



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

GIULIANO DIMARZIO

**PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

CAMPINAS

2020

GIULIANO DIMARZIO

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Ciências, área de concentração em Ensino em Saúde.

Orientador: PROF. DR. LUIS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO GIULIANO DIMARZIO, E ORIENTADO PELO PROF. DR. LUIS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI.

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

D591m Dimarzio, Giuliano, 1978-
Programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde no Brasil / Giuliano Dimarzio. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Luís Fernando Farah de Tófoli.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Políticas públicas. 2. Atenção primária à saúde. 3. Medicina de família e comunidade. 4. Residência médica. 5. Recursos humanos. I. Tófoli, Luís Fernando Farah de, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Medical residency programs in Family and Community Medicine and the Primary Health Care in Brazil

Palavras-chave em inglês:

Public Policy
Primary health care
Family and community medicine
Medical residency
Human resources

Área de concentração: Ensino em Saúde

Titulação: Doutor em Ciências

Banca examinadora:

Luís Fernando Farah de Tófoli [Orientador]
Dario Cecílio Fernandes
Ana Maria Galdini Raimundo Oda
Ailton Tetelbom Stein
Marcelo Marcos Piva Demarzo

Data de defesa: 28-10-2020

Programa de Pós-Graduação: Clínica Médica

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)
- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-4895-7042>
- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0211118771389201>

**COMISSÃO EXAMINADORA
DA DEFESA DE DOUTORADO**

GIULIANO DIMARZIO

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI

MEMBROS:

1. Prof. Dr. Luis Fernando Farah de Tófoli (FCM/UNICAMP)
 2. Prof. Dr. Dario Cecílio Fernandes (FCM/UNICAMP)
 3. Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Galdini Raimundo Oda (FCM/UNICAMP)
 4. Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein (UFCSPA)
 5. Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo (EPM/UNIFESP)
-

Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data: 28/10/2020

DEDICATÓRIA

A presente tese é dedicada a todos os professores, médicos e profissionais da saúde com quem convivi e que me fizeram chegar até aqui. Ênfase, principalmente, os pacientes e pessoas-em-cuidado que necessitam de uma atenção integral, qualificada e baseada nas melhores evidências científicas, com os valores éticos e técnicos que a Medicina de Família e Comunidade preconiza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida.

Aos meus pais pelo cuidado com a formação desde minha concepção.

Minha esposa Christiane pela parceria, paciência, apoio, cuidado e dedicação incessante.

Aos meus filhos Lorenzo e Annita por me lembrarem diariamente da esperança e da responsabilidade em formar cidadãos e uma sociedade com menos injustiças e mais compromisso social.

Aos meus amigos e familiares pela companhia e por fazerem a vida ser melhor.

Ao meu orientador, Tófoli, pela confiança, orientação e pelo percurso nesta fase acadêmica.

Aos meus amigos MFCs, que são inspiração para mim e estiveram junto em parte da pesquisa, especialmente José Carlos Arrojo Junior, Daniel Soranz, Thiago Trindade, Adelson Guaraci Jantsch, Katherine Rouleau, Airton Stein e Daniel Knupp.

Especial carinho e gratidão aos parceiros da TRILHA MFC.

Gratidão aos membros da banca de qualificação e defesa da tese.

A todos os docentes e responsáveis pela linha de pesquisa de Ensino em Saúde na FCM/Unicamp, com especial gratidão ao secretário Yuri.

Aos meus professores, estudantes, pacientes e profissionais que amam a Medicina, a Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde de qualidade e resolutiva.

RESUMO

A formação de profissionais para a Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos temas fundamentais para a organização dos serviços e da própria rede de atenção à saúde no Brasil. Os cenários de prática são heterogêneos na realidade do país e seu contexto histórico remete a uma formação com baixo número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC). O contexto dos programas de residência médica (PRM), considerada a formação de excelência para se tornar especialista, teve aumento acentuado da oferta de vagas através de políticas como o Pró Residência e a própria Lei do Mais Médicos, porém com elevada ociosidade das vagas. Soma-se a isso a desafiadora e complexa discussão de provimento desses profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas equipes de Atenção Primária à Saúde pelos municípios, com maior vulnerabilidade de ocupação dessas vagas em áreas remotas, áreas rurais e áreas urbanas periféricas dos grandes centros urbanos. Para investigar este tema, a presente tese adotou como metodologias um inquérito online semiestruturado sobre a percepção de coordenadores ou supervisores dos PRMs de MFC do Brasil e residentes do segundo ano quanto a seus programas; e uma análise documental de dados dos Ministérios da Saúde e da Educação, investigando o cruzamento de vagas por município de PRMs de MFC e vagas do Programa Mais Médicos para o Brasil. Quanto à percepção dos médicos R2 e supervisores/coordenadores dos PRMs, apesar da baixa taxa de respostas e consequente limitação na análise, foram destacados os seguintes pontos: a necessidade do investimento na formação de preceptores de excelência; o impacto na ocupação das vagas a partir de experiências articuladas entre instituições de ensino, sociedades científicas e as secretarias de saúde como fundamentação para a tomada de decisões que impactam efetivamente na qualificação e aumento efetivo de profissionais; e a percepção sobre o impacto positivo do currículo por competências proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, porém havendo necessidade de se implementar e avaliar essas competências através de uma maior articulação entre os próprios programas e as instituições que os avaliam. A análise documental apontou que em 148 municípios havia vagas ocupadas pelo Mais

Médicos e vagas ociosas dos PRMs. Os resultados sugerem que políticas indutoras como a Lei 12.871 (Lei do Mais Médicos) parecem ter trazido avanços no número de equipes de Atenção Primária à Saúde, principalmente com o provimento emergencial através de médicos brasileiros e estrangeiros, além do aumento do número de vagas nos cursos de medicina e das próprias vagas nos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, porém podem ter também se tornado mais um fator de competição para a ocupação das vagas dos PRMs. Também pôde-se concluir, diante dos resultados, e em consonância com a literatura, que devem ser consideradas para a tomada de decisão em relação às políticas públicas de ensino e assistência para a formação em MFC a potencial adoção das seguintes medidas: ocupação de vagas por estratégias de fomento como complementação de bolsas, parcerias para estreitar a integração ensino-serviço e desenvolvimento profissional continuado para preceptores e docentes.

Palavras-chave: Política Pública; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Residência Médica; Recursos Humanos.

ABSTRACT

The training of professionals for Primary Health Care (PHC) is one of the fundamental topics for the organization of services and the structuring of the health care system in Brazil. The practice settings are heterogeneous considering the country's situation. Also, its historical background denotes a low number of specialists in Family and Community Medicine (FCM). Medical residency programs (MRP), considered as the gold standard training to become a specialist, had a sharp increase in the offer of places through policies such as Pro Residência and Mais Médicos Law, but with high vacancy rates. Added to this is the challenging and complex discussion of the provision of these professionals in the Unified Health System (SUS) and Primary Health Care teams by the municipalities. The occupation of these vacancies in remote areas, rural areas and peripheral urban areas of large urban centers presents a greater vulnerability. To investigate this theme, the present thesis adopted as methodologies a semi-structured online survey on the perception of coordinators or supervisors of Brazilian FCM PRMs and second-year residents regarding their programs; and a document analysis of data from the Ministries of Health and Education, investigating the intersection of vacancies of FCM PRMs by municipality and vacancies in the Program "Mais Médicos para o Brasil. Regarding the perception of R2 doctors and PRM supervisors/coordinators, despite the low response rate and consequent limitation in the analysis, the following points are highlighted: the need to invest in the training of preceptors with excellence; the impact on the occupation of vacancies based on articulated experiences between educational institutions, scientific societies and health secretariats as a basis for making decisions that effectively impact the qualification and effective increase of professionals; and the perception of the positive impact of the competency curriculum proposed by the Brazilian Society of Family and Community Medicine. However, there is a need for the implementation and evaluation of these competencies through greater articulation between the programs themselves and the institutions that evaluate them. The document analysis indicated that in 148 municipalities there were positions occupied by Mais Médicos and idle places in the PRMs. The results suggest that inductive policies such as Law 12.871 (Mais Médicos Act) seemed to bring advances in the number of Primary Health Care teams, mainly with the immediate provision by

Brazilian and foreign doctors, in addition to the increase in the number of places in medical courses and positions in medical residency programs in Family and Community Medicine, but they may have also become another factor of competition for the occupation of PRM vacancies. It was also possible to conclude, given the results and in line with the literature, that the following potential measures should be considered for decision making about public education and assistance policies for the training in FCM: financial complementation of scholarships, partnerships to strengthen teaching-service integration, and continued professional development for preceptors and teachers.

Key-words: Public Policy; Primary Health Care; Family and Community Medicine; Medical Residency; Human Resources.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução no número de vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil (Brasil, 2014 - 2018).	32
Tabela 2 – Número de vagas autorizadas, ocupadas e ociosas em Programa de Residência Médica em Medicina de Família, por região (2017).	33
Tabela 3 - Número de vagas autorizadas, ocupadas e ociosas em Programa de Residência Médica em Medicina de Família, por região (2018).	33
Tabela 4 - Evolução no número de vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil (Brasil, 2014 – 2018).....	34
Tabela 5. Análise descritiva do perfil dos médicos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação as variáveis demográficas e de Graduação.....	53
Tabela 6. Análise descritiva das variáveis de exposição à Medicina de Família e Comunidade (MFC) e escolha por uma residência médica (RM) em MFC, segundo residentes de segundo ano de MFC (Brasil, 2018 e 2019).....	54
Tabela 7. Análise descritiva das variáveis relacionadas às percepções de residentes de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação ao início do programa de residência (Brasil, 2018 e 2019).	55
Tabela 8. Análise descritiva das respostas dos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação as variáveis relacionadas ao Programa e à estrutura (Brasil, 2018 e 2019).....	56
Tabela 9. Análise descritiva das respostas dos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação ao ensino (Brasil, 2018 e 2019).....	57
Tabela 10. Análise descritiva das variáveis relacionadas à satisfação dos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil com o programa de residência (Brasil, 2018 e 2019).	58
Tabela 11. Análise descritiva das variáveis relacionadas às notas atribuídas por residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil a seus programas de residência (Brasil, 2018 e 2019).	59

Tabela 12. Análise descritiva das variáveis relacionadas ao residente dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação ao seu planejamento após o programa de residência (Brasil, 2018 e 2019).	60
Tabela 13. Análise descritiva do perfil dos Coordenadores e Supervisores dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (Brasil, 2018-2019).....	61
Tabela 14. Análise descritiva das características dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil, de acordo com as respostas do Supervisor/Coordenador (Brasil, 2018-2019).....	62
Tabela 15. Análise descritiva das características das Unidades/Centros dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil, de acordo com as respostas do Supervisor/Coordenador (Brasil, 2018-2019).....	63
Tabela 16. Análise descritiva dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação à percepção dos Supervisor/Coordenador (Brasil, 2018-2019).	65
Tabela 17. Quantidade de municípios de cada região do Brasil com vagas autorizadas no Programa Mais Médicos e Programas de Residência Médica (Brasil, 2017-2019).....	68
Tabela 18. Comparação entre vagas autorizadas no Programa Mais Médicos (PMM) e Programas de Residência Médica, para as cidades com Programa de Residência (Brasil, 2017-2019).	69
Tabela 19. Número de vagas no Programa Mais Médicos e Programas de Residência Médica em cada região do Brasil (Brasil, 2017-2019).	70
Tabela 20. Média (desvio padrão) de vagas autorizadas e ociosas nos Programas de Residência Médica entre os municípios com Programas Mais Médicos (Brasil, 2017-2019).....	71
Tabela 21. Média (desvio padrão) de vagas autorizadas e ociosas nos Programas de Residência Médica entre os municípios sem Programas Mais Médicos (PMM) (Brasil, 2017-2019).	72

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	11
APRESENTAÇÃO DO AUTOR	15
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. A Atenção Primária à Saúde e a Medicina de Família e Comunidade	17
1.2. A formação médica e sua relevância para atender às necessidades de saúde	22
1.2.1. A Medicina de Família e Comunidade como especialidade e a sua formação	24
1.2.2. A formação de profissionais médicos no Brasil	25
1.3. A residência Médica no Brasil: vagas e ociosidade	29
1.4. Os PRMs de MFC e a formação para a APS no Brasil	36
1.5. A Medicina de Família e Comunidade no Brasil	42
1.6. A preceptoria e a supervisão nos programas de residência médica	46
2. OBJETIVO	49
2.1. Objetivo Geral	49
2.2. Objetivos Específicos	49
3. METODOLOGIA	50
3.1. Inquérito online	50
3.2. Análise documental	52
3.4. Análise de dados	52
4. RESULTADOS	53
4.1 Residentes – R2	53
4.2. Supervisores e Coordenadores	60
4.3. Análise documental do cruzamento vagas de PRMs de MFC e do Programa Mais Médicos	66
5. DISCUSSÃO	74
5.1. Considerações sobre a coleta de dados do inquérito online	74
5.2. Discussão do inquérito online	76
5.3. Provimento de Profissionais para APS	86
5.4. Limitações deste estudo	94
6. CONCLUSÃO	96
7. REFERÊNCIAS	98
8. APÊNDICES	112

Apêndice 8.1. Questionário Survey Monkey para Supervisores ou coordenadores de PRMs de MFC	112
Apêndice 8.2. Questionário Survey Monkey para Residentes de segundo ano de Medicina de Família e Comunidade.....	125
9. ANEXOS	135
Anexo 9.1. Parecer Consubstanciado do CEP	135
Anexo 9.2. Instrumento de Avaliação Institucional de vistoria da CNRM	138
Anexo 9.3. Instrumento de avaliação do PRM para vistoria da CNRM	155

APRESENTAÇÃO DO AUTOR

Sinto particular necessidade de exteriorizar mais que o currículo, mas principalmente os encontros que tive ao longo da minha trajetória e tenho cotidianamente na relação pessoa-contexto de ensino e assistência, tema central nesta tese.

Graduei-me em Medicina pela PUC-Campinas em 2002, Sempre gostei de gente e encontrei na especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) o caminho para continuar adquirindo conhecimentos, habilidades e atitudes para uma atuação competente, baseada em evidências e centrada na pessoa. Tornei-me Médico de Família e Comunidade em 2005, após ter concluído meu Programa de Residência Médica de MFC na FCM/Unicamp. Optei por ser titulado na especialidade também pelo exame de suficiência de Título de especialista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Atuei nesse mesmo ano de 2005 como um dos membros do grupo fundador da Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade (APMFC), sendo membro da primeira diretoria.

Atuei na Atenção Primária à Saúde, assim que terminei a residência, em Campinas/SP, na mesma unidade onde já tinha feito estágio na graduação, o Centro de Saúde Jardim Ipaussurama por alguns meses. Mudei-me, no segundo semestre de 2005, para atuar na Estratégia de Saúde da Família em Amparo/SP, onde eram os cenários de prática do PRM de MFC da Unicamp. Em 2007 casei-me com minha preceptora de dermatologia no R2 (minha esposa Christiane) e atuo até hoje como MFC em meu consultório particular.

Em 2008 fui vice-presidente do II Congresso Paulista de MFC realizado em Campinas e fundamos o Núcleo Regional de Campinas, ligado também à APMFC, em seguida fui o primeiro coordenador do departamento científico de MFC da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas. De 2011 a 2013 atuei com vice-presidente na gestão da APMFC e tornei-me presidente na gestão seguinte. Em 2016 assumi como diretor científico da SBMFC e assim permaneci por 2 gestões, até o ano 2020.

Nesse período também assumi como supervisor do Programa Mais Médicos, vinculado ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), atuando então de 2013, assim que se iniciaram as supervisões, até o presente momento. Fui supervisor em municípios como Itatiba, Jaguariúna, Pedreira, Piracaia, Monte Alegre do Sul, Sumaré,

Caraguatatuba e São Sebastião, tendo contatos mensais com os médicos supervisionados (média 8 -10), bem como bastante contato com os médicos intercambistas de Cuba, brasileiros formados no exterior e formados no Brasil, além de gestores de unidades de APS em nível local e municipal.

Na docência iniciei minha atuação como tutor, melhor denominação para a atividade exercida de supervisionar os residentes dos PRMs de MFC na FCM/Unicamp de 2007, quando ainda seu cenário de prática era em Amparo, assim foi até 2015, já em Campinas. Em janeiro de 2013 assumi como coordenador das disciplinas de Saúde da Família e Comunidade, que depois passou a ser denominada APS, na faculdade São Leopoldo Mandic, onde atuo até hoje, além de ser o atual supervisor do PRM de MFC da mesma instituição, que teve sua primeira turma em março de 2019.

Também já atuei como vistoriador de PRMs de MFC em parceria da APMFC com a CEREM/SP e a própria CNRM, inclusive atuando como parecerista dessas vistorias na CNRM em Brasília, momento em que muitos programas novos de MFC passaram a receber acreditação ou passaram por exigências a se adequarem.

Optei por expor minha trajetória pessoal para que ao ler esta tese, o leitor possa ter ciência não só do que me moveu à escolha pelo tema e objeto de estudo, mas também para que se possa compreender de que lugar eu falo e quais as implicações disso para o desenvolvimento da obra e a visão de seus resultados.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Atenção Primária à Saúde e a Medicina de Família e Comunidade

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata de 1978¹, ocorrida na Ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), expressava a necessidade de ação urgente e de desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Esperavam-se ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as disparidades no desenvolvimento econômico e social dos países, os quais deveriam ser estimulados para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000¹. No Brasil, essa resposta veio em 1988, com a promulgação da Constituição Cidadã e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de suas leis organizacionais nº 8.080³ e 8.142 em 1990⁴. O conceito de saúde e as formas para alcançá-la tornaram-se mais próximos dos conceitos de Atenção Primária à Saúde (APS)^{2,5}.

O conceito de APS foi primeiramente registrado no Relatório Dawson na Inglaterra definindo-se como uma rede de serviços de saúde responsável por uma população e pela resolução de seus problemas⁶.

O conceito de Atenção Primária passou por diversos debates e disputas quanto ao escopo de sua ação, primordialmente no conflito entre a focalização das responsabilidades para populações mais vulneráveis, reconhecido como APS seletiva, ou de seu poder de organização frente à própria rede de serviços. Acrescenta-se ainda a discussão sobre o caráter público e sua relação entre as instituições de natureza distintas, públicas e privadas, que é presente no contexto brasileiro. Essa discussão se deve às concepções defendidas em instituições de ensino superior e a percepção de gestores, em que se destacam o risco de descontinuidade das ações e a resolução dos problemas inerentes à população e serviços de saúde. Discussão que já perdura até hoje e está presente há mais de 40 anos⁷.

A conceituação de APS, proposta pela Organização Mundial de Saúde em 2008⁸ é dada justamente quando esta instituição lança um compromisso internacional

para fortalecimento dos sistemas de Saúde com enfoque e ordenação da atenção primária. Segue a conceituação de APS proposta pela OMS:

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade⁸.

Um aspecto importante no contexto brasileiro é a discussão sobre opção entre o termo Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB). Uma primeira justificativa neste trabalho por se optar pelo termo APS se dá pelo fato de que o descritor com mais resultados nos Decs ou MeSH Terms é *Atenção Primária à Saúde* ou *Primary Health Care*. Mello *et al* (2009)⁶, em um artigo de revisão, trazem que os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde estão associados a “uma prática generalista” e muitas vezes indistinguíveis entre si. Porém, dão relevo para o fato de que no Brasil a Atenção Básica sempre esteve como conceito mais associado ao SUS, à participação popular e delimitação territorial⁶. O termo Atenção Primária à Saúde ou *Primary Health Care*, apesar de ter suas primeiras descrições na década de 70 em documentos oficiais, passa a ter relevância e apropriação no campo da MFC com o trabalho da professora Barbara Starfield (2005)⁹, principalmente por atrelar a APS ao resultado e qualificação da assistência por indicadores. Com isso, a integralidade do cuidado é favorecida quando se dá pelos cuidados de médicos de família e comunidade.

Barbara Starfield⁹ avança também na caracterização dos seus 4 elementos ou também chamados atributos essenciais: primeiro contato, integralidade, continuidade e coordenação do cuidado. Ela classifica os atributos derivados da APS como competência cultural, orientação familiar e orientação comunitária.

Quanto à opção do uso dessa terminologia, APS, e não Atenção Básica, conforme Mello⁶ percebe-se que o termo AB está mais associado aos pesquisadores e atores da Saúde Coletiva, enquanto APS tem sido preconizado nas publicações de Médicos de Família e Comunidade e da própria comunidade científica representativa da especialidade, a SBMFC⁸. Portanto, trata-se de uma escolha conceitual e, também, política.

No Brasil, a descentralização do planejamento e execução das ações estabelecidas nas leis orgânicas da saúde e hierarquização dos serviços trouxe para estados e municípios as atribuições quanto aos cuidados e sua responsabilidade legal frente à saúde para o nível local, a fim de atender as necessidades mais específicas e consoante ao contexto para um planejamento ascendente^{10,11}.

Quanto ao desenvolvimento da saúde pública e da própria APS, a municipalização já havia sido ponto de defesa dentro do próprio Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cursando em um desenvolvimento da APS com características próprias, a partir de ações e programas que incorporam experiências diversas, diante de diferentes determinantes sociais e reconhecimento das principais necessidades de saúde¹².

O avanço na construção da rede de serviços de APS se deu de maneira progressiva, gradual e, inclusive, com diferentes modelos de gestão por administração direta, indireta ou até por Organizações Sociais (OSs). No Brasil, a APS contava, em 2017, com 39.872 equipes de saúde da família e uma cobertura nacional superior a 60%¹².

Quanto ao processo histórico de desenvolvimento da APS no Brasil, em 1990, estava vigente em um projeto piloto no estado da Paraíba, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), um programa com origem na proposta de interiorizar e estreitar o elo entre a comunidade e a equipe de saúde na APS. O PACS teve extensão à região Norte devido à epidemia de cólera¹².

Outras experiências prévias, que traziam modelos que visavam a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) aconteceram em cidades como Porto Alegre e Cotia¹³. A Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹⁴, inicialmente chamada Programa de Saúde da Família (PSF), foi o modelo priorizado pelo Ministério da Saúde para a Atenção Primária à Saúde a partir de 1994, visando uma reorientação dos serviços de atenção à saúde e a substituição da valorização da doença e do modelo hospitalocêntrico para foco na promoção da saúde e participação da comunidade¹⁵.

Com a implantação do piso da Atenção Básica (PAB), uma das estratégias adotadas dentro do financiamento para a APS com um valor garantido per capita, cria-se a estruturação para transformação do modelo de financiamento da APS. À época, o país já contava com 29.000 Agentes Comunitários de Saúde¹⁶.

[Em 2018], o Brasil possui mais de 40 000 equipes de Saúde da Família implantadas e cobertura nominal próxima a 130 milhões de pessoas, o que significa pouco mais de 60% da população brasileira. Os outros 40% da população ainda são atendidos pelas formas anteriores de organização dos serviços, que não utilizam base territorial nem orientação comunitária e familiar. A diferença entre a qualidade e a efetividade desses dois modelos foi amplamente avaliada, comprovando que a ESF é superior¹⁷.

O Programa Mais Médicos pode ser visto como o “movimento” que faltava para a ampliação da APS no país. Apoiava-se em quatro grandes eixos¹⁸: (1) a melhoria em infraestrutura e equipamentos para a saúde; (2) a expansão do número de vagas de graduação em medicina e de especialização/residência médica; (3) o aprimoramento da formação médica no Brasil; e (4) a chamada imediata de médicos para regiões prioritárias do SUS¹⁸.

No caso específico do PMM, foi proposta a universalização dos programas de residência médica que pressupunha o número de vagas igual à de ingressantes em cursos de medicina. Outra proposta prevista na lei, mas que não se efetivou até 2019 era que a Medicina (Geral) de Família e Comunidade fosse um pré-requisito aos programas de residência que não eram de acesso direto, com o objetivo de se ter uma formação para o cuidado integral da pessoa antes da titulação de um especialista focal¹⁹.

Em suas disposições gerais, o PMM possui como objetivos: (1) diminuir as desigualdades regionais no tocante à carência de médicos; (2) fortalecer ações e serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) em todo o território; (3) aprimorar a formação médica; (4) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; (5) fortalecer a política de educação permanente; (6) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e os demais médicos formados em instituições estrangeiras; (7) aperfeiçoar o corpo

médico para atuação nas políticas públicas de saúde; e (8) estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS¹⁹.

No contexto nacional de formulação e implantação de políticas públicas, é importante ressaltar que a última política anterior ao PMM voltada para a APS foi lançada em 2006 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que teve nova edição em 2011 e posteriormente em 2017^{20,21}.

Quando se analisam alguns aspectos do contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017²¹, destaca-se a necessidade de flexibilização trazida por gestores e secretários de saúde quanto a uma adequação ao financiamento das equipes de Atenção Primária (eAP), considerando os diversos contextos deste país continental e a heterogeneidade de suas equipes, que necessitam da garantia e de aporte de recursos. Embora a responsabilização da saúde se dê em nível municipal, uma parte desses recursos são oriundos do Fundo Nacional da Saúde e direcionados para o Fundo Municipal de Saúde. As PNABs anteriores traziam um maior fomento para a formação e definição de modelo de APS via Estratégia da Saúde da Família (ESF), porém cursando muitas vezes com insuficiência dos recursos para as equipes de AP, que não estavam dentro da caracterização da equipe de SF. A PNAB 2017 visou apontar a diferenciação entre os dois tipos de equipe²¹.

No contexto brasileiro, é importante salientar que a composição de muitas equipes ainda tem, em muitos municípios, clínicos, ginecologistas e pediatras, e não a figura do MFC. A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017²² prevê que as equipes de Atenção Primária tenham composição diferente das equipes de Saúde da Família ^{22,23}.

A Equipe de Atenção Primária (eAP) é composta minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cumprir cada um, uma carga horária de 20h ou 30h. Já a Equipe de Saúde da Família (eSF) é minimamente composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem cumprindo cada um 40 horas. Todas devem atender às características e necessidades de cada município, além de seguirem as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade²¹.

Mendonça²⁴ destaca três importantes características da Saúde da Família: (1) a presença de equipes multidisciplinares responsáveis por uma população adscrita; (2) a presença de ACSs e (3) a incorporação da saúde bucal como parte complementar.

A formação de uma equipe com o médico generalista na PNAB 2017 não tinha como exigência que esse profissional fosse um especialista em Medicina de Família e Comunidade, mas exige-se que a equipe tenha em sua composição o enfermeiro, técnicos de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS)²¹.

Um outro aspecto que o trecho da PNAB 2017²¹ acima evidencia é em relação à caracterização da eSF. Descreve-se que ela deva ser composta, preferencialmente, por “especialistas em saúde da família”, não se fazendo referência à especialidade de Medicina de Família e Comunidade no caso o(a) profissional médico(a) de Família e Comunidade.

Um possível entendimento sobre a não utilização dessa especialidade, que é reconhecida pela Comissão Mista de Especialidades e pela Associação Médica Brasileira (AMB) tem origem justamente no entendimento de como deve se dar a composição de profissionais médicos em um serviço de APS.

1.2. A formação médica e sua relevância para atender às necessidades de saúde

A formação de profissionais médicos para atender às necessidades de saúde da população é um desafio de proporções mundiais. A recomendação adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto ao número de médicos por habitante é de 1,95/1000 habitantes²⁵.

O contexto atual e a perspectiva de uma força-tarefa da OMS sinalizam que uma efetiva cobertura para atendimento às necessidades de saúde parte certamente da premissa do estabelecimento de uma força de trabalho suficiente para atender à demanda dos diversos sistemas de saúde. Entretanto, países com diversos níveis de desenvolvimento socioeconômico enfrentam dificuldades na educação, fixação e performance dos profissionais²⁵.

A carência de profissionais e a distribuição de maneira heterogênea são situações presentes em diversos países. Trata-se de um problema relatado em vários documentos^{5,26}, que trazem a necessidade de se formar profissionais de maneira quantitativa e de qualidade para uma atenção adequada, sendo mais grave a situação em países com piores níveis de desenvolvimento econômico e social. Locais de acesso remoto ou rurais também representam um desafio importante para preenchimento de vaga, o que os torna, frequentemente, objeto de estratégias para atrair profissionais de saúde⁵.

Nesse sentido, alguns elementos têm forte interferência nas demandas de médicos especialistas, entre os quais se destacam crescimento demográfico, envelhecimento da população, hábitos e condições de vida pouco saudáveis, surgimento de novas doenças, aumento da renda de parte das famílias e organização para a rede de atenção à saúde da população²⁶.

É importante notar que além do número de vagas, é preciso que os médicos que as ocupem sejam capazes de atender à demanda dos sistemas de saúde de forma adequada. Um referencial que discute relevância do provimento de médicos para contribuir com a responsabilidade de acesso à saúde está no conceito do *Health Literacy* (que poderia ser traduzido como “letramento em saúde”, definido no relatório do Institute of Medicine, *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. De forma geral, o conceito corresponde ao “grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões de saúde apropriadas”²⁷. Assim, deve-se levar em consideração que além de estarem presentes nos cenários onde são necessários, os médicos devem ser capazes de realizar as seguintes competências: acessar serviços de saúde, analisar os riscos e benefícios relativos, calcular dosagens, comunicar-se com profissionais de saúde, avaliar as informações para credibilidade e qualidade, interpretar os resultados do teste e localizar informações de saúde²⁸.

Este conjunto de necessidades aponta a relevância de que a formação de profissionais para o setor de saúde se torne, portanto, objeto de investimento, estudos e ações.

1.2.1. A Medicina de Família e Comunidade como especialidade e a sua formação

Atualmente são reconhecidas 55 especialidades médicas a partir do normativo aprovado pela Comissão Mista de Especialidades (CME) e homologado pelo plenário do CFM, Resolução nº 2.221/18²⁹. Em 1978, foi reconhecida a especialidade Medicina Geral Comunitária, que teve seu nome alterado em 2001 para Medicina de Família e Comunidade⁸.

A definição de Médico de Família e Comunidade (MFC) adotada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)⁸ é “especialidade médica que cuida das pessoas ao longo da vida, independente do problema de saúde, do sexo, da idade, ou do órgão afetado pela doença”³⁰.

O Médico da Família e Comunidade visa ao atendimento integral das pessoas, famílias e comunidade por meio de competências preventivas e terapêuticas. O especialista não está preocupado apenas com a doença, mas verifica prováveis causas que podem ser relacionadas até mesmo ao ambiente doméstico. Isso facilita o trabalho do médico quando se conhece a realidade das famílias³⁰.

A partir dos novos conceitos, a figura do Médico de Família e Comunidade ganha mais espaço e reconhecimento, haja vista que, em 1986, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece a Medicina de Família e Comunidade (MFC) – ainda chamada de Medicina Geral Comunitária – como especialidade médica. Com o passar dos anos, muitas foram as mudanças ocorridas no universo da MFC, desde a ampliação no número de programas pelo país, até a criação de iniciativas que fortaleceram o papel da MFC junto à Atenção Primária à Saúde³¹.

Entre essas mudanças, os Programas de Residência Médica (PRMs) em MFC passaram por longos processos de ampliação, não somente em números absolutos, mas também em características do processo de formação. Os PRMs, com o passar dos anos, passaram a ser considerados excelência no que diz respeito à formação médica e passaram a ocupar o centro das discussões e dos estudos científicos³¹.

Dados atuais indicam que no Brasil existem 44 mil equipes de Saúde da Família, e o número de especialistas em MFC é de aproximadamente 5.000. O estudo do CREMESP apontou que o número de especialistas com o título de MFC no país é

de 2.593 médicos, considerando o último concurso com resultado homologado pela SBMFC⁸.

A fim de ter mais fidedignidade, a SBMFC⁸ realizou o levantamento do número de certificados de residência médica registrados no SIS-CNRM e elaborou um consolidado com os dados de títulos de especialista emitidos. No SIS-CNRM foram obtidos todos os registros de certificados de conclusão de residência em Medicina de Família e Comunidade ou Medicina Geral e Comunitária (nome adotado para a especialidade até 2002). Em 2018 eram 5.438 MFCs no Brasil, sendo que 3.341 tinham certificados de conclusão de residência médica em Medicina Geral e Comunitária ou Medicina de Família e Comunidade. Eram 2593 que se tornaram especialistas através da aprovação no exame de suficiência de título de especialista³¹. Importante lembrar que alguns MFCs têm o título pela residência, mas também optaram por fazer a certificação pela SBMFC⁸, que é filiada à AMB.

1.2.2. A formação de profissionais médicos no Brasil

O número de médicas e médicos no Brasil vem aumentando de maneira significativa. Em 1980 eram 113.495 médicos para uma população de 121.150.572 habitantes (0,94 médio/habitante), e em 2020 atingiu-se o número de 500.000 médicos para uma população de pouco mais de 210 milhões (2,38 médicos/habitante)³².

Embora esse número hoje já supere nacionalmente a necessidade preconizada quantitativamente pela OMS, a distribuição desses profissionais ocorre de maneira heterogênea em relação ao tamanho dos municípios, distribuição geográfica e quanto à formação de especialistas segundo as necessidades de saúde. No entanto, pela primeira vez, todos os estados do Brasil têm pelo menos 1 médico a cada mil habitantes, conforme recente estudo da demografia médica do Brasil em 2020³².

Scheffer *et al*³² trazem a iniquidade que ainda existe na oferta desses profissionais em diversas variáveis. Por exemplo, há uma grande diferença entre os grandes centros urbanos (capitais) e o interior, sendo a média de profissionais nas capitais de 5,65/1000 habitantes e no interior de 1,49/1000 habitantes. Há também claras disparidades de oferta entre os contextos rurais, urbano-rurais e urbanos.

Quando se analisa o contexto das escolas médicas, houve uma expansão dos cursos. Em 2001, o número de vagas de graduação era 11.541, tendo atingido 37.823 vagas em 2020, um aumento de mais de 3 vezes. Destaca-se que esse incremento ocorre principalmente na região sudeste (46% das vagas), e São Paulo aparece como reduto de 20% delas³².

Quanto à natureza das instituições de ensino superior que ofertam essas vagas, dos 357 cursos de medicina, 121 são públicos, com um total de 9.742 vagas (25.8%). As escolas privadas são 236, com 28.081 vagas, representando 74,2%. A abertura de novas vagas de graduação entre 2011 e 2020 foi de 84%, sendo apenas 16% dessas vagas oriundas de instituições públicas³².

A primeira escola de Medicina do Brasil surgiu em 1808 na Bahia, com o nome de Faculdade de Medicina do Bahia (FAMEB). Denominada inicialmente de Escola de Cirurgia da Bahia, criada por D. João VI em 18 de fevereiro de 1808. A FAMEB agora faz parte da Universidade Federal da Bahia ³³. Até a primeira década do século XX havia apenas três instituições desse tipo no país.

Na década de sessenta foram criadas 35 escolas, configurando um processo intenso de expansão. Nos anos seguintes essa ampliação permaneceu e, ao final do século passado, alcançaram-se 113 escolas implantadas. Neste século, em um período menor do que 20 anos, a expansão intensificou-se. No final de 2010, o número de cursos ativos chegou a 179 e alcançou a marca de 323 em 2018³⁴.

A graduação em medicina tem seis anos de duração e o sistema de ingresso, adotado de maneira heterogênea pelas instituições de ensino superior é o vestibular. Após a graduação, terminado o curso, o médico é denominado generalista ou clínico geral. Para ser reconhecido como especialista o graduado deve escolher a sua especialidade e prestar um exame de residência médica, ou então optar pela pós-graduação *lato sensu*, adotada desde 1981. De outra forma, pode ainda ser aprovado em um exame de suficiência da associação da especialidade médica desejada, que deve ser filiada à Associação Médica Brasileira³³.

A residência médica surgiu no Brasil em 1944, a partir da implantação dos primeiros programas no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade de São Paulo (USP)³³, porém, só foi regulamentada três décadas depois – juntamente com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) – por meio do Decreto nº 80.821, de 5 de setembro de 1977³⁵. Esse decreto define que a residência médica é

uma modalidade de ensino de pós-graduação da classe médica, sob a forma de especialização e caracterizada pelo treinamento em serviço³⁵.

Instituída por tal Decreto³⁵ e promulgada através da Lei nº 6.932 de 1981¹¹, as residências médicas passaram a ser chamadas de Programas de Residência Médica (PRMs). A lei prevê ainda que a oferta de PRMs só possa acontecer em instituições de saúde devidamente credenciadas junto à CNRM¹¹.

Em 2011, a partir do Decreto nº 7.562³⁶, passou a ser também de responsabilidade da CNRM a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, em especial dos PRMs. O Decreto prevê que: “a regulação das instituições e dos PRMs deverá considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil sócio epidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS”³⁶.

A partir desses decretos^{35,36}, a Comissão passou a contar com a presença do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), sendo esses os grandes ofertantes e financiadores das residências médicas no país, além de gestores dos campos de prática dos PRM³⁷.

Por outro lado, foi criada em 2007 a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES)³⁸, que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, o Pró-Residência, com o objetivo de “favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica, [...] em especialidades e regiões prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS”³⁸. É importante destacar que até esse momento não existiam no país políticas indutoras de vagas de formação de especialistas voltadas para a necessidade do SUS, apesar de o poder público ser sabidamente o maior financiador das bolsas dos residentes³⁸.

Para realizar um programa de residência são necessárias condições básicas para assistência e formação pedagógica que possibilitem ao médico residente, preceptores e docentes atuar na formação adequada e na promoção de uma atuação segura a todos os envolvidos nos cenários de prática, principalmente, aos pacientes, durante o período de tratamento, quando assistidos pelo pós-graduando. Também é necessária uma estrutura física que permita a atuação e a supervisão pelo médico tutor ou preceptor. Este deve ter titulação compatível e estar munido de ferramentas didáticas e de instrumentos de ensino que balizem sua ação e prática pedagógica,

sendo ainda necessária a definição de diretrizes orientadoras em concordância com a ocupação de postos-chaves necessários durante a formação em serviço³⁹.

Dentre os objetivos da Lei do Mais Médicos, Lei nº 12.871 de 2013¹⁰, está prevista a “reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos”. O impacto encontrado a partir desse aparato legal é um aumento de vagas em municípios de menor porte e regiões menos densas, através de instituições de ensino privadas.

A lei também apontava para a universalização de vagas de residência médica, que significa uma vaga de residência para cada egresso. Contudo, essa prerrogativa não está mais vigente, já que a Medida Provisória (MP) nº 890/2019 revogou a efetivação dessa obrigatoriedade⁴⁰.

Quanto ao número de médicos generalistas, assim como de médicos em geral, há importante desigualdade entre as regiões e unidades da federação. A razão especialista/generalista tem média nacional de 1,56, variando de 1,08 na região Norte até 2,07 na região Sul³².

No que diz respeito à caracterização dos profissionais médicos generalistas e especialistas, segundo a Demografia Médica de 2020³², os generalistas são maioria apenas na faixa que vai até 29 anos (81,1%), quando os graduados ainda cursam programas de residência médica ou entram no mercado de trabalho mesmo sem especialização. Já na faixa seguinte, de 30 a 34 anos, a maioria (57,2%) tem título, e a partir da faixa de 35 a 39 anos, os titulados são 69,9%.

No caso dos especialistas, esses integram o maior grupo na faixa entre 45 e 49 anos, representando 79,9% dos médicos titulados e 20,1% não titulados. A Demografia estabelece ainda a seguinte relação: para cada generalista, existem 1,56 especialistas. Na faixa etária entre 50 e 54 anos, 78,2% dos médicos são especialistas, caindo depois para 76% na faixa de 55 a 59 anos. Com idade entre 65 e 69 anos, os titulados são 66,7% e, com 70 anos ou mais, caem para 59,9%, isso porque são de um período em que eram outros os critérios de especialização³².

Outro dado importante referenciado na Demografia Médica³² são os índices de profissionais especializados em cada uma das 59 áreas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Há no país quatro especialidades que concentram 38,4% de todos os títulos de especialistas: Clínica Médica (48.997 titulados, 11,3% do total),

Pediatria (43.699 titulados, 10,1%), Cirurgia Geral (38.583 especialistas, 8,9%) e Ginecologia e Obstetrícia (33.309 titulados, 7,7%)³². Embora estando na 14ª posição da lista, a especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) contempla dados relevantes e que servem de base para muitas das discussões trazidas nesta tese. Ao todo, a especialidade contém 7.149 profissionais titulados, ou 1,7% de todos os profissionais do país, sendo que 3.901 desses profissionais são do sexo feminino (58,7%) e 2.747 são do sexo masculino (41,3%)³².

Outro aspecto que vale a pena ser observado é a distribuição de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade nas unidades da federação. Segundo os dados da Demografia³², os estados do Sul e do Sudeste (exceto o Espírito Santo) são aqueles com mais profissionais especializados em MFC: Rio Grande do Sul (998), São Paulo (1228), Minas Gerais (960), Rio de Janeiro (835), Santa Catarina (561) e Paraná (522). Vale destacar ainda que embora a maioria dos estados do Nordeste apresentem baixos índices de especialistas, os estados com menos profissionais especializados na área são: Roraima e Rondônia, com 21 e 22 médicos de família e comunidade, respectivamente³².

No artigo de Batista e Trindade⁴¹ ao analisar este contexto da formação de MFCs, o entendimento é para o desenvolvimento de estratégias para aumentar o número de especialistas em MFC, via PRMs e discutindo

1.3. A residência Médica no Brasil: vagas e ociosidade

Segundo dados da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), o país conta com 58.077 vagas autorizadas de programas de residência médica pelo Ministério da Educação (MEC). Dentre essas, apenas 35.178 estão preenchidas; uma ociosidade que equivale a 39,4% do que é permitido pela CNRM. A diferença é ainda maior no que diz respeito ao número de R1, que conta com 22.432 vagas autorizadas e somente 16.499 ocupadas. De acordo com dados da CNMR, 13 estados possuem mais de 40% das vagas de Residência Médica ociosas³².

São Paulo tem 7.158 vagas não preenchidas, totalizando 37,1% das vagas que foram autorizadas pela CNRM para o estado. O Maranhão, que já tem a menor razão de vagas autorizadas por 100 mil habitantes,

tem também a maior porcentagem de vagas não preenchidas: das 406 autorizadas, 57,9% estavam ociosas em 2017. No Ceará, 53,7% das vagas também não estão preenchidas. O censo realizado pela Demografia Médica revela que, em 2017, o Brasil tinha 35.187 médicos cursando RM em 6.574 programas de 790 instituições credenciadas. De acordo com o trabalho, há programas autorizados de RM 55 especialidades médicas e nas 59 áreas de atuação reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pela CNRM, pelo CFM e pela Associação Médica Brasileira (AMB)³².

De acordo com informações reunidas pela Demografia Médica de 2020³², a oferta de vagas de RM depende da sua regulamentação, do financiamento de bolsas, das políticas de incentivo, da capacidade das instituições e programas credenciados, dentre outros fatores. Por outro lado, a ociosidade é relacionada às falhas no registro de dados sobre a ocupação de vagas; a menor demanda em relação à oferta ampliada em determinadas especialidades, ou seja, mais vagas do que candidatos; o desinteresse dos egressos por programas de pouca tradição; e as dificuldades ou atrasos de financiamento de bolsas³².

A Demografia Médica reuniu ainda dados específicos por estado no que diz respeito à oferta e ociosidade nos Programas de Residência Médica. Em dez anos, a especialidade que mais expandiu o número de médicos residentes foi a MFC, que passou de 181 vagas de R1, em 2010, para 1.031 vagas de R1, em 2019, (aumento de 469,6%) e cresceu quase cinco vezes mais que a taxa de crescimento global de 81,4% nas vagas de R1 no período analisado³².

No documento³² ficam confirmadas as discrepâncias entre estados da federação quanto à oferta das vagas, bem como uma concentração de instituições na região Sudeste, com mais de metade dos programas autorizados ($n = 2491$). A região sudeste demonstrou ainda concentrar 33,9% de todos os médicos residentes do Brasil.

Na região Sul há 8.640 médicos residentes, correspondendo a 16% dos 53.776 cursando PRMs em 2019. Somados, Sul e Sudeste correspondem a $\frac{3}{4}$ dos residentes do país, tendo a região Norte a menor porcentagem (3,7%)³².

Ao considerar a densidade médicos em relação ao tamanho da população de cada estado, o Distrito Federal tem a maior densidade, correspondendo a 56,28 médicos/100.000 hab., São Paulo 39,71/100.000 hab. e o Rio Grande do Sul 34,59/100.000 hab. Dentre as menores densidades, o Maranhão tem 5,44/100.000 hab., seguido por Amapá (7,57/100.000) e Pará (9,33/100.000 hab.)³².

A distribuição dentro dos próprios estados também evidencia sua desigualdade, com 67,9% dos médicos residentes atuando nas capitais e os demais no interior³².

Quando à área de atuação dos mais de 53 mil residentes em curso em 2019, 43% está atuando nas 4 áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia. Destaca-se que há grande concentração em Cirurgia Geral e Clínica Médica devido ao caráter de pré-requisito para outras especialidades³².

Tabela 1 - Evolução no número de vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil (Brasil, 2014 - 2018).

Evolução do número vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil 2014 à 2018 (Medicina de Família e Comunidade R1)													
2014		Aumento de Vagas	2015		Aumento de Vagas	2016		Aumento de Vagas	2017		Aumento de Vagas	2018	
Vagas R1 autorizadas		2014 a 2015	Vagas R1 autorizadas		2015 a 2016	Vagas R1 autorizadas		2016 a 2017	Vagas R1 autorizadas		2017 a 2018	Vagas R1 autorizadas	
1289		246	1535		1216	2751		463	3214		373	3587	
AC	6	0	AC	6	14	AC	20	0	AC	20	0	AC	20
AL	7	0	AL	7	67	AL	74	0	AL	74	12	AL	86
AM	43	0	AM	43	9	AM	52	0	AM	52	0	AM	52
AP	0	0	AP	0	0	AP	0	0	AP	0	0	AP	0
BA	45	78	BA	123	24	BA	147	38	BA	185	80	BA	265
CE	85	0	CE	85	43	CE	128	2	CE	130	20	CE	150
DF	9	0	DF	9	27	DF	36	11	DF	47	7	DF	54
ES	8	6	ES	14	15	ES	29	44	ES	73	11	ES	84
GO	12	0	GO	12	3	GO	15	3	GO	18	5	GO	23
MA	4	15	MA	19	0	MA	19	0	MA	19	0	MA	19
MG	160	24	MG	184	125	MG	309	32	MG	341	19	MG	360
MS	7	2	MS	9	42	MS	51	-3	MS	48	0	MS	48
MT	12	10	MT	22	26	MT	48	4	MT	52	18	MT	70
PA	32	5	PA	37	5	PA	42	5	PA	47	0	PA	47
PB	45	1	PB	46	56	PB	102	4	PB	106	22	PB	128
PE	44	26	PE	70	51	PE	121	0	PE	121	0	PE	121
PI	0	0	PI	0	0	PI	0	0	PI	0	15	PI	15
PR	111	-2	PR	109	95	PR	204	6	PR	210	14	PR	224
RJ	182	29	RJ	211	75	RJ	286	-6	RJ	280	11	RJ	291
RN	32	0	RN	32	19	RN	51	0	RN	51	0	RN	51
RO	0	4	RO	4	12	RO	16	0	RO	16	0	RO	16
RR	8	0	RR	8	0	RR	8	0	RR	8	0	RR	8
RS	124	13	RS	137	97	RS	234	8	RS	242	77	RS	319
SC	50	13	SC	63	70	SC	133	9	SC	142	10	SC	152
SE	6	6	SE	12	6	SE	18	0	SE	18	0	SE	18
SP	237	18	SP	255	285	SP	540	342	SP	882	42	SP	924
TO	20	-2	TO	18	14	TO	32	0	TO	32	10	TO	42

Informações obtidas do banco de dados do SisCNRN.

Fonte: Elaborada a partir de dados do SIS/CNRM.

A partir da Tabela 1, observa-se importante aumento das vagas de R1 para MFC de maneira progressiva e em todos os estados do Brasil, com exceção do Amapá, que não teve nenhum programa credenciado e ficou sem vagas, além de Roraima, que manteve 08 vagas.

Destaca-se também SP, que parte de 237 vagas para 924. Quanto à ocupação dessas vagas no Brasil e por região, a distribuição pode ser encontrada nas Tabelas 2, 3 e 4, respectivamente, para os anos de 2017, 2018 e 2019.

Tabela 2. Número de vagas autorizadas, ocupadas e ociosas em Programa de Residência Médica em Medicina de Família, por região (2017).

Região	Nº de Vagas Autorizadas			Nº de Vagas Ocupadas			Vagas Ociosas
	R1	R2	TOTAL	R1	R2	TOTAL	
Centro-Oeste	154	154	308	64	10	74	234
Norte	184	184	368	84	38	122	246
Nordeste	592	592	1184	179	60	239	945
Sul	619	619	1238	146	48	194	1.044
Sudeste	1286	1286	2572	528	322	850	1.722
Brasil	2835	2835	5670	1001	478	1479	4.191

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do SIS/CNRM.

Tabela 3. Número de vagas autorizadas, ocupadas e ociosas em Programa de Residência Médica em Medicina de Família, por região (2018).

Região	Nº de Vagas Autorizadas			Nº de Vagas Ocupadas			Vagas Ociosas
	R1	R2	TOTAL	R1	R2	TOTAL	
Centro-oeste	154	154	308	73	50	123	431
Norte	198	198	396	85	85	170	226
Nordeste	712	712	1424	201	94	295	1129
Sul	623	619	1242	146	48	194	1.048
Sudeste	1.286	1.286	2.572	582	322	904	1.668
Brasil	2973	2969	5942	1087	599	1686	4256

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do SIS/CNRM.

Tabela 4. Evolução no número de vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil (Brasil, 2014 – 2018).

Região	Nº de Vagas Autorizadas			Nº de Vagas Ocupadas			Vagas Ociosas
	R1	R2	TOTAL	R1	R2	Total	
Centro-Oeste	125	125	250	49	43	92	158
Norte	107	107	214	62	54	116	98
Nordeste	357	357	714	149	89	238	476
Sul	663	663	1.326	163	42	205	1.121
Sudeste	1.287	1.287	2.574	411	267	678	1.896
Brasil	2539	2539	5078	834	495	1329	3749

Fonte: Elaborada pelo autor a partir de dados do SIS/CNRM.

Fazendo uma análise pormenorizada em relação ainda ao aumento das vagas de MFC. Pode-se notar um aumento de vagas de R1 autorizadas de 1.289 em 2014, para 3.587 em 2018 (Tabela 1). Observa-se, entretanto que, apesar do aumento do número de vagas, há 1.479 vagas ocupadas em um universo de 5.670 vagas autorizadas, sendo 4.191 ociosas em 2017 (73,9% de ociosidade). Em 2018 são 1.686 vagas ocupadas em um universo de 5.942, com uma ociosidade de 4.256 vagas em 2018 (71,6% de ociosidade). Já em 2019, foram 1.329 vagas ocupadas em um universo de 5.078 vagas autorizadas, sendo 3.749 ociosas, representando 73,8%. Percebe-se uma importante redução de 5.942 vagas autorizadas em 2018 para 5.078 em 2019, situação decorrente das visitas e vistorias dos PRMs por parte das Comissões Estaduais de Residência Médicas (CEREM) nos diversos programas.

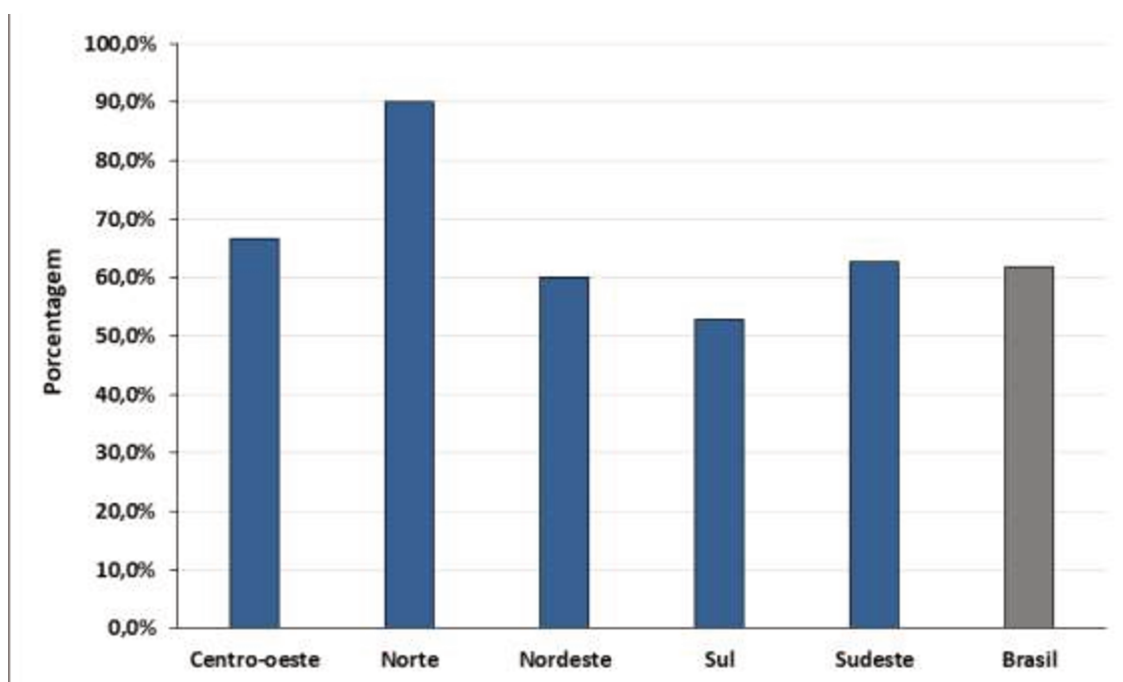


Figura 1. Porcentagem de municípios com vagas ociosas de residência (em relação ao número de municípios com vagas autorizadas), por região, em 2019.

Fonte: Dados disponibilizados pelo CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/recorte-demografico-da-residencia-medica-brasileira-em-2019/>

Segundo dados disponibilizados pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretarias de Saúde)³⁷, a distribuição das vagas de Residência Médica acompanha as diferenças sociodemográficas brasileiras: a região Norte apresenta o menor número de programas, as maiores taxas de ociosidade e recebe o menor financiamento para bolsas-residência. Em uma análise global, o pequeno número de municípios que possuem vagas autorizadas, a alta taxa de ociosidade dos programas, o financiamento prioritário pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e MEC, demonstram a necessidade de dimensionar a Força de Trabalho em Saúde, visando assegurar a formação de especialistas das quais o SUS e o mercado de trabalho realmente necessitem³³.

O importante documento também registra a dualidade e competição do entendimento da residência enquanto força de trabalho x cenário de pós graduação. Cita que a Lei 6.932/1981¹¹ regulamentou a Residência como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, entretanto, os problemas desta formação também consistem na ambiguidade existente entre o modelo educacional e o mundo do trabalho.

1.4. Os PRMs de MFC e a formação para a APS no Brasil

A discussão sobre currículo dentro da formação médica é de extrema relevância e está em constante discussão. Recente revisão⁴² da *World Federation for Medical Education* (WFME) estabelece 04 componentes a serem atingidos dentro do escopo do currículo na graduação.

O primeiro é a “definição” dos objetivos de aprendizagem e o que o estudante tenha atingido a cada parte do seu curso”, a partir da descrição clara dos valores, atitudes, habilidades, conhecimentos e necessidades revisando os resultados esperados, os padrões adotados pelas instituições de ensino nacionais e a avaliação;

Quanto à organização do currículo e sua estrutura, a partir da definição do item 1, estabelecer os princípios, conhecimentos e habilidades, estando a escolha dos mesmos relacionadas à integração entre os componentes curriculares, recursos e o contexto da instituição;

Quanto ao terceiro item, do conteúdo curricular, este deve ter pelo menos 3 domínios: ciências biomédicas, ciências e habilidades clínicas e ciências sociais e comportamentais relevantes ao contexto local, incluindo os princípios éticos, responsabilidades ao cuidado de pacientes e comunidades;

O quarto item é o uso de experiências e estratégias pedagógicas e métodos para garantir que os estudantes atinjam os resultados definidos no próprio currículo⁴².

Ao se avaliar a discussão sobre o currículo na graduação no Brasil, tem-se por base a Resolução nº 3 do Ministério da Educação de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014¹⁹, para os cursos de graduação em Medicina, pautadas em competências a serem dominadas a partir de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Nessa resolução, o objetivo descrito para a MFC na graduação é:

Formar e habilitar médicos na área da Medicina de Família e Comunidade a adquirir as competências para ser resolutivo em cenários de prática que contemplem os atributos da atenção primária à saúde, sendo eles, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação Familiar, orientação comunitária e competência cultural¹⁹.

Entende-se por competência “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho”¹³.

Quando se busca os currículos de pós-graduação para formação de especialistas em MFC, a discussão das competências é bastante presente, mas não de maneira isolada, sempre como uma das ações a serem desenvolvidas.

O Conass³⁷ elaborou documento que traz a discussão da integralidade do cuidado e como o currículo por especialistas em disciplinas distanciou desta. Acena como positiva a opção da CNRM, em parceria com as sociedades científicas de especialidade, ao adotarem o modelo de matriz de competências.

No Reino Unido, o currículo para formar “general practitioners”⁴³, nome dado à MFC naquele país, em sua versão de 2019, é desenhado para integrar as 5 áreas de capacitação ou aquisição de competência ou aptidões, com 13 competências dentro dessas 5 áreas:

- A- Conhecer a si mesmo e se relacionar com os demais;
- B- Aplicação de conhecimentos e habilidades clínicas;
- C- Manejo de situações complexas e crônicas;
- D- Trabalhar bem em organizações e serviços de saúde;
- E- Cuidado integral e na comunidade.

A formação no Reino unido tem três anos de duração e pressupõe atuação tanto em unidades de APS como em cenário hospitalar⁴³.

No Canadá, o Colégio Canadense de Médicos de Família, o *Canadian College of Family Physicians (CCFP)* lista as recomendações para que os programas de residência médica recebam sua acreditação⁴⁴.

O currículo se fundamenta em 3 componentes, o “triple competency-based curriculum”, para aquisição de competências, que são:

- Educação integral e cuidado centrado na pessoa (*comprehensive education and patient care*);
- Educação continuada e centrada na pessoa (*continuity of education and patient care*);
- Centramento na MFC (*centred in family medicine*)⁴⁴.

O próprio documento do CCFP⁴⁴ que tem sido utilizado como fundamentação das competências para a Atenção Primária, chamado *CanMeds*, também sustenta a construção de outros currículos. Inclusive esta mesma instituição elaborou um

currículo de competências para a graduação com o objetivo de trazer o escopo da prática para a APS já desde o início do curso, corroborando para uma aprendizagem progressiva.⁴⁴.

Atualmente no Canadá, são 13 escolas médicas com programas de residência em MFC que formaram um consórcio em parceria com o CCFP para essa acreditação. Uma das participantes é a Universidade McGill, que lista 6 objetivos para seus programas de residência e foca seu currículo para que os residentes:

1. Preparar os estudantes para uma prática integral da MFC em diversos cenários;
2. Sensibilizar os residentes para um compromisso social e a o contexto da saúde e da doença;
3. Cultivar a análise crítica dos residentes em todos os aspectos da prática médica;
4. Treinar os residentes para obterem o certificado do Colégio Canadense de Médicos de Família e a licença do Colégio de Médicos de Québec;
5. Prover ferramentas necessárias para educação continuada;
6. Dar suporte aos residentes com ferramentas para docência⁴⁴.

Nos Estados Unidos, a MFC foi reconhecida como disciplina médica em 1969 (family medicine). O *American Board*, inicialmente de *Family Practice* e depois se tornando *American Board of Family Medicine*, também surge em 1969. A AAFP, sociedade científica de MFC, semelhante à SBMFC⁸, surge antes ainda, em 1947⁴⁵.

Quanto à formação de MFCs atualmente, os residentes iniciam seu treinamento após terminarem a graduação em escolas de medicina ou medicina osteopática (4 anos). Durante seu curso, fazem o exame que se chama *Board*, de 2 etapas, o *United States Medical Licensing Examination* (USMLE). Após a aprovação e terminado o internato (*clerkship*), o estudante se torna “doutor” em medicina (Medical Doctor) e pode iniciar sua especialização em um programa de residência médica⁴⁶.

Durante o último ano do curso de graduação, o estudante participa de um processo de seleção nacional para fazer a residência médica, que se chama “Match Process”, em que o estudante escolhe uma universidade e a especialidade que deseja e que seja acreditada pelo *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), assim como o próprio programa de residência seleciona os candidatos que tem interesse⁴⁶.

Durante o período da residência, o médico precisa cumprir os critérios de certificação do *American Board of Family Physician* e então passar a ser reconhecido como *Family Physician*⁴⁶.

Quanto à Europa Ocidental, o Observatório de Políticas e sistemas de saúde que visa promover e dar suporte para decisões baseada em evidências para o desenvolvimento da APS, em documento elaborado por Dionne S. Kringos et al, com relação à força de trabalho, aponta que 17% dos estudantes que se graduam em medicina nos 31 países que fazem parte do estudo, escolhem a MFC. Na França e Austria, estes índices são maiores porque, respectivamente, o primeiro regula as vagas por especialidade e porque no segundo, todos os médicos iniciam o processo de especialização como General Practitioners (GPs)⁴³.

Na Espanha, que reconhecidamente tem uma APS considerada forte pelo mesmo estudo acima, Cotanda⁴⁷, ao trazer uma análise sobre as conquistas e desafios da APS neste país, relata justamente que um dos elementos chave para esta conquista tem nos profissionais é ter profissionais bem formados, mas sinaliza que a preparação dos mesmos, não apenas quantitativamente, mas para atender o contexto das doenças crônicas e do trabalho em equipe, em especial com a enfermagem é fundamental para o desenvolvimento contínuo de médicos para a APS⁶.

Quando se busca a produção das melhores evidências em educação médica, é fundamental atentar às produções do *BEME (Best Evidence Medical Collaboration)*, um grupo internacional que reúne universidades e organizações comprometidas com o desenvolvimento de evidências para a educação médica e formação de profissionais para a saúde⁴⁸.

Os principais documentos deste grupo que abordam a pós-graduação médica estão descritos abaixo.

Em primeiro lugar, o Guia BEME nº3, “Systematic searching for evidence in medical education”⁴⁸ discute justamente o *gap* na literatura médica quanto às evidências que informam as melhores práticas na educação médica. Com isso, o BEME nº3 tem como objetivo fornecer uma visão de fontes e métodos de informação relevantes (incluindo bancos de dados bibliográficos, literatura cinzenta, pesquisa manual e a Internet), descrevendo quando e como eles devem ser consultados⁴⁸.

O Guia BEME nº 60, “Learning from patients about patient-centredness: A realist review”⁴⁹ tece considerações e defende que o trabalho centrado no paciente é uma parte essencial da medicina contemporânea. As intervenções educacionais são vistas

com bons olhos por especialistas como forma de fortalecer esse modelo de atendimento médico. Na tentativa de desenvolver um programa que descreva os processos pelos quais as intervenções educacionais têm que passar e assim apresentar os resultados esperados, o BEME nº60 traz dados de uma revisão de artigos sobre intervenções educacionais envolvendo pacientes⁴⁹.

Com relação à abordagem centrada na pessoa e próprio método clínico centrado na pessoa (MCCP), ele surge no Canadá, com McWhinney⁵⁰ e Moira Stewart⁵¹, com uma proposta de transformação do método clínico vigente, o especializado, centrado na doença e que abdicava de percepções mais subjetivas e essenciais para a satisfação do paciente e como estratégia de cuidar.

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) foi recomendado por Stewart *et al.*⁵¹ na publicação de "*Patient centered medicine: transforming the clinical method*", enfatiza abordar três aspectos na consulta: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas.

Em sua última edição, o autor¹¹⁰ descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico.

A abordagem centrada no paciente é cada vez mais considerada um paradigma de qualidade internacional identifica-se a importância do MCCP como essencial à eficiência por 3 razões segundo Bertakis e Azari:

- Estabelece pontes entre paciente e médico, entre a mente e o corpo, entre a saúde e a doença, entre a doença e o contexto;
- Integra a medicina baseada na competência cultural e a MBE;
- Facilita a aplicação individual da MBE.⁵²

No ensino em saúde e na educação médica, O MCCP tem sido objeto de intervenção. Barbosa, em sua dissertação de mestrado⁵³, estuda a aplicação e dificuldades sobre este método entre estudantes da graduação, trazendo a lacuna entre seu uso e a própria formação ainda centrada na doença, enfatiza o pouco uso durante o curso e sugere, em sua conclusão, que deveria ter maior aplicação através de anamneses ou roteiros direcionados pela MCCP e maior cobrança do mesmo em avaliações práticas e teóricas.

Já o Guia BEME nº 45, "*Utility of selection methods for specialist medical training: A BEME (best evidence medical education) systematic review*"⁴⁸ apresenta dados informando que são poucos os estudos presentes na literatura que discutem o processo de seleção de residência médica, em especial no que diz respeito às evidências sobre os sistemas de seleção e a utilidade das ferramentas de seleção em ambientes de treinamento de pós-graduação. Na tentativa de suprir tal lacuna, esse guia considerou 116 artigos presentes nas bases de dados PubMed; Ovid Medline; Embase, CINAHL; ERIC e PsycINFO.

O objetivo de tal revisão sistemática foi o de explorar, analisar e sintetizar as evidências relacionadas à seleção para o treinamento em especialidades médicas de pós-graduação.

De acordo com os responsáveis pela pesquisa⁴⁸, tal levantamento permitiu um maior entendimento no que diz respeito à utilidade dos métodos de seleção individuais. Porém, no âmbito da equidade, ainda há um abismo muito grande. Ou seja, há pouca literatura que traga informações teóricas e conceituais sobre os sistemas de seleção equitativos já existentes nas faculdades de medicina.

O Guia BEME nº 33, "*Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review*"¹⁸, traz dados de uma revisão sistemática que considerou estudos nas bases Embase e Medline, publicados entre 2008 e 2014. A revisão teve como objetivo apresentar subsídios para suprir uma outra lacuna: a falta de uma visão geral teoricamente embasada da literatura recente sobre tomada de decisão na carreira médica. É importante destacar que se trata de uma revisão com enfoque nos sistemas educacionais e na estrutura curricular da Europa Ocidental.

O guia reuniu cinquenta e sete estudos, selecionados a partir de critérios preestabelecidos: (1) características da escola médica (por exemplo, estrutura curricular), (2) características do aluno (por exemplo, idade, personalidade), (3) valores do aluno (por exemplo, preferência pessoal), (4) a carreira precisa ser satisfeita (por exemplo, renda esperada, status e equilíbrio trabalho-vida pessoal) e (5) percepção das características da especialidade (por exemplo, experiências extracurriculares ou curriculares)¹⁸.

A partir desses critérios o guia¹⁸ aponta para que o processo de tomada de decisão da carreira médica ainda não é totalmente compreendido. Além de identificar possíveis preditores, pesquisas futuras deveriam então se concentrar em detectar as

inter-relações entre os preditores hipotéticos e identificar os determinantes e as inter-relações nos vários estágios do processo de tomada de decisão da carreira médica.

Este levantamento visa trazer um pouco do cenário internacional relacionado à formação de médicos de família. Destaca-se que nos países acima citados, sempre a sociedade da especialidade ou conselho representativo da especialidade tem papel importante ou até decisivo na acreditação dos programas e na formação do especialista, na garantia do reconhecimento da especialidade e sinalizam para a articulação entre as sociedades científicas com o desenvolvimento profissional e *guidelines* na direção da qualidade da formação. No Brasil, ainda se torna ação centralizada nos Ministérios da Educação e da Saúde que regulamentam os critérios de formação, sem papel direto da sociedade da especialidade. Embora haja representação dessas sociedades em reuniões e assembleias da Comissão Nacional de Residência Médica, os pareceres e resoluções são feitos pela CNRM, que está inserido no organograma da Secretaria de Ensino Superior (SESU), dentro do MEC³⁰.

1.5. A Medicina de Família e Comunidade no Brasil

Ao transpormos a situação apresentada para a Medicina de Família e Comunidade no Brasil, podemos perceber que o processo de formação de residentes na especialidade é tão complexo quanto o descrito acima, acerca das variáveis envolvidas para a formação médica. Desde a promulgação da Constituição Cidadã, em 1988 e a criação do SUS, nosso conceito de saúde e de como alcançá-la no que diz respeito à população passou a se aproximar das concepções de Atenção Primária à Saúde (APS) e de sua importância como ordenadora de todo o serviço prestado pelo Estado²⁴.

A formação desse profissional, portanto, não é tarefa fácil: a amplitude de conhecimentos que deve adquirir para ser melhor formado demanda o desenvolvimento, ao longo da residência médica, de competências, habilidades e atitudes que o caracterizem, ultrapassando a concepção de ser apenas um bom clínico, apenas um bom gestor de recursos ou somente um avaliador de uma rede de saúde^{24,55}.

O escopo da prática do MFC é abrangente, assim como sua atuação tem diferentes impactos e está inserida em uma discussão relacionada inclusive ao papel do especialista x generalista. Sendo esta importante discussão filosoficamente abordada por alguns autores, mas com relevo ao Prof McWhinney⁵⁰ e o britânico Dr. Neighbour.

McWhinney⁵⁰, importante filósofo e médico, este visa descrever a diferença entre o perfil generalista do especialista focal por meio de seis falácias: (1) O generalista tem que conhecer todo o campo do conhecimento médico; (2) Em qualquer campo da medicina o especialista sempre sabe mais do que o generalista; (3) Ao se especializar, a incerteza pode ser eliminada; (4) É apenas por meio da especialização que se pode atingir a profundidade do conhecimento; (5) À medida que a ciência avança, a carga de informação aumenta; e (6) O erro na medicina é geralmente causado por erro de informação⁵⁰.

Para Neighbour⁴³, a analogia trazida sobre o generalista e o especialista é com relação ao tamanho da lente, sendo que: “as lentes dos generalistas deve ter duas propriedades: (a) Ângulo variável; e (b) Direcionalidade: podendo olhar para fora, mas também girar sobre o seu eixo, e, inclusive, olhar para dentro de si mesmo”.

Ambos os autores^{43,50} concordam que para o MFC é fundamental conhecer a si mesmo, portanto, o próprio foco de reflexão, neste contexto do cuidar.

Ao transpor este contexto de necessidade de formação de qualidade e o caráter formador dos PRMs, reconhece-se o contexto de formação, atuação e integração na rede assistencial, o currículo proposto e aplicado de fato, de posse dessa dúvida, levanta-se a hipótese de que os desajustes, se presentes, têm a possibilidade de comprometer a qualidade da formação do médico de família e comunidade brasileiro e precisam ser diagnosticados^{14,24,54}

Para se tornar um especialista em MFC, pode-se obter o título de duas maneiras: 1) quando o médico comprova que atuou o dobro da carga horária relacionada ao programa de residência de quatro anos e é aprovado em exame de suficiência pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que é filiada à Associação Médica Brasileira (AMB); ou 2) quando cumpre os dois anos de algum programa de residência médica em MFC aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)/MEC, reconhecida como a formação de excelência de especialistas²⁰.

Um programa de residência médica é uma formação de pós-graduação *lato sensu*. Programas de residência têm sido reconhecidos como a principal via de formação de especialistas internacionalmente ao longo dos anos⁵⁶. Além disso, há que se destacar que a residência médica em MFC é o mecanismo de formação mais adequado para atuação dos profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) e com potencial para ampliação do escopo de práticas do médico atuante na APS⁵⁷.

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MEC) implementaram algumas estratégias para a formação de profissionais para ocupar os cenários de práticas, tais como o Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas Estratégicas (Pró-Residência)⁵⁷ de 2009, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB)¹²⁷ de 2012; culminando então, em 2013, com a promulgação da Lei 12.871 do Mais Médicos¹⁰, que objetivava suprir a lacuna entre a formação de profissionais para a APS e as demandas dos municípios.

Entre as prioridades do Pró-Residência vale destacar a regulação da formação de especialistas, a avaliação das condições de oferta dos programas e monitoramento da qualidade, além da definição de áreas para formação das redes de atenção. Neste caso, passaram a ser definidas como áreas prioritárias a atenção básica, a saúde mental, a atenção oncológica, a atenção obstétrica e pediátrica, e urgências/emergências. Por fim, o Programa passou a considerar as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste como regiões que necessitam de uma maior atenção por parte dos órgãos competentes no que diz respeito à oferta de vagas de residência médica em áreas consideradas como essenciais: Medicina de Família e Comunidade (MFC), Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Neonatologia, Psiquiatria, dentre outros⁵⁷.

No tocante aos programas de Residência Médica, o aumento das vagas nos PRM de MFC ocorrido nos últimos 15 anos não impactou na sua efetiva ocupação. Isso aponta para a importância do Programa Mais Médicos, pois ele ofereceu a ocupação de vagas nos programas de provimento emergencial, o que veio a criar um cenário de favorecimento para os municípios conseguirem médicos atuando 32 horas presencialmente e 8 horas por ensino à distância, com um valor de bolsa inicial de R\$ 11.000,00. Nesse contexto, não ocorre uma efetiva ocupação de vagas existentes ou criadas dos PRMs em MFC, cuja bolsa, na maioria das vezes, é financiada pelo Pró Residência com um valor de aproximadamente R\$ 3.400,00³².

Cria-se, portanto, uma disputa entre ocupação de vagas de PRMs de MFC em relação a vagas para atuação no Programa Mais Médicos. Egressos dos cursos de medicina e outros profissionais com registro no CRM passam a ter a oportunidade de uma “especialização” em Saúde da Família com uma bolsa de R\$ 11.000,00 e 32 horas de trabalho presencial, não sendo conferido a ele o título de especialista. Porém ratifica-se que esta oferta pode atrair egressos deixando de atuar em um PRM de MFC com 60h de carga horária semanal, mas com valor de R\$3.400,00. Além disso, via Programa Mais Médicos em seu eixo de provimento emergencial, profissionais mesmo sem CRM puderam atuar através do registro de médicos supervisionados¹⁹.

A partir desse cenário, e após a Lei 12.871 (Lei do Mais Médicos)¹⁰, a vinculação entre a formação médica e o compromisso de uma formação que atenda às necessidades do sistema de saúde, com integração ensino-serviço-comunidade, tornou-se objeto de investimento inclusive pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014. A relação entre os atributos da APS e a formação generalista preconizada nas DCNs deu ainda mais relevância à formação para esse nível de atenção. O Brasil, diferente de outros países com sistemas nacionais de saúde, não adota a universalização da residência médica ou mesmo a obrigatoriedade de ser especialista para atuar na APS. Apesar de a Lei do Mais Médicos (nº. 12.871) ter trazido a obrigatoriedade da residência médica para a atuação, ela não está em vigência ainda¹⁰.

Com relação aos requisitos mínimos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, esses programas seguem hoje a regulamentação descrita no art. 10 do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011³⁶, considerando a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981¹¹ e a Matriz de Competência de Medicina de Família e Comunidade, publicada em 2019.

Tendo em vista essa realidade, compreender melhor o status da formação oferecida pelos atuais programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade torna-se fundamental para servir de elemento norteador na correção de eventuais distanciamentos dos objetivos da APS brasileira qualificada, bem como para o SUS. Seria também importante avaliar se o Currículo Baseado em Competências, desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)⁸ e utilizado para a elaboração das competências para a especialidade (documento aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica [CNRM] em agosto de 2019)⁴⁵, possa ser aplicado ao menos como balizador avaliativo da

formação, e esclarecendo se ele poderia ser tomado como objetivo concreto de qualidade para os atuais programas de residência e para as novas vagas que foram abertas frente às políticas governamentais implantadas, tais como a Lei 12.871/2013¹⁰.

É importante registrar que os documentos adotados pela CNRM para a avaliação e elaboração de pareceres sobre os programas de residência médica não apresentam ainda critérios preconizados por competências (vide anexos 9.2 e 9.3). Além disso que, tais documentos têm forte influência do ambiente hospitalar, não levando em consideração indicadores relacionados à atuação na comunidade. Como dito acima, um dos princípios da especialidade MFC é justamente ter uma atuação com base na comunidade. Isso significa dizer que aspectos de diagnóstico de saúde desta comunidade, o reconhecimento dos determinantes sociais do cenário de atuação, o valor preditivo pré-teste e outras ferramentas e tecnologias tão necessárias à excelência do cuidado com base na comunidade não são avaliados⁴⁸.

Certamente que a função da gestão local e da própria assistência preveem alguma atuação com base na comunidade, mas é importante ressaltar que se trata de instrumentos de avaliação propostos para as especialidades que se dão na maior parte do tempo em ambiente hospitalar e acabam por ser utilizados em uma especialidade com base comunitária. A própria SBMFC⁸ elaborou em 2014 um documento que visa fazer um diagnóstico mais ajustado de avaliação de um PRM.

1.6. A preceptoria e a supervisão nos programas de residência médica

Quando se retoma a premissa de treinamento em serviço no contexto de um programa de residência médica, particular atenção deve se dar à supervisão de um docente ou preceptor para o médico dentro desta especialização. A figura que atua dentro do próprio serviço e tem essa responsabilidade ou função ou papel é objeto de na educação médica a figura de quem está no lugar de formador.

O profissional médico com experiência e que atua no cenário de prática é denominado preceptor. Entende-se por preceptoria “o arranjo formal, situado em um ambiente clinicamente relacionado, entre um profissional de saúde em exercício (o preceptor) e um graduado ou estudante”⁴⁹.

Botti e Rego relatam que a principal função do preceptor é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas⁵⁸. Ainda, um recente artigo publicado na “Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade” buscou, por meio de relatos de experiência, compartilhar diferentes políticas institucionais e experiências exitosas de preceptoria em diferentes Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade⁵⁹.

A atividade de preceptoria dentro da formação médica tem sido globalmente estabelecida como modelo para o processo docente na área e existem diversas formas e experiências de organização. O Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) apresenta um modelo de preceptoria incomum, composto por preceptores do programa de residência médica e por preceptores dos residentes (tutores), cada um com especificidades próprias e complementares⁶⁰.

A preceptoria envolve diferentes entendimentos sobre especialidade médica no contexto sociocultural de cada realidade, país e berço formador de profissionais de saúde. Todavia, de modo geral, tende-se ao estabelecimento de uma lista de competências essenciais na prática mundial, que está associada a outras listas de competências intermediárias e avançadas, de acordo com a realidade de cada localidade^{6,5}.

Barlett *et al.* procuram elaborar uma lista de competências da preceptoria entre as profissões da saúde e trazer ainda que competências mínimas ou essenciais ainda precisam ser mais bem avaliadas, mas que a satisfação pessoal no trabalho, a fixação do profissional dentro da equipe de trabalho e programas de carreira/valorização, aparentemente resultam em melhores resultados da preceptoria⁶¹.

A resolução nº 4/78 da CNRM, no artigo 5º, estabelece que “os preceptores devem ser portadores de certificado de residência médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente”⁶².

A resolução nº 2 de 03 de julho de 2013 da CNRM, ao dispor sobre a estrutura, organização e funcionamento da COREME, define a figura do preceptor como o

médico especialista do corpo docente na unidade, e define a figura do supervisor como o gestor do programa²².

O Brasil criou em 2015, através da portaria interministerial nº. 1618, o Plano Nacional de Formação de Preceptores, sendo um dos eixos do Programa Mais Médicos, com a finalidade de subsidiar e assegurar o processo de expansão de vagas de programas de residência de MFC⁶³. Através dele, R2 poderiam fazer ao longo do próprio ano de treinamento um curso sobre preceptoria e aspectos de ensinagem, visando que estivessem preparados para assumirem esta função nos anos subsequentes e considerando-se o próprio crescimento de médicos residentes em MFC.

Essa estratégia é defendida por Batista e Trindade⁴¹ tb dentro do conceito do desenvolvimento de preceptores que precisam ser MFCs e atender à demanda da sociedade para mais MFCs, além dos próprios residentes de MFC que vem aumentando de número nos últimos anos, segundo os dados da própria demografia médica.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Analisar o contexto de formação de Médicos de Família e Comunidade brasileiros em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e como tem sido realizado o provimento de profissionais médicos para atuação na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

2.2. Objetivos Específicos

1. Analisar o contexto dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Brasil e a percepção dos coordenadores/supervisores e residentes do segundo ano;
2. Identificar a inter-relação entre o Programa Mais Médicos (PMM) e o fomento à formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) em nível municipal.

3. METODOLOGIA

Esta tese utilizou duas metodologias: um inquérito online e uma análise documental, que serão detalhadas nas seções a seguir.

3.1. Inquérito online

A segunda metodologia adotada foi a aplicação de um questionário, em formato de inquérito (*survey*), com o objetivo de avaliar a percepção de residentes do segundo ano e de coordenadores/supervisores de programas brasileiros de residência em Medicina de Família e Comunidade.

O inquérito, *surveys* ou estudo transversal é um tipo de pesquisa de caráter exploratório e quantitativo. A aplicação é desejada quando o pesquisador pretende investigar o que, porque, como ou quanto se dá determinada situação, não sendo possível através do método, determinar variáveis dependentes e independentes; a pesquisa dá-se no momento presente ou recente e contempla situações reais do ambiente.

A coleta de dados foi realizada de forma *online* e a aplicação aconteceu em dois momentos: de novembro de 2017 a fevereiro de 2018, e de novembro de 2018 a fevereiro de 2019. A divulgação dos questionários para os públicos-alvo se deu através de links enviados por e-mail e em aplicativo de mensagem instantânea, além de divulgação no site da SBMFC⁸. O devido trabalho foi aprovado no CEP.

A lista de programas de residência médica em MFC com os números de vagas existentes, disponíveis e ocupadas, foi obtida por meio do sistema da Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (SiSCNRM) a partir da solicitação da própria SBMFC⁸.

As questões formuladas foram baseadas na literatura nacional e internacional sobre a formação de Médicos de Família e Comunidade (MFC). Foram incluídos quesitos relevantes no contexto de propostas de Currículos Baseados em Competências utilizados em âmbito nacional e internacional. As perguntas contidas nos questionários foram majoritariamente fechadas e de múltipla escolha.

O questionário para residentes de 2º ano (apêndice 8.2) abrange sete grupos de perguntas: 1) dados do residente, 2) identificação do programa de residência

médica, 3) antecedentes prévios à residência em Medicina de Família e Comunidade, 4) capacidade estrutural das unidades básicas de saúde (UBS) do programa de residência, 5) avaliação das práticas pedagógicas, 6) interação na instituição de ensino/rede em que está inserido o programa de residência e 7) expectativas/término do R2/seguimento de carreira.

No questionário destinado aos coordenadores ou supervisores (apêndice 8.1), os grupos de perguntas foram: 1) dados do coordenador/supervisor do programa de residência médica, 2) identificação do programa de residência, 3) capacidade estrutural, 4) processo pedagógico e avaliativo, 5) relação com internato, graduação e residentes de outros programas de residência médica.

Os questionários do inquérito foram confeccionados de modo virtual, utilizando o aplicativo *online Survey Monkey* (vide os apêndices 8.1 e 8.2), que coleta e organiza os dados, além de permitir que eles sejam exportados em planilhas utilizáveis por programas estatísticos.

Os programas envolvidos no estudo necessitavam preencher como critério de inclusão estarem inscritos como ativos no cadastro de programas de residência médica da Comissão Nacional de Residência Médica. Em relação aos médicos residentes de 2º ano, o critério exigia que estivessem regularmente inscritos nos respectivos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Após a coleta, foi iniciado o processo de tratamento dos dados. Depois de realizada a avaliação das respostas obtidas pelos médicos R2 ou supervisores dos PRM em MFC, foram geradas tabelas consolidada com atenção especial a pontos ligados à melhoria da formação em medicina de família e comunidade e outros elementos reconhecidos como relevantes em relação ao que foi descrito na literatura.

Por coletar informações fornecidas por seres humanos, este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Leopoldo Mandic, sob o número de protocolo CAAE 48039715.6.0000.5374 (anexo 9.1).

3.2. Análise documental

A segunda metodologia adotada foi o cruzamento de dados entre as informações obtidas sobre os PRMs em MFC a partir dos dados pelo MEC no SIS CNRM e os dados dos médicos ativos do PMM foram obtidos pela Lei de Acesso Informação através da solicitação de número 3439984, enviada à Coordenação Geral de Provisão de Profissionais para Atenção Primária, e também a partir do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), com o recorte dos meses de dezembro de 2017, 2018 e 2019.

Um dos enfoques deste cruzamento foi avaliar se nos locais onde houve a opção por vagas dentro do PMM, estas poderiam ter sido mais bem alocadas se houvesse a complementação de bolsas e outras estratégias de fomento à ocupação de vagas de programas de residência médica em MFC.

3.4. Análise de dados

Para a tabulação e consolidação dos dados foi utilizado no inquérito online e no cruzamento de dados da análise documental foi utilizada a linguagem estatística R, posteriormente gerando visualizações apresentáveis em formato Word e incorporadas neste trabalho. Também foram calculados os erros amostrais e intervalos de confiança dos resultados a partir das amostras obtidas.

4. RESULTADOS

Com relação inquérito online aplicado a coordenadores/supervisores dos programas de residência em MFC e a R2, os dados obtidos seguem abaixo.

Primeiramente quanto ao dimensionamento e cálculo do erro amostral, com auxílio do programa R, para uma prevalência de 50%, considerando a população de residentes R2 (N=476) e de Coordenadores (N=268) no Brasil, a amostra obtida de 43 R2 e 23 Coordenadores proporcionaram erro de amostragem de $\pm 12\%$ e $\pm 17\%$, respectivamente, no intervalo de confiança de 90%.

4.1 Residentes – R2

A maioria dos médicos residentes que participaram da pesquisa tinham entre 24 e 29 anos (69,8%), eram do sexo feminino (72,1%), com tempo de formado médio de 2,6 anos, variando entre zero e cinco anos (Tabela 7).

Tabela 5. Análise descritiva do perfil dos médicos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação as variáveis demográficas e de Graduação

Variável	Categoria	Frequência	%
Faixa etária	24 a 29 anos	30	69,8%
	30 a 34 anos	9	20,9%
	35 a 39 anos	4	9,3%
Sexo	Feminino	31	72,1%
	Masculino	12	27,9%
Tipo de faculdade de graduação	Pública	20	46,5%
	Privada	18	41,9%
	Não respondeu	5	11,6%
Média		Mediana	
(desvio padrão)		(mínimo e máximo)	
Tempo de formado (anos)	2,6 (1,1)	2 (0 – 5)	

Fonte: elaborada pelo próprio autor, 2020.

Na Tabela 5 encontram-se as variáveis relacionadas à exposição à MFC e sua influência na escolha da especialidade.

Tabela 6. Análise descritiva das variáveis de exposição à Medicina de Família e Comunidade (MFC) e escolha por uma residência médica (RM) em MFC, segundo residentes de segundo ano de MFC (Brasil, 2018 e 2019)

Variável	Categoria	Frequência	%
Tempo entre a conclusão da graduação e ingresso na RM em MFC	Ingresso direto	28	65,1%
	Após 1 ano	6	14,0%
	Entre 2 e 5 anos	9	20,9%
Contato com a MFC durante a graduação	Não	4	9,3%
	Sim	39	90,7%
Tempo teve de contato com a MFC durante a graduação	Não teve contato	2	4,7%
	Menos de 2 semanas	3	7,0%
	Entre 2 e 4 semanas	3	7,0%
	Entre 4 e 8 semanas	6	14,0%
	Entre 8 e 12 semanas	6	14,0%
	Superior a 12 semanas	23	53,5%
Quando ocorreu o contato	No internato	15	34,9%
	Nos 4 primeiros anos	3	7,0%
	Em ambos	25	58,1%
Contato refletiu a complexidade da área	Não	25	58,1%
	Sim	18	41,9%
Momento de escolha pela MFC durante a formação	Antes da graduação	1	2,3%
	1º e 2º ano	6	14,0%
	3º e 4º ano	4	9,3%
	Internato (5º a 6º ano)	13	30,2%
	Após a graduação	19	44,2%
Participou do Programa de Valorização à Atenção Básica (PROVAB), antes do ingresso na RM em MFC	Não	42	97,7%
	Sim	1	2,3%
Trabalhou em alguma unidade de Atenção Primária à Saúde antes do ingresso na PRM em MFC	Não	15	34,9%
	Sim	28	65,1%
		Média (desvio padrão)	Mediana (mínimo – máximo)
Escore (0-10) do quanto uma maior vivência em MFC na Graduação teria influenciado na escolha de colegas		8,0 (1,8)	8 (3 – 10)

Fonte: elaborado pelo autor, 2020.

Pode-se observar que 65,1% dos R2 ingressaram direto do curso de graduação e 90,7% relataram que tiveram contato com a Medicina de Família e Comunidade durante a graduação. Ainda, 53,5% tiveram contato superior a 12

semanas e 58,1% tiveram contato tanto no internato quanto nos quatro primeiros anos de curso. Para 58,1% dos médicos residentes, o contato na graduação não refletiu a complexidade existente na área. Também, segundo 30,2% dos entrevistados, a escolha em fazer residência na área ocorreu no internato (5º a 6º ano) e para 44,2% ocorreu após a graduação. Além disso, pode-se notar que 97,7% dos residentes não participaram de Programa de Valorização à Atenção Básica (PROVAB), anteriormente ao ingresso na residência, mas 65,1% trabalharam em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) antes do ingresso na residência. Quando solicitado que atribuíssem um escore para quanto eles acreditam que uma maior vivência em Medicina de Família e Comunidade na Graduação influenciaria na escolha da especialidade por parte dos seus colegas de Graduação, a média foi 8,0 e o desvio-padrão 1,8.

Os residentes também foram questionados quanto às atividades e percepções no primeiro ano de residência (Tabela 7).

Tabela 7. Análise descritiva das variáveis relacionadas às percepções de residentes de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação ao início do programa de residência (Brasil, 2018 e 2019).

Variável	Categoria	Frequência	%
Contato com o R2 durante o primeiro ano do programa	Não	12	27,9%
	Eventualmente	14	32,6%
	Na maior parte do tempo	16	37,2%
	Não respondeu	1	2,3%
Contribuição do R2 durante o primeiro ano do programa	Nada	12	27,9%
	Pouco	10	23,3%
	Regular	2	4,7%
	Boa	10	23,3%
	Excelente	8	18,6%
	Não respondeu	1	2,3%
Contato com alunos de graduação durante o primeiro ano do programa	Sem contato	5	11,6%
	Eventualmente	17	39,5%
	Na maior parte	20	46,5%
	Não respondeu	1	2,3%
Benefício no aprendizado em preceptorial com o contato com os alunos da graduação durante o primeiro ano do programa	Sem contato	5	11,6%
	Não	4	9,3%
	Sim	33	76,7%
	Não respondeu	1	2,3%

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Em relação aos programas, como se pode ver na Tabela 8, 55,8% dos residentes eram oriundos de programas vinculados a Secretarias Municipais de Saúde, sendo que a 69,8% dos entrevistados foi informado que o programa oferecia bolsa complementar ao residente.

Tabela 8. Análise descritiva das respostas dos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação as variáveis relacionadas ao Programa e à estrutura (Brasil, 2018 e 2019).

Variável	Categoria	Frequência	%
Tipo de instituição vinculada ao programa	Instituição Estadual	2	4,7%
	Instituição Federal	8	18,6%
	Instituição Privada	7	16,3%
	Sec. Munic. de Saúde	24	55,8%
	Outro	2	4,7%
O programa oferece bolsa complementar ao residente	Não	13	30,2%
	Sim	30	69,8%
A unidade onde trabalha possui uma sala adequada para discussão de casos ou encontros teóricos	Não	18	41,9%
	Sim	25	58,1%
Na unidade onde atua há livros didáticos (ou biblioteca) para consulta e/ou discussão de temas e casos	Não	16	37,2%
	Sim	27	62,8%
Na unidade em que atua há acesso à internet	Não	6	14,0%
	Sim	37	86,0%
Na unidade onde atua, há material básico e insumos para a rotina de atendimentos	Não	18	41,9%
	Sim	25	58,1%
É possível receber alunos de graduação na unidade sem que isso prejudique a realização das atividades	Não	9	20,9%
	Sim	33	76,7%
	Não respondeu	1	2,3%
Na unidade é possível receber residentes respondentes da pesquisa sem que isso prejudique a realização das atividades	Não	16	37,2%
	Sim	26	60,5%
	Não respondeu	1	2,3%
A instituição ou rede na qual está inserido o PRM há algum convênio e/ou contato com outras instituições ou redes internacionais que possibilitem a realização do estágio optativo	Não	13	30,2%
	Sim	29	67,4%
	Não respondeu	1	2,3%
A instituição ou rede na qual está inserido o PRM possui a oferta de realização de Mestrado durante a residência	Não	40	93,0%
	Sim	2	4,7%
	Não respondeu	1	2,3%
A instituição ou rede na qual está inserido o PRM possui a oferta de realização de mestrado ou pós-graduação lato sensu após a residência	Não	25	58,1%
	Sim	17	39,5%
	Não respondeu	1	2,3%

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Segundo 58,1% dos residentes, a unidade onde eles trabalham possui sala adequada para discussão de casos ou encontros teóricos, para 62,8% na unidade onde atuam há livros didáticos (ou biblioteca) para consulta e/ou discussão de temas e casos, e para 58,1% há material básico e insumos para a rotina de atendimentos. Também 86,0% dos residentes afirmaram que as unidades onde atuam têm acesso à internet. Para 76,7% é possível receber alunos de graduação na unidade sem que isso prejudique a realização das atividades e para 60,5% é possível receber residentes (não sendo especificado aqui se são MFCs ou das demais especialidades que atuam no âmbito da APS), respondentes da pesquisa, na UBS sem que isso prejudique a realização das atividades.

Tabela 9. Análise descritiva das respostas dos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação ao ensino (Brasil, 2018 e 2019).

Variável	Categoria	Frequência	%
Tem aulas sobre temas clínicos de relevância e outros relacionados à prática em MFC	Não	2	4,7%
	Sim	41	95,3%
Os professores e preceptores são didáticos	Não	14	32,6%
	Sim	29	67,4%
Formas de avaliações	Somente teóricas	7	16,3%
	Somente práticas	4	9,3%
	Teóricas e práticas	32	74,4%
Há avaliação por parte dos preceptores ou docentes adequadas às recomendações do Currículo por Competências da SBMFC	Não	14	32,6%
	Sim	29	67,4%
O programa utiliza o currículo baseado em competências proposto pela SBMFC	Não	8	18,6%
	Sim	34	79,1%
	Não respondeu	1	2,3%
Houve alteração nas atividades teóricas ou práticas após a utilização do currículo por competências da SBMFC	Não	27	62,8%
	Sim	15	34,9%
	Não respondeu	1	2,3%

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Com relação ao ensino (Tabela 9), para 95,3% dos residentes o programa tem aulas sobre temas clínicos de relevância e outros relacionados à prática em Medicina de Família e Comunidade e para 67,4% os professores e preceptores são didáticos. Ainda para 67,4% há avaliações adequadas às recomendações do Currículo por Competências da SBMFC e para 79,1% o programa utiliza o currículo

baseado em competências proposto pela SBMFC, sendo que 34,9% respondeu que houve alteração nas atividades teóricas ou práticas após a utilização do currículo por competências da SBMFC.

De acordo com a Tabela 10, 51,2%; 20,9% e 4,7% dos residentes estão satisfeitos, muito satisfeitos e extremamente satisfeitos, respectivamente, com a estrutura das Unidades para o desenvolvimento das habilidades e competências que são propostas.

Tabela 10. Análise descritiva das variáveis relacionadas à satisfação dos residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil com o programa de residência (Brasil, 2018 e 2019).

Variável	Categoria	Frequência	%
Satisfação quanto à estrutura das unidades para desenvolvimento das habilidades e competências propostas	Extremamente Insatisfeito	0	—
	Muito insatisfeito	2	4,7%
	Insatisfeito	8	18,6%
	Pouco insatisfeito	0	—
	Satisfeito	22	51,2%
	Muito satisfeito	9	20,9%
	Extremamente satisfeito	2	4,7%
Satisfação quanto à apresentação, aprofundamento e utilização do <i>Método Clínico Centrado na Pessoa</i> no PRM	Extremamente Insatisfeito	0	—
	Muito insatisfeito	2	4,7%
	Insatisfeito	8	18,6%
	Pouco insatisfeito	3	7,0%
	Satisfeito	13	30,2%
	Muito satisfeito	13	30,2%
	Extremamente satisfeito	4	9,3%
Sente-se valorizado/reconhecido na instituição e/ou rede em que está	Não	19	44,2%
	Sim	23	53,5%
	Não respondeu	1	2,3%
Acredita que dois anos de residência médica são suficientes para a formação do especialista em MFC	Não	20	46,5%
	Sim	20	46,5%
	Não respondeu	3	7,0%
Grau de satisfação quanto ao desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes na atuação em MFC durante o primeiro ano de residência	Extremamente Insatisfeito	2	4,7%
	Muito insatisfeito	1	2,3%
	Insatisfeito	3	7,0%
	Pouco insatisfeito	11	25,6%
	Satisfeito	14	32,6%
	Muito satisfeito	11	25,6%
	Extremamente satisfeito	0	—
A expectativa ao ingressar no primeiro ano da residência em MFC está sendo contemplada no último ano do R2	Não	16	37,2%
	Sim	26	60,5%
	Não respondeu	1	2,3%

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Ainda, 30,2%, 30,2% e 9,3% estão satisfeitos, muito satisfeitos e extremamente satisfeitos, respectivamente, com a apresentação, aprofundamento

e utilização do Método Clínico Centrado na Pessoa¹ no programa de residência. Além disso, 53,5% se sentem valorizados e reconhecidos na instituição. Quando questionados se 2 anos de residência médica são suficientes para a formação do especialista em Medicina de Família e Comunidade, 46,5% acredita que não. Pode-se observar ainda nessa Tabela que, para 60,5%, a expectativa ao ingressar no primeiro ano da residência em MFC está sendo contemplada no último ano do R2.

A Tabela 11 apresenta uma série de notas de zero a 10 a três elementos do PRM de MFC e uma nota para o programa em geral. O escore médio atribuído aos programas de residência foi 7,2, com mínimo de 4 e máximo de 10. A média para a estrutura da UAPS foi de 6,8, variando de 2 a 10. Para o mecanismo de feedback desenvolvido no programa, a média foi de 6,4, variando de 2 a 10 e para o projeto pedagógico a média atribuída foi de 6,8, com mínimo de 0 e máximo de 10.

Tabela 11. Análise descritiva das variáveis relacionadas às notas atribuídas por residentes dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil a seus programas de residência (Brasil, 2018 e 2019).

Variável	Média (desvio-padrão)	Mediana (mínimo e máximo)
Nota atribuída ao seu PRM (valores entre 0 e 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor nota)	7,2 (1,2)	7 (4 – 10)
Nota para a estrutura da UAPS (0 - pior estrutura/ 10- melhor estrutura para o aprendizado)	6,8 (2,0)	7 (2 – 10)
Nota atribuída ao mecanismo de feedback desenvolvido no PRM (1- ruim / 10-ótimo)	6,4 (2,1)	7 (2 – 10)
Nota atribuída ao projeto pedagógico (0- pior proposta pedagógica/ 10 - melhor proposta para o aprendizado)	6,8 (2,3)	7 (0 – 10)

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Os residentes foram também questionados quanto aos planos futuros após o término da residência, e o resultado é apresentado na Tabela 14. Observa-se que 25,6% pensa em se inscrever no ano adicional (R3) após o término dos dois anos do programa, 83,7% pensa em se tornar preceptor de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, 20,9% pretende prestar concurso para residência médica em outra especialidade, 76,7% pensa em atuar na área de docência, 93,0% pensa em atuar na área de assistência ou atenção à saúde, e

¹ Método Clínico Centrado na Pessoa: sugere que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o posiciona como foco na consulta médica e participante ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado.

53,5% atuar na área de Pesquisa. Quanto ao tipo de mercado de interesse, 9,3% respondeu apenas privado, 37,2% apenas público e 51,2% em ambos.

Tabela 12. Análise descritiva das variáveis relacionadas ao residente dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação ao seu planejamento após o programa de residência (Brasil, 2018 e 2019).

Variável	Categoria	Frequência	%
Pensa em se inscrever no ano adicional (R3) após o término dos dois anos do PRM	Não	31	72,1%
	Sim	11	25,6%
	Não respondeu	1	2,3%
Pensa em se tornar preceptor de PRM em MFC após o término do R2 ou após o término do R3	Não	6	14,0%
	Sim	36	83,7%
	Não respondeu	1	2,3%
Após o término do PRM em MFC pretende prestar concurso para residência médica em outra especialidade	Não	33	76,7%
	Sim	9	20,9%
	Não respondeu	1	2,3%
Pensa em atuar na área de docência/ensino após terminar o PRM	Não	9	20,9%
	Sim	33	76,7%
	Não respondeu	1	2,3%
Pensa em atuar na área de assistência ou atenção à saúde após concluir o PRM	Não	2	4,7%
	Sim	40	93,0%
	Não respondeu	1	2,3%
Pensa em atuar na área de Pesquisa após concluir o PRM	Não	19	44,2%
	Sim	23	53,5%
	Não respondeu	1	2,3%
Quando se pensa no mercado de trabalho para o MFC, tem interesse em atuar	No sistema privado	4	9,3%
	No sistema público	16	37,2%
	Em ambos	22	51,2%
	Não respondeu	1	2,3%

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

4.2. Supervisores e Coordenadores

Na Tabela 13 são apresentados os resultados das variáveis relacionadas ao perfil dos coordenadores (65,2%) e supervisores (34,8%) dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil. Pode-se observar que 60,9% são do sexo masculino, sendo a maioria com idade até 44 anos (82,5%). Em média os coordenadores e supervisores têm 14,4 anos de formado, variando de 4 a 35 anos.

Tabela 13. Análise descritiva do perfil dos Coordenadores e Supervisores dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (Brasil, 2018-2019).

Variável	Categoria	Frequência	%
Faixa etária	24 a 29 anos	1	4,3%
	30 a 34 anos	7	30,4%
	35 a 39 anos	5	21,7%
	40 a 44 anos	6	26,1%
	45 a 49 anos	2	8,7%
	50 a 54 anos	1	4,3%
	60 a 64 anos	1	4,3%
Sexo	Feminino	9	39,1%
	Masculino	14	60,9%
Tipo de faculdade de graduação	Privada	8	34,8%
	Pública	12	52,2%
	Filantrópica	1	4,3%
	Não respondeu	2	8,7%
Coordenador ou supervisor?	Coordenador	15	65,2%
	Supervisor	8	34,8%
Titulação do supervisor/coordenador ¹	MFC com Curso de preceptoria da SBMFC ou outra instituição	7	31,8%
	Residência Médica em MFC	11	50,0%
	Especialista em MFC	5	22,7%
	Mestrado/doutorado em MFC	6	27,3%
	Média (desvio padrão)	Mediana (mínimo e máximo)	
Tempo de formado (anos)	14,4 (8,1)	14,0 (4 – 35)	

¹As porcentagens somam mais de 100% porque o mesmo voluntário poderia responder mais de uma opção

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Como se pode observar na Tabela 16, em relação ao vínculo do programa (tipo de instituição ao qual está ligado), 47,8% são municipais, 21,7% particulares, 17,4% federais e 13,0% estaduais. Segundo os coordenadores/supervisores 87,0% dos programas oferecem bolsas. Ainda, 17,3% dos programas têm porcentagem de ociosidade de vaga acima de 50% e 17,3% têm porcentagem de desistência acima de 25%.

Tabela 14. Análise descritiva das características dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil, de acordo com as respostas do Supervisor/Coordenador (Brasil, 2018-2019).

Variável	Categoria	Frequência	%
Vínculo do programa	Municipal	11	47,8%
	Estadual	3	13,0%
	Federal	4	17,4%
	Privado	5	21,7%
Região onde o programa está inserido	Centro-Oeste	0	0,0%
	Norte	4	17,4%
	Nordeste	0	0,0%
	Sul	7	30,4%
	Sudeste	11	47,8%
	Não respondeu	1	4,3%
O programa está vigente na Coordenadoria Nacional de Residência Médica	Não	0	0,0%
	Sim	23	100,0%
Vínculo do programa às unidades de urgência/emergência secundárias	Não está vinculada	3	13,0%
	Redes de ensino municipal / estadual	12	52,2%
	Unidades de ensino públicas	5	21,7%
	Unidades de ensino privadas	1	4,3%
	Outros	1	4,3%
	Não respondeu	1	4,3%
Possui vagas para alunos do terceiro ano	Não	22	95,7%
	Sim	1	4,3%
O programa oferece bolsa para o residente	Não	3	13,0%
	Sim	20	87,0%
Taxa de ociosidade	1 - 24%	13	56,5%
	25 - 50%	5	21,7%
	51 - 75%	3	13,0%
	76 - 100%	1	4,3%
	Não respondeu	1	4,3%
Taxa de desistência	1 - 24%	18	78,3%
	25 - 50%	3	13,0%
	76 - 100%	1	4,3%
	Não respondeu	1	4,3%
Espaço para a formação pedagógica dos residentes (R1, R2, R3) para futura preceptorial em MFC	Não	5	21,7%
	Sim	16	69,6%
	Não respondeu	2	8,7%

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Segundo 65,2% dos coordenadores e supervisores, as unidades de saúde utilizados na residência possuem vínculo com a Estratégia de Saúde da Família

(ESF), Tabela 15. Ainda, em 17,4% dos casos, as Unidades/Centros de Saúde do programa possuem vínculo com Organizações Sociais de Saúde (OSS), fundações ou outras "instituições gestoras" sem fins lucrativos.

Tabela 15. Análise descritiva das características das Unidades/Centros dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil, de acordo com as respostas do Supervisor/Coordenador (Brasil, 2018-2019).

Variável	Categoria	Frequência	%
As Unidades/Centros de Saúde utilizados na Residência possuem vínculo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Não	4	17,4%
	Parcialmente	3	13,0%
	Sim	15	65,2%
	Não respondeu	1	4,3%
As Unidades/Centros de Saúde do PRM possuem vínculo com Organizações Sociais de Saúde (OSS), fundações ou outras "instituições gestoras" sem fins lucrativos	Não	18	78,3%
	Sim	4	17,4%
	Não respondeu	1	4,3%
Nas Unidades/Centros de Saúde existe número suficiente de consultórios para atendimentos ginecológico	Não	5	21,7%
	Sim	13	56,5%
	Em alguns	4	17,4%
	Não respondeu	1	4,3%
Nas Unidades/Centros de Saúde há salas disponíveis para discussões de casos e/ou reunião com residente	Não	5	21,7%
	Sim	13	56,5%
	Em alguns	4	17,4%
	Não respondeu	1	4,3%
Os profissionais médicos têm acesso a livros relacionados à MFC nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio	Não	8	34,8%
	Sim	9	39,1%
	Em alguns	5	21,7%
	Não respondeu	1	4,3%
Os profissionais médicos têm acesso a um computador com internet nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio	Não	2	8,7%
	Sim	12	52,2%
	Em alguns	8	34,8%
	Não respondeu	1	4,3%
Como os residentes se deslocam para as atividades comunitárias e atenção domiciliar	Condução própria (sem subsídio)	20	87,0%
	Recebe vale transporte ou auxílio em espécie	1	4,3%
	Não respondeu	2	8,7%

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Em 21,7% dos programas, as unidades de saúde não têm número suficiente de consultórios para atendimentos ginecológicos e salas disponíveis para discussões de casos e/ou reuniões e em 17,4% têm em algumas unidades. De acordo com 34,8% dos coordenadores e supervisores, os residentes não têm acesso a livros relacionados à área nas unidades/centros de saúde utilizados como

campo de estágio e para 21,7%, algumas unidades possuem livros da área. Em 52,2% dos programas avaliados os médicos têm acesso a um computador com internet nas unidades de saúde.

Com relação à condução e traslados para atuação dentro dos territórios, 87,0% dos residentes referiram utilizar condução própria sem subsídio para se deslocarem para as atividades comunitárias e atenção domiciliar, sendo que em 43,5% dos programas, o residente acompanha o preceptor que é responsável pela equipe na unidade e em 17,4% o residente é responsável por uma equipe na unidade.

Conforme indicado na Tabela 16, as principais causas de vagas ociosas apontadas foram desvalorização da área (21,7%) e quantidade de outros programas na área (17,4%). As causas para a desistência apontadas foram a falta de identificação com a área (26,1%), desvalorização da área (8,7%) e falha no processo de preceptoria (8,7%).

Quanto às avaliações realizadas dentro dos PRMs, em 65,2% dos programas, os residentes desenvolvem um trabalho de conclusão de residência (TCR), em 56,5% há avaliações escritas, em 52,2% é feita avaliação subjetiva de desempenho, em 52,2% prova prática e em 34,8% é realizado conselho semestral de residentes e preceptores.

Segundo os coordenadores e supervisores (Tabela 16), em 82,6% dos programas, há interação entre internos e/ou alunos da graduação com os residentes nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio. Para 91,3% é viável que internos e alunos da graduação em medicina permaneçam nas mesmas Unidades/Centros de Saúde que os residentes do programa, levando em conta os atuais aspectos estruturais e de preceptoria disponíveis. Para 82,6% é viável que residentes de outras especialidades permaneçam nas mesmas Unidades/Centros de Saúde que os residentes do programa, levando em conta os atuais aspectos estruturais e de preceptoria disponíveis. Em 78,3% dos programas é utilizado o currículo baseado em competências proposto pela SBMFC, e em 69,6% houve alguma alteração nas atividades teóricas ou práticas após a utilização do currículo por competências da SBMFC.

Tabela 16. Análise descritiva dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil em relação à percepção dos Supervisor/Coordenador (Brasil, 2018-2019).

Variável	Categoria	Frequência (%)
Qual a principal causa que julga como razão para a ociosidade	Não há ociosidade / ociosidade pequena	5 (21,7%)
	Desvalorização da área	5 (21,7%)
	Quantidade de outros programas	4 (17,4%)
	Outros	9 (39,1%)
Qual a principal causa que julga como razão para a desistência	Não há desistência	6 (26,1%)
	Falta de identificação com a área	6 (26,1%)
	Desvalorização da área	2 (8,7%)
	Falha no processo de preceptoria	2 (8,7%)
	Outros	7 (30,4%)
Métodos de avaliação do programa ¹	Avaliação subjetiva de desempenho	12 (52,2%)
	Prova escrita	13 (56,5%)
	Avaliação prática	12 (52,2%)
	TCC	15 (65,2%)
	Conselho semestral de residentes e preceptores	8 (34,8%)
Interação entre internos e/ou alunos da graduação com os residentes nas unidades de estágio	Não	3 (13,0%)
	Sim	19 (82,6%)
	Não respondeu	1 (4,3%)
Viável que internos e alunos da graduação em medicina permaneçam nas mesmas unidades que os residentes em MFC	Não	1 (4,3%)
	Sim	21 (91,3%)
	Não respondeu	1 (4,3%)
Viável que residentes de outras especialidades permaneçam nas mesmas unidades que os residentes em MFC	Não	3 (13,0%)
	Sim	19 (82,6%)
	Não respondeu	1 (4,3%)
Programa utiliza o currículo baseado em competências proposto pela SBMFC	Não	4 (17,4%)
	Sim	18 (78,3%)
	Não respondeu	1 (4,3%)
Alguma alteração nas atividades teóricas ou práticas após utilização do currículo por competências da SBMFC	Não	6 (26,1%)
	Sim	16 (69,6%)
	Não respondeu	1 (4,3%)

¹As porcentagens podem somar mais de 100%

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

4.3. Análise documental do cruzamento vagas de PRMs de MFC e do Programa Mais Médicos

Com relação aos resultados da análise documental, que realizou o cruzamento das vagas entre PRMs de MFC e do PMM, os resultados seguem abaixo.

Na Tabela 17 são apresentados os resultados dos municípios com vagas autorizadas nos Programas de Residência Médica e no Programa Mais Médicos. Pode-se notar que entre nos anos de 2017, 2018 e 2019, respectivamente, 165, 166 e 168 municípios do país tiveram vagas autorizadas em Programas de Residência Médica. Nessa Tabela é possível também observar a distribuição dessas vagas por região do país. Entre esses municípios, o número de municípios com vagas autorizadas no Programa Mais Médicos foi de 148 municípios em 2017, 151 em 2018 e 151 em 2019. Foram computados ainda os municípios por região com vagas no Programa Mais Médicos e vagas ociosas para residentes. Note-se que 148 municípios nesse período apresentavam, ao mesmo tempo, vagas para o Programa Mais Médicos e vagas ociosas para residentes.

Na Tabela 18 foram apresentadas as comparações entre os números de vagas autorizadas no Programa Mais Médicos e Programas de Residência Médica, por região, entre as cidades que têm Programas de Residência. Observa-se que em 2017, 2018 e 2019, respectivamente, 85, 88 e 89 municípios tinham mais vagas autorizadas de Residentes do que no Programa Mais Médicos. Ainda, nesses anos, 75, 74 e 81 municípios tinham mais vagas ociosas de Residência do que vagas no Programa Mais Médicos.

Quanto ao número de vagas (Tabela 19) observam-se 5674, 5958 e 6178 vagas autorizadas para residentes em 2017 a 2019, respectivamente, e 4118, 4186 e 4132 vagas autorizadas nesses mesmos anos no Programa Mais Médicos, nesses municípios.

Na Tabela 20 são apresentados os números médios e desvios padrão de vagas autorizadas e ociosas de residência (entre as cidades com programa de residência e Programa Mais Médicos). Nota-se que, em média, foram autorizadas 36,6 vagas de residentes em 2017, 38,0 em 2018 e 39,2 vagas em 2019 nos municípios com Programas de Residência e Programa Mais Médicos. Nota-se

também que dessas vagas, 27,5, 27,1 e 29,8 vagas, em média, ficaram ociosas nesses municípios.

Entre os municípios sem Programa Mais Médicos, mas com Programas de Residência Médica (Tabela 21) foram autorizadas, em média, 14,8 vagas de residentes em 2017, 14,8 em 2018 e 15,6 em 2019. Observa-se que dessas vagas, 11,3, 11,9 e 12,3 vagas, em média, ficaram ociosas nesses municípios.

Tabela 17. Quantidade de municípios de cada região do Brasil com vagas autorizadas no Programa Mais Médicos e Programas de Residência Médica (Brasil, 2017-2019).

Ano	Região	Número (%) de Municípios com vagas autorizadas para residentes	Número (%) de Municípios com vagas ociosas para residentes	Número (%) de Municípios com vagas do programa mais médicos	Número (%) de Municípios com vagas ociosas (R1+R2) e vagas do programa mais médicos
2017	Centro-oeste	9 (5,5%)	9 (5,5%)	7 (4,7%)	7 (4,7%)
	Norte	12 (7,3%)	12 (7,3%)	10 (6,7%)	10 (6,8%)
	Nordeste	30 (18,2%)	30 (18,2%)	30 (20,1%)	30 (20,3%)
	Sul	36 (21,8%)	36 (21,8%)	35 (23,5%)	35 (23,6%)
	Sudeste	78 (47,3%)	78 (47,3%)	66 (44,6%)	66 (44,6%)
	Brasil	165 (100,0%)	165 (100,0%)	148 (100,0%)	148 (100,0%)
2018	Centro-oeste	9 (5,4%)	9 (5,6%)	7 (4,6%)	7 (4,7%)
	Norte	12 (7,2%)	11 (6,8%)	11 (7,3%)	10 (6,8%)
	Nordeste	30 (18,1%)	30 (18,5%)	30 (19,9%)	30 (20,3%)
	Sul	36 (21,7%)	36 (22,2%)	35 (23,2%)	35 (23,6%)
	Sudeste	79 (47,6%)	76 (46,9%)	68 (45,0%)	66 (44,6%)
	Brasil	166 (100,0%)	162 (100,0%)	151 (100,0%)	148 (100,0%)
2019	Centro-oeste	9 (5,4%)	8 (4,8%)	7 (4,6%)	6 (4,1%)
	Norte	10 (6,0%)	10 (6,1%)	9 (6,0%)	9 (6,1%)
	Nordeste	30 (17,9%)	30 (18,2%)	29 (19,2%)	29 (19,6%)
	Sul	36 (21,4%)	36 (21,8%)	34 (22,5%)	34 (23,0%)
	Sudeste	83 (49,4%)	81 (49,1%)	72 (47,7%)	70 (47,3%)
	Brasil	168 (100,0%)	165 (100,0%)	151 (100,0%)	148 (100,0%)

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Tabela 18. Comparação entre vagas autorizadas no Programa Mais Médicos (PMM) e Programas de Residência Médica, para as cidades com Programa de Residência (Brasil, 2017-2019).

Ano	Região	Número (%) de Municípios com mais vagas do PMM do que vagas autorizadas de residentes	Número (%) de Municípios com mais vagas do PMM do que vagas ociosas de residentes	Número (%) de Municípios com menos vagas do PMM do que vagas autorizadas de residentes	Número (%) de Municípios com menos vagas do PMM do que vagas ociosas de residentes
2017	Centro-oeste	3 (3,9%)	4 (4,7%)	6 (7,1%)	5 (6,7%)
	Norte	7 (9,2%)	9 (10,5%)	5 (5,9%)	3 (4,0%)
	Nordeste	12 (15,8%)	14 (16,3%)	17 (20,0%)	13 (17,3%)
	Sul	14 (18,4%)	15 (17,4%)	21 (24,7%)	20 (26,7%)
	Sudeste	40 (52,6%)	44 (51,2%)	36 (42,4%)	34 (45,3%)
	Brasil	76 (100,0%)	86 (100,0%)	85 (100,0%)	75 (100,0%)
2018	Centro-oeste	4 (5,5%)	4 (4,7%)	5 (5,7%)	4 (5,4%)
	Norte	8 (11,0%)	10 (11,8%)	3 (3,4%)	2 (2,7%)
	Nordeste	11 (15,1%)	14 (16,5%)	18 (20,5%)	15 (20,3%)
	Sul	14 (19,2%)	15 (17,6%)	22 (25,0%)	20 (27,0%)
	Sudeste	36 (49,3%)	42 (49,4%)	40 (45,5%)	33 (44,6%)
	Brasil	73 (100,0%)	85 (100,0%)	88 (100,0%)	74 (100,0%)
2019	Centro-oeste	5 (6,7%)	5 (6,0%)	4 (4,5%)	4 (4,9%)
	Norte	5 (6,7%)	8 (9,6%)	5 (5,6%)	2 (2,5%)
	Nordeste	12 (16,0%)	15 (18,1%)	18 (20,2%)	15 (18,5%)
	Sul	13 (17,3%)	13 (15,7%)	23 (25,8%)	23 (28,4%)
	Sudeste	40 (53,3%)	42 (50,6%)	39 (43,8%)	37 (45,7%)
	Brasil	75 (100,0%)	83 (100,0%)	89 (100,0%)	81 (100,0%)

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Tabela 19. Número de vagas no Programa Mais Médicos e Programas de Residência Médica em cada região do Brasil (Brasil, 2017-2019).

Ano	Região	Nº de vagas autorizadas para residentes	Nº de vagas ociosas (% vagas autorizadas)	Nº de vagas do PMM	Razão de vagas para Residentes (R1+R2) em relação as vagas do PMM	Razão de vagas ociosas (R1+R2) em relação as vagas do PMM	Diferença entre as vagas para Residentes (R1+R2) e as vagas do PMM	Diferença entre as vagas ociosas de Residentes (R1+R2) e as vagas do PMM
2017	Centro-oeste	308	234 (76,0%)	232	1,33	1,01	76	2
	Norte	368	236 (64,1%)	338	1,09	0,70	30	-102
	Nordeste	1184	945 (79,8%)	1000	1,18	0,95	184	-55
	Sul	1242	1050 (84,5%)	708	1,75	1,48	534	342
	Sudeste	22	795 (69,8%)	1840	1,40	0,98	732	-45
	Brasil	5674	4260 (75,1%)	4118	1,38	1,03	1556	142
2018	Centro-oeste	308	175 (56,8%)	263	1,17	0,67	45	-88
	Norte	396	226 (57,1%)	409	0,97	0,55	-13	-183
	Nordeste	1412	1101 (78,0%)	996	1,42	1,11	416	105
	Sul	1226	977 (79,7%)	710	1,73	1,38	516	267
	Sudeste	2616	1787 (68,3%)	1808	1,45	0,99	808	-21
	Brasil	5958	4266 (71,6%)	4186	1,42	1,02	1772	80
2019	Centro-oeste	334	224 (67,1%)	269	1,24	0,83	65	-45
	Norte	358	217 (60,6%)	388	0,92	0,56	-30	-171
	Nordeste	1586	1244 (78,4%)	978	1,62	1,27	608	266
	Sul	1326	1121 (84,5%)	707	1,88	1,59	619	414
	Sudeste	2574	1896 (73,7%)	1790	1,44	1,06	784	106
	Brasil	6178	4702 (76,1%)	4132	1,50	1,14	2046	570

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Tabela 20. Média (desvio padrão) de vagas autorizadas e ociosas nos Programas de Residência Médica entre os municípios com Programas Mais Médicos (Brasil, 2017-2019).

Ano	Região	Média (desvio padrão) de vagas de residência autorizadas entre as cidades com PMM			Média (desvio padrão) de vagas de residência ociosas entre as cidades com PMM		
		R1	R2	Total	R1	R2	Total
2017	Centro-Oeste	19,4 (18,0)	19,4 (18,0)	38,9 (36,1)	12,7 (15,9)	18,7 (18,4)	31,4 (32,7)
	Norte	15,5 (16,9)	15,5 (16,9)	31,0 (33,8)	8,1 (11,4)	11,7 (13,1)	19,8 (23,9)
	Nordeste	19,7 (21,8)	19,7 (21,8)	39,5 (43,5)	13,8 (17,4)	17,7 (20,3)	31,5 (36,4)
	Sul	17,7 (27,5)	17,6 (27,6)	35,4 (55,1)	13,6 (19,0)	16,3 (25,6)	29,9 (44,3)
	Sudeste	18,3 (47,0)	18,3 (47,0)	36,6 (94,0)	11,6 (26,1)	13,5 (28,2)	25,1 (53,9)
	Brasil	18,3 (35,8)	18,3 (35,8)	36,6 (71,5)	12,3 (21,6)	15,2 (24,8)	27,5 (45,7)
2018	Centro-oeste	19,4 (18,0)	19,4 (18,0)	38,9 (36,1)	9,1 (12,3)	13,7 (16,0)	22,9 (27,8)
	Norte	17,7 (18,2)	17,7 (18,2)	35,5 (36,4)	10,3 (11,9)	10,0 (11,6)	20,3 (23,3)
	Nordeste	23,5 (30,9)	23,5 (30,9)	47,1 (61,8)	16,4 (25,4)	20,3 (28,0)	36,7 (53,0)
	Sul	17,5 (26,7)	17,5 (26,7)	34,9 (53,4)	12,0 (15,0)	15,8 (23,7)	27,8 (38,4)
	Sudeste	17,9 (41,9)	17,9 (41,9)	35,9 (83,7)	11,0 (23,9)	12,9 (26,6)	24,0 (50,3)
	Brasil	19,0 (34,2)	19,0 (34,2)	38,0 (68,4)	12,2 (21,3)	14,9 (25,0)	27,1 (45,8)
2019	Centro-oeste	20,9 (21,7)	20,9 (21,7)	41,7 (43,4)	13,1 (15,3)	16,4 (19,5)	29,6 (34,4)
	Norte	19,6 (16,5)	19,6 (16,5)	39,1 (33,0)	11,4 (11,8)	12,4 (11,7)	23,9 (23,5)
	Nordeste	27,3 (37,3)	27,3 (37,3)	54,6 (74,5)	18,9 (26,7)	23,8 (34,8)	42,8 (61,2)
	Sul	19,4 (27,3)	19,4 (27,3)	38,8 (54,6)	14,6 (18,8)	18,1 (26,8)	32,7 (45,4)
	Sudeste	16,4 (39,1)	16,4 (39,1)	32,9 (78,3)	11,0 (25,1)	12,9 (29,4)	23,9 (54,2)
	Brasil	19,6 (34,6)	19,6 (34,6)	39,2 (69,2)	13,4 (23,1)	16,3 (28,9)	29,8 (51,7)

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Tabela 21. Média (desvio padrão) de vagas autorizadas e ociosas nos Programas de Residência Médica entre os municípios sem Programas Mais Médicos (PMM) (Brasil, 2017-2019).

Ano	Região	Média (desvio padrão) de vagas de residência autorizadas entre as cidades sem PMM			Média (desvio padrão) de vagas de residência ociosas entre as cidades sem PMM		
		R1	R2	Total	R1	R2	Total
2017	Centro-oeste	9,0 (4,2)	9,0 (4,2)	18,0 (8,5)	0,5 (0,7)	6,5 (0,7)	7,0 (1,4)
	Norte	14,5 (7,8)	14,5 (7,8)	29,0 (15,6)	4,5 (3,5)	14,5 (7,8)	19,0 (4,2)
	Nordeste	—	—	—	—	—	—
	Sul	2,0 (-)	2,0 (-)	4,0 (-)	2,0 (-)	2,0 (-)	4,0 (-)
	Sudeste	6,4 (4,5)	6,4 (4,5)	12,8 (9,0)	5,4 (4,8)	5,9 (4,4)	11,3 (9,2)
	Brasil	7,4 (5,3)	7,4 (5,3)	14,8 (10,6)	4,5 (4,5)	6,8 (5,2)	11,3 (8,5)
2018	Centro-oeste	9,0 (4,2)	9,0 (4,2)	18,0 (8,5)	4,0 (2,8)	3,5 (4,9)	7,5 (2,1)
	Norte	3,0 (-)	3,0 (-)	6,0 (-)	0,0 (-)	3,0 (-)	3,0 (-)
	Nordeste	—	—	—	—	—	—
	Sul	2,0 (-)	2,0 (-)	4,0 (-)	2,0 (-)	2,0 (-)	4,0 (-)
	Sudeste	8,0 (7,1)	8,0 (7,1)	16,0 (14,1)	6,9 (7,1)	7,4 (7,2)	14,3 (14,3)
	Brasil	7,4 (6,4)	7,4 (6,4)	14,8 (12,8)	5,7 (6,5)	6,2 (6,6)	11,9 (12,8)
2019	Centro-oeste	10,5 (6,4)	10,5 (6,4)	21,0 (12,7)	4,5 (2,1)	4,0 (2,8)	8,5 (4,9)
	Norte	3,0 (-)	3,0 (-)	6,0 (-)	1,0 (-)	1,0 (-)	2,0 (-)
	Nordeste	2,0 (-)	2,0 (-)	4,0 (-)	2,0 (-)	2,0 (-)	4,0 (-)
	Sul	2,0 (0,0)	2,0 (0,0)	4,0 (0,0)	2,0 (0,0)	2,0 (0,0)	4,0 (0,0)
	Sudeste	9,4 (6,9)	9,4 (6,9)	18,7 (13,7)	7,9 (5,3)	8,3 (6,6)	16,2 (11,7)
	Brasil	7,8 (6,5)	7,8 (6,5)	15,6 (13,0)	6,1 (5,0)	6,2 (6,0)	12,3 (10,9)

Fonte: elaborado pelo próprio autor, 2020.

Os principais achados das tabelas acima relacionadas ao cruzamento de dados dos PRMs e do Programa Mais Médicos trazem que 165 Municípios do país em 2017, 166 em 2018 e 168 em 2019 tiveram vagas autorizadas em Programas de Residência

Médica, enquanto 148 municípios em 2017, 151 em 2018 e 151 em 2019 com Programas de Residência Médica tiveram vagas autorizadas no Programa Mais Médicos.

Entre os municípios com vagas autorizadas de Residência Médica entre 2017 e 2019, em torno de 48% são da região Sudeste, 22% da região Sul, 18% da região Nordeste, 7% da região Norte e 5% da região Centro-Oeste. Entre os municípios com vagas autorizadas em Programas de Residência Médica e no Programa Mais Médicos entre 2017 e 2019, em torno de 46% são da região Sudeste, 23% da região Sul, 20% da região Nordeste, 7% da região Norte e 5% da região Centro-Oeste. Nos anos de 2017 a 2019, 85, 88 e 89 municípios tiveram mais vagas autorizadas de residentes do que vagas do Programa Mais Médicos.

Nos anos de 2017 e 2019 foram autorizadas 4118, 4186 e 4132 vagas do Programa Mais Médicos no país, em cidades com Programas de Residência Médica. Em média, as cidades com Programas de Residência Médica e Programa Mais Médicos tiveram 27,5, 27,1 e 29,8 vagas ociosas 2017 a 2019, respectivamente.

Desta forma, em 2017, 2018 e 2019 foram autorizadas 5674, 5958 e 6178 vagas para Programas de Residência Médica no país em 165, 166 e 168 municípios, respectivamente. Foram ainda autorizadas 4118, 4186 e 4132 vagas do Programa Mais Médicos, em 148, 151 e 151 desses municípios, respectivamente. Observou-se também que 148 municípios nesse período tiveram vagas autorizadas no Programa Mais Médicos e vagas ociosas para residentes.

5. DISCUSSÃO

Os resultados apresentados por este levantamento reforçam a ideia de que existe um contexto complexo na formação de profissionais para a APS e de MFCs, especificamente dentro dos programas de residência médica.

Quanto à análise da relação dos PRMs em MFC com o Programa Mais Médicos (PMM), embora o programa tenha provido emergencialmente mais de 7 mil equipes de ESF e aumento da cobertura em 10%⁴⁷, essas vagas são também competidoras das próprias vagas dos PRMs de MFC em 148 cidades onde havia concomitância de vagas ociosas de PRMs e vagas do PMM. Trata-se, portanto, do caráter emergencial da assistência, mas com menor estímulo, paradoxalmente, no investimento nos programas de formação via residência. Além disso, muitas vagas ocupadas pelo Mais Médicos se deram em equipes preexistentes e parte destes profissionais se concentrou em regiões metropolitanas e na zona litorânea brasileira, que também contemplavam critérios de prioridade elencados⁶⁴. Por isso, destaca-se este caráter ambivalente em que se tem o aumento de postos de trabalho ocupados, porém competindo com as próprias ofertas de programas de residência. Soma-se a isso a perda da oportunidade de se impactar com melhores resultados a assistência através da formação de médicos de MFC via programas de residência⁶⁵.

Com relação aos questionários do inquérito com residentes de segundo ano e coordenadores/supervisores de PRMs de MFC, a baixa taxa de respostas trouxe limitações para generalizações, mas as respostas obtidas se somam à relevância trazida na literatura sobre a relevância do currículo por competências, da necessidade de desenvolvimento da preceptoria como qualidade dos PRMs e da articulação e integração ensino-serviço para ocupar mais vagas dos PRMs de MFC no Brasil.

5.1. Considerações sobre a coleta de dados do inquérito online

É relevante ter alguns elementos em mente antes de discutirmos os resultados do inquérito online. As abordagens tradicionais de coleta de informações— entrevistas presenciais, por telefone e através de questionários impressos – nem sempre conseguem gerar resultados rápidos e com custos economicamente viáveis. A

difficuldade é apontada como uma das razões pela baixa adesão aos questionários de pesquisas de diferentes naturezas. Com isso, a internet é vista como um importante recurso na troca e disseminação de informações, possibilita a melhoria e a agilidade do processo de pesquisa⁶⁶.

Embora o ambiente virtual seja visto por muitos como uma tendência atual para a coleta de dados, é importante destacar que questões como a adesão de pessoas de faixas etárias mais avançadas à ferramenta ainda é baixa se comparada às faixas etárias mais jovens. Vale destacar ainda que o Brasil não é um país igualitário no que diz respeito ao acesso à internet, o que justifica, em muitos casos, a baixa taxa de resposta em estudos de diferentes naturezas ⁶⁶.

Outro estudo aponta a internet como a mais importante ferramenta para a coleta de dados, por meio de suas possibilidades de interação e navegação. Neste contexto é importante destacar que a literatura científica tem muitos estudos que apontam a eficiência da coleta de dados quantitativos através da Internet; porém, são escassos os estudos que analisam a eficiência das coletas de dados qualitativos⁶⁷.

As pesquisas na web representam uma faca de dois gumes para a indústria de pesquisas. Por um lado, o poder das pesquisas na Web é que elas disponibilizam a coleta de dados (em oposição à participação na pesquisa) para as massas. Não só os pesquisadores podem ter acesso a um número nunca sonhado de entrevistados a custos dramaticamente mais baixos do que os métodos tradicionais, mas também membros do setor geral ⁶⁸.

Com relação ao uso de questionário virtual, Faleiros *et al* ⁶⁶ apontaram, em um estudo de pesquisadores brasileiros na Alemanha, que este modo de coleta de dados (questionário e divulgação virtuais) deve ser aprimorado e utilizado para pesquisas futuras, principalmente envolvendo diversos países, uma vez que é um meio rápido, econômico e com bom aproveitamento de respostas (57%). Em contrapartida, a questão ética e de acesso da população à informação se mostra um limitador. Esses estudos defendem que por se tratar de um modelo novo de coleta e compartilhamento de informações, a aplicação de questionários virtualmente merece mais estudos.

O número geral de respostas obtidas por residentes do segundo ano foi de 43 R2 em um universo de 476 ativos no sistema nacional da CNRM. Quanto aos coordenadores, foram 23 que responderam em uma amostra nacional de 268 supervisores ou coordenadores.

A divulgação se deu em grupos de whatsapp de supervisores e coordenadores de PRMs, além de Grupos de Trabalho e de divulgação no próprio site da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. A principal razão para isso ter acontecido foi a falta de acesso aos e-mails dos coordenadores e dos residentes.

Tive acesso aos e-mails de algumas Comissões de Residência Médica (COREME) via colegas docentes, preceptores e residentes de MFC que atuam em grupos de whatsapp do grupo de trabalho de ensinagem da SBMFC e grupo de supervisores e coordenadores de PRMs. Também foram enviados emails para a lista de membros da SBMFC e divulgação com apoio da própria SBMFC. Também foi solicitado apoio por e-mail à CNRM e recebi resposta positiva para a confirmação do número de vagas e taxas de ocupação, corroborando aquilo que tinha sido obtido pelo SISCNRM, mas não houve apoio para divulgação nem para enviarem mensagem aos e-mails cadastrados dos PRMs.

Em relação ao viés da seleção dos participantes, a tentativa sempre foi de acessar o maior número de supervisores/coordenadores da população geral dos PRMs de MFC do Brasil. Entretanto, sabe-se que tendem a responder questionários as pessoas que têm forte implicação com o tema, seja positiva ou negativa. Isto não pode ser desconsiderado neste caso.

O questionário aplicado possuía duração de preenchimento superior a 10 min e menor que 20 min. Embora esse seja um tempo razoável, é possível que para a população médica isso ainda fosse uma limitação. Mesmo assim, optou-se por elaborar um questionário que abordasse os principais elementos de um programa de residência médica, obtendo informações dos residentes de segundo ano e coordenadores/supervisores em uma base de dados que permitiria a análise do contexto desses programas.

5.2. Discussão do inquérito online

A seguir, discutiremos a contribuição para a formação em saúde a partir da percepção dos R2 e dos supervisores/coordenadores obtidas pelo inquérito realizado nesta tese.

Com relação às características dos residentes de segundo ano que participaram da pesquisa, a faixa etária mais comum foi de 24 a 29 anos (69,8%).

72,1% eram do sexo feminino, sendo o tempo de formado médio de 2,6 anos. Isso confirma a tendência da medicina no Brasil estar cada vez mais jovem e feminina, propensão já observada desde 2009. Scheffer *et al.*³², em seu estudo de 2020 *Demografia médica*, aponta que 58,5% na faixa etária abaixo de 29 anos são do gênero feminino, sendo a taxa de mulheres dentro da especialidade MFC também em torno de 58%.

Com relação aos dados dos coordenadores e supervisores que responderam à pesquisa, 60,9% são do sexo masculino, sendo a maioria com idade até 44 anos (82,5%). Em média, os coordenadores e supervisores têm 14,4 anos de formados, variando de 4 a 35 anos. Esses dados também são concordantes aos trazidos pela Demografia Médica³² quanto à faixa etária e tempo de formado dos especialistas.

Um dado importante sobre a questão de gênero é que, embora as mulheres sejam maioria na MFC, nos cargos de liderança como a supervisão ou coordenação de PRMs, o número de homens é maior³².

Em pesquisa desenvolvida sobre o tema gênero e carreira, Salvagni *et al.*⁷¹, apontaram que a construção e o sucesso na carreira implicam em muito estudo, esforço e autodesenvolvimento, situação que faz com que muitas mulheres, ao preocuparem-se em desempenhar bem as figuras de mulher, mãe, esposa e gestora, evitem assumir ainda o conflito do equilíbrio do pessoal com o profissional.

Quanto à escolha da especialidade, vale apontar que embora 90,7 % tenham tido contato com a MFC na Graduação e 53,5% superior a 12 semanas, para 58,1% dos médicos residentes, o contato na graduação não refletiu a complexidade da área MFC.

Este encontro entre graduação e a pós-graduação com relação aos benefícios para qualificar o sistema e atrair mais estudantes estimulou o Colégio Canadense de MFC a elaborar um currículo para a graduação que enfatiza as competências a partir da APS⁷¹. Em Israel⁷⁰, os desafios para se prospectar mais médicos para os PRMs incluem a estrutura dos locais de formação e prática, pouca valorização da especialidade e exposição precoce em locais inadequados na graduação⁹⁰.

Uma experiência norte-americana na Dakota do Sul relata uma experiência de intervenção em levar mais estudantes para o congresso nacional de MFC da AAFP, trazendo boa associação entre a ida ao evento e aumento do número de decisões pela MFC entre esses⁷¹.

The Family Medicine for *America's Health Workforce and Education Team*⁵ identificaram que três componentes-chave são fundamentais na escolha pela MFC: 1) a importância de preceptores muito bem formados praticando o escopo da MFC; 2) a valorização da medicina rural; e 3) suporte institucional assistencial e educacional para atuação em MFC. Estes inclusive foram preditores mais fortes do que a remuneração.

Na discussão específica sobre a MFC, Alston *et al*^{72,73} trazem em estudo conduzido na escola de medicina da *University of Washington* sobre o “desrespeito à especialidade”, condição descrita em todos os níveis dentro da medicina, com impacto no bem-estar do estudante e na decisão da carreira, e que se apresenta no contexto do currículo oculto. Nele, a Medicina de Família foi considerada a mais desrespeitada, chegando ao ponto de que 93 dos 103 estudantes que entraram na residência relataram ter sofrido desrespeito pela escolha da MFC.

Segundo Silva (2019)²⁶, a baixa valorização da MFC está diretamente associada ao desconhecimento da existência da especialidade e ao baixo prestígio entre os pares, estudantes de Medicina e médicos, que valorizam mais a oportunidade de vislumbrar um trabalho em consultório ou ambiente hospitalar.

Com relação à decisão da especialidade MFC entre médicos na África do Sul⁷⁴, o estudo encontrou que a família do estudante, a habilidade do próprio estudante em reconhecer sua especialidade de preferência e os professores são os fatores mais significativos para influenciar na escolha.

Faz-se então uma ponte para um aspecto da maior relevância na literatura e obtido nas respostas: a preceptoria, a qualidade dela, modelos de preceptoria e e sua valorização.

Para 64,9% dos R2, o professor ou preceptor apresenta deficiências pedagógicas, corroborando com o estudo sobre a residência em Gana⁷⁵, sendo o desenvolvimento profissional continuado dos preceptores/supervisores, o principal desafio para o desenvolvimento dos PRMs, bem como pelo relato de Israel⁷⁰.

A preceptoria tem papel central na formação de profissionais médicos, conforme já abordado na introdução, e notadamente dentro da Medicina de Família e Comunidade, que tem em um de seus princípios a relação interpessoal⁹⁵ como central para a efetividade do cuidado. Nesse contexto de formação, a relação preceptor-residente-paciente se coloca como elemento potente do aprendizado e cuidado simultaneamente, tanto no papel formador como assistencial⁷⁶. Compete ao

preceptor atuar no manejo clínico e abordagem individual, familiar e comunitária, bem como na gestão e organização dos serviços de saúde⁸.

A formação do preceptor ultrapassa a simples vivência ou experiência no serviço, trazendo a necessidade de formação. Várias iniciativas e cursos foram estratégias utilizadas tanto pela própria SBMFC após 2005 em seu Curso de Preceptores, como pela ABEM e pelo já citado Plano Nacional de Formação de Preceptores⁷⁷, que consiste em um curso a distância com dois anos de duração, com bolsa de auxílio mensal¹⁰.

Izecksohn et al⁷⁶ relatam uma série de ações tomadas pela coordenação dos três programas de residência de MFC – da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Escola Nacional de Saúde Pública – a fim de formar e capacitar preceptores dentro do contexto da reforma da APS deste município e da expansão das vagas de residência. A oferta de cursos, a revisão dos processos de trabalho, e processos de avaliação dos residentes e cenários foram estratégias utilizadas para atingir maior qualidade do processo de preceptoria.

Ribeiro⁷ procura definir o preceptor dentro da Estratégia de Saúde da Família: como:

O preceptor da RMFC é o profissional médico vinculado à Equipe de Saúde da Família no qual o médico residente atua. Suas atribuições são: o principal responsável pela formação direta do residente, guiando o processo de ensino-aprendizagem centrado no residente dentro do trabalho na ESF e sua equipe interprofissional, a partir da prática reflexiva. Deve ser qualificado na área de atuação específica do MFC e também como educador. Participa de processo de avaliação da formação do residente e auxilia em projetos de pesquisa. Pode intervir de forma colaborativa na construção do programa de RMFC. Para além da formação, também atua em atividades de gestão e assistência dentro da equipe e no sistema de saúde⁷.

Avançamos então para dois importantes desdobramentos quanto à preceptoria: o modelo de atenção à saúde onde a equipe do PRM está inserida e o próprio modelo de preceptoria, algo fundamental descrito e que também foi respondido por supervisores/coordenadores e R2.

Com relação à didática de preceptores/docentes, 32% dos R2 referiram que eles não são didáticos. E quanto à intencionalidade dos mesmos sobre o futuro no

campo da educação, trinta e seis R2 (83%), responderam que pretendem atuar como preceptores após o término da residência e 76% têm interesse em exercer docência. Este dado que dialoga com a discussão acima a respeito da relevância da qualidade do preceptor em seu papel e como essa geração incrementa o papel para o futuro.

Quanto aos modelos de preceptoria em MFC, Pessoa⁷⁸, em sua dissertação de mestrado, agrupa em 3 formatos:

1) Preceptor de Unidade, caracterizada pela presença do preceptor na mesma unidade de saúde de APS em que está o residente, mas o preceptor não está vinculado a uma só equipe, e não compõe a mesma equipe do residente; 2) Preceptor de Equipe, nesta categoria o preceptor é o médico de referência da equipe e os residentes se inserem nesta equipe (também conhecido por modelo tradicional); e 3) Preceptor de Campo: nesta categoria o preceptor não está vinculada a apenas uma equipe ou unidade, ele supervisiona residentes em mais de uma unidade de saúde, portanto em mais de uma equipe, os autores ressaltam que este deve ser um modelo de exceção e salvaguardada a proximidade entre unidades de saúde⁷⁸.

Dentro do contexto da expansão de vagas, há certamente necessidade de preceptores, supervisores e coordenadores especialistas em MFC quando analisado.

Importante salientar que em muitos municípios a estratégia de se colocar os residentes em equipe diferente do preceptor, embora não seja a mais recomendada⁷⁹, ocorreu a fim de ocupar as vagas necessárias para composição das equipes e aumento da cobertura da APS.

Outras recomendações⁸⁰ são sugeridas para a efetiva integração entre a preceptoria e a própria instituição de ensino ou programa, tais como:

...ênfase maior na importância de um espaço adequado (incluindo estrutura física, população adstrita, recursos de aprendizagem etc.); 2. Descrição da formação desejável (ou perfil) para um profissional se tornar preceptor, incluindo políticas de educação continuada e integração com a coordenação pedagógica; 3. Construção das ementas dos estágios envolvendo coordenação pedagógica e gestão dos serviços e preceptores⁸⁰.

Os resultados apresentados na Tabela 13, quanto à vinculação dos PRMs de MFC com a ESF, a partir da resposta dos coordenadores foi de que em 65% dos PRMs isso ocorre, sendo o restante vinculado a outros formatos de equipe.

Avançando com relação ao próprio modelo de atenção à saúde vigente no município ou região, a realidade nacional aponta que embora a ESF seja o modelo preferencialmente adotado e tenha caminhado com forte expansão de sua cobertura, ainda temos municípios que tem na APS profissionais pediatras, ginecologistas e clínicos como profissionais médicos em um grande contingente de equipes de APS^{118,119}, comprometendo-se quanto ao fato de que muitos desses cenários possam servir para a formação de novos MFCs.

A realidade trazida pela última PNAB 2017²¹, ao flexibilizar ainda mais a possibilidade de gestores, em termos diferentes formatos de eAB e deixar de adotar a ESF como modelo priorizado, tem o potencial de fragilizar a mudança de modelo do tradicional para o de assistência integral com a equipe e o médico generalista e/ou MFC.

No contexto da MFC, as heterogeneidades dos diversos contextos sociais e suas peculiaridades são fundamentais em relação à obtenção das competências esperadas deste especialista⁴¹.

É certo que para uma atuação na periferia de um grande centro urbano, o conjunto de conhecimentos-habilidades-attitudes se diferenciam de um profissional MFC que irá atuar em uma região indígena, rural ou de acesso remoto. A incorporação de competência cultural se alia às habilidades clínicas segundo as necessidades e problemas mais frequentemente apresentados.

O documento elaborado pelo Grupo de Trabalho de Ensino da SBMFC⁸, em um manual de orientações para a qualidade dos PRMs recomenda que em todos os modelos, a equipe ideal sugerida deva ser de até 4000 pessoas cadastradas com até 2000 pessoas/residente. Diferentes modelos podem se dar conforme o número de equipes na unidade.

Outro aspecto abordado no questionário e vital para a qualidade de um PRM, é a estrutura da unidade. Consideremos lembrar que este também era um dos objetivos dentro da lei do Mais Médicos¹⁰.

O inquérito apontou que 43% (18) dos R2 relataram que em suas unidades não há uma sala ou espaço específico para discussão de casos, 16 escreveram não haver livros para consultas e 6 R2 disseram não ter acesso à internet. 26% dos

residentes declararam ainda estarem insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a estrutura da sua unidade para se desenvolver as habilidades e atividades necessárias dentro de um PRM.

Com relação às questões estruturais, cabe ainda acrescentar as fragilidades de acesso à informação em um contexto em que a rede de atenção à saúde não possui um sistema de informação que promova agilidade para a efetiva coordenação do cuidado e sua integralidade¹³. O cartão SUS e o próprio eSus (software preconizado pelo Ministério da Saúde) pouco ainda contribuíram para um registro eletrônico de saúde efetivo, tanto da gestão do cuidado quanto para o levantamento de dados e pesquisas clínico-epidemiológicas tão necessárias para o diagnóstico correto de saúde da comunidade e dos usuários⁸¹. Costa *et al.*⁸² analisam a infraestrutura de 75 unidades em Minas Gerais, no contexto de avaliação do PMAQ e descreve que são poucas as unidades com total adequação para: ações em saúde (5,3%), atendimento com privacidade (9,3%), disposição de telefone e internet (1,3%), recursos para atender urgência e emergência (1,3%), veículo oficial para ações externas (4%), identificação visual das dependências e dos profissionais (4%).

Neves *et al.*⁸³, ao avaliar o impacto do programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁸⁴ criado em 2011, pelo Ministério da Saúde, que tinha como objetivo a indução da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade das unidades básicas de saúde (UBS), fomentando o aumentando dos investimentos em atenção primária à saúde encontrou baixa prevalência de UBS com estrutura adequada é preocupante e indica que o serviço de atenção primária à saúde no país ainda é prestado de forma precária.

Em tempos de telemedicina e de crescente uso das ferramentas digitais para as tomadas de decisão clínicas ou mesmo do registro eletrônico em saúde, cenários desprovidos de internet aparecem como barreiras de acesso à informação e para a própria formação. Cursos de EAD, calculadoras, livros, ferramentas para tomada de decisão baseadas em evidências são dispositivos utilizados cada vez mais, necessários e impactantes para uma melhor formação.

Em 27 de novembro de 2020, o Ministério da Saúde institui um incentivo federal pela portaria nº. 3.193⁸⁵, em caráter excepcional e temporário para informatização das equipes de SF e da APS, por meio da implantação de prontuário eletrônico, com orçamento da ordem de R\$ 432 milhões”, o que evidencia como a questão estrutural e de tecnologia de informação em saúde ainda se apresenta como

desafiadora e necessária para a qualificação das unidades, com real impacto no cenário de atuação de estudantes da graduação e pós-graduação em saúde.

Analisando outro importante aspecto trazido nas respostas dos R2 e coordenadores foi o próprio currículo e a definição das competências a serem dominadas no percurso do programa. Os R2 relataram que em 79% dos PRMs, o Currículo por competências proposta pela SBMFC é utilizado e que houve alteração dos conteúdos teóricos e da prática (não pormenorizada em detalhes de escopo de procedimentos ou atividades) em aproximadamente 33%.

Entende-se por competência “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em prática conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho”⁶. O que tem particular relevância porque a adoção de competências em programas de residência médica, e até mesmo na graduação, tem sido objeto de estratégia que corrobora para se avaliar a aquisição de seus domínios e a própria qualidade dos cenários de formação⁸.

A implantação das competências, bem como a avaliação e/ou fiscalização, necessita de maior articulação entre a própria comissão de residência médica – Brasil, com as sociedades científicas, entendendo que isso se respalda nas experiências internacionais de excelência de PRMs, conforme abordado na introdução desta tese.

Schultz & Griffiths⁸⁶ descrevem a implementação das competências em PRMs no Canadá, são oito etapas propostas: 1) identificar objetivos, 2) identificar competências, 3) mapear objetivos e competências para avaliação de processos e estratégias de aprendizagem, 4) planejar estratégias de aprendizagem, 5) desenvolver um sistema de avaliação, 6) coletar e interpretar os resultados, 7) ajustar treinamento individual dos residentes, 8) compartilhar decisões com os pares envolvidos⁸⁶. Fica, portanto, evidente a necessidade de processos a serem adotados pelos PRMs e a própria necessidade desta articulação entre a sociedade científica, a CNRM e os próprios programas de residência.

Ressalta-se ainda que os próprios instrumentos de avaliação da CNRM (vide anexos 9.2 e 9.3) utilizados até hoje para avaliação e pareceres dos PRMs ainda evidenciam o olhar hospitalar e deixam de incorporar características inerentes à APS e à MFC, além de não utilizar ainda a avaliação das competências. Quando a matriz de competências se efetiva, enquanto proposta da CNRM para várias especialidades,

fica uma lacuna de como se avaliar os PRMs e o desenvolvimento para domínio das competências pelos residentes.

O currículo brasileiro baseado em competências para MFC foi uma tentativa de fechar a lacuna entre os programas de residência no país, questionando as diretrizes e padrões da Residência e sua heterogeneidade⁸.

O Colégio Canadense de Médicos de Família elaborou de 2009 a 2017 o *CanMeds Framework*⁵, que elenca 7 competências baseadas nos 4 princípios fundamentais adotados pela SBMFC para a especialidade (clínico habilidoso, recurso de uma comunidade definida, influenciado pela comunidade, a relação médico-paciente como elemento central). Esses princípios fundamentais para a avaliação do serviço de saúde prestado, visando melhores padrões, melhores profissionais e melhor cuidado desenvolvem-se nas seguintes competências:

- 1- Expertise médica;
- 2- Liderança;
- 3- Profissionalismo;
- 4- Defesa da saúde;
- 5- Comunicação;
- 6- Educação;
- 7- Colaboração.

O documento norteou a construção de vários currículos de graduação em medicina e pós-graduação.

Apesar do uso frequente e documentado das competências, a discussão quanto à avaliação do domínio delas é ainda objeto de discussão e produção científica. Ramos¹⁰² define que a 'avaliação por competências' é um processo pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos de um indivíduo em relação a competências profissionais requeridas. Jiménez⁸⁷ compreende que as competências definidas como referências para o currículo correspondem a unidades para as quais convergiriam e se entrecruzariam um conjunto de elementos que as estruturam (conhecimentos, habilidades e valores).

A Comissão Nacional de Residência médica publicou em agosto de 2019 a matriz de competências para os programas de residência de MFC. Nele há uma divisão entre competências a serem adquiridas no primeiro ano de residência e no segundo ano. O documento se baseou no Currículo por Competências construído para

SBMFC¹². A tendência desse processo assumido pela CNRM é intensificar o domínio das competências de maneira gradual e progressiva dentro desses PRMs.

Importante mencionar que quando a CNRM adotou a matriz de competências, a coleta de dados pelo inquérito online já estava concluída.

Quando se fala dos processos avaliativos dentro dos PRMs e o uso das competências, percebe-se ainda uma lacuna. Os residentes responderam que há avaliação teórica e prática simultânea em 74%, mas o restante somente práticas ou teóricas. 32% referiram não haver avaliação das competências por parte dos preceptores, representando importante deficiência dentro de um programa de formação.

Um outro tema ainda não abordado, mas de especial importância e de encontro ao tensionamento proposto entre a formação competente e o provimento, é o terceiro ano de residência na MFC. Isto porque quanto maior o tempo de formação, mais difícil é atingir um maior adensamento de especialistas na APS.

Dos residentes do segundo ano, 46,5% responderam que acham dois anos um tempo insuficiente para ser um especialista em MFC e 25,6% relataram pensar em se inscrever no ano adicional (R3) após o término dos dois anos do PRM.

Da mesma forma, como referido na introdução, há programas que adotam dois e outros três anos para a formação dentro da especialidade. O que se coloca é a necessidade de compor a qualidade da formação desse profissional e a demanda de profissionais para o sistema público, mas em um contexto de crescimento da especialidade no privado também¹⁵.

Outro aspecto que favorece o argumento do R3 é a possibilidade de se propiciar a relação entre os próprios residentes e que possam interagir durante esses três anos como propulsora de melhor formação aos próprios R1s e R2s, que poderiam conviver proximamente desse colega com maior tempo de vivência dentro da especialidade e dos próprios cenários de prática. O desenvolvimento das áreas de atuação que hoje já incluem Cuidados Paliativos, Gestão e Hansenologia, poderiam ser acrescidas de outras subespecialidades como dor, medicina rural e sexualidade, visando capacitar profissionais MFCs para a atuação com abordagem centrada na pessoa em cenários que a APS tem papel vital como as populações rurais, população LGBTQIA+ e atenção domiciliar¹⁵.

Sendo a MFC uma especialidade muito abrangente, assim como já acontece na pediatria, ginecologia, obstetrícia e psiquiatria, também seria necessário exigir três anos de formação, pois 2 anos de residência não seriam suficientes para domínio das competências preconizadas, também corroborando com a percepção dos R2.

5.3. Provimento de Profissionais para APS

A Atenção Primária à Saúde tem avançado na realidade nacional tanto no sistema público de saúde como no sistema de saúde suplementar. O entendimento desse nível de atenção, que também pode ser reconhecido como um modelo de gestão, tem forte impacto na racionalidade do cuidado à saúde, no acesso e em indicadores de saúde ^{9,53,88}.

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é visto como marco de inclusão de metade da população antes excluída de qualquer acesso a um sistema público de saúde⁸⁹. Porém, sempre apresentou problemas relacionados à oferta de profissionais: por um lado justificado pela baixa adesão à Diretrizes Curriculares Nacionais (2014)¹⁹ por parte das escolas médicas, e por outro, problemas estruturais também persistem, especialmente na gestão do trabalho no SUS, tais como desequilíbrio entre oferta e demanda e escassez de profissionais no interior do Brasil⁹⁰.

A vinculação dos programas de residência em MFC com as secretarias municipais de saúde tem particular importância devido à própria natureza da especialidade ser baseada na comunidade, considerando a municipalização no contexto da saúde, e principalmente relacionada à APS. As secretarias municipais de saúde têm tido papel fundamental, não apenas como cenário de prática, mas também com instituições próprias como COREME ou convênios com as instituições de ensino. No contexto da ocupação das vagas, e isso será discutido adiante, secretarias que procuraram utilizar os PRMs como estratégia para o provimento têm tido maior ocupação das vagas. Segundo os dados apresentados neste trabalho, 55,8% dos respondentes (R2) estão vinculados às secretarias municipais, embora não esteja suficientemente claro se quando os respondentes confirmam estar vinculados a uma secretaria, esse programa é da secretaria ou tem convênio.

Um estudo realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro²⁶ buscou analisar ao longo de 5 anos a demanda de consultas por médicos especialistas em

uma rede municipal de saúde, a quantidade de vagas de residência ofertadas nas universidades do município, sua ocupação conforme especialidade e o número de médicos especialistas atuantes no setor público e privado. Para os autores da pesquisa, o equilíbrio entre oferta e demanda passa por alguns determinantes:

Outro estudo apontou ainda que a baixa adesão aos programas de residência pode estar associada aos locais onde estão estabelecidos os programas. No estudo, 79,1% dos egressos residiam no estado de São Paulo, coincidindo com o local de realização da residência. No Acre e em Roraima, observou-se a taxa de fixação de praticamente 100% dos médicos que não eram naturais dos estados, mas que fizeram a residência de Ginecologia e Obstetrícia, MFC ou Pediatria nesses estados. O estudo aponta ainda que 83,3% dos homens e 76% das mulheres residiam no Estado de São Paulo, apontando uma tendência discreta maior de fixação dos homens no local onde fizeram a residência, destoando da encontrada na literatura, em que as mulheres médicas migram menos⁹¹.

Quando analisamos a especialidade de MFC em separado, a questão da ociosidade fica mais evidente. A literatura científica nacional aponta que existem diversos determinantes, como aspectos pessoais, profissionais, acadêmicos e ideológicos, que justificam a baixa escolha pela especialidade ^{44,91,92}.

Já dados da literatura internacional identificam outros fatores como preponderantes para o desinteresse pela especialização em MFC:

[...] baixa remuneração; pouco prestígio da MFC; perfil tecnológico e científico das outras especialidades, o que influenciou o prestígio; pouca vivência da APS na graduação ou experiência de estágio com um profissional desmotivado e frustrado; amplitude do conhecimento para exercer a MFC e a ideia equivocada de que esta área é muito fácil para o estudante motivado; busca de especialidades com maior remuneração devido às dívidas adquiridas com a universidade durante a graduação⁸⁸.

A discussão sobre a atração de profissionais para a atenção primária à saúde é uma constante em diversos países, sendo a saúde rural um campo em que esse assunto toma ainda proporções mais relevantes.

No Canadá, uma força tarefa foi criada e desenvolve estratégias para prover médicos de maneira equitativa, já que 18% de sua população vive em áreas remotas, de difícil acesso ou isoladas, e apresentam piores indicadores de saúde⁴⁴.

Destaca-se a relação entre o provimento desses profissionais e a educação médica para quatro ações no contexto rural:

- Integração de medicina rural no contexto do currículo médico;
- Prover experiências de aprendizagem positiva em contextos rurais realizados para estudantes de medicina;
- Prover treinamento específico em medicina rural durante os programas de residência médica em locais rurais;
- Conectar a educação para selecionar e fixar profissionais das áreas rurais.

A OMS apresenta em documento, orientações para atrair profissionais de saúde para áreas de difícil acesso, enfatizando as dimensões da educação, conforme já também relatado acima, além de outras recomendações como estimular a satisfação do trabalho, aumentar o número de profissionais e profissões da saúde no contexto rural, oferecer condições de trabalho e suporte, investimento de financiamento e gratificações, prover condições de moradia, educação aos filhos, garantir desenvolvimento profissional continuado e telemedicina⁹³.

A realidade nacional traz elementos tanto da necessidade de profissionais no contexto rural como em grandes centros urbanos. Isso se torna ainda mais desafiador quando na APS, a Estratégia de Saúde da Família, avança ao conceber que há um território de atuação com suas áreas de influência e abrangência sob responsabilidade de uma equipe. É necessário o reconhecimento e adequada compreensão sobre esse território como um território-vivo⁹⁴, processualmente construído em sua dimensão física ou geográfica e, principalmente, de seus determinantes socioculturais que exercem significativo impacto no processo saúde-doença-cuidado, desta população.

Contudo, a expansão da cobertura da população pela ESF não consegue solucionar um problema crônico de falta de profissionais médicos na APS e de garantia do acesso à saúde nos diversos cenários do Brasil, principalmente naqueles em que a fixação e atração de profissionais não se dá de maneira efetiva⁹⁵.

O nível educacional da população, a etnia mais prevalente (ou sua miscigenação), o acesso aos serviços públicos e privados, condição socioeconômico e outros aspectos dentro desses determinantes sociais da saúde impactam

fortemente naquilo que se espera dominar e ser competente. Por isso, os dados sobre desigualdade de vagas nos programas de residência e sua ocupação são centrais em contextos de disparidades regionais que ainda predominam, conforme documento do CONASS³⁷. Esse cenário descrito reforçou e incentivou a criação do Programa Mais Médicos.

No eixo da educação descrito no Mais Médicos, o Governo Federal estabeleceu como meta criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência. Até 2015 já tinham sido criadas mais de 5 mil vagas de graduação e outras 5 mil em residência médica ¹⁸.

Alves *et al.*¹⁸ também descrevem que até o primeiro semestre de 2015, “um total de 18.240 profissionais responderam ao chamado, sendo 5.274 portadores de registro no conselho profissional no Brasil; 11.429 intercambistas cooperados (Cooperação MS/OPAS/governo Cubano) e 1.537 intercambistas individuais.” O número de profissionais dentro do PMM atingiu mais de 10.000 médicos supervisionados por instituições de ensino superior que aderiram ao PMM, até o ano de 2019, quando a cooperação entre OPAS/OMS/Cuba/Ministério da Saúde é rompida.

Há que se considerar que o cenário de formação que se estabelece a partir da normativa do PMM não é capaz de garantir um aporte de especialistas nas proporções necessárias para um sistema de saúde baseado em APS. A proposta de um ou dois anos obrigatórios em Medicina Geral de Família e Comunidade – nos termos adotados pela Lei 12.871/2013¹⁰, posteriormente entendida como equivalente à Medicina de Família e Comunidade, como pré-requisito ao acesso às demais especialidades, apesar de visar garantir acesso, acaba por não prover um número mínimo de MFCs.

Além disso, esse modelo termina por prolongar desnecessariamente a formação de especialistas sob o único pretexto da aquisição de competências que já deveriam estar contempladas no âmbito da graduação.

Ademais, levando em consideração o aspecto da longitudinalidade, um dos atributos essenciais da APS, nota-se que o regime de trabalho proposto pelo PMM configura um antagonismo em relação ao que é necessário para o fortalecimento da APS, ao limitar a permanência do profissional no programa ao máximo de 3 anos, podendo ser renovado por mais um ciclo, basear a remuneração em uma bolsa de formação e não prever nenhuma forma de carreira profissional em seu âmbito.

É preciso, ainda, considerar que grande parte dos municípios contemplados pelo PMM dispõe de programas de residência em MFC. Nesses cenários, existem

experiências que demonstram que a expansão da residência médica, atrelada a uma política de valorização de residentes e preceptores, incluindo a complementação da bolsa do médico residente e gratificação e profissionalização do preceptor, poderiam ser alternativas para a necessidade de provimento, garantindo ainda ganhos secundários na sustentabilidade do sistema de saúde.

Como vimos anteriormente, uma das estratégias do PMM é a reorganização do ensino médico, graduação e, principalmente, da residência, levando em consideração a realidade nacional e, em especial, do SUS. Logo, especialistas apontam que os números do país, reforçados com a pesquisa em questão, sugerem que é necessária uma mudança no entendimento do que é saúde, do que é ser médico e do que é a boa medicina. As definições tradicionais podem ser a causa da baixa adesão ao PMM, já que esse surge com o ideal de “superação de lógicas e modelos formativos totalizantes, que desconsideram a multiplicidade, a pluralidade e as dimensões éticas e políticas em sua radicalidade”¹⁷.

Por isso, faz-se necessária uma mudança real no âmbito do modelo de ensino médico, desde a graduação até a residência, para que o PMM consiga cumprir suas metas, além de agregar efetivamente novas dimensões não só à formação, mas a todo sistema de saúde. Logo, são fundamentais o diálogo e a produção comum entre esses diferentes atores, nos quais se possa reconhecer modelos e paradigmas de formação que operam no campo e o modo como têm funcionado como regimes de verdades historicamente construídos.

Quando se analisa o impacto do PMM para a realidade dos PRMs de MFC e para a realidade da ocupação de vagas para a realidade dos programas de residência de MFC, Storti *et al.*⁹⁵ relatam, em sua conclusão sobre o Programa Mais Médicos e a expansão dos PRMs de MFC, que “iniciativas inovadoras de acordo com a realidade de cada município, combinadas com políticas nacionais, favoreceram o protagonismo de gestores municipais em mudanças na formação médica”.

O resultado baseou-se em municípios como São Bernardo do Campo, Florianópolis e Rio de Janeiro, que adotaram a complementação financeira à bolsa-residente e a gratificação aos profissionais servidores quando envolvidos nos processos de supervisão ou preceptoria de bolsa.

As Parcerias com instituições privadas de ensino superior ou mesmo Organizações Sociais contribuíram para a expansão e ocupação das vagas nos PRMs de MFC no Brasil.

À guisa de complementar esta discussão com o breve relato de uma experiência, apresentamos um caso na qual o autor tem envolvimento. Ainda no seu primeiro ano de implantação, em Campinas, o Programa Mais Médicos Campineiro (PMMC) foi aprovado pela Câmara Municipal após proposta do executivo local⁹⁷. O objetivo deste programa é suprir a falta de profissionais na APS e de especialistas em MFC na rede municipal, caracterizada pela alta rotatividade e desistência dos médicos.

Ainda que haja constantes contratações de médicos pela prefeitura, o médico especialista em MFC – ou que atue nessa função – tem alta rotatividade no município de Campinas. De acordo com os números de admissão e desligamento, desde 2013 foram realizados cinco concursos públicos para MFC, com oferecimento de 155 vagas; neles, foram aprovados 122 candidatos, e 42 profissionais foram admitidos. No entanto, nesse mesmo período, foram desligados 74 médicos. Vale mencionar que no município de Campinas, os candidatos ao cargo de MFC estão temporariamente dispensados da apresentação do título de especialista em Medicina Família e Comunidade, de acordo com a Lei complementar nº 190 de 6 de março de 2018⁹⁸.

Tais dados coincidem com é descrito no Brasil: a carência deste profissional no mercado e a necessidade seu provimento⁹⁹. Ao mesmo tempo que busca prover profissionais para a rede de APS, foi reconhecido também como relevante a redução da ociosidade das vagas dos Programas de Residência Médica em MFC do município, que são quatro: Unicamp, PUC-Campinas, São Leopoldo Mandic e Secretaria Municipal da Saúde.

Para se atingir estes objetivos do provimento para a APS e do aumento da ocupação e das próprias vagas, o município realizou convênio interinstitucional com as IES supracitadas e propôs uma complementação da bolsa para o médico residente de R\$11.000,00, semelhante ao programa Mais Médicos federal. Estão em andamento outras ações, como a construção de um programa pedagógico comum, arquitetura para dispositivos legais e definições para atuação desta comissão gestora interinstitucional, seleção de preceptores e desenvolvimento profissional continuado destes com as próprias IES.

De forma ainda preliminar, o impacto deste programa interinstitucional pode ser avaliado comparando os dados dos anos de 2019 e 2020 (antes e depois de sua aprovação). Em 2019 foram oferecidas 31 vagas de R1, com o preenchimento de apenas 7 (22,5%). EM 2020, foram oferecidas 42 vagas (um crescimento de 35,5% em relação a 2019), ocupadas por 40 residentes. A taxa de ocupação de vagas ficou,

portanto, em 95,2%, e o número de residentes de primeiro ano cresceu 471% em relação a 2019. É evidentemente que estes resultados não bastam para afirmar que o programa foi bem-sucedido, faltando um estudo avaliativo mais aprofundado para isso, mas os resultados iniciais não deixam de ser alvissareiros e indicam a importância do investimento nas bolsas como fator modificável no provimento de vagas para PRM em MFC. Com relação ainda a experiências de integração ensino-serviço, Prado Jr.¹⁰⁰, ao relatar os desafios para a expansão das vagas de residência em MFC e a experiência carioca, enfatiza passos e estratégias adotadas: fortalecer os programas vigentes, distribuir os programas no território, mapear e treinar os possíveis preceptores, estabelecer o número de residentes/preceptor e os cenários de prática (clínicas da família).

Jantsch⁶⁷, em sua tese de doutorado sobre a avaliação dos PRM da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, após comparar médicos generalistas e MFCs em suas atuações nas unidades de saúde, concluiu que MFCs são “mais competentes para diagnosticar uma ampla gama de doenças crônicas, requisitando menos exames laboratoriais e solicitando menos encaminhamentos para cuidados secundários”, além de reduzir o número de internações por condições sensíveis à APS.

Já no relato da experiência de Vitória no Espírito Santo, ao se implantar PRMs de MFC, Sarti *et al.*⁴⁶ narram que em um contexto de 9 vagas de R1 entre três programas a incipiente valorização de preceptoria e dos processos de formação médica dentro desta rede, dificuldades na gestão e pouca legitimidade perante a comunidade e os próprios trabalhadores comprometeram a qualidade do programa, apesar de possuírem uma rede estruturada, diversificada e informatizada.

A realidade trazida pela última PNAB 2017²¹, ao flexibilizar ainda mais a possibilidade de gestores em termos diferentes formatos de eAB e deixar de adotar a ESF como modelo priorizado, fragiliza ainda mais a mudança de modelo do tradicional para o de assistência integral com a equipe e o médico generalista e/ou MFC.

Desta forma, vale retomar que decisões de políticas devem ser subsidiadas pelas melhores evidências. Recente documento elaborado pelo próprio Ministério da Saúde do Brasil¹⁰¹ traz uma síntese e diretrizes.

Para tomar decisões, Lavis *et al.* Descrevem:

(...) a fim de proporcionar acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde, os gestores em saúde precisam ter acesso e conhecer o nível de confiança que pode ser encontrado na evidência disponível. A busca das evidências para cada problema de saúde é necessária para esclarecer quais serviços e programas devem ser oferecidos ou incluídos, como prestar tais serviços, os arranjos financeiros dos serviços de saúde, os arranjos de gestão e como implantar as mudanças necessárias¹⁰².

Ramos e Silva¹⁰³ descrevem que a Política Informada por Evidência (PIE) surgiu para identificar as melhores estratégias disponíveis para a tomada de decisões e que visam contribuir para o gestor escolher as estratégias que melhor se adequam a sua janela de oportunidade, reconhecendo o seu contexto. Definir qual o problema, considerar a capacidade de implementação da política, a questão da equidade, promover diálogos deliberativos, equilibrar fatores positivos e contrários, manter o planejamento e avaliar os impactos da própria política são tarefas necessárias.

A hipótese que se coloca aqui nesta tese utilizou este cruzamento da política de oferta de vagas para atuação no Mais Médicos e a possibilidade do não aumento da taxa de ocupação das vagas de residência médica em municípios que tinham ambas.

Nos resultados inéditos trazidos pelo cruzamento das vagas de PRMs em MFC e vagas do PMM, evidenciou-se o seguinte paradoxo: embora as ações do PMM tenham mantido a expansão do número de vagas em programas de residência, criado programas de formação em preceptoria e demais ações para prover mais profissionais para a APS, a própria oferta de vagas para atuação dentro do Mais Médicos parece competir com as vagas de residência médica, sendo mais um fator de obstáculo à ocupação das vagas dos programas.

Vale relembrar aqui que no questionário dos R2s, as principais causas apontadas para a desvalorização da área (21,7%), concordando com Silva *et al* e quantidade de outros programas na área (17,4%). Neste contexto, haver vagas do Mais Médicos no mesmo município em que há vagas ociosas de PRMs parece se apresentar como mais um fator para não ocupação das vagas, deixando de trazer os positivos impactos conforme descritos por Jantsch⁶⁵.

Um contraponto necessário a ser ressaltado apresenta-se quanto ao escopo de práticas, ou seja, aquilo que se espera da atuação do profissional, oferta de serviços e procedimentos e sua capacidade em atender às demandas, medido dentro do Mais Médicos. Girardi *et al.*⁸² aponta que a realização de maior número de procedimentos foi por profissionais do sexo masculino, menor tempo de graduação, dois anos ou menos de atuação na UBS, atuantes na região geográfica Norte ou Sul, em municípios de pequeno porte e mais distantes da sede da região de saúde. Destaca-se também que alguns procedimentos são menos realizados em função da carência estrutural e de insumos das unidades.

Os cenários destinados às residências podem ter melhor condições e estar em áreas mais desenvolvidas, contudo deveriam ser fruto de estudos futuros. No contexto da oferta de vagas, em 2017, 2018 e 2019 foram autorizadas 5674, 5958 e 6178 vagas para Programas de Residência Médica no país em 165, 166 e 168 municípios, respectivamente. Foram ainda autorizadas 4118, 4186 e 4132 vagas do Programa Mais Médicos, em 148, 151 e 151 desses municípios, respectivamente. Observou-se também que 148 municípios nesse período tiveram vagas autorizadas no Programa Mais Médicos e vagas ociosas para residentes. A intersecção desta situação que sustenta a necessidade de se rever a tomada de decisão política quanto à ocupação de ambas e a potencial competição.

5.4. Limitações deste estudo

Entre as limitações, a mais evidente e já comentada é o fato de o inquérito online ter atingido um número muito reduzido de respondentes, dificultando a extrapolação e impedindo afirmar que os resultados representem as percepções da totalidade de R2 e coordenadores/supervisores de PRMs de MFC. O fato de se tratar de um inquérito, portanto um estudo quantitativo de natureza transversal, não permite qualquer tipo de afirmativa de natureza definitiva sobre causas e efeitos entre os resultados.

É possível também que participantes mais motivados (especialmente os mais entusiasmados com a MFC e seus PRMs) tivessem maior interesse em responder, provocando um viés sistemático nos dados. Esse viés, porém, nos chama a atenção para o fato de que resultados que apontem deficiências nos programas são ainda mais

relevantes, já que participantes engajados poderiam, em teoria, ter uma tendência em avaliar mais positivamente do que em uma amostra que não fosse auto selecionada.

A análise temporal limitada e a ausência de documentação que aponte para a tomada de decisão municipal em relação aos PRM e ao Mais Médicos tampouco nos permite afirmar quais foram as motivações exatas que levaram aos números encontrados. Embora seja possível fazer especulações, respostas definitivas quanto a isso não serão encontradas neste banco de dados.

Vale lembrar que tanto para o inquérito online quanto para o cruzamento de dados documentais a capacidade de extrapolação dos resultados para fora do peculiar cenário brasileiro é muito remota, devendo ser feita apenas com bastante cuidado e ponderação.

Como este estudo não foi complementado por análises qualitativas das motivações de atores-chaves nestes processos, como residentes, preceptores e gestores, muitas vezes só nos é permitido registrar as respostas (no caso do inquérito) ou os números (no caso do cruzamento de vagas), sendo impossível ter certeza das motivações e valores que levaram às respostas que foram apresentadas.

6. CONCLUSÃO

A presente tese teve como objetivo geral a análise do contexto de formação de Médicos de Família e Comunidade em seus Programas de Residência Médica em Medicina de Família e do provimento de profissionais médicos para atuação na Atenção Primária à Saúde.

O contexto da formação médica e de especialistas é objeto central para a formulação de uma agenda que atenda referenciais que preconizem uma regulação desses profissionais, bem como que promova maior equidade para atender as necessidades de saúde, especialmente em um contexto de ampla disparidade entre as regiões do Brasil e em cenários rurais ou de difícil acesso, bem como nas periferias dos grandes centros urbanos.

O aumento de profissionais médicos na realidade brasileira tem se dado de maneira considerável através da abertura de novas escolas de medicina, principalmente após 2010, tendo na lei 12.871, do Mais Médicos, particular fomento e indução.

Paralelamente a isso, há crescente demanda por profissionais para atuação na APS, em função de sua imprescindibilidade para a construção das redes de atenção à saúde com crescimento exponencial após 2002, porém com bastante dificuldade para provisionar e fixar profissionais.

Quanto aos programas de residência médica e considerando ser essa a principal via adotada para a formação de especialistas, também houve expansão das vagas de Medicina de Família e Comunidade, porém com trajetória marcada por importante ociosidade, com média acima de 70.

Este estudo avaliou este contexto por meio de dois olhares: a avaliação dos contextos de formação por meio da residência médica em Medicina de Família e Comunidade e o cruzamento de dados sobre as vagas disponíveis e ocupadas pelos programas de formação para atenção primária nos municípios brasileiros.

Quanto à caracterização dos PRMs de MFC por meio de um inquérito online de percepção dos R2 e dos coordenadores/supervisores dos PRMs em 2018 e 2019, é importante ter em mente que embora os dados sejam inéditos, as taxas de resposta não permitem generalizações. Entretanto as respostas apresentadas nos servem de

base para algumas discussões relevantes, como a escolha da especialidade em um contexto onde apenas 1,7% dos especialistas⁶ do Brasil são de Medicina de Família e Comunidade, bem como a necessidade do investimento na formação de preceptores de excelência, o impacto na ocupação das vagas a partir de experiências articuladas entre instituições de ensino, sociedades científicas e as secretarias de saúde como fundamentação para a tomada de decisões que impactam efetivamente na qualificação e aumento efetivo de profissionais. Há também uma certa heterogeneidade dos PRMs em atender o currículo baseado em competências proposta pela SBMFC associado às competências preconizadas pela CNRM.

No tocante à análise que cruzou as vagas ofertadas no Mais Médicos e as vagas ociosas dos PRMs, este estudo exploratório descritivo e documental apontou a coexistência frequente dos dois cenários: a oferta de vagas de residência e do MM nos mesmos municípios, cursando com a ausência de políticas pautadas na eficiência e que exigiriam a articulação entre os setores saúde e educação.

À guisa de considerações finais, apontamos que esta pesquisa tem o potencial de contribuir para o campo do Ensino em Saúde ao apontar que as políticas de Saúde e Educação precisam caminhar juntas, articuladas, planejadas a partir de evidências científicas para a tomada de decisões. Porém, esta tese é mais um indicador de caminhos futuros – que explorem por exemplo, fatores modificáveis que favoreçam a escolha pela formação em MFC, ou a sobreposição de vagas e a desarticulação de setores que foi explicitada pelos nossos dados – do que um conjunto de respostas definitivas. Novos estudos terão que sucedê-la para fixar alternativas, embora ele tenha dados suficientes para deixar claro que o cenário pode ser aperfeiçoado.

7. REFERÊNCIAS

1. Mendes IAC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2004; 12(3): 447-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001> acesso em 02 abr. 2020.
2. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Ciência e Saúde Coletiva. nº 16, Supl. 1, 2011. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16suppl1/881-892/> acesso em: 12 dez. 2020.
3. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm acesso em: 20 de. 2020.
4. _____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 19 set. 1990.
5. Campbell J et al. Health workforce demography: a framework to improve understanding of the health workforce and support achievement of the Sustainable Development Goals. Human Resources for Health, 18(1), 1-10:(2020).
6. MELLO G et al. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e diferenças conceituais. Revista de APS. 12(2): (2009). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247> acesso em: 15 nov. 2020.
7. Ribeiro et al. Preceptor em residência médica em medicina de família e comunidade: compreendendo a singularidade desse profissional. Atenção, Educação e Gestão. Produções da rede Profsaúde [Internet]. 2020;1: 253-258. DOI 10.18310/9786587180151. Available from: https://www.researchgate.net/publication/345814496_PRECEPTOR_EM_RESIDENCIA_MEDICA_EM_MEDICINA_DE_FAMILIA_E_COMUNIDADE_COMPREENDENDO_A_SINGULARIDADE_DESSE_PROFISSIONAL acesso em: 20 dez. 2020.

8. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. 2013. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/> acesso em 20 dez. 2020.
9. Starfield B et al. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83:457–502.
10. Brasil, Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 22 out. 2013. Disponível em :http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm acesso em 20 dez. 2020
11. _____. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm acesso em: 19 dez. 2020.
12. Leão CD, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. In. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(11); 415-23.
13. Gusso G, Lopes JM. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed. 2012 (2).
14. Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. 2014; 38:13-33. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003> acesso em 18 dez. 2020.
15. Soares, R et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 2018;13(40):1-8. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629) acesso em: 15 dez. 2020.
16. Garcia AP et al. Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. *Rev Bras Med*

Fam Comunidade [Internet]. 20º de março de 2018;13(40):1. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1610> acesso em 14 out. 2020.

17. Kemper ES et al. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e1. Portuguese. doi: 10.26633/RPSP.2018.1. PMID: 31093032; PMCID: PMC6386144. acesso em 14 dez. 2020.

18. Alves SMC. Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros. Com. Ciências Saúde, 2015.

19. _____. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e da outras providencias. Diário Oficial da União. Brasília, 2014. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1609> acesso em 10 dez. 2020.

20. _____. Ministério da Educação e Cultura. Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica nº 02/2006 de 17/05/2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº 95, de 19/05/06, seção 1, pp. 23-36. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/247-programas-e-acoes-1921564125/residencia-medica-2137156164/13079-resolucao-residencia-medica> acesso em 10 dez. 2020.

21. _____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]<https://www.redalyc.org/pdf/714/71447791004.pdf> acesso em 09 dez. 2020.

22. _____. Resolução nº 2 de 3 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 3 de julho de 2013. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30790795/do1-2013-07-10-resolucao-n-2-de-3-de-julho-de-2013-30790786 acesso em: 08 dez. 2020.

23. _____. Resolução nº 4/78 da CNRM. Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento da Residência Médica. Diário Oficial da União. 9 de novembro de 1978. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2018-pdf/95151-resolucao-04-1978/file> acesso em: 05 dez. 2020.
24. Mendonça C S. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Harzheim E, coordenador. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: MS; 2011.
25. Organização Mundial da Saúde (OMS). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/> acesso em 04 dez. 2020.
26. Silva L et al. Interface entre Oferta de Vagas de Residência Médica, Demanda por Médicos Especialistas e Mercado de Trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019; 43(1): 119-126. Epub January 13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190001> acesso em 30 nov. 2020.
27. Institute of Medicine report. Health Literacy. Disponível em: <https://nnlm.gov/initiatives/topics/health-literacy> acesso em: 14 dez. 2020.
28. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2016;26(2): 633-667.
29. Brasil. Resolução nº 2.221 de 23 de novembro de 2018. Diário Oficial da União. 23 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/60341676/do1-2019-01-24-resolucao-n-2-221-de-23-de-novembro-de-2018-60341509 acesso em 10 dez. 2020.
30. _____. Política Nacional de Atenção Básica, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html acesso em 20 nov. 2020.
31. _____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [online]. Brasília, DF; 20 jun. 2014. Disponível

em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 acesso em 02 out. 2020.

32. SCHEFFER M. *et al.* Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf acesso em 15 nov. 2020.

33. OLIVEIRA MCM, RISTOW AM, VOGT AMC. A formação de profissionais médicos no Brasil. Revista de Educação: Dossiê Trabalho e Educação Profissional 2009;4(8). Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/view/2277> acesso em 08 out. 2020.

34. Oliveira BLCA et al. Evolução, distribuição e expansão dos cursos de medicina no Brasil (1808-2018). *Trabalho, Educação e Saúde*. 2019;17(1): e0018317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183> acesso em 10 out. 2020.

35. Brasil, Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 set. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm#:~:text=D80281&text=DECRETO%20No%2080.281%2C%20DE,M%2C%20A9dica%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs acesso em 03 out. 2020.

36. _____. Decreto no 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Diário Oficial da Brasília, 15 set. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm acesso em 04 nov. 2020.

37. REVISTA CONSENSUS [Internet]. Recorte Demográfico da Residência Médica Brasileira em 2019. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/recorte-demografico-da-residencia-medica-brasileira-em-2019/> acesso em 21 nov. 2020.

38. _____. Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência. Diário Oficial da União. Brasília, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1682&itemid= acesso em 12 nov. 2020.
39. _____. Edital no 7, de 22 de outubro de 2009. Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas. Diário Oficial Da União. Brasília. 24 out. 2009.
40. _____. Medida Provisória (MP) nº 890 de 1 de agosto de 2009. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. Brasília. 1 ago. 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2019/medidaprovisoria-890-1-agosto-2019-788911-norma-pe.html#:~:text=EMENTA%3A%20Institui%20o%20Programa%20M%C3%A9dicos,d a%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde e. Acesso em 05 nov. 2020.>
41. Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! Ciência e Saúde coletiva. 2016;21(9):2667-2669.
42. World Federation for Medical Education. New edition of WFME Standards for Basic Medical Education. 2020. Disponível em: <https://wfme.org/news/new-edition-of-wfme-standards-for-basic-medical-education/> acesso em 10 dez. 2020.
43. Neighbour R. The Inner Physician: Why and How to Practise “Big Picture Medicine.” London, UK: Royal College of General Practitioners; 2016
44. Bosco C et al. Physicians of Canada; 2016.
45. *Rake* MD, Robert E, *Rake* MD. *Textbook of Family Medicine*, USA. 9th edition.
46. Fontenelle LF et al. Postgraduate education among family and community physicians in Brazil: the Trajetórias MFC Project. 2019. Disponível em: MedRxiv DOI: <https://doi.org/10.1101/19005744> acesso em: 02 nov. 2020.

47. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde [Internet]; 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br> acesso em 28 set. 2020.
48. Philibert I, Blouin D. Responsiveness to societal needs in postgraduate medical education: the role of accreditation. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):309. Disponível em: doi:10.1186/s12909-020-02125-1 acesso em: 28 set. 2020.
49. 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: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm> acesso em 20 set. 2020.
50. McWhinney IR, Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2010.
51. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010:376p.
52. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(3):229. Disponível em: doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100170 acesso em 03 set. 2020.
53. Barbosa MS. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde: aplicação e dificuldades na utilização por estudantes de medicina. Universidade Federal de Minas Gerais [Internet]. 2017; Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-AXWFKP> acesso em> 27 set. 2020.
54. Mendonça MMH, Malta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Editora Fiocruz. 1969.
55. Costa et al. *Performance of Primary Health Care According to PCATool Instrument: A Systematic Review.* *Ciência em Saúde.* 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002601881&script=sci_arttext&lng=en acesso em: 05 abr. 2020.
56. Santos WS. Organização curricular Baseada em Competência na Educação Médica. In. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2011;35(1)86-92. Disponível em: <http://www.cesupa.br/mestradoesem/docs/Artigo%203%20-%20Edital%20ESEM.pdf> acesso em 12 set. 2020.

57. SCHEFFER M. *et al.* Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf) acesso em 3 set. 2020.
58. Machado JC, Costta RMM, Soares JB. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. Interface (Botucatu). 2015.
59. Berger CB, Dallegrave D, De Castro Filho ED, Pekelman R. (2017). A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 12(39), 1–10. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1399](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1399).
60. World Health Organization. The World report 2008: primary health care: now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
61. Bartlett, AD, Um, I.S., Luca, E.J. *et al.* Measuring and assessing the competencies of preceptors in health professions: a systematic scoping review. *BMC Med Educ* 20, 165 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02082-9>
62. Brasil. Resolução nº 4 de 09 de novembro de 1978. Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento da Residência Médica. Diário Oficial da União. 1978.
63. _____. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência Médica Lato sensu. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/32687>. Acesso em: 18 maio 2015 acesso em 03 dez. 2020.
64. Pinheiro MCM. PROGRAMA MAIS MÉDICOS: O que dizem os gestores municipais. Brasília 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2667.pdf>
65. JANTSCH AG. The impact of residency training in family medicine in promoting the attributes of primary care in Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2020.

66. Faleiros F, K  ppler C, Pontes RFA, Souza CSS, Santos FGN, Dias CC. USO DE QUESTIONÁRIO ONLINE E DIVULGA  O VIRTUAL COMO ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS EM ESTUDOS CIENTÍFICOS *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 25, n  m. 4, 2016, pp. 1-6 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.
67. Salvador PT et al. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2020; 41:e20190297. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100900&lng=en. Epub June 12, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297> acesso em: 13 set. 2020.
68. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J Ambul Care Manage* 2017; 40 Suppl 2:S4-11.
69. Salvagni J, Canabarro J. MULHERES L  DERES: AS DESIGUALDADES DE G  NERO, CARREIRA E FAMÍLIA NAS ORGANIZA  OES DE TRABALHO. *Revista de Gestão e Secretariado*. 2015;6(2):88-110.
70. Lahad et al. *Israel Journal of Health Policy Research* (2018) 7:52 Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0248-6> acesso em: 13 set. 2020.
71. Valerie L et al. Promoting Student Interest in Family Medicine Through National Conference Attendance. 2017. DOI: 10.22454/PRiMER.2017.580198 acesso em: 14 set. 2020.
72. Alavi M et al. Factors That Influence Student Choice in Family Medicine: A National Focus Group. *Fam Med*. 2019;51(2):143-148. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.927833>
73. Alston M, Cawse-Lucas J, Hughes LS, Wheeler T, Kost A. The Persistence of Specialty Disrespect: Student Perspectives. *PRiMER*. 2019;3:1. <https://doi.org/10.22454/PRiMER.2019.983128>

74. Naong M, Shumba A. Factors Influencing Students' Career Choice and Aspirations in South Africa. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09718923.2012.11893096> acesso em: 25 dez. 2020.
75. Toma G, Essuman A, Fethers MD. Family medicine residency training in Ghana after 20 years: resident attitudes about their education. *Fam Med Com Health* 2020;8:e000394. doi:10.1136/fmch-2020-000394
76. Jantsch et al. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. 2017; 22(3) Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300737 acesso em 13 dez. 2020.
77. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, 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 de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1618_30_09_2015.html acesso: 13 dez. 2020.*
78. PESSOA BHS. Modelos de Preceptoria de Residências em Medicina de Família e Comunidade no Cenário de Aprendizagem em Atenção Primária no Brasil. Dissertação de Mestrado para o Programa de Pós Graduação em Medicina de Família no Nordeste. Natal, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/30011/1/Modelospreceptorioresidencias_Pessoa_2019.pdf acesso em 13 dez. 2020.
79. PAGANI RAL. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, suppl.1 [cited 2020-12-27], pp.94-106. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>.

80. BARRETO, VHL et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. Rev. bras. educ. med. [online]. 2011, vol.35, n.4 [cited 2020-12-27], pp.578-583. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0100-5502. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>.
81. Moreira KS et al. Avaliação da infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e Equipamentos para ações na atenção Básica. Cogitare Enferm. 2017;22(2) e51283. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868424/51283-206972-1-pb.pdf> acesso em: 20 dez. 2020.
82. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Stralen ACS, Lauar TV et al. . Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016; 21(9): 2739-2748. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15912016> acesso em 15 dez. 2020.
83. Neves RG et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2018;34 Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00072317.pdf> acesso em 23 dez. 2020.
84. BRASIL. Portaria nº 1.654 de 19 de Julho de 2011. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011_comp.html acesso em 20 dez. 2020.
85. _____. Portaria nº 3.193, de 27 de Novembro de 2020. Incentivo financeiro federal, em caráter excepcional e temporário, para informatização das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária. Disponível em: Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.193-de-27-de-novembro-de-2020->

290879748#:~:text=Institui%20incentivo%20financeiro%20federal%2C%20em,da%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Prontu%C3%A1rio%20Eletr%C3%B4nic o.de-novembro-de-2020-

290879748#:~:text=Institui%20incentivo%20financeiro%20federal%2C%20em,da%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Prontu%C3%A1rio%20Eletr%C3%B4nic o.

86. Griffiths J. Schultz K. Implementing Competency-Based Medical Education in a Postgraduate Family Medicine Residency Training Program: A Stepwise Approach, Facilitating Factors, and Processes or Steps That Would Have Been Helpful. 91 (5). Disponível em: <https://inciteful.xyz/p/168284158> acesso em: 20 dez. 2020.

87. JIMÉNEZ, MC. El punto de vista pedagógico. In: ARGÜELLES, A. (Org.) Competencia Laboral y Educación Basada en Normas de Competencia. México: Editorial Limusa, 1995.

88. Harzheim E, Vicente VC, Bonal Pitz P. (Coord.). La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2008.

89. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. CienSaudeColet 2018; 23(6): 1729-1736.

90. Machado MH, Ximenes-Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. CienSaudeColet 2018; 23(6): 1971-1980.

91. Rodrigues ET, Forster AC, Santos LL, Ferreira JBB, Falk JW, Dal Fabbro AL. Perfil e trajetória profissional dos egressos da residência em medicina de família e comunidade do Estado de São Paulo. Revista brasileira de educação médica. Rio de Janeiro. Vol. 41, n. 4 (out./dez. 2017), p. 604-614. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/173557> acesso em 20 dez. 2020.

92. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005; 21:490-498.

93. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention Global policy recommendations. 2010.

Disponível em: <https://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/> acesso em: 20 dez. 2020.

94. SANTOS M, SILVEIRA M. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001. 471p. SANTOS, M. Economia espacial: críticas e alternativas. São Paulo, SP: Hucitec, 1979b. 167p.

95. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Maas LWD, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Cienc Saude Colet. 2016; 21(9):2675-84.

96. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. Expanding family and community medicine residency vacancies by municipalities and the More Doctors Program. Interface (Botucatu). 2017; 21(Supl.1):1301-13.

97. CAMPINAS. Lei nº 15.779, de 24 de junho de 2019. Institui, no âmbito do município de Campinas, o Programa Mais Médicos Campineiro e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/c/campinas/lei-ordinaria/2019/1578/15779/lei-ordinaria-n-15779-2019-institui-no-ambito-do-municipio-de-campinas-o-programa-mais-medicos-campineiro-e-da-outras-providencias> acesso em: 15 dez. 2020.

98. BRASIL. Lei complementar nº 190 de 6 de março de 2018. Altera o § 5º do art. 3º da Lei nº 12.985, de 28 de junho de 2007, que "dispõe sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Servidores do Município de Campinas e dá outras providências". Diário oficial da União, Campinas, 24 de jun. 2019.

99. Augusto DK, David L. Ornelas PSO, Trindade G, Lermen Junior N, Poli Neto P. (2018). Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil?. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 13(40), 1-4. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1695](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1695)

100. Prado JJC. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 31º de março de 2015 [citado 13º de dezembro de 2020];10(34):1-. Disponível em: <https://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/1105>

101. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz

metodológica: síntese de evidências para políticas [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

102. LAVIS JN et al. Support tools for evidence-informed health policymaking (STP) 3: setting priorities for supporting evidenceinformed policymaking. *Health Research Policy and Systems*, [s. l.], v. 7, n. 3, 2009.

103. RAMOS MC, SILVA EN. Como usar a abordagem da política informada por evidência na saúde pública? *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 296-306, 2018.

8. APÊNDICES

Apêndice 8.1. Questionário Survey Monkey para Supervisores ou coordenadores de PRMs de MFC

Questionário para Coordenadores ou Supervisores de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Dados do Supervisor/Coordenador do PRM

1. Nome do Coordenador de RM em MFC de segundo ano (R2)

2. Você é coordenador ou supervisor de RM?

- ☐ Coordenador
- ☐ Supervisor

3. Email do Coordenador/Supervisor de RM

4. Telefone celular do Coordenador/Supervisor (preencher da seguinte forma (xx) x xxxx-xxxx)

5. Titulação do Supervisor ou Coordenador do PRM em MFC?

- ☐ Residência Médica em MFC
- ☐ Título em MFC (TEMFC)
- ☐ Mestrado ou Doutorado em MFC ou área correlata
- ☐ Residência em MFC/TEMFC e Mestrado e/ou Doutorado em MFC
- ☐ MFC e fez curso de preceptoría da SBMFC ou outra instituição
- ☐ MFC com curso de preceptoría da SBMFC ou outra instituição e possui mestrado e doutorado
- ☐ Sem formação específica na área
- ☐ Outro

6. Nome do Residente de Segundo Ano (R2) para contato futuro (lembra-se que o mesmo deve estar vinculado ao PRM em MFC ,turma de 2015)

7. Email do Residente (R2) para contato futuro (lembra-se que o mesmo deve estar vinculado ao PRM em MFC durante o ano de 2015)

8. Telefone celular do R2 (lembra-se que o mesmo deve estar vinculado ao PRM em MFC de 2015) - (preencher da seguinte forma (xx) x xxxx-xxxx)

Questionário para Coordenadores ou Supervisores de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Identificação do PRM em MFC

9. Nome da Instituição ou Rede ao qual está ligado

10. Vínculo do PRM em MFC (tipo de instituição ao qual está ligado)

- ☐ Federal
- ☐ Estadual
- ☐ Municipal
- ☐ Privado
- ☐ Outro

11. Município e Estado onde se encontra a Instituição (favor preencher tudo em letra maiúscula e sem acento)

12. Número de vaga oferecidas para alunos do Primeiro Ano (R1) oferecidas no último processo seletivo. (Favor preencher apenas como número)

13. Número de vagas oferecidas para aluno de Segundo Ano (R2) no último processo seletivo. (Favor preencher apenas o número)

14. Número de vagas ocupadas por alunos do Primeiro Ano (R1) (Favor preencher somente os números)

15. Número de vagas ocupadas por alunos do Segundo Ano (R2). (Favor preencher somente os números)

16. Possui vagas para alunos do Terceiro Ano?

☐ Não

☐ Sim

17. Se a resposta da pergunta anterior foi "sim", quantas vagas possui. (Favor preencher apenas números)

18. Número de vagas ocupadas por alunos do R3 (Favor preencher apenas números e se o RPM possuir vagas para R3)

19. O PRM oferece bolsa para o residente ?

☐ Não

☐ Sim

Questionário para Coordenadores ou Supervisores de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Capacidade Estrutural

20. Número de Unidades/Campos de Saúde disponíveis como campo de estágio para os residentes do PRM em MFC. (Favor preencher apenas com os números de unidades)

21. N°de consultórios atende a demanda do PRMFC?

☐ Não

☐ Sim

22. As Unidades/Centros de Saúde acima destacados, possuem vínculo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

☐ Não

☐ Sim

☐ Parcialmente

23. Se a resposta da pergunta anterior foi 1-sim ou 2-parcialmente, qual o número da ESF envolvida no PRM de MFC? (Favor informar apenas os números)

24. As Unidades/Centros de Saúde do PRM em MFC possuem vínculo com Organizações Sociais de Saúde (OSS), fundações ou outras "instituições gestoras" sem fins lucrativos?

- ☐ Não
☐ Sim

25. O plano de saúde oferecido pela nossa empresa é melhor, pior ou igual aos oferecidos por outros empregadores?

- ☐ Extremamente melhor
☐ Muito melhor
☐ Ligeiramente melhor
☐ Igual
☐ Ligeiramente pior
☐ Muito pior
☐ Extremamente pior

26. Nas Unidades/Centros de Saúde existe número suficiente de consultórios para atendimentos ginecológico?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Em alguns

27. Nas Unidades/Centros de Saúde há salas disponíveis para discussões de casos e/ou reunião com residente(s)?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Em alguns

28. Os profissionais médicos tem acesso à livros relacionados à MFC nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio?

- ☐ Não
☐ Sim
☐ Em alguns

29. Os profissionais médicos tem acesso a computador com internet nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Em alguns

30. Como os residentes se deslocam até às Unidades/Centros de Saúde?

- ☐ Condução própria (sem subsídio)
- ☐ Transporte da instituição/rede do PRM em MFC
- ☐ Recebe vale transporte ou auxílio em espécie
- ☐ A pé
- ☐ Outro

31. Como os residentes se deslocam para as atividades comunitárias e atenção domiciliar?

- ☐ Condução própria (sem subsídio)
- ☐ Transporte da instituição/rede do PRM em MFC
- ☐ Recebe vale transporte ou auxílio em espécie
- ☐ A pé
- ☐ Outro

32. Qual a forma predominante de registro médico utilizada nas Unidades/Centros de Saúde utilizadas como campo de estágio do PRM em MFC?

- ☐ Registro tradicional em papel
- ☐ Prontuário eletrônico integrado com a rede de saúde da região
- ☐ Prontuário eletrônico não integrado com a rede de saúde da região
- ☐ Outro

33. Qual a forma predominante de registro médico utilizado nos domicílios?

- ☐ Registro tradicional em papel
- ☐ Prontuário eletrônico integrado com a rede de saúde da região
- ☐ Prontuário eletrônico não integrado com a rede de saúde da região
- ☐ Outro

34. Qual a vinculação do PRM em MFC às unidades de urgência/emergência secundárias?

- ☐ Não está vinculada
- ☐ Está vinculada às unidades de ensino públicas
- ☐ Está vinculada às redes de ensino municipal/estaduais
- ☐ Está vinculadas às unidades particulares de ensino
- ☐ Outros tipos de vínculo

Questionário para Coordenadores ou Supervisores de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Processo Pedagógico e Avaliativo

35. Número de Residentes por Preceptor nas Unidades/Centros de Saúde utilizadas como campo de estágio?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6 ou mais

36. Quantidade de Preceptores com Residência em MFC com ou TEMFC nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio?

- ☐ Nenhum
- ☐ Minoria
- ☐ Maioria
- ☐ Todas

37. Quantidade de preceptores que realizaram curso de preceptoría da SBMFCou equivalente atuando nas Unidades/Centros de Saúde que servem como campo de estágio no PRM em MFC?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Minoria
- ☐ Maioria
- ☐ Todas

38. Quantidade de Preceptores que fizeram Mestrado/Doutorado em MFC ou áreas correlatas e que atuam nas Unidades/Centros de Saúde do PRM em MFC?

- ☐ Nenhum
- ☐ Minoria
- ☐ Maioria
- ☐ Todos

39. Quantidade de Especialistas Focais atuando nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio do PRM em MFC?

- ☐ Nenhum
- ☐ Minoria
- ☐ Maioria
- ☐ Todos

40. Existe algum estímulo financeiro para o preceptor que atua nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio do PRM em MFC?

- ☐ Não
- ☐ Sim

41. Os preceptores das Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio para o PRM em MFC possuem Plano de Carreira?

- ☐ Não
- ☐ Sim

42. Qual o vínculo do residente na Unidades/Centros de Saúde em que realiza seu estágio?

- ☐ Não está vinculado a uma equipe ou preceptor dentro da unidade
- ☐ É responsável por uma equipe e o preceptor por outra da mesma unidade
- ☐ É responsável por uma equipe na unidade
- ☐ Acompanha o preceptor que é responsável pela equipe na unidade
- ☐ Acompanha o receptor que não faz parte de uma equipe na unidade
- ☐ Outro

43. Qual o tempo médio de espera entre a marcação da consulta e os atendimentos médicos nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de PRM em MFC?

- ☐ Até 1 dia
- ☐ De 1 a 2 dias
- ☐ De 2 a 4 dias
- ☐ De 4 a 7 dias
- ☐ De 7 a 30 dias
- ☐ Mais de 30 dias

44. Qual o número de reuniões realizadas, em média por mês, com a participação do residente, nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de PRM em MFC?

- ☐ Nenhuma
- ☐ Uma
- ☐ Duas
- ☐ Três
- ☐ Quatro
- ☐ Não soube responder

45. Qual o número médio de reuniões de equipe, por mês, que envolvam planejamento e avaliação de dados do SIAB/E-SUS, realizadas com a participação dos residentes, nas Unidades/Centros de Saúde utilizadas como campo de estágio do PRM em MFC? 0-nenhuma / 1-um / 2-duas / 3-três / 4-quatro ou mais / 5-não sabe responder

- ☐ Nenhuma
- ☐ Uma
- ☐ Duas
- ☐ Três
- ☐ Quatro
- ☐ Não soube responder

46. Há espaço para a formação pedagógica dos residentes (R1, R2, R3) para futura preceptoria em MFC? 0-não / 1-sim

- ☐ Não
- ☐ Sim

47. Quais as formas de avaliação no PRM em FMC?

- ☐ Avaliação de desempenho subjetiva
- ☐ Prova escrita
- ☐ Avaliação Prática
- ☐ TCC
- ☐ Conselho semestral de residentes e preceptores
- ☐ Respostas 0 e 1
- ☐ Respostas 0 e 2
- ☐ Respostas 0 e 3
- ☐ Respostas 0 e 4
- ☐ Respostas 1 e 2
- ☐ Resposta 1 e 3
- ☐ Resposta 1 e 4
- ☐ Respostas 2 e 3
- ☐ Respostas 2 e 4
- ☐ Respostas 3 e 4
- ☐ Todas as formas de avaliação
- ☐ Outras

48. Em sua rotina de atendimento nas Unidades/Centros de Saúde utilizadas como campo de estágio do PRM em MFC, o que o residente utiliza.

- ☐ Consulta ou registro baseado no SOAP
- ☐ Desenvolve lista de problemas
- ☐ Ambos
- ☐ Nenhum

49. Dentro dos conteúdos mínimos das atividades teórico-práticas são abordados os seguintes temas: História da MFC, Princípios da MFC, Abordagem Centrada na Pessoa, Abordagem Familiar, Abordagem Comunitária, Atenção Domiciliar, MBE, SUS e ESF, APS, Condições Clínicas Prevalentes na APS?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Quais?

50. Quais as ferramentas de abordagem familiar ensinadas e utilizadas aos residentes do PRM em MFC?

- ☐ Genograma
- ☐ VIRO
- ☐ Practice
- ☐ Conferência familiar
- ☐ Resposta 0 e 1
- ☐ Resposta 0 e 2
- ☐ Resposta 0 e 3
- ☐ Resposta 1 e 3
- ☐ Resposta 2 e 3
- ☐ Nenhuma
- ☐ Outras

51. O residente realiza mapeamento da comunidade, identificando fatores de risco e proteção à saúde no ambiente comunitário?

- ☐ Não
- ☐ Sim

52. O residente realiza planejamento e avaliação de ações de saúde de curto, médio e longo prazos, considerando a relevância dos problemas de governabilidade e da equipe envolvida no cuidado?

- ☐ Não
- ☐ Sim

53. EM seu PRM em MFC os residentes tem acesso a técnicas de CUIDADOS PALIATIVOS durante os anos básicos (R1 e R2), passando em enfermarias e obtendo a prática com o tutor/preceptor as noções básicas?

- ☐ Não
- ☐ Sim

54. Percentual de carga horário do PRM em MFC destinadas às atividades de AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES (R1+R2) - preencher apenas com o número, não há necessidade de usar o %

55. Ao longo dos 2 anos de formação dos residentes do seu PRM em MFC, existem atividades relacionadas à MEDICINA RURAL?

☐ Não

☐ Sim

56. Ao longo dos 2 anos de formação dos residentes do seu PRM em MFC, existem atividades relacionadas à GESTÃO DA CLÍNICA (controle de agenda, etc) ?

☐ Não

☐ Sim

Questionário para Coordenadores ou Supervisores de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade

RELAÇÃO COM INTERNATO /GRADUAÇÃO E RESIDENTES DE OUTROS PRM

57. Há interação entre internos e/ou alunos da graduação com os residentes do PRM em MFC nas Unidades/Centros de Saúde utilizados como campo de estágio?

☐ Não

☐ Sim

58. Na sua opinião é viável (pensando na formação adequada com qualidade e na segurança do paciente) que internos e alunos da graduação em medicina permaneçam nas mesmas Unidades/Centros de Saúde que os residentes do PRM em MFC, levando em conta os atuais aspectos estruturais e de preceptoria disponíveis?

☐ Não

☐ Sim

59. Na sua opinião é viável (pensando na formação adequada com qualidade e na segurança do paciente) que residentes de outras especialidades permaneçam nas mesmas Unidades/Centros de Saúde que os residentes do PRM em MFC, levando em conta os atuais aspectos estruturais e de preceptoria disponíveis?

☐ Não

☐ Sim

Apêndice

8.2. Questionário Survey Monkey para Residentes de segundo ano (R2) de Medicina de Família e Comunidade

Avaliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil	
Dados do Residente (R2)	
1. Nome do Residente em MFC de segundo ano (R2)	
<input type="text"/>	
2. Email do R2 para contato	
<input type="text"/>	
3. Telefone celular do R2 (preencher da seguinte forma (xx) x xxxx-xxxx)	
<input type="text"/>	
Avaliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil	
Identificação do PRM em MFC	
4. Nome e Instituição/Rede ao qual está ligado o Programa em Residência Médica em MFC (PRM em MFC)	
<input type="text"/>	
5. Vínculo do PRM em MFC (tipo de instituição ou rede ao qual está ligado)	
<input type="radio"/> Federal	
<input type="radio"/> Estadual	
<input type="radio"/> Municipal	
<input type="radio"/> Privado	

11. Sua escolha pela FCM se deu em que momento da sua formação? 0-Ciclo Básico (1º a 4º ano) / 1-Internato (5º e 6º ano) / 2-Depois a Graduação

- ☐ Ciclo Básico (1º a 4º ano)
- ☐ Internato (5º a 6º ano)
- ☐ Depois a Graduação

12. Por que você escolheu residência em MFC?

13. Você acha que se seus colegas de Graduação vivenciassem mais e melhor a MFC, isso influenciaria na escolha futura da especialidade?

- ☐ Não
- ☐ Sim

14. Você participou do Programa de Valorização à Atenção Básica (PROVAB), anteriormente ao ingresso na RM em MFC?

- ☐ Não
- ☐ Sim

15. Quanto tempo após a conclusão da graduação você ingressou na RM em MFC?

- ☐ Ingressou Direto
- ☐ 1 a 2 anos
- ☐ Entre 2 e 5 anos
- ☐ Depois de 5 anos

16. Você trabalhou em equipamentos de Atenção Primária à Saúde antes do ingresso na RM em MFC?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Avaliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil

Capacidade Estrutural das UBS do PRM em MFC

6. Município em que se encontra o PRM em FCM (favor preencher em maiúscula em sem acento)

7. O PRM em FCM oferece bolsa complementar ao residente?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Avaliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil

Antecedentes à Residência em MFC

8. Você teve contato com a MFC durante a graduação? 0-não / 1-sim

- ☐ Não
- ☐ Sim

9. Durante a graduação quanto tempo você teve de contato com a MFC?

- ☐ Não teve contato
- ☐ Menos de 2 semanas
- ☐ Entre 2 semana e 1 mês
- ☐ Entre 1 mês e 2 meses
- ☐ Entre 2 meses e 6 meses
- ☐ Mais do que 6 meses

10. Depois de um ano de residência médica em MFC, você considera que o contato que teve com a MFC na graduação refletiu a complexidade da área de maneira fiel?

- ☐ Não
- ☐ Sim

17. O número de consultórios da UBS onde você atende permite que você realize os atendimentos de maneira tranquila, sem sentir-se interferindo na rotina da unidade?

- ☐ Não
☐ Sim

18. A UBS onde você trabalha possui uma sala adequada para discussão de casos e encontros teóricos?

- ☐ Não
☐ Sim

19. Na UBS onde você atua há livros didáticos para consulta e/ou discussão de temas e casos?

- ☐ Não
☐ Sim

20. Na UBS onde você atua, você considera que há material básico e insumos para a rotina de atendimentos em MFC (Para consultas clínicas em pacientes agudos, consultas ginecológicas, consultas de pré-natal, consultas pericultura, equipamento de proteção individual)?

- ☐ Não
☐ Sim

21. Você julga que a estrutura que lhe é oferecida na UBS onde atua, permite que desenvolva de maneira adequada as habilidades e competências que são propostas idealmente nesse campo de estágio?

- ☐ Não
☐ Sim

22. Atribua uma nota de 0 a 10 à estrutura da UBS, sendo 0 a pior estrutura e 10 a melhor estrutura para seu aprendizado enquanto residente

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

Avaliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil

Avaliação das Práticas Pedagógicas

23. Dentre as atividades propostas em PRM em MFC, você tem aulas sobre temas clínicos de relevância e outros relacionados à prática em MFC?

- ☐ Não
- ☐ Sim

24. você considera satisfatória a apresentação e aprofundamento de temas como Método Clínico Centrado na Pessoa, Abordagem Familiar, Estrutura da APS, e outros relacionados à concepção MFC e aos recursos mais comumente utilizados pela especialidade?

- ☐ Não
- ☐ Sim

25. Você considera seus professores e preceptores didáticos, ou seja, preparados o suficiente para facilitarem o processo de aprendizagem durante a PMC em MFC?

☐ Não

☐ Sim

26. Como são feitas as avaliações durante o PRM em MFC no qual você está inserido?

☐ Somente teóricas

☐ Somente práticas

☐ Teóricas e práticas

27. NO PRM em MFC que você está inserido há avaliação por parte dos preceptores com base nas habilidades, competências e atitudes vistas como prática na UBS?

☐ Não

☐ Sim

28. Você como residente possui algum mecanismo de feedback do seu preceptor e/ou professores?

☐ Não

☐ Sim

29. Você considera adequadas as formas de avaliação do seu programa de RM em MFC? 0-não 1-sim

☐ Não

☐ Sim

30. Atribua uma nota, de 0 a 10, para a estrutura pedagógica de seu PRM em MFC, sendo 0 a pior estrutura pedagógica e 10 a melhor estrutura para seu aprendizado enquanto residente.

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

Avaliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil

Interação na Instituição de Ensino Superior em que está inserido o PRM em MFC

31. No seu primeiro ano de RM em MFC você possuía contato com o seu R2?

- ☐ Não
- ☐ Eventualmente
- ☐ Na maior parte do tempo

32. Você julga que o contato que você teve com o seu R2 durante o primeiro ano de residência lhe beneficiou em seu aprendizado através da passagem de experiências e conhecimentos? 0-sem contato / 1-não / 2- sim

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2

33. Durante o seu primeiro ano de RM em MFC você tinha contato com alunos de graduação?

- ☐ Sem contato
- ☐ Eventualmente
- ☐ Na maior parte

34. Você julga que o contato que teve com os alunos da graduação durante o primeiro ano de residência lhe beneficiou em seu aprendizado em preceptoria (como transmitir seu conhecimento a outrem)?

- ☐ Sem contato
- ☐ Não
- ☐ Sim

35. Na UBS que você desenvolve suas atividades como R2, você julga ser possível receber alunos de graduação sem que isso prejudique a realização das suas atividades ou as atividades da equipe que lá trabalham (há estrutura física, pedagógica e em aspecto amplo para acolher a todos)?

- ☐ Não
- ☐ Sim

36. Na UBS que você desenvolve suas atividades como R2, você julga ser possível receber residentes sem que isso prejudique a realização das suas atividades ou as atividades da equipe que lá trabalham (há estrutura física, pedagógica e em aspecto amplo para acolher a todos)?

- ☐ Não
- ☐ Sim

37. Você se sente valorizado/reconhecido na instituição e/ou rede em que está alocado sei PRM em MFC?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Avaliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil

Expectativas, Término do R2 e Seguimento da Carreira

38. Sua instituição ou rede na qual está inserido o seu PRM em MFC possui algum convênio e/ou contato com outras instituições ou redes internacionais que possibilitem a realização do estágio optativo?

☐ Não

☐ Sim

39. A instituição ou rede na qual está inserido o PRM em MFC possui a oferta de realização de Mestrado durante a residência?

☐ Não

☐ Sim

40. A instituição ou rede na qual está inserido o PRM em MFC possui a oferta de realização de Mestrado após a residência?

☐ Não

☐ Sim

41. Você pensa em se inscrever no ano adicional (R3) após o término dos dois anos básicos em MFC?

☐ Não

☐ Sim

42. Você pensa em se tornar preceptor de PRM em MFC após o término do R2 ou após o término do R3?

☐ Não

☐ Sim

43. Após o término do PRM em MFC você pretende prestar concurso para residência médica em outra especialidade?

☐ Não

☐ Sim

44. Levando em consideração a implementação de medida que fornece aos concluinte do PRM em MFC um bônus de 10% na provas de residência para as outras especialidades, você acredita que haverá mais profissionais interessados em realizar a RM em MFC e que estes permanecerão atuando na Atenção Primária?

☐ Não

☐ Sim

45. Você percebeu crescimento técnico e desenvolvimento satisfatório dos conhecimentos, habilidades e atitudes, dentro dos preceitos da MFC durante o primeiro ano de residência?

☐ Não

☐ Sim

46. Atribua uma nota para o seu PRM em MFC (até agora, o R2) levando em conta a união de todos os elementos abordados nesta pesquisa e outros que permitam selecionar valores entre 0 e 10, sendo 0 a pior nota e 10 a melhor nota

☐ 0

☐ 1

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7

☐ 8

☐ 9

☐ 10

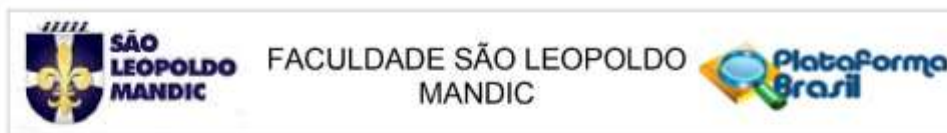
47. Sua expectativa ao ingressar no primeiro ano da residência em MFC foi contemplada no último ano?

☐ Não

☐ Sim

9. ANEXOS

Anexo 9.1. Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Diagnóstico dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil

Pesquisador: Giuliano Dimarzio

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 48039715.6.0000.5374

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS SÃO LEOPOLDO MANDIC SS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.143.753

Apresentação do Projeto:

A residência médica vem sendo considerada por diversos autores como o processo padrão-ouro na formação de médicos em todo mundo. Ao mesmo tempo, alguns países, principalmente da Europa, evidenciaram a melhoria de seus indicadores de saúde e da relação de custo-efetividade de sistemas baseados na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo o Médico de Família e Comunidade (MFC) protagonista dentro os profissionais de saúde nessa mudança de paradigmas. Nesse sentido, o olhar da garantia da qualidade na formação do MFC deve ser o mesmo da conquista e garantia de qualidade da APS e, consequentemente, de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais acessível, equânime, integral e universal. Diagnosticar o status da formação oferecida pelos atuais programas de residência médica em medicina de família e comunidade torna-se

fundamental para servir de elemento balizador na correção de eventuais desalinhamentos com o que se acredita para a APS brasileira. Este estudo se propõe a realizar esse diagnóstico por meio da aplicação de um questionário virtual aos residentes de segundo ano em medicina de família e comunidade e aos coordenadores ou supervisores dos programas com perguntas sobre a estrutura pedagógica, física e outros elementos dos programas de residência em medicina de família e comunidade brasileiras, baseando-se no Currículo Baseado em Competências divulgado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), além de produções científicas nacionais e internacionais de maneira a apresentar a realidade da formação dessa especialidade

Endereço: Rua Waldemar Blatkauskas, 72

Bairro: Swift

UF: SP

Telefone: (19)3518-3601

Município: CAMPINAS

CEP: 13.041-545

E-mail: cep@slmandic.edu.br



FACULDADE SÃO LEOPOLDO
MANDIC



Continuação do Parecer: 3.143.753

em nosso território nacional.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil, baseando-se em quesitos do Currículo Baseado em Competências divulgado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não estão previstos riscos aos participantes desta pesquisa, visto que trata-se da aplicação de um questionário online.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho com potencial de trazer contribuição relevante à área do conhecimento em que se insere.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência de cunho ético foi detectada nesta versão do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação, ficando este isento de co-responsabilidade mediante pesquisas já realizadas. Portanto, conforme a Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", e, se caso houver alteração nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	CronogramaGiulianoFINAL.docx	06/12/2018 09:09:30	Fabiana Mantovani Gomes França	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1266293_E3.pdf	28/11/2018 14:02:18		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	28/11/2018 14:00:50	Giuliano Dimarzio	Aceito
Parecer Anterior	ParecerAprovado.png	11/01/2017 17:04:35	Giuliano Dimarzio	Aceito
Outros	SurveyMonkey_coordenadores.pdf	11/01/2017 17:00:54	Giuliano Dimarzio	Aceito
Outros	SurveyMonkey_residentes.pdf	11/01/2017	Giuliano Dimarzio	Aceito

Endereço: Rua Waldemar Blatkauskas, 72

Bairro: Swift

CEP: 13.041-545

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3518-3601

E-mail: cep@slmandic.edu.br



Continuação do Parecer: 3.143.753

Outros	SurveyMonkey_residentes.pdf	16:59:25	Giuliano Dimarzio	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Jan2017.pdf	11/01/2017 16:57:38	Giuliano Dimarzio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado_revisado11jan2017.pdf	11/01/2017 16:56:34	Giuliano Dimarzio	Aceito
Folha de Rosto	folharostopreenchida12out.pdf	12/10/2015 19:45:04	Giuliano Dimarzio	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 12 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Fabiana Mantovani Gomes França
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Waldemar Blaskauskas, 72
 Bairro: Swift
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3518-3601 CEP: 13.041-545
 E-mail: cep@slmandic.edu.br

Anexo 9.1. Instrumento de Avaliação Institucional de vistoria da CNRM

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA- MEC

Relatório de Visita de Avaliação

Dados Institucionais

Instrumento de Avaliação (um por instituição)

Data da visita:

Nome da Instituição, Coloque o nome cadastrado no www.siscnrm.mec.gov.br				Unidade da fed.
Endereço Completo, com CEP				
Telefone	()	FAX		
E-mail da Instituição				
E-mail da COREME		Telefone da COREME	()	
Nome do Coordenador da COREME				
Órgão Mantenedor da Bolsa				

Programas de RM a serem visitados

(todos os PRMs a serem visitados devem ser listados)

Nome do PRM	Motivo da Visita (marque a opção do motivo informado pela CNRM para visita em cada PRM)						
	Autorização	Reconhecimento	Renovação de	Renovação de	Aumento de vagas	Verificação de Denúncia	Adequação ao novo tempo

Nome do programa	Nº de vagas já Credenciadas					Nº de residentes em curso					Total de vagas (incluindo as vagas novas solicitadas)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

I – Característica Institucional

I.A 1- Natureza da Sede do Programa (considere para as respostas o local sede dos PRMs.

Local	Sim	
<i>Hospital Universitário</i>		
<i>Hospital de Ensino</i>		
<i>Hospital Federal</i>		
<i>Hospital Estadual</i>		
<i>Hospital Municipal</i>		
<i>Hospital Privado</i>		
<i>Hospital Filantrópico</i>		
<i>Órgão de Secretaria Estadual de Saúde</i>		
<i>Órgão de Secretaria Municipal de Saúde</i>		
<i>Outra</i>		
<i>Descreva:</i>		
Nível de complexidade	Sim	Não
<i>Primário</i>		
<i>Secundário</i>		
<i>Terciário</i>		
Região do País	Sim	Não
<i>Norte</i>		
<i>Nordeste</i>		
<i>Centro-Oeste</i>		
<i>Sudeste</i>		
<i>Sul</i>		

I.A 2 - Relacionamento Acadêmico

Local	Sim
<i>Faculdade de Medicina</i>	
<i>Instituição com Internato Médico</i>	

<i>Instituição já tem PRM(s) autorizado(s) em curso</i>	
<i>Outro</i>	
<i>Descreva</i>	

I.B - Perfil Institucional

		<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>A instituição possui convênios documentados com outras instituições para realização de atividades da RM?</i>			
<i>Perfil dos Pacientes Atendidos (%)</i>	<i>Particulares</i>	<i>Outros convênios</i>	<i>SUS</i>

I.B1- Indicadores de Qualidade (verifique, por amostragem, a adequação dos seguintes indicadores)

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>NA</i>
<i>- Termo de Consentimento Pós-Informação:</i>			
<i>- Prontuário Médico:</i>			
<i>- Anamnese;</i>			
<i>- Evolução médica - se adequada ao local em avaliação: diária (UTI, enf.); a cada consulta, etc)</i>			
<i>- Descrição Cirúrgica</i>			
<i>- Fichas anestésicas</i>			
<i>- Sumário de Alta</i>			

<i>Existência das Comissões previstas na legislação</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
--	-------------------	-------------------

<i>Documentação Médica e Estatística</i>		
<i>Ética</i>		
<i>Ética em Pesquisa</i>		
<i>Contrôle de Infecção Hospitalar</i>		
<i>Óbito</i>		
<i>Prontuário</i>		
<i>Destinação de Resíduos</i>		
<i>Vigilância Epidemiológica</i>		
<i>Controle de riscos</i>		
<i>Controle de qualidade</i>		
<i>De prevenção de acidentes</i>		
<i>Outras</i> <i>Cite-as:</i>		

Entrevista com os gestores (direção da Instituição, secretários de saúde)

Comentários sobre a reunião com a direção

I.C – CONEME

I.C 1 – Administração / Gestão

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>É composta em concordância com a legislação em vigor?</i>		
<i>Possui regimento interno de acordo com as resoluções da CNRM? Anexe documentação comprobatória</i>		

<i>Possui regulamento de acordo com as resoluções da CNRM? Anexe documentação comprobatória (Muitas vezes está incluído no regimento)</i>		
<i>Reúne-se regularmente e de forma devidamente comprovada? apresente ao visitador atas das reuniões do ultimo semestre.</i>		
<i>Funciona como órgão da formação/ensino, opinando sobre oferecimento de novos PRM, analisando e definindo o número de vagas a ser oferecido no edital? Analisar atas</i>		
<i>Funciona como órgão colegiado onde são discutidos assuntos/problemas relativos aos PRM e aos médicos residentes? Analisar atas</i>		
<i>Funciona como órgão da formação/ensino, responsável pela avaliação periódica do(s) programa(s) e do desempenho dos médicos residentes? Apresente ao visitador as fichas de avaliação dos residentes.</i>		
<i>Realiza auto-avaliação dos(s) PRM(s) pelo médico residente? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.</i>		
<i>Oferece apoio psico-pedagógico aos MRs?</i>		
<i>Existe uma política de capacitação permanente e de educação continuada para preceptores e supervisores, regulamentada e efetivamente praticada? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.</i>		
<i>Existe suporte técnico e mecanismos institucionais de apoio para a participação em eventos técnico-científicos e/ou apoio à produção científica?</i>		

No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.		
Existe apoio psicológico para preceptores e supervisores?		

I.C 2 – Do Processo Seletivo

Normas no processo seletivo		Sim	Não
O processo seletivo de admissão de MRs cumpre as normas da CNRM? Apresente o edital ao visitador para avaliação			
Visitador – em sua análise não deixe de verificar no edital:			
- Critérios para pontuação:	100 – 90/10 Conforme resolução CNRM		
	50/40/10 Conforme resolução CNRM		
	Outro - descreva		
-A prova para PRM com acesso direto apresenta o mesmo número de questões relativas ao conteúdo de cada uma das cinco áreas básicas?			
- A prova para PRM com pré-requisito apresenta o mesmo número de questões relativas ao conteúdo de cada uma das especialidades aceitas como pré-requisito?			
-O direito ao recurso está garantido?			

O Processo Seletivo é composto por:	Sim (cite a pontuação)	Não
Prova discursiva de conhecimentos		

<i>Prova teste de Múltipla Escolha</i>		
<i>Prova Multimídia</i>		
<i>Avaliação Clínica Estruturada e Objetiva</i> <i>Paciente Simulado</i>		
<i>Análise de Currículo</i> <i>(critérios padronizados)</i>		

I.C 3 – Coordenador da COREME

Dados pessoais e profissionais		
Nome Completo		
CPF		
Especialidade Médica Principal		
	Sim - especifique	Não
Mestrado		
Doutorado		
Livre docente		
Pós-graduação em curso		
Número de horas semanais, dentro de sua jornada normal de trabalho, disponibilizada pela instituição especificamente para exercer as atividades da COREME _____		
Possui Capacitação em Preceptoría ou algum curso na área da educação? No caso de resposta afirmativa, descreva o número de horas de capacitação, se essa foi presencial ou à distância e a obtenção ou não de certificado.		

Possui substituto em caso de falta eventual? _____ Nome:
--

Entrevista com o coordenador e membros da COREME

Comente resumidamente a reunião

I.D - Comentários do avaliador sobre as características institucionais. Destaque particularmente os eventuais pontos negativos e sugestões para melhoria

Pontos positivos
Pontos negativos

II - Sobre as Equipes

II. A - Organização das Equipes

	Sim	Não
O Chefe do Serviço Especializado é também o supervisor do programa?		

III - Infraestrutura e sua utilização

<i>Há critérios definidos para a escolha/seleção dos preceptores? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador</i>		
<i>Há critérios definidos para a escolha/seleção do supervisor do Programa, de acordo com as normas nacionais? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador</i>		

III. A - Facilitação da atuação dos Serviços/Clientela

	Sim	Não
<i>Existência de sinalização institucional adequada?</i>		
<i>Os profissionais de saúde são devidamente identificados?</i>		
<i>Possui equipamentos de proteção individuais adequados e que sejam efetivamente utilizados?</i>		
<i>A infra-estrutura física permite qualidade no atendimento ao usuário?</i>		
<i>A instituição possui serviços de apoio diagnóstico e de tratamento para as condições clínicas prevalentes na população?</i>		
<i>Os usuários com necessidades especiais recebem tratamento adequado por meio de instalações físicas e equipamentos?</i>		
<i>A instituição possui mecanismos para ouvir e aferir a satisfação da população atendida?</i>		

III. B - Análise Geral das Instalações

Unidades de internação	Sim	Não	NA
<i>Adequadas no que se refere à organização e funcionalidade?</i>			

<i>Adequadas no que se refere ao espaço físico, limpeza e higiene?</i>			
<i>O número de leitos é adequado ao número de PRMs, Residentes e Internos que a utilizam?</i>			

Centro Cirúrgico	Sim	Não	NA
<i>Possui sala de recuperação pós-anestésica?</i>			
<i>Quantidade de salas é adequada ao número de PRM cirúrgicos desenvolvidos e residentes em curso?</i>			
<i>O espaço é adequado no que se refere ao espaço físico, limpeza e higiene?</i>			
<i>Os equipamentos são adequados ao funcionamento dos serviços?</i>			
<i>Possui local para Cirurgia Ambulatorial?</i>			
<i>Descreva o quantitativo (absoluto e percentual) de cirurgias por porte da instituição <u>nos últimos seis meses</u> ou escolha a opção não se aplica</i> <i>Apresente ao visitador documentação comprobatória, conforme tabela SUS</i>	Pequeno		
	Médio		
	Grande		

Centro Obstétrico	Sim	Não	NA
--------------------------	------------	------------	-----------

<i>Possui sala de recuperação pós-anestésica?</i>			
<i>Quantidade de salas é adequada ao número PRMs e de residentes em curso?</i>			
<i>Os equipamentos são adequados ao funcionamento dos serviços?</i>			
<i>Possui sala de PPP (pré-parto / parto / puerpério)? Quantos Leitos _____</i>			
<i>O pré-parto é individualizado e permite o acompanhamento de familiar?</i>			
<i>Possui sala de parto normal? Quantas: _____</i>			
<i>Possui sala de cesariana? Quantas _____</i>			
<i>Possui local e recursos humanos apropriados para recepção de recém-nascidos?</i>			

Ambulatório	Sim	Não	NA
<i>Possui salas com equipamentos básicos (balança, antropômetro, esfigmomanômetro fita métrica, outros)?</i>			
<i>A quantidade de salas é adequada ao número de PRM desenvolvidos e residentes em curso?</i>			
<i>Possui salas climatizadas de acordo com as necessidades do local visitado?</i>			

UTI	
<i>Número de leitos</i>	

<i>Nível de classificação da UTI, de acordo com a norma do Ministério da Saúde</i>	
<i>Número de atendimentos nos últimos seis meses (apresente documentação comprobatória ao avaliador)</i>	
<i>Número de leitos para isolamento</i>	
<i>Taxa de ocupação média dos leitos</i>	
<i>Taxa de mortalidade</i>	

Pronto Socorro	Sim	Não	NA
<i>Funciona na própria Instituição</i>			
<i>Conveniada com outra instituição. - Apresente ao visitador documentação comprobatória do convênio</i>			
<i>Número de leitos</i>			
<i>Número de atendimentos nos últimos seis meses (apresente documentação comprobatória ao avaliador)</i>			
<i>Possui salas com equipamentos básicos em número e condições adequadas de uso (balança, esfigmomanômetro etc.)?</i>			
<i>Possui sala devidamente equipada para ressuscitação cardíaco-respiratória (SALA VERMELHA)?</i>			
<i>Possui ambiente climatizado de acordo com as necessidades locais?</i>			

Serviço de Arquivo Médico	Sim	Não
<i>O Serviço de Arquivo Médico está informatizado?</i>		
<i>O prontuário médico é eletrônico/digital?</i>		

A prescrição é eletrônica?		
----------------------------	--	--

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico			
Laboratório	Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)	Disponível 24 horas? (Sim ou Não)	Número estimado de exames nos últimos 6 meses
Laboratório: hematologia			
Laboratório: bioquímica			
Laboratório: sorologia			
Laboratório: microbiologia			
Diagnóstico por Imagem	Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)	Disponível 24 horas? (Sim ou Não)	Número estimado de exames nos últimos 6 meses
Radiologia convencional			
Radiologia intervencionista			
Tomografia computadorizada			
Ecocardiograma			
Ultra-sonografia			

<i>Ressonância Magnética</i>			
Diagnóstico por Imagem	Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)	Dispo nível 24 horas? (Sim ou Não)	Número estimado de exames nos últimos 6 meses
<i>Exames de Medicina Nuclear</i>			
Anatomia Patológica	Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)	Dispo nível 24 horas? (Sim ou Não)	Número estimado de exames nos últimos 6 meses
<i>Exames anátomo-patológicos</i>			
<i>Biópsia de congelação</i>			
<i>Necrópsia</i>			
Transfusão de Sangue	Local onde é realizado (próprio ou terceirizado)	Dispo nível 24 horas? (Sim ou Não)	Número estimado de procedimentos nos últimos 6 meses
<i>Banco de Sangue</i>			
<i>Agência Transfusional</i>			

Documentação Fotográfica	Sim	Não	NA
<i>Possui sistema de coleta de imagens (câmara digital, captura de vídeo)?</i>			

<i>Possui sistema de armazenamento, catalogação e facilidade na utilização das imagens?</i>			
---	--	--	--

Instalações para desenvolvimento de Ensino

Alojamento para Residência	Sim	Não	NA
<i>Possui alojamento para os médicos residentes em condições adequadas?</i>			

Biblioteca	Sim	Não	NA
<i>Instalações adequadas?</i>			
<i>Acesso à rede mundial de computadores para consulta científica?</i>			
<i>Acervo adequado e de qualidade?</i>			
<i>Possui acesso facilitado a uma biblioteca médica?</i>			

Espaços de Aprendizagem	Sim	Não	NA
<i>Possui salas de aula ou locais similares adequados ao número de PRM e Residentes?</i>			
<i>A instituição possui auditório adequado e que seja disponível?</i>			
<i>Possui acesso (disponibilidade) fácil a aparelhos de multimídia?</i>			

III.C- Comentários do avaliador sobre a infra-estrutura e sua utilização,
destacando os pontos negativos e sugestões de melhoria

Infra-estrutura geral	Infra-estrutura para ensino
------------------------------	------------------------------------

<i>Pontos positivos</i>	<i>Pontos positivos</i>
<i>Pontos negativos</i>	<i>Pontos negativos</i>

PARECER FINAL sobre a possibilidade de oferta de PRM na instituição, apontando as inadequações a serem corrigidas ou que impeçam o seu desenvolvimento.

ATENÇÃO INSTITUIÇÃO:

- **ENTREGAR RELATÓRIO DE PRODUÇÃO DOS ÚLTIMOS SEIS MESES** (número de internações, atendimentos nos diferentes setores, procedimentos realizados – partos, cesáreas, cirurgias). Esse material deverá também estar disponível durante a visita.
- **ENTREGAR RELATÓRIO DE INDICADORES DOS ÚLTIMOS SEIS MESES** (taxa de ocupação de leitos, média de permanência, taxa de infecção hospitalar, mortalidade). Esse material deverá também estar disponível durante a visita

VISITADOR(A)

NOME:

Nº CRM/UF:

ASSINATURA :

_____, ____ de _____ de 201__.
(cidade -UF)

Anexo 9.3. Instrumento de avaliação do PRM para vistoria da CNRM

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA - MEC

Relatório de Visita de Avaliação

Dados do PRM

Instrumento de Avaliação (um por programa)

DATA DA VISITA:

NOME DA INSTITUIÇÃO Coloque o nome cadastrado no www.siscnrm.mec.gov.br Email: Telefones:		UF
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA /ÁREA DE ATUAÇÃO/ANO OPCIONAL		
MOTIVO DA VISITA		

Período	Nº de vagas já Credenciadas	Nº de residentes em curso	Total de vagas (incluindo as vagas novas solicitadas)
R1			
R2			
R3			
R4			
R5			

I.A - Supervisor do PRM em análise:

Dados pessoais e profissionais

Nome Completo		
CPF		
Especialidade Médica Principal		
O supervisor é também o chefe do serviço especializado?		
A escolha/seleção do supervisor do PRM obedece à normas institucionais ou é específica do programa? Existem normas estabelecidas? Em caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador		
	Sim - especifique	Não
Mestrado		
Doutorado		
Livre docente		
Pós-graduação em curso		
Número de horas semanais, dentro de sua jornada normal de trabalho, disponibilizada pela instituição especificamente para exercer as atividades de supervisor de programa _____		
Possui Capacitação em Preceptoria ou algum curso na área da educação? No caso de resposta afirmativa, descreva o número de horas de capacitação, se essa foi presencial ou à distância e a obtenção ou não de certificado.		
Possui substituto em caso de falta eventual? _____ Nome:		

I.B – Preceptores do Programa em Análise:

Titulação	Quantidade (nº)
Total de Preceptores	
Especialistas na área do PRM	
Especialistas em área afim	
Mestres	
Doutores	

Carga horária semanal contratual	Quantidade de preceptores (nº)
< 20 h	
20 h	
40 h	
Tempo de exercício na especialidade	Quantidade de preceptores (nº)
< 5 anos	
5 – 10 anos	
> 10 anos	

	Sim	Não
O Supervisor e os preceptores demonstram conhecimentos sobre as normas estabelecidas pela CNRM ?		
A relação entre o número de médicos residentes por preceptor permite a formação com qualidade? *		

**Observar as particularidades de cada PRM.

Relate aqui a entrevista com o supervisor e os preceptores do programa visitado:

Relate aqui a entrevista com os médicos residentes do programa visitado:

Os médicos residentes fizeram as seguintes observações sobre o programa:

II – Produção Científica do PRM nos últimos 5 anos

(considerar apenas aquelas relacionadas ao supervisor, preceptores, residentes e ex-residentes)

	Quantidade					
	zero	até 5	de 5 a 10	de 10 a 20	de 20 a 50	> que 50
Artigos publicados em revistas indexadas						
Artigos publicados em outras revistas						
Capítulos de livros						
Autoria de livros (co-autoria de livros)						
Edição/organização de livros						
Resumos publicados em anais de Congressos						
Dissertações defendidas – mestrado						
Teses defendidas – doutorado						
Teses defendidas – livre docência						

III. Análise das Instalações. Atenha-se quanto à adequação dos locais exigidos, de acordo com o PRM em análise:

Unidade de internação (enfermaria ou UTI)

(Aspectos como número de leitos, adequação de espaço físico, organização e higiene e limpeza, ou outros que julgar pertinente)

Centro cirúrgico

(Aspectos como número e adequação das salas, turnos disponíveis para uso do programa, equipamento específico para atividades do PRM, existência de sala de recuperação pós-anestésica, ou outros que julgar pertinente)

Centro obstétrico (só preencher para o PRM em GO e suas áreas de atuação)

(Aspectos como adequação do nº de salas ao programa, condições do pré-parto, sala de recuperação pós-anestésica, equipamentos necessários às atividades do PRM, ou outros que julgar pertinente)

Ambulatório

(Aspectos como adequação do nº de salas e turnos disponíveis ao número de residentes, equipamentos necessários às atividades do PRM, ou outros que julgar pertinente)

Outros (especifique: RPA, Centro de Diagnóstico por Imagem, etc)

(Aspectos como número de leitos/ número de residentes em atividade, equipamentos e recursos necessários às atividades, supervisão e outros que julgar pertinente)

IV - Avaliação das Atividades Educacionais

IV.A - Coerência do Projeto Pedagógico (PP) descrito no PCP

	Sim	Não
Os objetivos apresentados no Projeto Pedagógico (PP), descritos no PCP, estão em desenvolvimento? o visitador deve observar se o PP apresentado no PCP foi implementado		
As condições em que se dá o processo de formação estão claramente explicitadas no PP? Verificar durante a visita		

Há espaços de conceitualização prática? Em caso de resposta positiva, responda aos próximos itens	SIM ()							NÃO ()
	Diária	Semana I	Quinzena I	Mensal	Bimestr al	Trimestra I	Semestra I	Não se aplica
Discussão de Protocolos de Conduta								

Sessão de Discussão de Casos								
Discussão de Artigos Científicos								
Sessão anátomo-clínica								
Discussão Clínico-Radiológica								
Discussão de casos de Pacientes Internados ("visita à beira do leito")								
Discussão de casos em Ambulatórios								
Treinamento do Residente para Docência								
Revisão e Discussão de Lâminas (histologia)								
Monitoria ou Tutoria								
Outro: _____								

IV.B - Atividades Formativas da Prática Profissional

	Sim	Não
As atividades são realizadas em múltiplos locais ajustados para as particularidades do PRM ? <i>o visitador deve observar a adequação dos cenários às práticas desenvolvidas</i>		
As atividades são supervisionadas adequadamente, permitindo a qualidade do programa? <i>O visitador deve ter atenção especial às atividades de preceptoria</i>		
Possui preceptores e/ou supervisor presencialmente na Instituição e no Serviço durante toda a jornada de trabalho e plantões?		

As atividades do PRM são desenvolvidas na Instituição Sede?			
Integralmente			
Parcialmente		Percentual extra-institucional (escreva na casela)	%
		Apresentação de Termo de Convênio Formal	
Nome da(s) Instituição(ões) conveniada(s)		SIM	NÃO
1.			

2.		
3.		
4.		

IV.C - Avaliação e Política de Qualidade

					Sim	Não
Existem instrumentos de auto-avaliação do Programa? <i>Em caso de resposta positiva apresente documento comprobatório ao visitador</i>						
A avaliação do médico residente é realizada regularmente? <i>Apresente documento comprobatório ao visitador</i>						
Tipo de Avaliação (assinale a(s) utilizada(s) na avaliação do MR no seu PRM)	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	Bimensal	Trimestral
Teste de múltipla escolha						
Prova discursiva						
Prática à beira do leito						
Avaliação Padronizada de Habilidades						
Mini Avaliação Clínica Estruturada						
Outra (cite-a)						
Monografia ao final do PRM	SIM () NÃO ()					
Há coerência entre o sistema de avaliação do PRM, as condições em que se verificam o desempenho dos médicos residentes e os processos de formação?			SIM () NÃO ()			

IV.D - Comentários do AVALIADOR sobre as atividades educacionais (obrigatório)

ATENÇÃO AVALIADOR, VERIFIQUE PCP NO SISCNRM E RESPONDA	ADEQUADO	INADEQUADO (APONTE FALHA)	NÃO EXISTE
Semana Padrão			
Rodízios Anuais			

Pontos positivos do Programa:

Pontos negativos do Programa:

PARECER do avaliador: a) dizer se é favorável ou não ao pleito, especificando o número final de vagas; b) comentários que julgar pertinente, como por exemplo a sugestão de supervisão do PRM, modalidade , duração e as inconformidades que deverão ser corrigidas

Avaliador(a):

NOME:

Nº CRM/UF:

Assinatura _____

_____, ____ de ____ de 20__