MANUAL_PESQUISADOR.pdf), a partir da página 67.

Resposta: Fernanda Rosa Luiz já se configura como pesquisadora principal do projeto. Em função desta alteração foi necessário substituir a folha de rosto do projeto com a nova pesquisadora principal. Há algum documento anexo para a pendência? Sim. Folha de rosto modificada

Análise: Pendência atendida

2. Corrigir no TCLE a palavra "interompção" e o telefone do CEP/FEPECS: 2017-1145 Ramal 6878

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	CEP: 70.710-904
Bairro: ASA NORTE	
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-2127	E-mail: comtedetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.401.110

Resposta: alteração realizada. Foi anexado novo TCLE.

Há algum documento anexo para a pendência? Sim. TCLE Modificado 28/10/2020

Análise: Pendência atendida

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

* O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

** O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

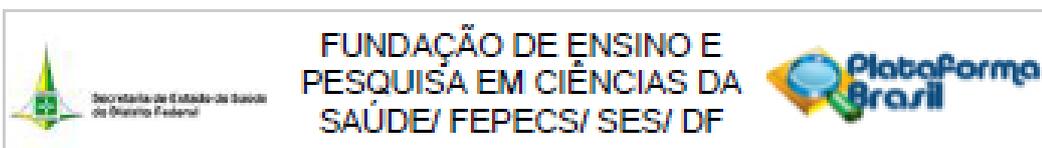
*** Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1630988.pdf	30/10/2020 10:56:26		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Fernanda_Rosa_Luiz.p df	30/10/2020 09:37:31	FERNANDA ROSA LUIZ	Aceito

Endereço: SMHN 2 Gd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comitedeeticos.secretaria@gmail.com

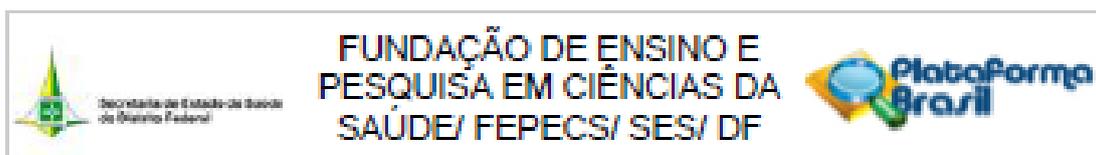


Continuação do Parecer: 4.401.110

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_28_10_2020.pdf	30/10/2020 09:16:51	FERNANDA ROSA LUIZ	Aceito
Folha de Rosto	foihaderostofemandarosaluz.pdf	30/10/2020 09:16:13	FERNANDA ROSA LUIZ	Aceito
Declaração de concordância	TrocPesq.pdf	27/10/2020 08:27:52	Marcondes Siqueira Carneiro	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	JUSTIFICATIVATROCA_PESQUISADOR_PRINCIPAssinada.pdf	30/09/2020 13:54:03	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	Termodecompromissodopesquisador.pdf	16/09/2020 21:03:39	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	16/09/2020 09:57:32	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa.pdf	14/09/2020 17:00:26	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Anuencia_DFass.pdf	13/09/2020 17:25:40	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODECONCORDANCIACEREMT Oass.pdf	13/09/2020 17:24:15	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODECONCORDANCIACEREMG Oass.pdf	13/09/2020 17:23:47	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_CONCORDANCIA_MTass.pdf	13/09/2020 17:23:36	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_CONCORDANCIA_CDRM DFassinado.pdf	13/09/2020 17:23:23	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	CurriculoFernandaRosaLuiz.pdf	13/09/2020 16:55:05	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	CurriculoLeilaBernardaDonatoGottems.pdf	13/09/2020 16:54:23	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_FORMATADO_Google Forms.pdf	13/09/2020 16:53:19	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FORMATADO.docx	13/09/2020 16:24:01	LEILA BERNARDA DONATO GÖTTEMS	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: SMHN 2/04 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-004
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comfedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.401.110

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 16 de Novembro de 2020

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

APÊNDICE 1 QUESTIONÁRIO APÓS APLICAÇÃO DA PESQUISA

Avaliação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC)

A medida que o questionário é respondido as respostas vão sendo salvas, se desejarem poderão transitar entre as seções durante as respostas e também terão a possibilidade de editar suas respostas após envio, se assim desejarem.

Desde já agradeço a colaboração!

Me coloco a disposição para esclarecimento de qualquer dúvida que eventualmente aparecer durante o preenchimento do instrumento.

Fernanda Rosa Luiz. Telefone 63- 98131 9082 E-mail: fernandarosaluiz08@gmail.com

E-mail:*

Nome do PRM-MFC que representa:*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aceito participar da pesquisa? SIM ou NÃO* (Se sim vai para SEÇÃO I, Se não segue para SEÇÃO XIII agradecimento)

SEÇÃO I IDENTIFICAÇÃO DO PRM-MFC

1 O seu PRM-MFC está vinculado a uma instituição:*

Pública

Publica /Privada

Privada

Outros: _____

2 O seu PRM-MFC é:*

Federal

Estadual

Municipal

Distrital

3 Em que Estado funciona o seu PRM-MFC? *

Distrito Federal(DF)

Goiás(GO)

Mato Grosso (MT)

Mato Grosso do Sul (MS)

Tocantins(TO)

4 Nome do Município do seu PRM-MFC? *

_____ (texto de resposta curta)

5 Número de telefone do seu PRM-MFC? *

_____ (texto de resposta curta)

6 E-mail de contato da COREME ou coordenação do seu PRM-MFC? *

_____ (texto de resposta curta)

7 Endereço físico para correspondência do seu PRM-MFC? *

_____ (texto de resposta longa)

8 Qual ano de surgimento do seu PRM-MFC? *

_____ (texto de resposta curta)

SEÇÃO I.I IDENTIFICAÇÃO DO PRM-MFC- INTEGRAÇÃO DO PROGRAMA COM OUTRAS ESPECIALIDADES

9 Há coexistência do seu PRM-MFC com outras especialidades médicas? *

SIM NÃO

9.1 Se marcou SIM na pergunta anterior, cite todas as outras especialidades de residência médica que sua instituição oferece?

_____ (texto de resposta longa)

9.2 As atividades das outras especialidades médicas se integram as atividades do seu PRM-MFC? *

SIM NÃO

9.3 Se marcou alternativa SIM, como acontece essa integração e com quais especialidades o programa está integrado?

_____ (texto de resposta longa)

10. Há Coexistência do PRMMFC com residência multiprofissional? *

SIM NÃO

10.1 Se marcou sim na pergunta anterior, cite todas as outras especialidades de residência multiprofissional que sua instituição oferece? *

_____ (texto de resposta longa)

10.2 As atividades das especialidades multiprofissionais são integradas ao PRMMFC? *

SIM NÃO

10.3 Se marcou alternativa SIM, como acontece essa integração e com quais especialidades multiprofissionais o programa está integrado?

_____ (texto de resposta longa)

11 O seu PRM-MFC, oferece ano adicional de Residência R3? *

SIM NÃO

12 A instituição oferece outros programas de residência médica que tenham como pré requisito a Saúde da Família, responda sim ou não e qual ou quais áreas? (Exemplo: SIM, cuidados paliativos. SIM, gestão ...) *

_____ (texto de resposta longa)

SEÇÃO 1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS TIPOS DE ATIVIDADE DESENVOLVIDAS NO PRM- MFC

13 O seu PRM-MFC desenvolve atividades e todos os níveis de atenção? *

SIM NÃO

13.1 Os residentes de MFC fazem estágios em outros locais da rede de atenção da localidade do programa? Se sim, assinale em quais serviços.

() 1. CAPS -Centro de Apoio Psicossocial, 2. Policlínicas, 3. Ambulatórios de Especialidades focais Ambulatórios de Especialidades focais, 4. Sistema Prisional 5. Gestão, 6. Optativos em outras instituições ou cidade, 7. Hospitais e maternidades da região, 8. UPAS

13.2 Se marcou a opção 6 (optativos em outras instituições ou cidade) indique qual instituição e cidade?

_____ (texto de resposta longa)

13.3 17.2 Se existe algum estágio que o residentes do seu PRMMFC fazem e não foi contemplado na questão acima, por favor registre nesse campo

_____ (texto de resposta longa)

14 O PRMMFC contempla quais das seguintes áreas, consideradas essenciais na formação de um médico de família e comunidade? (Podem ser marcadas mais de uma opção)8

- 1 Fundamentos: paradigmas sistêmicos, fundamentos em APS, pesquisa em APS, produção de conhecimento, qualificação para docência, clínica ampliada com abordagem biopsicosocioespíritual, responsabilidade social
- 2 Abordagem familiar: papel da família na saúde e adoecimento, entrevista familiar, ferramentas de abordagem familiar, ciclos de vida, visita domiciliar, violência familiar
- 3 Gestão: regulação, profissionalismo e liderança, melhoria da qualidade, planejamento local em saúde, gestão da clínica e trabalho em equipe, gestão da agenda, redes de atenção à saúde e intersetorialidade
- 4 Abordagem centrada na pessoa: medicina baseada em evidências e epidemiologia clínica, raciocínio clínico, medicina narrativa, práticas integrativas e complementares em saúde, saúde mental, saúde do trabalhador, sexualidade e gênero, resolutividade clínica, habilidade de comunicação, competências clínicas, violência interpessoal
- 5 Abordagem comunitária: diagnóstico comunitário, território, participação social, trabalho com grupos, abordagem étnico racial, vulnerabilidade, ferramentas de abordagem comunitária.
- 6 Temas clínicos mais comuns: saúde da criança, do homem, da mulher, idosos, gestantes
- 7 Outros: _____ (texto de resposta longa)

15. Existe supervisão dos preceptores e seu trabalho na prática? Como é desenvolvido as atividades de supervisão da preceptoría e campos de estágio da residência? (Descreva atividades realizadas exemplo: visitas, auditorias, encontros de avaliação de trabalho...) *

_____ (texto de resposta longa)

16 Os residentes de MFC além da população urbana de sua área adstrita desenvolvem atividades com alguma das populações indicadas? *

1. Indígena, 2. Rural, 3. LGBTQI+, 4. Ribeirinha, 5. Quilombolas, 6. Comunidades(Favelas), 7. Prisional, 8. Florestas

SEÇÃO 2 CARACTERIZAÇÃO DE RESIDENTES

17 Número de residentes cursando primeiro ano PRMMFC em 2020? *

_____ (texto de resposta longa)

18 De todas as vagas de PRMMFC de R1 disponíveis em 2020 quantas estão ociosas no final de 2020? (Que não foram preenchidas) *

19 Número de residentes cursando segundo ano do PRMMFC 2020? *

_____ (texto de resposta longa)

20 De todas as vagas de PRMMFC de R2 disponíveis em 2020 quantas estão ociosas PRMMFC no final de 2020? (Que não foram preenchidas) *

_____ (texto de resposta longa)

21. Qual é a relação de população por residente do seu PRMMFC? *

1. Até 1500 pessoas por residente

2. Até 2000 pessoas por residente

3. >2000 pessoas por residente

4. >3000 pessoas por residente

5. >4000 pessoas por residente

6. OUTROS _____ (texto de resposta longa)

22 Seu residente recebe a bolsa regular de Residência Médica por qual instituição? *

1. Ministério da Educação (MEC)

2. Ministério da Saúde (MS)

3. OUTRO

23 Os residentes do seu PRMMFC recebem complementação de Bolsa? *

SIM NÃO

24 Se SIM, qual o valor da bolsa de complementação recebida? *

_____ (texto de resposta longa)

25. Quem financia a bolsa de complementação do PRMMFC? *

_____ (texto de resposta longa)

25.1 Há dados mensais sobre número de atendimento ambulatorial (consultas) e qual número médio de consultas mensais realizadas por eles? *

_____ (texto de resposta longa)

SEÇÃO 3 CARACTERIZAÇÃO DE PRECEPTORES

26 Número médio de residentes por preceptor? *

1 2 3 4 5 6 7

27 Número de preceptores total no PRM-MFC? (Entre remunerados, voluntários, após e outros níveis de atenção) *

_____ (texto de resposta curta)

27.1 Número atual (2021) de preceptores titulados em MFC? Responda apenas com números descreva onde estes atuam após ou outros níveis de atenção*

_____ (texto de resposta longa)

27.2 Número atual (2021) de preceptores com residência em MFC? Responda apenas com números descreva onde estes atuam após ou outros níveis de atenção*

_____ (texto de resposta longa)

28 Número atual (2021) de preceptores com doutorado? Responda apenas com Números descreva onde estes atuam após ou outros níveis de atenção

_____ (texto de resposta longa)

29 Número atual (2021) de preceptores com mestrado? Responda apenas com números, descreva onde estes atuam após ou outros níveis de atenção*

_____ (texto de resposta longa)

30 Número atual (2021) preceptores na atenção secundária? Responda apenas com números descreva se estes são remunerados ou voluntários *

_____ (texto de resposta longa)

31 Número de preceptores na atenção terciária? Responda apenas com números*

_____ (texto de resposta longa)

32 Número de preceptores voluntários? Responda apenas com números descreva onde atuam exemplo 10 nos estágios de especialidades na policlínica ... *

_____ (texto de resposta longa)

33 Número de preceptores remunerados? Responda apenas com números descreva quem são os preceptores remunerados exemplo: Na APS todos são remunerados, na secundaria todos são voluntários.... *

_____ (texto de resposta longa)

34 Qual a média de remuneração salarial do preceptor? *

() 0

() 0 a 999

() 1000 a 1999

() 2000 a 3000

() >3000

outros: _____ (texto de resposta curta)

35 Modelo de inserção de preceptores e residentes nas unidades? *

- 1 preceptor e 1 residente na mesma equipe
- 1 preceptor e 1 residente em equipes diferentes
- 1 preceptor e 2 residentes na mesma equipe
- 1 preceptor e 2 residentes em 2 equipes
- 1 preceptor e 2 residentes em 2 equipes
- 1 preceptor volante e 2 residentes em 2 equipes
- 1 preceptor e 2 residentes em 3 equipes
- 1 preceptor e 3 residentes na mesma equipe
- 1 preceptor e 3 residentes em 2 equipes
- 1 preceptor e 3 residentes em 3 equipes
- 1 preceptor volante e 3 residentes em 3 equipes
- 1 preceptor(exclusivo) sem equipe 2 residentes por equipe em 2 equipes
- Outros: _____ (texto de resposta longa)

36 Como PRM-MFC busca incentivar os seus preceptores para continuarem motivados? *

- Bolsa/ Salários
- Folgas
- Capacitações
- Incentivo a pesquisa
- Incentivo a participação em congressos
- Não temos incentivos
- Outros: _____ (texto de resposta longa)

36.1 Há dados mensais sobre número de atendimento ambulatorial (consultas) e qual número médio de consultas mensais realizadas por eles? *

_____ (texto de resposta longa)

SEÇÃO IV INFRA ESTRUTURA DO PROGRAMA

37 O seu PRM-MFC apresenta infraestrutura adequada para desenvolvimentos de suas atividades? *

- SIM NÃO

37.1 o que poderia melhorar em questão de infraestrutura para melhor desenvolvimento das atividades do seu PRM-MFC? *

38 Como acontece a dinâmica de utilização e consultórios pelos residentes na UBS? (E: existe um consultório médico exclusivo para residente atender todos os dias da semana ou esses consultórios são compartilhados? *

- Individual
- Compartilhado
- Ambos

39 Qual é o tipo de prontuário do paciente utilizado em seu PRMMFC? *

- Eletrônico
- Físico
- Ambos

40 Que tipo de recurso material ou digital que vocês acreditam que PRMMFC de veria ter e que faria diferença na formação residentes? *

_____ (texto de resposta longa)

41 Existe horário protegido para discussões, reuniões e aulas teóricas? Com qual periodicidade? *

_____ (texto de resposta longa)

42 O PRMMFC tem disponível laboratório para treinamento prático de habilidades? *

- SIM NÃO

43 O programa possui uma organização, através de um cronograma padrão, em todas as unidades de residência? *

- SIM NÃO

SEÇÃO IV ATIVIDADES EDUCACIONAIS

44 Marque nas opções abaixo quais os temas são abordados nas aulas teóricas do Programa MFC que você representa:*

- Temas clínicos mais comuns: saúde da criança, do homem, da mulher, idosos, gestantes
- Temas epidemiológicos locais: hanseníase, leishmaniose, taxas de mortalidade e fatores epidemiológicos específicos da região

Temas relacionados a habilidades do MFC como: comunicação, prevenção quaternária, método clínico centrado na pessoa, trabalho em equipe,

Técnicas e temas relacionados ao desenvolvimento pessoal do residente bem como sua saúde emocional e mental

Aulas práticas de atividades comuns em APS como pequenas cirurgias, colocação de DIU, sutura, intubação, Acessos, exame neurológico simplificado e hanseníase e outros

45 Existe projeto pedagógico? *

SIM NÃO

46 O projeto pedagógico está publicado? *

SIM NÃO

47. Onde está publicado o projeto pedagógico?

No site da instituição de Ensino

No site da COREME OU PRMMFC

No Diário Oficial do município

Está somente impresso, não foi publicado

48 Os Preceptores e residentes são apresentados e conhecem o projeto pedagógico? Como se dá a divulgação desse PP?

_____ (texto de resposta longa)

49 Há discussão regular de casos clínicos? se sim com qual periodicidade semanal, quinzenal, mensal ou outros e quanto tempo vocês reservam para essa atividade 1, 2,3,4 horas? *

_____ (texto de resposta longa)

50 Há discussão regular de artigos? se sim com qual periodicidade semanal, quinzenal, mensal ou outros e quanto tempo vocês reservam para essa atividade 1, 2,3,4 horas? *

_____ (texto de resposta longa)

51 Como a bibliografia utilizada é disponibilizada para residentes e preceptores? *

Disponível no acervo físico da biblioteca

Disponível no acervo digital da biblioteca

Compartilhado em nuvens entre residentes, preceptores e coordenadores

Disponibilizado via e-Mail entre residentes, preceptores e coordenadores

Recomendamos artigos e diretrizes publicadas em fontes confiáveis como sociedades de especialidade, Ministério da Saúde, OMS, e bases de dados seguras

52 O seu PRMMFC utiliza de metodologias ativas de aprendizagem na formação? *

SIM NÃO

53 Quais técnicas de metodologia ativa estão presentes em seu programa? *

- Aprendizagem em pequenos grupos
- Team Based Learning (TBL)
- Análise de gravações de atendimento
- Sala Invertida
- Aprendizagem baseada em projetos
- Análise e discussão de vídeos e filmes (Cine viagem)
- Comunicação por mídias sociais (instagram, facebook, twitter, youtube, outros)
- Outros: _____ (texto de resposta longa)

54 Usar metodologias ativas melhoram a qualidade do PRM-MFC

_____ (texto de resposta longa)

55 No seu PRM-MFC existe espaço protegido para realização de pesquisa científica?

- SIM NÃO

55. Como se dá a abertura de espaço para realização de pesquisas no seu PRM-MFC? Quantas horas (1,2 3,4h) e qual período (mensal, semanal ou outros) os residentes tem protegido para realizar pesquisas?

_____ (texto de resposta longa)

56. É ofertado pelo PRM-MFC durante a residência curso sobre metodologia científica?

- SIM NÃO

57 Existe incentivos para produção de pesquisa científica para docentes e residentes?

- SIM NÃO

58 Como o seu programa incentiva a pesquisa científica para docentes e residentes?

_____ (texto de resposta longa)

SEÇÃO V AVALIAÇÃO NOS PRM-MFC

59 O PRRMFC faz avaliação formativa dos residentes?

- SIM NÃO

59.1 Com qual periodicidade e com que ferramentas se faz essas avaliações?

_____ (texto de resposta longa)

60 O PRM-MFC faz avaliação somativa dos residentes?

- SIM NÃO

60.1 Com qual periodicidade e com que ferramentas se faz essas avaliações?

_____ (texto de resposta longa)

61 Há periodicamente na avaliação do próprio PRM-MFC?

SIM NÃO

61.1 Com qual periodicidade e com que ferramentas se faz essas avaliações?

_____ (texto de resposta longa)

62 O seu programa avalia o preceptor

SIM NÃO

62.1 Com qual periodicidade e com que ferramentas ou como se faz essas avaliações?

_____ (texto de resposta longa)

63 No seu PRMMFC, há avaliação de estágios na atenção secundária terciária ou outro que eles passem?

SIM NÃO

64 Os residentes fazem auto avaliação?

SIM NÃO

65 Os preceptores fazem auto avaliação?

SIM NÃO

67 De 0 a 10 sendo 0 um PRMFC frágil com muitos problemas , e 10 e um programa modelo, que nota você atribuí a seu programa

1, 2, 3, 4, 5 6, 7, 8, 9, 10

68 Descreva o que você acredita ser um diferencial em seu PRMMFC

_____ (texto de resposta longa)

69 Na sua percepção de representante como seu PRMMFC influencia na saúde na sua região?

_____ (texto de resposta longa)

SEÇÃO VI EGRESSOS

70 Seu PRMMFC faz monitoramento de seus egressos? se sim, como acontece esse monitoramento?

_____ (texto de resposta longa)

AVALIAÇÃO DA PESQUISA

77 Comentários, sugestões, sobre a pesquisa (opcional)

_____ (texto de resposta longa)

72 Alguns temas são bem complexos. Caso necessitemos de aprofundamento em algumas questões, você autoriza que entremos novamente em contato para complementarmos informações?

SIM NÃO

AGRADECIMENTOS

Obrigada por sua colaboração!

Qualquer dúvida podem entrar em contato.

Fernanda Rosa Luiz. Telefone 63981319082

E-mail: fernandarosaluiz08@gmail.com

APENDICE 2 MATRIZ DE AVALIAÇÃO

PROPOSTA DE MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDENCIA EM MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE

SEÇÃO 1- CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (PRM-MFC) SEÇÃO I, II, III			
Dimensões	Subdimensões ou Variáveis	Critérios ou parâmetros (caso existam)	Fonte Do Parâmetro
Instituição a qual se vincula	Categorias administrativas (ou formas de natureza jurídica)	Caracterizar a instituição como Federal, Estadual, Municipal, Privada, Público privada	Dados do cadastro do PRM junto ao Ministério da Saúde e da Educação.
Localização geográfica e identificação do PRM-MFC	Região do País, Estado e município do PRMFC.	Caracterizar se sua localização são capitais ou interiores	Dados do cadastro do PRM junto ao Ministério da Saúde e da Educação.
	Data de Início do programa.		Dados do cadastro do PRM junto ao Ministério da Saúde e da Educação.
Características gerais do PRMFC	Coexistência do PRM-MFC com outras especialidades medicas e/ou residência multiprofissional em saúde – Sim ou não.	Caso a resposta seja sim, explorar se há atividades integradas com a RMFC. E como acontece a integração das mesmas	Resolução Nº 27, de 18 de abril de 2019 Integração e evidenciada em relatos e narrativas de programas de residência que tem realizado suas atividades teroicas e praticas de maneira integrada
	Presença de estágios optativos	Permite que o programa consiga alcançar todas as competências esperadas de um MFC	
	Existência R3 – Sim ou não	Caso a resposta seja sim, o que deve ser observado? Qual a relevância disto?	
Financiamento	Bolsa de residência	Ministério da Saúde MS Ministério da educação MEC	Sig residências
	Bolsa complementar de residência e valores pagos	Secretaria municipal de saúde Secretaria estadual de saúde Outros ... especificar	Identificar a existência de documentos formulados por cada instituição de residência que oferece complementação de bolsa.

SEÇÃO II, III			
Atividades de formação	Identificar umas ou mais Áreas que o programa contempla	Fundamentos, Abordagem familiar, Gestão, Abordagem centrada na pessoa, Abordagem comunitária, Temas clínicos mais comuns	Documento da SBMFC - Manual de Recomendações para qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade
	Relatar Locais de atuação dos residentes além das UBS	CAPS , Policlínicas, Ambulatórios, Sistema prisional, Gestão, Hospital e maternidade, UPA, Outros se sim identificar	Matrizes de competências dos programas de residência médica e resolução 02/2006 em relação à distribuição de carga horária e cenários;
	Níveis de atenção em saúde que em que atuam além da Atenção Primária	Secundário Terciário	
	Populações que os PRM-MFC assiste	Rural, Indígena, Prisional, LGBTQ+, Floresta, Rua, Adolescente, Outros se sim identificar qual	
Estrutura física	É adequada?	Sala de reuniões e/ou auditórios Laboratório de treinamento prático de habilidades Biblioteca	Não há literatura específico. Nas Recomendações Para A Qualidade Dos Programas De Residência Em Medicina de Família E Comunidade , recomenda-se a produção de documentos com Definição de condições e infraestrutura mínimas exigidas nos serviços de saúde para receber PRMFC. Disponível em: : https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
Atividades teóricas	Como acontecem Com qual frequência? Qual a carga horária?	Discussões de casos clínicos, leituras de artigo, reuniões, aulas Semanal quinzenal mensal bimensal semestral anual Período e tempo destinado a essas atividades?	Recomendam-se o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizado, um forte componente em habilidades de comunicação e permanente contextualização e integração entre prática e teoria. Estratégias para encontros teóricos (presencial ou por videochamada), a carga horária e turno destinados para tais atividades devem ser adaptadas à realidade de cada programa, desde que obedecidas as normativas vigentes (resolução CNRM 01 de março de 2015)19 que prevê que as atividades teóricas devem ocupar 10 a 20% da carga horária total do PRMFC. Disponível em: : https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
Metodologias de ensino?	Ativas ou tradicional? que	Aprendizagem em pequenos grupos, Sala	Recomendam-se o uso de metodologias ativas de ensino-

	tipos de metodologias ativas utilizam	invertida, Aprendizagem baseada em projetos, Análise e discussão de vídeos e filmes (Cine viagem), Team Based Learning (TBL), Análise de gravações de atendimento, Outras, como rodas de conversa	aprendizado, um forte componente em habilidades de comunicação e permanente contextualização e integração entre prática e teoria. Estratégias para encontros teóricos (presencial ou por videochamada), a carga horária e turno destinados para tais atividades devem ser adaptadas à realidade de cada programa, desde que obedecidas as normativas vigentes (resolução CNRM 01 de março de 2015) ¹⁹ que prevê que as atividades teóricas devem ocupar 10 a 20% da carga horária total do PRMFC. Disponível em: : https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
Projeto pedagógico	Projeto pedagógico está bem construído e amplamente divulgado?	Respostas sim ou não	Um projeto pedagógico do curso deve conter informações como número de vagas, número de alunos, turnos, programa do curso e demais elementos acadêmicos pertinentes. Deve estar disponível para ser acessado por preceptores, residentes e demais envolvidos. Segundo a PORTARIA GM/MS Nº 1.598, DE 15 DE JULHO DE 2021, a elaboração dos PPC dos programas de residência receberá apoio institucional.
Infraestrutura disponível no campo ambulatorial de ensino e científica	Está adequada?	Consultórios por residentes, Salas de procedimentos e observação, Salas de estudos, Auditórios para eventos científicos, Acesso ao acervo da Biblioteca, videoteca e videoconferências, Copa, Acesso a internet, Tipo de Prontuário do paciente, Cronograma padrão, Volume de atendimento ambulatorial	Não há literatura específico. Nas Recomendações Para A Qualidade Dos Programas De Residência Em Medicina de Família E Comunidade , recomenda-se a produção de documentos com Definição de condições e infraestrutura mínimas exigidas nos serviços de saúde para receber PRMFC. Disponível em: : https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
Atividades de ensino e pesquisa	Esta adequada?	Horário protegido, Oferta de cursos de metodologia científica, Incentivo para participar de eventos científicos, Tele consultoria, Programa regular de aulas teórica Existência de projeto pedagógico, Discussão de casos clínicos, Discussão de artigos científicos	Não há literatura específico mas a RESOLUÇÃO Nº 1 DE 25 DE MAIO DE 2015 recomenda as atividades que devem ser contempladas nos programas de formação.
CARACTERIZAÇÃO DOS RESIDENTES			
Vagas PRM-MFC	Número de vagas ofertadas pelo PRM-MFC	Nº em R1 e R2	Não há literatura disponível, recomenda-se que em torno de 40% das vagas ofertadas nos programas de residência médica sejam destinadas a RMFC.
	Número de vagas ociosas no PRM-MFC	Nº em R1 e R2	

Distribuição de população/residente	Quantidade de população por área adscrita de cada residente	> 4.000 pessoas por residente > 2.000 pessoas por residente Até 2.000 pessoas por residente > 3.000 pessoas por residente Até 1.500 pessoas por residente	PNAB 2017 Relação máxima até 2 mil pessoas por residente, não ultrapassando 4 mil pessoas na equipe. Quando a população for vulnerável, é recomendável limite de 1.500 pessoas por residente Disponível em: : https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
Há monitoramento dos egressos	Sim ou não?	Se sim, especificar como acontece	A caracterização do perfil e da inserção profissional de egressos de residência médica contribui para a formulação de políticas públicas no campo de formação de recursos humanos especializados na área da saúde e da qualidade do ensino das instituições formadoras e dos próprios PRMFC.
CARACTERIZAÇÃO DOS PRECEPTORES			
Caracterização dos preceptores	Titulação dos preceptores	Doutorado, mestrado, residência em MFC, generalista, etc.	Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. Recomenda-se que todos preceptores dos PRMFC tenham titulação ou residência em MFC. Entretanto, reconhecendo a necessidade de provimento e que no atual momento nem todos os programas têm esse perfil de preceptores no momento de sua autorização pela CNRM, sugere-se uma transição, com prazo máximo de 4 anos, desde a aprovação da abertura do PRMFC, para que todos os seus preceptores tenham essa titulação Disponível em: : https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
	Preceptores voluntários	Sim ou não. Se sim, identificar nº	É desejável que preceptores tenham contratação por regime CLT ou estatutário. Quando houver preceptores contratados pela SMS, mas atuantes em PRMFC de IES, espera-se que, através do Contrato Organizativo da Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), seja reconhecido o vínculo institucional do preceptor com a IES

	Modelo de inserção dos residentes nas equipes	1 preceptor e 1 residente na mesma equipe 1 preceptor e 1 residente em equipes diferentes 1 preceptor e 2 residentes na mesma equipe 1 preceptor e 2 residentes em 2 equipes 1 preceptor e 2 residentes em 2 equipes 1 preceptor volante e 2 residentes em 2 equipes 1 preceptor e 3 residentes na mesma equipe 1 preceptor e 3 residentes em 2 equipes 1 preceptor e 3 residentes em 3 equipes 1 preceptor volante e 3 residentes em 3 equipes 1 preceptor sem equipe exclusiva e 2 residentes por equipe em 2 equipes	Segundo o Manual de Recomendações para qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, a carga horária da preceptoría será igual ao número de equipes de residentes menos 1 (R-1), vezes 40h. Sempre respeitando a relação máxima de 1 preceptor 40h para 3 residentes em até 2 equipes. As diferentes possibilidades de inserção de residentes e preceptores nas equipes foram incluídas na versão final do relatório após revisão da diretoria da SBMFC. Disponível em: : https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
Financiamento	Bolsa de preceptoría? sim ou não se sim responda:	Sem remuneração De R\$ 1000 a 1999 De R\$ 2000 a 3000 >R\$ 3000	É desejável que preceptores tenham contratação por regime CLT ou estatutário. Quando houver preceptores contratados pela SMS, mas atuantes em PRMFC de IES, espera-se que, através do Contrato Organizativo da Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), seja reconhecido o vínculo institucional do preceptor com a IES. Disponível em: : https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
Há incentivo a preceptoría?	Sim ou Não? Qual tipo?	Bolsa/ Salários, Capacitações Incentivo à pesquisa Participação em congressos Folga Outro: se outro justifique Sem resposta	Segundo as Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil, propostas de formação e fomento à titulação dos preceptores deve ser uma diretriz explícita no planejamento de cada PRMFC. Também se recomenda o incentivo à formação complementar, por exemplo, por meio de liberação de parte da carga horária dos preceptores para mestrado e doutorado. Disponível em: https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509
AVALIAÇÃO			
Avaliação de residente	Que tipos de avaliações são realizadas e com qual periodicidade? Sim ou não Sim ou não	Formativa	-RESOLUÇÃO CNRM N.º 006/2004, de 09 de junho de 2004 - Decreto 80.281, de 05/09/1977 e a Lei 6.932, de 07/07/1981 -RESOLUÇÃO Nº 1 DE 25 DE MAIO DE 2015 Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências.
Avaliação de preceptor / docente		Somativa	
Avaliação de estagio		360º	
Avaliação de programa		Outras: especifique	
Auto avaliação			
Residente avalia preceptor / preceptor avalia residente			

AVALIAÇÃO DO PRM-MFC			
Auto avaliação	Notas auto atribuídas pelos programas (de 0 a 10)	0 a 10	A avaliação interna ou autoavaliação implica na participação de sujeitos como os alunos, docentes, coordenações técnico-pedagógica, gestores e outros profissionais da educação, abertos para fazer a autocrítica de seus processos, buscando subsídios para melhorar. (VIEIRA, 2013; GRILLO e FREITAS, 2010; FRANCISCO, 2013; NOGUEIRA, 2013)
	Um diferencial em seu PRM-MFC	Resposta aberta	
	Como seu PRM-MFC influencia na saúde na sua região	Muito positivamente Pouco Positivamente Moderadamente	
	Descrever problemas e sugestões sobre a pesquisa e sugerir suas contribuições	Questão descritiva	

