



# **RECOMENDAÇÕES PARA A QUALIDADE DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**MANUAL DE ORIENTAÇÕES**

**GRUPO DE TRABALHO DE ENSINAGEM DA SBMFC**

## AGRADECIMENTOS

O Grupo de Trabalho de Ensino da Sociedade Brasileira de Medicina de Família agradece a colaboração de todos os seus membros e, em especial, aos professores, preceptores e residentes presentes no Encontro Nacional do GT realizado em Novembro/19 no Rio de Janeiro, cujo tema foi “Como os PRMFC podem responder às demandas de provimento de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil”.

**Coordenadores do GT de Ensino:** Julia Morelli Rosas e Murilo Moura Sarno

**Membros colaboradores deste manual:** Ademir Lopes Junior, Daniel Augusto Knupp, Gabriel Veloso, Isabel Brandão Correia, João Victor Moreira, Larissa Olm Cunha, Marcelo Pelizzaro Dias Afonso, Rita Helena Borret.

**Participantes do encontro nacional:** Adelson Guaraci Jantsch, Ademir Lopes Junior, Ana Carolina Melo, Ana Catarina Onofri Dantas, Anana Azevedo Chaves, Aparecida de Cássia Rabeti, Bruna Ilha Pereira, Bruno Henrique Soares Pessoa, Diego José Brandão, Douglas Vinícius Reis Pereira, Epifânio Marcus Djú, Felipe Monte Cardoso, Gabriel Veloso, Gustavo Valadares Labanca Reis, Helder Martins Figueira, Heloana Jacinto Marinho, Isabel Brandão Correia, Jardel Corrêa de Oliveira, João Victor Moreira, Julia Morelli Rosas, Lais Izabel Maia Melo Crisanto, Lincoln Barbosa Guimarães, Lucas Néviton Rodrigues de Abreu, Luiz Gustavo Cunha Claudino, Marcelo Pelizzaro Dias Afonso, Márcia Gisele Ornelas, Marco Tulio, Maria Inez Padula Anderson, Maria Isabel Cunha Diniz Tavares, Mariane Lima Correa da Silva, Melina Marques Vieira Izecksohn, Murilo Moura Sarno, Renata Pekelman, Ricardo Donato Rodrigues, Rita Helena Borret, Tarso Pereira Teixeira, Walkíria Lemos Ribeiro da Silva Soares.

1ª edição - fevereiro de 2020

Diagramação: Ana Carolina D'Angelis Santos

Contato GT Ensino da SBMFC:

gtensinagem@sbmfc.org.br



# GLOSSÁRIO

CEREM - Comissões Estaduais de Residência Médica

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica

COAPES - Contrato Organizativo da Ação Pública de Ensino-Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

GT - Grupo de Trabalho

IES - instituição de ensino superior

MBE - Medicina baseada em Evidências

MFC - Medicina de Família e Comunidade

P4 - Prevenção Quaternária

PMM - Programa Mais Médicos

PNFP - Plano Nacional de Formação de Preceptores

PRMFC - Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

UNASUS - Universidade Aberta do SUS



## INTRODUÇÃO

A trajetória histórica das ações governamentais voltadas à formação de médicos para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil pode ser analisada a partir de alguns marcos.

O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência Médica) de 2009, através dos financiamento de bolsas para programas considerados prioritários, e a Portaria 3.147/2012, que incluiu as especificações "preceptor" e "residente" no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), objetivaram o incentivo ao desenvolvimento de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) de municípios.

O Programa Mais Médicos (PMM), iniciativa do poder executivo transformada em lei em 2013, representou outro marco importante na medida em que foi estruturado em três eixos, sendo um deles voltado a ações para formação de médicos para a APS. Particularmente, no que tange aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), as ações incluíam:

- Incremento da formação pós-graduada, em especial, os Programas de Residência Médica que deveriam, até 2018, ofertar anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior;
- Expansão das vagas de PRMFC, sendo prevista a criação de 12 mil vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) até 2020;



O Plano Nacional de Formação de Preceptores (PNFP), criado em 2015, foi um dos desdobramentos do Programa Mais Médicos com o objetivo de subsidiar e assegurar instrumentos para a expansão de vagas de PRMFC de modo a assegurar a universalização do acesso a esta modalidade de pós-graduação.

Em 2016, a mudança política vivenciada no país a partir do governo Temer determinou a interrupção do eixo de formação do PMM especialmente no que se refere à ampliação de vagas de residência médica. Posteriormente, a eleição de Jair Bolsonaro à presidência da república modificou os rumos da política de saúde voltada à formação/provimento de médicos para a APS.

No dia 01 de agosto de 2019 o governo federal apresentou o Programa Médicos pelo Brasil.

Anderson (2019) analisou a nova política sob a ótica da formação de médicas e médicos de família e comunidade e concluiu:

*A análise deste Programa evidencia que ele se constitui como mais uma iniciativa de provimento médico, buscando ampliar a oferta de serviços em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade, embora refira também que se dedicará a formar especialistas em Medicina de Família e Comunidade, mas por meio de cursos de especialização, cuja tutoria pode ficar a cargo de clínicos. Neste contexto, um primeiro grave problema se configura: o Médicos pelo Brasil não destina qualquer comentário sobre a formação por meio de Programas de Residência Médica, padrão-ouro na formação de especialistas em qualquer área da medicina, desconsiderando o relevante investimento que se fez nos últimos 13 anos de ampliação do número de vagas dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, que atinge na atualidade cerca de 5.500 vagas, mas que ainda carecem de políticas indutoras para que seja otimizada sua ocupação (Anderson, 2019).*



A ausência de incentivo aos PRMFC no Programa Médicos pelo Brasil produziu diversas reações, como a Carta ao CONASEMS assinada por 41 programas em que os mesmos apontam as vantagens da manutenção do investimento na formação via residência médica.

O Ministério da Saúde lançou o Programa Previne Brasil em dezembro de 2019, mais conhecido como o “novo financiamento da Atenção Primária à Saúde”. O Programa prevê financiamento através de transferência fundo-a-fundo aos municípios com residência médica e multiprofissional. Este incentivo foi posteriormente regulamentado na portaria 3.510 de 2019.

Em nota de posicionamento acerca do Programa Previne Brasil, a diretoria da SBMFC analisou o contexto atual:

*A SBMFC historicamente defendeu, e segue defendendo, a residência em MFC como meio de garantir formação de qualidade na especialidade e promover a consolidação da APS. A defesa é pela residência médica universal e obrigatória para o exercício da profissão (para os formandos a partir do momento que se alcance a universalização das vagas), por que pelo menos 40% do total vagas no país sejam de MFC e que as vagas nas demais especialidades sejam reguladas conforme necessidade do SUS. Além disso, alcançada a universalização das vagas e a obrigatoriedade da residência médica, também seria importante que todas as especialidades fossem de acesso direto e que a residência médica passasse a ser a única via de formação de especialistas.*

*No entanto, um modelo de formação de especialistas com essas características demanda uma ampla e complexa convergência de diversos atores e instituições da área da saúde e educação. Apontando nesta direção, entendemos que uma via adequada é estabelecer um processo de transição em que, num primeiro momento, se titule um maior número de profissionais como MFC*



*para que, em seguida, havendo um contingente de MFCs já mais próximo do necessário para os serviços de APS, o modelo de formação de especialistas pela via única da residência possa se estabelecer.*

Neste contexto, o Encontro Nacional do GT de Ensino reunido entre 29/11 e 01/12 de 2019 elencou recomendações para qualidade dos PRMFC e caminhos para o fortalecimento da formação de médicas e médicos de família e comunidade via Residência Médica. Essas recomendações buscaram considerar a diversidade dos PRMFC em um país tão vasto quanto o Brasil e, principalmente, a necessidade de se estabelecer parâmetros mínimos para os programas das mais variadas configurações, como PRMFCs vinculados a instituições de ensino superior (IES), a prefeituras, a secretarias estaduais de saúde em diversos municípios diferentes entre outras.



# RECOMENDAÇÕES PARA SUPERVISORES E COORDENADORES DE PRMFC

## 1) Relação preceptor/residente

A carga horária da preceptoria será igual ao número de equipes de residentes menos 1 (R-1), vezes 40h. Sempre respeitando a relação máxima de 1 preceptor 40h para 3 residentes em até 2 equipes.

Recomenda-se a realização de residência em unidades com 3 ou mais equipes. Caso o município não possua unidades com 3 ou mais equipes, é possível implantar PRMFC em unidades com 1 ou 2 equipes com um preceptor, contanto que haja outra unidade próxima (tempo de deslocamento máximo de 20 min e comunicação via telefonia com residentes) e que os preceptores atuem solidariamente nas duas unidades, em situações breves de ausência de preceptor.

## MODELOS DE INSERÇÃO DE PRECEPTORES E RESIDENTES NAS EQUIPES

As diferentes possibilidades de inserção de residentes e preceptores nas equipes foram incluídas na versão final do relatório após revisão da diretoria da SBMFC, em março de 2020.

Em todos os modelos, a equipe ideal sugerida deve ser composta por até 4000 pessoas cadastradas com até 2000 pessoas por residente.

Confira a legenda dos modelos possíveis de preceptoria inseridos nas próximas páginas:

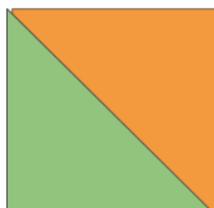
Laranja: preceptor

Verdes - de diferentes tonalidades: residente 1, residente 2, residente 3.



# MODELOS DE INSERÇÃO DE PRECEPTORES E RESIDENTES NAS EQUIPES

**FIGURA 1 - 1 PRECEPTOR E 1 RESIDENTE NA MESMA EQUIPE**



Equipe 1

**FIGURA 2 - 1 PRECEPTOR E 1 RESIDENTE EM EQUIPES DIFERENTES**

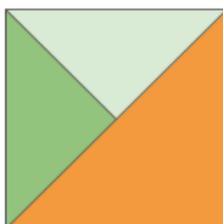


Equipe 1  
(preceptor)



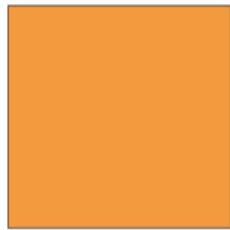
Equipe 2  
(residente)

**FIGURA 3 - 1 PRECEPTOR E 2 RESIDENTES NA MESMA EQUIPE**

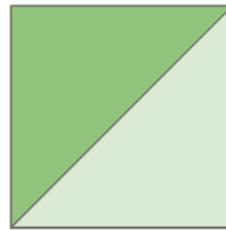


Equipe 1

### FIGURA 4 - 1 PRECEPTOR E 2 RESIDENTES EM DUAS EQUIPES

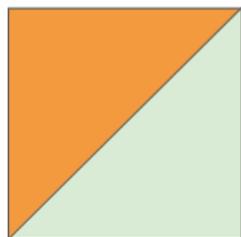


Equipe 1  
(preceptor)



Equipe 2  
(residente 1 e residente 2)

### FIGURA 5 - 1 PRECEPTOR E 2 RESIDENTES EM DUAS EQUIPES



Equipe 1  
(preceptor e residente 2)



Equipe 2  
(residente 1)

### FIGURA 6 - 1 PRECEPTOR E 2 RESIDENTES EM DUAS EQUIPES

Preceptor volante

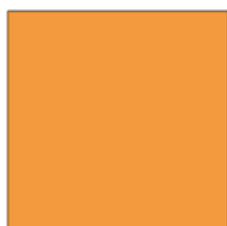


Equipe 1 (residente 1)



Equipe 2 (residente 2)

## FIGURA 7 - 1 PRECEPTOR E 2 RESIDENTES EM TRÊS EQUIPES



Equipe 1  
(preceptor)

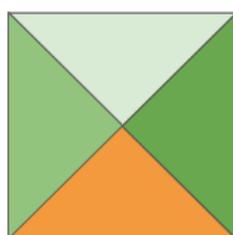


Equipe 2  
(residente 1)



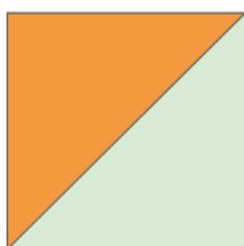
Equipe 3  
(residente 2)

## FIGURA 8 - 1 PRECEPTOR E 3 RESIDENTES NA MESMA EQUIPE

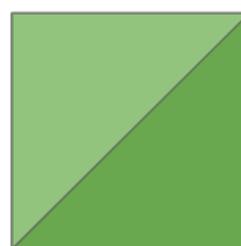


Equipe 1 (preceptor, residente 1, residente 2 e residente 3)

## FIGURA 9 - 1 PRECEPTOR E 3 RESIDENTES EM DUAS EQUIPES

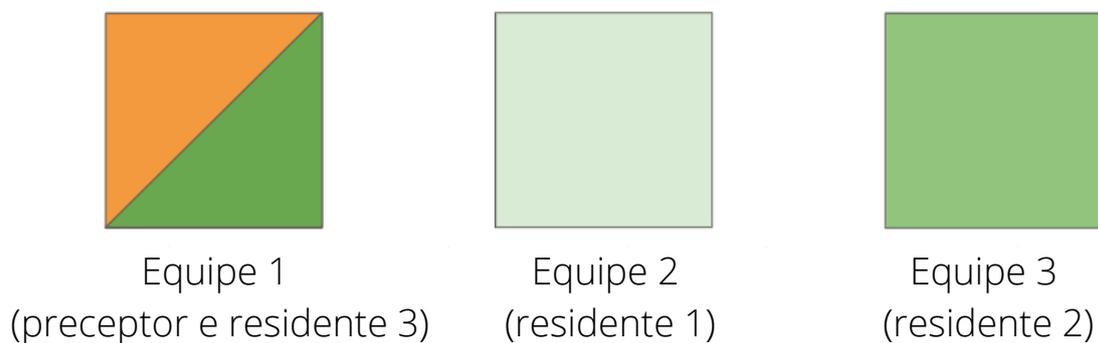


Equipe 1  
(preceptor e residente 1)



Equipe 2  
(residente 2 e residente 3)

### FIGURA 10 - 1 PRECEPTOR E 3 RESIDENTES EM TRÊS EQUIPES



### FIGURA 11 - 1 PRECEPTOR E 3 RESIDENTES EM TRÊS EQUIPES



### FIGURA 12 - 1 PRECEPTOR E 3 RESIDENTES EM TRÊS EQUIPES



## **2) Relação residente/população adscrita**

Relação máxima até 2 mil pessoas por residente, não ultrapassando 4 mil pessoas na equipe. Quando a população for vulnerável, é recomendável limite de 1.500 pessoas por residente.

## **3) Preceptoría**

Recomenda-se que todos preceptores dos PRMFC tenham titulação ou residência em MFC. Entretanto, reconhecendo a necessidade de provimento e que no atual momento nem todos os programas têm esse perfil de preceptores no momento de sua autorização pela CNRM, sugere-se uma transição, com prazo máximo de 4 anos, desde a aprovação da abertura do PRMFC, para que todos os seus preceptores tenham essa titulação.

Propostas de formação e fomento à titulação dos preceptores deve ser uma diretriz explícita no planejamento de cada PRMFC. Também se recomenda o incentivo à formação complementar, por exemplo, por meio de liberação de parte da carga horária dos preceptores para mestrado e doutorado.

É desejável que preceptores tenham contratação por regime CLT ou estatutário.

Quando houver preceptores contratados pela SMS mas atuantes em PRMFC de IES, espera-se que, através do Contrato Organizativo da Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), seja reconhecido o vínculo institucional do preceptor com a IES.

## **4) Conteúdo teórico**

Reforçando o entendimento de documentos anteriores da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, estas recomendações ressaltam que o especialista em MFC não é uma fusão das chamadas áreas básicas, como pediatria, gineco-obstetrícia, medicina interna, cirurgia e psiquiatria.



Ao contrário, a formação do especialista em MFC tem bases filosóficas próprias, com um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico-pessoa, com foco na família e orientada para a comunidade, privilegiando, por consequência, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde.

Recomendam-se o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizado, um forte componente em habilidades de comunicação e permanente contextualização e integração entre prática e teoria.

Estratégias para encontros teóricos (presencial ou por vídeo-chamada), a carga horária e turno destinados para tais atividades devem ser adaptadas à realidade de cada programa, desde que obedecidas as normativas vigentes (resolução CNRM 01 de março de 2015) que prevê que as atividades teóricas devem ocupar 10 a 20% da carga horária total do PRMFC.

É desejável que todos os programas abordem temas fundamentais da MFC paralelamente aos temas clínicos, independentemente da denominação utilizada para estes: fundamentais, nucleares, essenciais, estruturantes etc.

O Currículo Baseado em Competências deve ser considerado como norteador para a organização da grade teórica dos programas de residência no Brasil. Dentre as competências descritas sintetizou-se uma relação de temas fundamentais, considerados mínimos/essenciais para a formação do residente em Medicina de Família e Comunidade.



# RELAÇÃO DE TEMAS FUNDAMENTAIS, CONSIDERADOS MÍNIMOS/ESSENCIAIS PARA A FORMAÇÃO DO RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

## Fundamentos

Paradigma sistêmico  
Fundamentos APS  
Pesquisa em APS  
Produção de conhecimento  
Qualificação para docência  
Clínica ampliada -  
abordagem biopsicossocioespíritual  
Responsabilidade social

## Abordagem familiar

Papel da família na saúde e  
adoecimento  
Entrevista familiar  
Ferramentas de abordagem familiar  
Ciclos de vida  
Visita domiciliar  
Violência familiar

## Gestão

Regulação  
Profissionalismo e liderança  
Melhoria da qualidade  
Planejamento local em saúde  
Gestão da clínica e trabalho em equipe  
Gestão da agenda  
Rede de atenção à saúde e  
intersectorialidade

## Abordagem centrada na pessoa

P4  
MBE e Epidemiologia Clínica  
Raciocínio Clínico  
Medicina narrativa  
Práticas Integrativas e  
Complementares em Saúde  
Saúde mental  
Saúde do Trabalhador  
Sexualidade e gênero  
Resolutividade clínica  
Habilidade de comunicação  
Competências clínicas  
Violência interpessoal

## Abordagem comunitária

Diagnóstico comunitário  
Território  
Participação social  
Trabalho com grupos  
Abordagem Étnico-Racial  
Populações vulnerabilizadas  
Vulnerabilidade  
Ferramentas de abordagem  
comunitária  
Violência estrutural



## RECOMENDAÇÕES PARA FORMULADORES E EXECUTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Recomenda-se que o incentivo financeiro aos municípios com PRMFC contido no Programa Previne Brasil (e de outras possíveis fontes como recursos estaduais e municipais) seja destinado à complementação de bolsa do residente e gratificação de preceptoria (com garantia de remuneração final de preceptores superior à dos residentes). É desejável que os PRMFC sejam incluídos nos COAPES municipais, e que seja incentivada a assinatura de COAPES, com recomendações de tópicos específicos acerca dos PRMFC vinculados à IES, nos municípios que não os possuam.

Sugere-se a pactuação entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação para que o residente de MFC possa considerar o período da residência no abatimento da dívida do FIES, especialmente quando realizarem seu programa em municípios de alta vulnerabilidade social.

Sugere-se manutenção do Plano Nacional de Formação de Preceptores com cursos construídos e ofertados pela Universidade Aberta do SUS, prioritariamente, e daqueles de universidades públicas com PRMFC. Recomenda-se que a estratégia de formação de preceptores continue a oferecer bolsa formação.

Sugere-se fomentar ações para o matriciamento interinstitucional, aos moldes do Pró-residência, como estratégia para apoiar supervisores e gestores de PRMFC novos ou com dificuldades.



## RECOMENDAÇÕES PARA RECOMENDAÇÕES PARA LIDERANÇAS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Em linhas gerais, reconhece-se que, embora sejam necessárias adaptações nos serviços de saúde para acolher as atividades dos PRMFC, experiências demonstram que a médio prazo essas atividades qualificam e impactam positivamente a resolutividade e qualidade da assistência oferecida. Sistematizar cientificamente e publicizar o resultado desse impacto pode ser uma estratégia efetiva para tornar os gestores dos serviços de saúde parceiros efetivos para a estruturação e ampliação dos PRMFC. A responsabilidade pela produção desse dados deve incluir não apenas pesquisadores acadêmicos, mas também os próprios PRMs e os GTs da SBMFC, na elaboração de artigos científicos e relatórios.

Assim, o grupo sugere a continuidade deste trabalho com a criação de consensos e diretrizes da SBMFC que orientem os supervisores de programas e gestores de saúde na relação entre ensino-serviço. São elencados os seguintes eixos de produção de documentos:

1. Orientação para implementação local do currículo baseado em competências da SBMFC.
2. Elaboração de instrumento de acreditação de PRMFC, com indicadores de impacto do ensino na assistência, que poderiam complementar as avaliações da CNRM/CEREM.
3. Definição de condições e infraestrutura mínimas exigidas nos serviços de saúde para receber PRMFC.
4. Definição de competências exigidas para o preceptor de MFC.
5. Definição de diretrizes e orientações práticas sobre o papel do residente na supervisão de alunos de graduação no serviço.



## BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

1. Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1-16.
2. Neto AJ de M, Barreto D da S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1-9.
3. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução no 1 de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União no 98, de 26 de maio de 2015, Seção 1; 2015 p. 11.
4. Anderson MIP, Filho ED de C, Rodrigues RD, Dalla MDB, Bourge MMM. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2007;3(11):180-98.
5. Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-5.
6. Izecksohn MMV, Junior JET, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptorship in Family and Community Medicine: challenges and achievements in a Primary Health Care in progress. Cien Saude Colet. 2017;22(3):737-46.
7. SBMFC. Nota sobre a nova política de financiamento da atenção primária à saúde - Programa Previne Brasil, de 28 de novembro de 2019 [Internet]. Rio de Janeiro; 2019. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-sobre-nova-politica-de-financiamento/>
8. SBMFC. Nota sobre Portaria 3510/2019 que prevê incentivo à inserção de residentes nas equipes de Saúde da Família, de 20 de dezembro de 2019. Rio de Janeiro; 2019.

