

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**Bruno de Lazzari Schaffhausser**

**Manual de Boas Práticas de Ensino para o Programa de Residência  
em Medicina de Família e Comunidade: construindo diretrizes em  
uma perspectiva participativa**

**São Caetano do Sul  
2025**

**BRUNO DE LAZZARI SCHAFFHAUSSER**

**Manual de Boas Práticas de Ensino para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade: construindo diretrizes em uma perspectiva participativa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para o Exame de Qualificação.

Área de Concentração: Inovações Educacionais em Saúde Orientada pela Integralidade do Cuidado.

Orientadora: Profa. Dra. Rebeca Nunes Guedes de Oliveira

O presente trabalho foi realizado com o apoio de Bolsa de Estudos disponibilizada pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

**São Caetano do Sul  
2025**

## FICHA CATALOGRÁFICA

SCHAFFHAUSSER, Bruno de Lazari

Manual de boas práticas de ensino para o programa de residência em medicina de família e comunidade: construindo diretrizes em uma perspectiva crítico-emancipatória / Bruno de Lazari Schaffhausser - São Caetano do Sul, USCS, 2025. 119p.

Orientadora: Profa. Dra. Rebeca Nunes Guedes de Oliveira

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2025.

**1.** Ensino em Saúde; **2.** Medicina de Família e Comunidade; **3.** Tecnologia Educacional; **4.** Ensino no Contexto de Práticas de Saúde; **5.** Pesquisa-ação

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul**

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria do Carmo Romeiro

**Gestora do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional**

**Inovação no Ensino Superior em Saúde**

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia

Dissertação defendida e aprovada em 14/03/2025 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Profa. Dra. Rebeca Nunes Guedes de Oliveira (Universidade Municipal de São Caetano do Sul)

Profa. Dra. Amanda Costa Araújo (Universidade Municipal de São Caetano do Sul)

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)

Dedico este trabalho aos que estiveram do meu lado desde o primeiro momento de vida, apoiando minhas escolhas e respeitando o meu caminho. Também àquela que é meu suporte, meu acalanto e meu porto seguro em momentos de tormentas e meu desfrute em momentos de vitória.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação da Universidade Municipal de São Caetano do Sul e a todos os funcionários que contribuíram para viabilizar a realização da pesquisa de Mestrado.

Agradeço a Coordenação da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) pela concessão de bolsa de estudo, que possibilitou a realização desta pesquisa, e viabilizou a realização desse projeto.

Agradeço aos residentes médicos do programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade São Caetano do Sul (USCS) que tiveram papel central na construção dessa pesquisa.

Agradeço, por fim, a todos meus amigos e familiares que puderam acompanhar essa minha jornada de crescimento dentro do mundo acadêmico e por nenhum momento hesitaram em me apoiar nessa trajetória.

“Vou andando nas horas  
Atravessando os agoras  
Dançando as novas auroras”  
(Nação Zumbi, 2014, música “Novas Auroras”)

## RESUMO

**Introdução:** Contextualizando a evolução histórica da especialidade desde os anos 70, antecedendo o Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho destaca a relevância internacional da atenção primária à saúde, evidenciada na Conferência Internacional em Cuidados Primários em Saúde (Alma Ata – URSS) em 1978. O reconhecimento formal dos programas de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária em 1981 e a criação do SUS em 1988 estabeleceram as bases para a atuação da Medicina de Família e Comunidade (MFC). No cenário brasileiro, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) destaca os programas de Residência como padrão ouro para a formação de médicos especialistas, sendo fundamentais para aprimorar a qualidade da atenção primária. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo geral elaborar diretrizes de Boas Práticas de Ensino em Saúde na Residência de MFC, adotando uma perspectiva crítico-emancipatória. **Metodologia:** Adota-se a pesquisa-ação como metodologia, o estudo caracteriza-se como exploratório, com abordagem qualitativa. O percurso metodológico, desenvolvido em três etapas, envolveu levantamento bibliográfico e pesquisa documental para identificação de boas práticas de ensino voltadas à residência em MFC; elaboração e aplicação de oficinas de trabalho com estratégia de ensino e intervenção no cenário do estudo; e elaboração do produto educacional, que resulta da pesquisa-ação. Participaram do estudo oito residentes em MFC na Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Os resultados foram analisados por meio de análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** A pesquisa documental a partir documentos da SBMFC e da literatura levantada para o estudo, possibilitou a identificação de boas práticas para o ensino em saúde no contexto da residência em MFC, sintetizadas nos eixos: Residentes e População Adscrita e organização da agenda (eixo populacional); Conteúdo Teórico e Estágios Práticos (eixo de funcionamento); e Preceptorial e Processos avaliativos (eixo de avaliação). A aplicação das oficinas de trabalhos permitiu aliar pesquisa in intervenção, resultando em diretrizes aplicáveis à realidade do cenário do estudo em uma perspectiva participativa, junto aos residentes. **Produto:** Ao envolver os residentes no processo de avaliação do ambiente de trabalho, a pesquisa visou o desenvolvimento de um manual de boas práticas em MFC, em uma perspectiva participativa e coletiva. **Considerações finais:** Os resultados parciais demonstram um cenário promissor na aproximação da prática dos residentes ao preconizado pela literatura, permeado pelo processo crítico-emancipatório de problematização da realidade, que resultou em diretrizes que intersectam boas práticas preconizadas pela literatura e documentos oficiais e o que é passível de aplicação frente aos desafios e possibilidades do cenário do estudo. **Impacto:** Envolver o residente na construção de um manual que impacta diretamente seu processo de trabalho é estimular a participação e a emancipação do profissional; melhorar o ambiente de trabalho e de ensino é melhorar o cuidado ofertado para a população do SUS.

**Palavras-Chave:** Ensino em Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Tecnologia Educacional; Ensino no Contexto de Práticas de Saúde; Pesquisa-ação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Contextualizing the historical evolution of the specialty since the 1970s, prior to the Unified Health System (SUS), the study highlights the international relevance of primary care, as evidenced by the International Conference on Primary Health Care (Alma-Ata, USSR) in 1978. The formal recognition of residency programs in General and Community Medicine in 1981 and the creation of the SUS in 1988 laid the foundation for the practice of Family and Community Medicine (FCM). In the Brazilian context, the Brazilian Society of Family and Community Medicine (SBMFC) highlights residency programs as the gold standard for the training of medical specialists, being fundamental to improving the quality of primary care. **Objective:** The general objective of this study is to develop guidelines for Good Teaching Practices in Family and Community Medicine Residency, adopting a critical-emancipatory perspective. **Methodology:** This study adopts action research as its methodology, characterized as exploratory with a qualitative approach. The methodological journey, developed in three stages, involved a literature review and documentary research to identify good teaching practices for Family Medicine residency; the development and application of workshops with a teaching strategy and intervention in the study scenario; and the elaboration of the educational product, which results from the action research. Eight MFC residents at the Municipal University of São Caetano do Sul participated in the study. Results were analyzed through thematic content analysis. **Results:** The documentary research, based on documents from SBMFC and the literature reviewed for this study, made it possible to identify good practices for health teaching in the context of MFC residency, summarized in the following axes: Residents and Admitted Population and agenda organization (population axis); Theoretical Content and Practical Stages (functioning axis); and Preceptorship and Evaluation Processes (evaluation axis). The application of the workshops allowed the combination of research and intervention, resulting in guidelines applicable to the reality of the study scenario in a participatory perspective, together with the residents **Product:** by involving residents in the process of assessing the work environment, the research aims to develop a manual of good practices in Family Medicine, from a participatory and collective perspective. **Final considerations:** The partial results demonstrate a promising scenario in approaching the residents' practice to that recommended by the literature, permeated by the critical-emancipatory process of problematizing reality, which resulted in guidelines that intersect good practices recommended by the literature and official documents and what is possible to apply in the face of the challenges and possibilities of the study scenario. **Impact:** Involving the resident in the construction of a manual that directly impacts their work process is to stimulate participation and the emancipation of the professional; improving the work and teaching environment is to improve the care offered to the SUS population.

**Keywords:** Health Education; Family Physician Practice; Practice Guideline; Consensus Development; Research-action

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- MFC** – Medicina de família e Comunidade
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OTCE** – Oficina de Trabalho Crítica Emancipatória
- SBMFC** – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
- SUS** – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Nuvem de palavras produzidas pelos residentes. São Caetano do Sul, 2025.....	51
<b>Figura 2</b> – Produção do grupo 1 sobre estágios práticos. São Caetano do Sul (2025).....	52
<b>Figura 3</b> – Produção do grupo 2 sobre conteúdos teóricos. São Caetano do Sul (2025).....	55
<b>Figura 4</b> – Produção do grupo sobre organização da equipe. São Caetano do Sul (2025).....	59
<b>Figura 5</b> – Produção do grupo 2 sobre preceptoria e avaliação, São Caetano do Sul (2025).....	60
<b>Figura 6</b> – Pergunta sobre participação prévia em OCTE.....	61
<b>Figura 7</b> – Pergunta sobre oficina e novos conhecimentos para o residente .....	63
<b>Figura 8</b> – Pergunta sobre a aplicabilidade dos temas no cenário diário .....	62
<b>Figura 9</b> – Pergunta sobre o conteúdo e objetivos da oficina.....	64

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Discriminação da carga horária das atividades práticas e teóricas dos PRMFC recomendada pela SBMFC, tendo em vista as resoluções da CNRM .....	24
<b>Tabela 2</b> – Análise documental Boas práticas à residência de MFC, 2025 .....	36
<b>Tabela 3</b> – Adaptado do texto supracitado, a fim de facilitar o entendimento sobre modelos propostos para organizar uma equipe entre preceptores e residentes.....	41
<b>Tabela 4</b> – Roteiro da primeira sessão da Oficina de Trabalho .....	47
<b>Tabela 5</b> – Roteiro da segunda sessão da Oficina de Trabalho .....	48
<b>Tabela 6</b> – Quadro comparativo: o que é preconizado pela SBMFC; a realidade do contexto de práticas da residência em MFC de São Caetano do Sul; Diretrizes aplicáveis à realidade do cenário do estudo .....	61

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	Hipótese de pesquisa.....	20
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>21</b>
2.1	Objetivo primário .....	21
2.2	Objetivos secundários .....	21
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>22</b>
3.1	Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil.....	22
3.2	A pesquisa-ação na perspectiva participativa para construir boas práticas no âmbito do ensino em saúde .....	25
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>29</b>
4.1	Desenho do estudo .....	29
4.2	Participantes .....	30
4.2.1	Critérios de inclusão .....	30
4.2.2	Critérios de exclusão .....	31
4.3	Coleta de dados .....	31
4.3.1	Etapa de exploração da literatura .....	31
4.3.2	Etapa de aplicação da oficina de trabalho .....	32
4.3.3	Etapa de síntese do pensamento crítico-emancipatório.....	32
4.4	Análise dos dados .....	33
4.5	Aspectos éticos, riscos e benefícios .....	33
4.5.1	Riscos.....	34
4.5.2	Benefícios .....	34
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
5.1	Boas práticas de formação em programas de residência em MFC.....	36
5.1.1	Preceptor e residente .....	39
5.1.2	Residente e população adscrita.....	40
5.1.3	Organização da agenda e da equipe.....	41
5.1.4	Conteúdo teórico .....	42
5.1.5	Estágios práticos (em ambulatórios e hospitais) .....	42
5.1.6	Processos avaliativos .....	43
5.2	Elaboração e fundamentação da oficina de trabalho .....	43

5.2.1	Etapas de acordo com o referencial teórico .....	45
5.2.2	Organização das oficinas .....	45
5.2.3	Metodologia de cada etapa proposta.....	45
5.3	Limites e possibilidades da realidade das práticas na residência em MFC em São Caetano do Sul, São Paulo .....	50
5.4	Elaboração das Diretrizes de boas práticas em MFC na residência da USCS.....	61
5.5	<i>Feedback</i> dos participantes nas Oficinas de Trabalho .....	62
6	DISCUSSÃO .....	64
7	PRODUTO.....	67
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
	REFERÊNCIAS.....	70
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	74
	APÊNDICE A – CARTA CONVITE .....	87
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	88
	APÊNDICE C – FINALIDADE E OBJETIVOS DAS OFICINAS 1 E 2 .....	90
	APÊNDICE D – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DO PRM MFC USCS.....	92

## 1 INTRODUÇÃO

Ao propor a construção coletiva de um manual de boas práticas para um programa de Residência Médica, é preciso entender o contexto histórico e atual da especialidade em questão, para que possamos ter a real noção da problemática e dimensão do desafio a ser transposto pelo grupo de estudo que se formará.

A medicina de Família e Comunidade, como programa de Residência Médica, surge anteriormente ao nascimento do SUS, em meados da década de 70 e 80, ainda com o nome de Medicina Geral e Comunitária. Os primeiros polos formadores que se tem documentação são: Centro de Saúde Murialdo e o Grupo Hospitalar Conceição (Falk, 2008).

Em um panorama global, reforçando a ideia de cuidado descentralizado e voltado para atenção primária em saúde, no ano de 1978, um importante marco para o surgimento da especialidade mundo afora: Conferência Internacional em Cuidados Primários em Saúde (Alma Ata – URSS). Encontro mundial que reforçava e endossava um conceito de saúde amplo, pautado não apenas na ausência de doença, mas sim em um completo bem-estar físico, mental e social – definição utilizada até hoje pela Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2002).

Também durante essa conferência, foram levantados temas importantes relacionando a saúde com a desigualdade econômica e social entre os países e o estabelecimento de metas de desenvolvimento sustentável para que os países atingissem a capacidade de cuidado, visando uma vida social e economicamente produtiva – meta estabelecida inicialmente para o ano 2000. Os cuidados primários em saúde, sob esse aspecto, constituem a chave para que essa meta fosse atingida.

O ano de 1981 marca a decisão do Conselho Nacional de Residência Médica de formalizar os Programas de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária como especialidade reconhecida pelos órgãos reguladores. Quase uma década após a declaração de Alma Ata, no ano de 1986, temos a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em território brasileiro. Importante encontro que buscou estabelecer diretrizes para a construção de um sistema único de Saúde – universal e descentralizado. Dois anos após esse encontro, em 1988, o SUS nasce como um marco de saúde da nova constituição vigente (Brasil, 2002).

Em constante formação e evolução, com ampla participação popular e investimentos oriundos das três esferas de poder (municipal, estadual e federal), o Sistema Único

de Saúde lança em 1994 o Programa de Agentes Comunitários em Saúde – primeiro e importante passo para que o programa de Saúde da Família (PSF) seja a principal estratégia de cuidado a nível nacional. Porém, apenas em 2011, quase 20 anos após, o Ministério da Saúde coloca o PSF como a estratégia principal para atenção primária. Surge, então, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Retira-se do texto original publicado no Diário Oficial em 21 de outubro de 2011, a portaria nº 2488 que a define como (Brasil, 2011):

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Especificidades da equipe de saúde da família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família (ESF):

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

O olhar histórico da construção para o SUS e os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade e da Estratégia de Saúde da Família

(ESF), como conhecemos hoje, nos permite entender o momento atual em relação a essa especialidade. Ainda há uma carência muito grande de profissionais capacitados e especializados nessa área, devido ao pouco tempo de existência dos programas e pela dimensão continental de nosso país (SIMAS *et al.*, 2018).

Dados de projeção populacional, tendo como base o último censo do IBGE de 2022, estima a quantidade de um pouco mais de 203 milhões de pessoas vivendo atualmente no Brasil. Levando em conta a portaria nº 2488 e a meta de uma equipe de ESF para cada 4.000 pessoas, seriam necessárias cerca de 50.000 equipes dotadas de pelo menos, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário em saúde (ACS) para suprir a demanda populacional.

A portaria nº 3566 do Ministério de Saúde (MS) de 2019, define o quantitativo de 45.796 Equipes de Estratégias de Saúde da Família, distribuídas em todo território nacional (Cabral, 2023).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) conta com aproximadamente 575.000 médicos inscritos e regularizados em seus registros. Desse número total, apenas 9.000 possuem residência médica ou especialização em Medicina de Família e Comunidade. Número consideravelmente distante para atender as mais de 45 mil equipes registradas no país (Conselho Federal de Medicina, 2023).

Outro agravante é a discrepância de distribuição desses médicos e das faculdades de Medicina em território nacional. Contando com cerca de 350 faculdades, mais de 1/3 dessas instituições se encontram em um eixo restrito a São Paulo, Rio de Janeiro e o Distrito Federal. Os locais mais afastados dos centros de saúde são aqueles que mais sofrem com a ausência dessa estrutura preconizada em lei (Conselho Federal de Medicina, 2023).

Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) a formação de Médicos especialistas tem como padrão ouro os programas de Residência. Como o campo de atuação é a frente das equipes de estratégia de saúde, a presença desses programas é uma maneira direta de melhorar a qualidade da atenção ofertada à população (Falk, 2004).

Ainda antes de entrar no campo da especialidade, um olhar para a formação médica se faz necessário. As Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC) propõem, em sua última atualização, que o aluno da graduação esteja diante dos campos de estágios desde o início de sua formação, a fim de desenvolver habilidades interpessoais e de liderança. Tais habilidades, quando não trabalhadas durante a

graduação de maneira contínua e supervisionada por um preceptor capacitado, trazem prejuízo para o início de um curso de Especialização, uma vez que os requisitos básicos de competência muitas vezes não estão presentes (Brasil, 2014).

Ainda no primeiro capítulo do documento, no trecho que trata as habilidades em relação à atenção em saúde, explicita-se a necessidade de uma formação humanística, crítica, reflexiva e ética que permita que o aluno trabalhe em todos os diferentes níveis de atenção à saúde, visando o bem-estar e cuidado integral do paciente, bem como defesa de direitos básicos como cidadania, dignidade da população.

No mesmo documento, um pouco mais a frente, encontramos um dos princípios fundamentais da Medicina de Família e Comunidade: o cuidado centrado na pessoa. A necessidade de aprendizagem sobre a importância de um trabalho interpessoal, coletivo e que busca utilizar os recursos disponíveis naquele campo de atuação para servir de modelo e referência de cuidado para a população atendida. Contribuição direta para o desenvolvimento de ações que respondam às necessidades daquele local (Brasil, 2014).

Alinhado a tais diretrizes e reconhecendo a dificuldade de atingir tais metas devido à falta de capacitação de profissionais médicos na linha de frente da atenção primária a nível de Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina elabora constantes protocolos e documentos para direcionar uma boa formação e o bom funcionamento dos programas de residência médica de Medicina de Família e Comunidade pelo Brasil (SBMFC, 2020).

A observação empírica da realidade do pesquisador, na atuação profissional como docente no âmbito da residência em Medicina de Família e Comunidade e médico frente a uma equipe de Estratégia de Saúde de Família no município de São Caetano do Sul, revela ainda haver algumas discrepâncias práticas entre o que preconiza a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a maneira como se organiza o funcionamento da Residência em São Caetano do Sul.

Aspectos como modelo de organização de uma equipe com residentes; a maneira como se organiza a agenda e o acesso da população; o número de pessoas cadastrados nas microáreas e uma relação máxima por cada residente; a atuação conjunta dos residentes e dos preceptores (modelo de organização da equipe); o conteúdo teórico; além do momento de avaliação periódica são aspectos, cuja

operacionalização na realidade das práticas parece ainda estar em processo de construção.

O programa de residência médica da Universidade de São Caetano do Sul é considerado novo e passa por um momento de consolidação frente à gestão municipal. Com aproximadamente 4 anos de existência, uma oferta de 8 vagas de ensino divididas nos dois anos de extensão do programa (4 residentes do primeiro ano e 4 do segundo ano). Considera-se que, com um corpo docente de 4 preceptores ativos, há possibilidade para ajustar os parâmetros de organização conforme preconizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Empiricamente, observa-se que tais ajustes podem ser implementados em construção conjunta entre os envolvidos diretamente no programa de residência (coordenação, preceptores e residentes), uma vez que há documentos que podem nortear a construção dessa melhoria e práticas exitosas desenvolvidas, a despeito dos desafios descritos. A problemática apresentada motivou o presente estudo a pensar ser possível, por meio da construção participativa de um manual de boas práticas, alinhar discrepâncias e potencializar as práticas formativas no referido Programa.

Além da possibilidade de capacitar alunos e novos especialistas para que sejam propagadores de melhorias constantes nas Equipes de Estratégias de Saúde de Família, em que eles potencialmente irão trabalhar, após completarem a sua especialização e, desse modo, impactar o Ensino e as práticas no âmbito da Atenção Básica no SUS.

O estudo em questão, se baseia no conceito de boas práticas como um conjunto de ações teóricas e práticas exitosas, que visam adequar o processo de ensino a aquele preconizado como modelo pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Este documento será explorado mais a frente, no campo do referencial teórico e será utilizado como base para a construção da oficina crítica emancipatória - modelo de intervenção escolhido pelo pesquisador (SBMFC, 2020).

Toda ação proposta em um campo de trabalho deve visar a melhoria do atendimento à população atendida por aquele programa. Dessa maneira, o projeto buscará aprimorar as bases curriculares e competências dos residentes, para que eles possam participar ativamente da construção de um produto que visa a melhoria das práticas no âmbito do SUS municipal e das respectivas ESF.

Desse modo, o presente estudo questiona: Como a perspectiva participativa contribui para a elaboração de Diretrizes de Boas Práticas de Ensino em Saúde no âmbito da Residência de Medicina de Família?

### **1.1 Hipótese de pesquisa**

Portanto, temos como hipótese: a perceptiva crítico participativa na elaboração de Diretrizes de Boas Práticas de Ensino em Saúde no âmbito da Residência de Medicina de Família e Comunidade constitui uma possibilidade inovadora para aprimorar as práticas de Ensino em Saúde no âmbito da residência em MFC.

## **2 OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1 Objetivo primário**

Construir um manual de Boas Práticas de Ensino em Saúde no âmbito da Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma perspectiva crítico-emancipatória.

### **2.2 Objetivos secundários**

- a) Levantar, na literatura, boas práticas voltadas à formação em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, considerando os temas mais relevantes para posterior análise.
- b) Analisar limites e possibilidades do cotidiano das práticas na residência em MFC, buscando uma aproximação entre o que é preconizado na literatura e o que se aplica na realidade, através de uma visão crítica emancipatória.
- c) Elaborar, a partir da construção participativa, diretrizes de boas práticas nas esferas de organização de equipe, conteúdo acadêmico e prático como também metodologias de avaliação na formação em MFC, aplicáveis à realidade do cenário do estudo.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil

Em 2020, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), por meio do Grupo de Trabalho de Ensino, construiu um manual de Recomendações para a Qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. A partir da leitura desse documento e das bases teóricas utilizadas para a sua construção, iniciou-se o levantamento teórico no qual essa tese irá se apoiar.

Em 2007, em artigo publicado na Revista brasileira de Medicina de Família e Comunidade, os autores buscaram pontos centrais para a construção de um programa de residência. Dentre os principais pontos, conseguiu-se observar: medidas para valorização financeira, como formar um médico de família e comunidade por meio de programas de residência, como organizar e desenvolver tais programas, quais são as distribuições de atividades práticas e teóricas e as bases curriculares que devem ser abordadas durante a formação, estrutura física para desenvolvimento da prática e atividades de preceptoría (Anderson; Demarzo; Rodrigues, 2007).

A implementação das equipes de estratégia da família (ESF) apresenta-se como uma resolução do governo federal para a expansão do modelo preconizado no SUS, em substituição ao prévio modelo de cuidado fragmentado (Oliveira *et al.*, 2019).

Programas de residência médica vinculadas às secretarias municipais de saúde e a estratégia de atrair novos médicos para áreas menos populosas, se mostra um movimento que abrange os 3 níveis de atenção (municipal, estadual e federal) para suprir áreas sem acesso à saúde (Leite *et al.*, 2021).

É importante se avaliar o momento histórico em que o Brasil e os programas de residência médica em Medicina de Família e comunidade se encontram: há uma dupla necessidade de fortalecimento. Em municípios afastados de grandes centros e naqueles em que há uma vulnerabilidade alta, há uma demanda devido à carência de profissionais médicos (Leite *et al.*, 2021).

Esse movimento tem como objetivo mudar a perspectiva da formação médica voltada para especialidades focais, que cresce na academia desde a reforma sanitária de 1970. Com a construção do SUS e a priorização da Atenção Primária em Saúde como base desse sistema, o governo federal passa a tomar algumas

medidas para fomentar a formação de novos médicos especializados em atenção primária em saúde.

Observa-se o grande número de profissionais formados por uma perspectiva de cuidado focal e à frente de equipes de saúde da família sem a formação adequada para o atendimento integral da população. Esse mecanismo de atendimento sem bases metodológicas estruturadas pode gerar queda na qualidade do atendimento da população e ser motivo de sofrimento para os médicos (Anderson; Demarzo; Rodrigues, 2005a).

Já em municípios centrais, ou de baixa vulnerabilidade, que é o caso em que o programa de residência deste estudo se situa – cidade de São Caetano do Sul – a necessidade é em relação ao fortalecimento do programa, bem como a qualificação dos preceptores e dos residentes. Nesse sentido, fica exposta mais uma vez a justificativa de um estudo que se debruce sobre a melhoria dos processos de práticas (Brasil, 2023).

Para a SBMFC, o especialista em Medicina de Família e Comunidade é bem formado quando sua formação se baseia em um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico paciente, com foco na família e orientada para a comunidade. Privilegia-se, durante a especialização, a construção do vínculo e a integralidade do cuidado. Fica para trás, portanto, a visão fragmentada de cuidado e a fusão antipedagógica das áreas básicas: pediatria, clínica médica, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia, medicina interna hospitalar e psiquiatria (Anderson; Demarzo; Rodrigues, 2005b).

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) estipula que os programas de residência em MFC desenvolvem-se ao longo de 2 anos com carga horária semanal de 60h. Deve-se respeitar o período de férias estipulado em lei (4 semanas), totalizando, portanto, 2880h/ano de atividades.

Em relação a base estrutural do programa de residência, o artigo propõe a seguinte divisão de carga horária, baseando-se nas resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM):

**Tabela 1** – Discriminação da carga horária das atividades práticas e teóricas dos PRMFC recomendada pela SBMFC, tendo em vista as resoluções da CNRM

<b>Atividades (2880h/anuais)</b>	<b>Distribuição mínima das horas</b>	<b>Distribuição máxima das horas</b>	<b>Total esperado</b>
<b>Consultório de MFC</b>	24h/semanais	28h/semanais	50-65%
<b>Atenção Domiciliar</b>	3h/semanais	9h/semanais	12,5%
<b>Grupos Terapêuticos</b>	3h/semanais	-	12,5%
<b>Administrativo</b>	2h/semanais	6h/semanais	8-12%
<b>Atividades coletivas</b>	2h/semanais	-	8%
<b>Aulas teóricas</b>	6h/semanais	12h/semanais	12-25%
<b>Atenção 2<sup>a</sup>ria e 3<sup>a</sup>ria</b>	6h/semanais	12h/semanais	12-25%
<b>Soma das % mínimas</b>	75%	-	75%
<b>Soma das % máximas</b>	-	115%	115%

Fonte: Brasil (2003).

Em relação às atividades de preceptoría, a SBMFC entende que o momento de expansão de novos programas e a defasagem de profissionais qualificados é uma realidade. Pondera-se, portanto, a necessidade de adequação de algumas recomendações da CNRM, para que essa expansão não sofra bloqueios ou recuos.

Estipula-se que o médico preceptor conclua sua formação em preceptoría antes do início de suas atividades, bem como consiga concluir a formação e/ou a titulação em Medicina de Família e Comunidade até o final do credenciamento provisório. Nesse cenário, a residência médica é tida como padrão ouro de especialização.

A atividade de preceptoría deve ser realizada de maneira presencial, sobretudo em relação às atividades práticas realizadas em consultório. O processo de ensino-aprendizagem pode recorrer de recursos como a telemedicina, a comunicação por meio de celulares ou até mesmo o compartilhamento e discussões de casos com médicos de unidades básicas próximas, mas não deve nunca ultrapassar a norma do número de residentes e preceptores (SBMFC, 2020, p. 8):

A carga horária da preceptoría será igual ao número de equipes de residentes menos 1 (R-1), às 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.

### **3.2 A pesquisa-ação na perspectiva participativa para construir boas práticas no âmbito do ensino em saúde**

Esse projeto visa a construção de um manual de boas práticas para os Residentes em Medicina de Família e Comunidade do Programa de Residência Médica da Universidade de São Caetano do Sul, em uma perspectiva participativa. Inicia-se, portanto, a revisão de bases teóricas sobre a Pesquisa Ação – metodologia qualitativa escolhida para desenvolvimento do pensamento.

Quando estudamos o materialismo dialético e a dinâmica do conhecimento social, o avanço do conhecimento não é linear. As modificações e mudanças nos paradigmas são sempre através de incorporação e elaboração de processos anteriores (Silva, 2021).

Compreender e intervir dentro de um processo de saúde, ou mesmo de educação, segue um modelo muito semelhante a essa construção de conhecimento. É preciso levar em consideração aquilo que já está construído, para a tentativa de aprofundar-se no conhecimento ou, até mesmo, propor alguma intervenção (Richardson, 2012).

Descrever a realidade e observá-la é a melhor maneira de propor uma intervenção. Nesse ponto de vista, é possível identificar até mesmo a linha de pensamento e o referencial teórico da pesquisa, por meio da maneira como se expõe os problemas. A própria intervenção pressupõe uma maneira de interpretar a realidade observada, seja do pesquisador ou de outros pensadores que o antecederam (Gil, 2002).

O trajeto inicial do pesquisador frente ao desafio de construir um estudo que alie pesquisa e intervenção possibilita observar o seu campo de trabalho e identificar

quais são os processos realizados que estão em desacordo total ou parcial com aquilo que o órgão regulador recomenda ou preconiza (Severino, 2017).

O pressuposto, que motiva a busca de conhecimento para a construção conjunta de um material com capacidade de mudar a realidade, vem da observação empírica de que um novo programa de residência médica de medicina de família e comunidade não nasce pronto e encontra desafios para se adequar ao proposto como ideal pela literatura.

A partir da observação do campo de trabalho e do contexto histórico que envolve a Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade no Brasil, o pesquisador evoca o senso de busca ao conhecimento e curiosidade para entender como pode melhorar os processos de trabalho, envolvendo as pessoas que participam do seu ambiente.

A pesquisa qualitativa aparece como uma opção de desenvolvimento de conhecimento, uma vez que preza pelo estudo de campo e a possibilidade de mudar a realidade atual.

[...] É nesse contexto da pesquisa social, a qual propicia a compreensão, tendo ela uma abordagem qualitativa, que a Pesquisa-ação se configura como uma opção metodológica capaz de compreender a dinâmica de um problema, de um processo, considerando a realidade concreta e os aspectos presentes no movimento. Um movimento onde as práticas, as situações reais e as interpretações serão consideradas para a proposição de novas ideias e possíveis intervenções (Silva, 2021, p. 4).

Aproximadamente no ano de 1940, surge a pesquisa-ação estruturada como conhecemos hoje. Fruto de diversas origens de pensamento: uma escola americana, que tem como base principal Kurt Lewin, e outra baseada em pensadores canadenses, cuja base teórica é a inspiração para René Barbier e Andre Morin, e uma terceira via de pesquisadores australianos, como Wilfred Caar (Miranda; Resente, 2006).

Na área educacional e na América Latina, as influências datam de 1950 com Stephen Corey como uma estratégia de uma pesquisa que envolve pessoas na discussão, a fim de buscar soluções ou proposições de mudanças vivenciadas e evidenciadas na comunidade. No Brasil essa prática se intensificou por volta de 1980-90 com os pensamentos de Paulo Freire.

Barbier (2007) define a complexidade da pesquisa-ação como uma revolução da epistemologia ainda não completamente compreendida nas ciências humanas. Ele

compara esse padrão de pesquisa como uma arte desenvolvida coletivamente, sob rigor científico, com uma adaptação relativa das pessoas ao mundo estudado (Miranda, 2006).

Ainda sobre René Barbier, que segue como uma referência brasileira até os dias atuais, retira-se a proposta, em 2007, de alguns tipos específicos de Pesquisa-Ação. São metodologias distintas para envolvimento das pessoas da comunidade, em busca de respostas que possam gerar novos pensamentos e mudanças do ambiente.

Diz ele, que a pesquisa pode ser: diagnóstica, participativa, empírica ou experimental. Expõe tais modalidades:

Diagnóstica: produz um plano, faz um diagnóstico e encaminhar possíveis soluções  
Participativa: envolve participantes no processo investigativo  
Empírica: acumula dados das experiências para desenvolver princípios  
Experimental: controla a eficácia das técnicas em diferentes questões sociais  
(Barbier, 2007, p. 125)

O pesquisador deste trabalho optou, seguindo a observação empírica de sua realidade e a motivação da pesquisa, a desenvolver seu projeto baseado na Pesquisa Ação Participativa, uma vez que sua ideia inicial é a construção conjunta de um manual de boas práticas no universo de uma residência médica, a partir da perspectiva dos próprios residentes.

Diferentemente de outras modalidades de pesquisa, a metodologia escolhida para esse estudo entende que as fases de estudos não são completamente rígidas e pré-estruturadas. Ao longo do desenvolvimento dos encontros, da observação da realidade e da interação com os envolvidos, a pesquisa pode tomar um rumo diferente (Tripp, 2005).

Espera-se que ele seja o facilitador de toda comunicação, deve conseguir propiciar a participação dos atores, mantendo o rigor científico do trabalho e estar sempre a serviço do objetivo, mas aceitar que as coisas podem mudar ao decorrer do projeto (Ghedin; Franco, 2015).

A pesquisa-ação participativa se organiza em três principais atos: o planejamento, tomada de decisão e resultados. Fases que demandam do pesquisador um grande conhecimento sobre a temática, além de uma prévia observação do ambiente em que ele está inserido e a fase de estabelecer claramente os objetivos de sua pesquisa (Silva, 2001).

Sobre o planejamento, descreve da seguinte forma: “PLANEJAR uma melhora da prática; AGIR para implantar e melhora planejada; monitorar e DESCRERER os efeitos da ação; e AVALIAR os resultados da ação” (Tripp, 2005, p. 446).

Após esse primeiro momento, busca-se as outras duas fases da pesquisa: a tomada de decisões e o encontro dos resultados, que serão baseados no objetivo prévio do pesquisador. Poderá, então, analisar se a sua pesquisa foi capaz de estruturar alguma mudança em seu ambiente (Silva, 2021).

A pesquisa entende as limitações de intervenções e reconhece que essas futuras etapas não estarão contempladas neste presente estudo, mas por se tratar de uma pesquisa participativa, espera-se que haja espaço para desenvolvimento de novo conhecimento.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se como exploratório, de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa nos fornecerá os subsídios interpretativos necessários para analisar em profundidade o objeto de estudo e os significados que permeiam as práticas no âmbito da residência médica no cenário de investigação.

Em relação aos procedimentos que configuram o desenho do estudo, trata-se de uma pesquisa-ação participativa, organizada de tal maneira que cada uma de suas etapas respondam a um dos objetivos específicos.

A primeira etapa do estudo utilizou de pesquisa documental com o intuito de levantar-se, a partir dos documentos publicados pela SBMFC, boas práticas de Ensino no âmbito da Residência em MFC. Essa etapa subsidiou a segunda etapa interventiva, e a terceira: análise do material produzido na etapa de pesquisa de campo.

A segunda etapa da pesquisa envolveu a construção de uma oficina de trabalho crítica emancipatória (OCTE). Essa atividade foi escolhida como a ferramenta de intervenção para tomada de decisões e construção do conhecimento coletivo.

O estudo foi realizado na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, junto ao Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, contemplando os residentes. O encontro aconteceu em uma sala da Faculdade de Medicina da Universidade São Caetano do Sul, Campus Centro. Optou-se por esse local, por ser o mesmo ambiente onde os residentes frequentam para a carga teórica do programa de residência.

A terceira e última etapa da pesquisa-ação foi a identificação dos resultados obtidos nas oficinas e a organização das boas práticas evidenciadas pelo grupo, durante a dinâmica.

A universidade municipal de São Caetano do Sul (USCS) abriu a primeira turma de medicina de família e comunidade como um programa de acesso direto (vagas ofertadas por meio de concurso aos médicos formados, sem que haja necessidade de alguma especialização prévia). Desde a sua abertura, o programa contava com 4 vagas disponibilizadas por ano e uma carga teórica de dois anos. A partir de 2024 o programa passou a contar com 8 vagas por ano.

O corpo docente tem sua formação mínima de 6 professores, que na prática da clínica médica, são denominados preceptores. Não há um número exato de pessoas envolvidas e não há um vínculo formal financeiro. O trabalho é realizado de maneira voluntária.

## **4.2 Participantes**

Participaram dos presentes estudos os residentes que estavam cursando primeiro e segundo ano do curso, em outubro de 2024, com um número total de 8, entre R1 e R2. Além dos alunos, o pesquisador, autor do presente estudo atuou como facilitador da oficina. A decisão de não envolver outras pessoas como o coordenador ou preceptores visou reduzir possíveis vieses relacionados à inibição ou constrangimento dos participantes.

O pesquisador será o facilitador da oficina. Vale destacar o entendimento de que sua participação pode ser um viés de coleta de informação, por participar do programa em um estágio de hierarquia diferente dos pares envolvidos, mas justifica a escolha da OTCE como uma ferramenta que possibilita diminuir esse possível ruído de informação, uma vez que a proposta de intervenção busca o envolvimento de todos e a construção coletiva do conhecimento.

A presença do coordenador, assim como de preceptores, por sua vez, pode ser outro fator de dificuldade para expor pensamentos livres e críticas relacionadas ao funcionamento do programa. Por conta disso, o pesquisador entende que os envolvidos devem fazer parte da mesma classe hierárquica e decide pela construção da oficina apenas com os residentes.

### **4.2.1 Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão para definir a amostra foram: estar cursando a residência médica do programa no ano de 2024, além de mostrar interesse e disponibilidade em participar do estudo e da oficina de trabalho crítica emancipatória (OTCE).

#### **4.2.2 Critérios de exclusão**

Os critérios de exclusão foram: pessoa que não deseja participar do estudo; residentes egressos em data prévia ao mês de outubro de 2024, data da ocorrência das oficinas de trabalho.

#### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados é uma etapa crucial em qualquer pesquisa, e nesta dissertação, ela foi cuidadosamente planejada e executada para garantir a robustez e a relevância dos resultados. As etapas procuraram seguir alinhadas com os objetivos específicos previamente desenhados.

A abordagem metodológica adotada combinou diferentes técnicas e fontes de dados, visando aprofundar a compreensão do universo da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, além de estruturar uma atividade que fosse capaz de instigar o pensamento crítico dos participantes, afim da construção coletiva de um novo pensamento investigado e responder de forma abrangente às perguntas de pesquisa.

A coleta de dados foi estruturada em três etapas interconectadas, que se complementam e se enriquecem mutuamente e serão abordadas a seguir, capaz de contribuir para a compreensão do fenômeno investigado e para a promoção da transformação do ambiente de trabalho dos residentes.

##### **4.3.1 Etapa de exploração da literatura**

A primeira etapa, fase de exploração da pesquisa, foi implementada com a pesquisa documental. Nesse sentido, a busca por protocolos de boas práticas e manuais de funcionamento de residências médicas na biblioteca virtual da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e em outras bibliotecas nacionais e internacionais como SciELO, biblioteca virtual de saúde (BVS) e em outras sociedades de especialidades diversas. A partir do material levantado, será

realizada análise de conteúdo, com o objetivo de levantar diretrizes que devem compor a operacionalização dos Programas de Residência em MFC.

A partir da análise documental, foram definidos os aspectos essenciais e os temas a serem abordados durante a oficina, bem como o subsídio para a análise dos dados e construção do manual de boas práticas, produto desta dissertação.

A pesquisa documental também possibilitou evidenciar uma dificuldade em encontrar, em sites de sociedades de outras especialidades médicas, documentos que se assemelham ao exposto na biblioteca virtual da SBMFC.

#### **4.3.2 Etapa de aplicação da oficina de trabalho**

A pesquisa de campo envolverá a pesquisa ação, que se caracteriza pelo seu caráter intervencionista, sendo que neste estudo será utilizada a Oficina de trabalho Crítico-emancipatória (OTC) como estratégia metodológica que possibilita a intervenção no momento da coleta de dados e possibilita a construção coletiva de um produto, apropriado por pesquisador e participantes em uma relação horizontal, mediada pelo pensamento e a ação participativa (Fonseca, Oliveira, Fornari, 2017).

Para essa etapa de construção da oficina, utilizou-se como referência o documento “Práticas Educativas em Direitos Sexuais e Reprodutivos: Oficina de Trabalho Crítico-Emancipatória de Gênero” – PROENF Atenção Primária e Saúde da Família, ciclo 6, volume 1. Adaptações para a realidade da residência foram realizadas para adequar aos temas previamente elencados como importantes.

Exemplo e etapas necessárias para a construção das oficinas. É importante passar pelo processo de participação, responsabilidade, autoestima e empoderamento e a partir dessas etapas, construir o novo conhecimento.

A construção da oficina e a metodologia de aplicação estão descritas mais adiante neste texto, na etapa de resultados parciais. Foram descritas todas as etapas a fim de facilitar o entendimento e aplicação dela em outros cenários de pesquisa.

#### **4.3.3 Etapa de síntese do pensamento crítico-emancipatório**

Essas diretrizes foram construídas de forma colaborativa durante a Oficina de Trabalho Crítica Emancipatória (OCTE), envolvendo ativamente os participantes. Após as oficinas, o material foi analisado à luz do referencial teórico e das diretrizes

identificadas na etapa de análise documental. A partir dos resultados, o manual de boas práticas será elaborado, contemplando as diretrizes e os conteúdos essenciais para a contextualização.

Uma etapa crucial será a harmonização do que foi discutido com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Dada a natureza coletiva da construção, o pesquisador deverá desenvolver habilidades para encontrar um ponto de convergência entre o ideal e as contribuições dos participantes.

Dada a diversidade de serviços, bem como as limitações físicas e financeiras possíveis, reconhece-se que a pesquisa dificilmente atingirá o ideal estabelecido pela sociedade. Ao final do processo, espera-se que os envolvidos estejam mais engajados nos aspectos práticos e teóricos do trabalho de uma residência médica, contribuindo para uma experiência enriquecedora.

#### **4.4 Análise dos dados**

Todo o processo da oficina foi registrado em áudio e vídeo e, posteriormente, todos os relatos serão transcritos na íntegra e, posteriormente, analisados a partir da proposição de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

#### **4.5 Aspectos éticos, riscos e benefícios**

Os médicos residentes foram convidados individualmente por e-mail, recebendo uma carta de convite (Apêndice A) que esclarece os propósitos e objetivos do estudo. Além disso, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e um memorando detalhando o processo da oficina de trabalho (Apêndice C). A participação foi voluntária.

Os encontros aconteceram em uma sala da Universidade São Caetano do Sul, Campus Centro. Optou-se por esse local, por ser o mesmo ambiente onde os residentes frequentam para a carga teórica do programa de residência, de modo que as duas sessões foram realizadas em dia e horário nos quais os residentes estão em atividade da carga horária teórica.

Este estudo seguiu os requisitos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS do CN) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). Essa

integração visa proteger os participantes da pesquisa que envolve seres humanos na área da saúde. Todos os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e seus objetivos, com a participação sendo voluntária, sujeita à disponibilidade e interesse dos profissionais.

A identidade dos participantes foi mantida em total sigilo e anonimato, garantido pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), que foi assinado presencialmente em duas vias, sendo que uma ficou com o participante.

A oficina, nas duas sessões, foi gravada em áudio e vídeo e os dados não foram armazenados em nuvem, permanecendo no computador pessoal do pesquisador.

O anonimato sobre a identidade dos profissionais foi garantido por meio da codificação dos relatos e os dados foram tratados e analisados em conjunto. A transcrição do material foi disponibilizada na íntegra aos participantes de modo que foi oferecida a possibilidade de solicitar a remoção de qualquer informação, sem risco de dano ou prejuízos.

Todo esse procedimento foi esclarecido pelo pesquisador /facilitador no início da primeira sessão da oficina e informado no TCLE para minimizar os riscos que envolvem a participação no estudo.

#### **4.5.1 Riscos**

Os médicos residentes foram informados sobre o risco mínimo associado à participação no estudo, dado que foram convidados para uma oficina de trabalho que abordaria dinâmicas da rotina de trabalho.

Adicionalmente, o tempo demandado para a oficina e discussões subsequentes também é considerado um risco mínimo. Para mitigar esses riscos, o pesquisador esteve disponível para fornecer suporte e esclarecimentos conforme necessário,

#### **4.5.2 Benefícios**

Os benefícios da participação na pesquisa incluem a adequação do processo de trabalho às diretrizes preconizadas, melhoria no ambiente profissional e nas relações entre pares e entre preceptores e residentes. A pesquisa visa propiciar discussões que permitam a construção conjunta e participativa entre os participantes.

## **5 RESULTADOS**

A presente seção tem como objetivo apresentar e discutir os resultados obtidos ao longo da pesquisa, estruturada em três etapas interconectadas: Coleta da Base de Dados, Elaboração da Oficina de Trabalho e Síntese do Novo Pensamento Crítico.

Os dados coletados durante a oficina foram cuidadosamente examinados, buscando identificar os principais pontos de convergência, divergência e as nuances do debate em torno da realidade de trabalho de cada residente.

A partir dessa análise, foi possível traçar um panorama abrangente e elucidativo do tema em questão, delineando os contornos do novo pensamento crítico emergente. Os resultados obtidos nessa etapa evidenciaram a riqueza e a complexidade do tema investigado, bem como a importância da reflexão crítica e do debate construtivo para a construção de novos conhecimentos.

### **5.1 Boas práticas de formação em programas de residência em MFC**

Com a finalidade de atingir o objetivo específico número um, a pesquisa utilizou o banco de dados nacional para o levantamento teórico que pudesse fundamentar a estrutura da oficina de trabalho.

A escolha pelo cenário nacional se deu em função da proposta de trabalho, com ação regional, devendo ter suas discussões pautadas em teorias que conversem com a estrutura lógica do ambiente de trabalho brasileiro.

Inicialmente, os descritores de saúde foram utilizados na biblioteca virtual de saúde (BVS); SCIELO; Biblioteca da Sociedade brasileira de Medicina de Família e Comunidade e demais protocolos expostos em bibliotecas de especialidades como clínica médica e de residências multiprofissionais, além de produtos de teses que exploraram a organização de um programa de residência médica ou multiprofissional.

Após a pesquisa inicial, levando em conta os descritores em saúde e o título do trabalho, uma leitura inicial permitiu que o pesquisador especificasse melhor a sua base de dados necessária para a construção da oficina de trabalho. A análise documental chegou em um total de 10 documentos:

Tabela 2 – Análise documental Boas práticas à residência de MFC, 2025

An	Referência	Objetivo Geral	Boas Práticas
A1	Anderson, M. I. P., Castro Filho, E. D., Rodrigues, R. D., Dalla, M. D. B., & Bourget, M. M. (2007). Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. <i>Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i> , 3(11), 180-198.	Apresentar as bases para a expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, destacando a importância da integralidade biopsicossocial e da Atenção Primária à Saúde como pilares fundamentais dessa especialidade médica.	Organização base de um programa de residência Processos de trabalho práticos e teóricos Organização de agenda e relação com preceptor Processos avaliativos.
A2	Sarti, T. D., Fontenelle, L. F., & Gusso, G. D. F. (2018). Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. <i>Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i> , 13(40), 1-5. <a href="http://dx.doi.org/10.5712/rbmfmc.13(40)1744">http://dx.doi.org/10.5712/rbmfmc.13(40)1744</a>	Apresentar as principais conclusões dos artigos publicados no Especial Residência Médica pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2018, destacando a importância da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC) na consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil.	Estruturação dos estágios e espaços físicos para a boa prática de Médicos de Família e Comunidade. Elenca as principais dificuldades de recursos humanos e financeiros para desenvolvimento dos programas.
A3	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Brasil, 01/02/2020	Fornece recomendações e orientações para a qualidade dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, visando aprimorar a formação dos médicos nessa área e, conseqüentemente, a qualidade da assistência oferecida na Atenção Primária à Saúde.	Organização dos Residentes e Preceptores Relação do número de pessoas atendidas por residente (levando em consideração áreas de risco/maior vulnerabilidade Processos avaliativos somativos e formativos.
A4	Savassi LCM, Melo CGL, Gonçalves DA, Oliveira DOPS, Lopes HR, Fregonezi RLH, Turcotte S. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. <i>Rev Bras Med Fam Comunidade</i> ; 2018. 13 (40): 1-13. <i>Online</i> .	apresentar os principais apontamentos e proposições feitas durante a "Oficina Nacional de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade". Ele busca refletir a produção coletiva dos participantes, discutindo temas relevantes para o desenvolvimento da especialidade dentro da	Organização da atuação médica fora do consultório Aplicação de scores e tabelas validadas para organização de periodização e complexidade de casos domiciliados.

		medicina e do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como para a ampliação da formação de especialistas e aprimoramento das políticas de saúde.	
<b>A5</b>	SOUZA, Sanay Vitorino; FERREIRA, Beatriz Jansen. Manual de Boas Práticas em Preceptoría. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Ano de publicação 2016.	propor competências básicas para a atuação qualificada da equipe de profissionais da saúde envolvidos com o processo de preceptoría e auxiliar na qualificação do preceptor como ferramenta para a educação permanente, propondo novas maneiras de ensinar, aprender e fazer.	Normas de boas práticas para preceptores em um programa de residência médica. Ações de ensino, acompanhamento longitudinal de residentes e processos avaliativos somativos/formativos.
<b>A6</b>	BRASIL Hospital Universitário Ana Bezerra. Manual de Boas Práticas para o Exercício da Preceptoría. Natal, RN, 2021.	O objetivo geral deste artigo é orientar a elaboração do plano de preceptoría e contribuir para a sistematização e qualificação da atividade de ensino em serviço no Hospital Universitário Ana Bezerra.	Normas de boas práticas dentro de um ambiente hospitalar (Hospital universitário Ana Bezerra). Relações interpessoais e profissionais da área da saúde.
<b>A7</b>	OLIVEIRA, Aline; FURTADO Ana; VASCONSELOS Erika; BARROS, Gabriela; VASCONSELOS, Rebeca; PADILHA Wandson. Manual de Normas Complementares do Residente em Medicina de Família e Comunidade. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina-PE, 2022	Rege sobre direitos e deveres, organização pedagógica e métodos avaliativos.	Normas complementares para residentes de um programa específico da universidade federal do vale do são francisco. Auxílio na construção de normas e boas práticas clínicas e principalmente interpessoais.
<b>A8</b>	Ministério da Educação. Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade, 2022. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/matrizesdecompetencias/matriz-medicina-de-familia-e-comunidade.pdf/view">https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/matrizesdecompetencias/matriz-medicina-de-familia-e-comunidade.pdf/view</a> . Acesso em: 01/05/2024	“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 cultural.”	Uso de Oficina de Trabalho como metodologia de intervenção na prática clínica de profissionais da área da saúde.

<b>A9</b>	SOARES, Cássia Baldini <i>et al.</i> Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, volume 43, número supl 1, página -11, 19/02/2018	“Este ensaio apresenta as oficinas emancipatórias como proposta de intervenção em saúde do(a) trabalhador(a), voltada para trabalhadores(as) da saúde.”	Uso de Oficina de Trabalho como metodologia de intervenção na prática clínica de profissionais da área da saúde.
<b>A10</b>	ROCHA, GALVÃO e DOMINGUES. PRODUTO EDUCACIONAL -Guia de Produtos Educacionais em Ensino em Saúde, Belem, 2019	“Fornecer suporte pedagógico para candidatos à seleção de Mestrados Profissionais em Ensino em Saúde, alunos desses cursos e professores da área de Ensino em Saúde.”	Guia para construção de produtos educacionais.

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Em termos de produção modelo de publicação, trabalharemos com uma matriz curricular para programas de residência em medicina de família e comunidade (A1), três textos produzidos pela sociedade brasileira e publicados em suas revistas com recomendações sobre estrutura de programas. (A2; A3; A4).

Além disso, três manuais de boas práticas (A5, A6; A7), produtos de pesquisa de mestrado em saúde e educação em saúde. Dois deles se debruçam na função da preceptoria e um deles compete ao residente.

Ainda dentro dessa análise documental, há dois artigos publicados em revistas brasileiras: o primeiro relatando a matriz de competência em Residência em Medicina de Família e Comunidade (A8) e o segundo relacionado ao uso de oficina de trabalho como metodologia de intervenção em pesquisas participativas (A9). Por último, 1 guia de produtos educacionais (A10).

Os critérios para inclusão desses trabalhos foram: trabalhos publicados com um período máximo de 10 anos, conter conteúdo referente à prática do residente e a organização de programas de residência de família e comunidade. Exceção a esse critério é o documento denominado: “Bases para a expansão e desenvolvimento adequados de programas de residência em medicina de família e comunidade” (Anderson; Demarzo; Rodrigues, 2007). A pesquisa entende que se trata de um documento cerne e que se demonstra essencial, base que permitiu o desenvolvimento de conhecimentos frutos dessa base.

A variedade de documentos, bem como a quantidade coletada por essa análise documental, permite que a construção da oficina seja feita de maneira robusta e sólida; respeitando modelos pré-estabelecidos e estudados, a fim de maximizar a experiência dos residentes, público-alvo da pesquisa, a construírem o conhecimento de maneira participativa.

A fim de facilitar a abordagem de temas recorrentes, utilizou-se a categorização dos temas, em ordem de frequência de citações e a partir disso, uma revisão bibliográfica que permitiu estipular bases concretas dos consensos da literatura sobre cada tema. Vejamos a seguir.

### **5.1.1 Preceptor e residente**

Dentre os documentos que se debruçam a elaborar diretrizes em relação à preceptoria, há um consenso da necessidade de o preceptor ser um médico de Família e Comunidade com título e/ou Residência em um programa reconhecido pela sociedade (Anderson; Demarzo; Rodrigues, 2007; Gusso; Lopes; Dias, 2018; SBMFC, 2020).

Em programas de Residência Médica novos, sugere que do momento da sua autorização pela CNRM até um período máximo de 04 anos, todos os preceptores cumpram este requisito (SBMFC, 2020).

É importante, também, que haja por parte do programa, incentivos para que o preceptor realize formação complementar, como cursos de especialização, mestrado ou até mesmo doutorado. Esse incentivo deve vir, entre outras ações, pela liberação de parte da carga horária (Gusso; Lopes; Dias, 2018).

Diz o Manual de Recomendações para a qualidade dos programas de residência médica que o número máximo de residentes por preceptor deve respeitar o limite de 03 residentes, distribuídos em no máximo 02 equipes.

Recomenda-se, também, que os residentes sejam inseridos em uma unidade básica de saúde com pelo menos 03 equipes de estratégia de Saúde da Família. Em caso de não possibilidade, caso o município não tenha essa distribuição, é possível que haja residentes em 01 ou 02 equipes com preceptor. Nesse cenário, o ideal é que exista uma unidade básica próxima (menos de 20 minutos) em caso de necessidade de atendimento de urgência.

O Preceptor deve estimular no residente a capacidade de desenvolver sua prática clínica em uma medicina Baseada em Evidência, além de uma abordagem centrada na pessoa. A prática clínica do Médico de Família e Comunidade é sempre baseada de acordo com a população que ele atende com os recursos disponíveis naquela região (Gusso; Lopes; Dias, 2018).

Os processos de aprendizado devem ser manejados em alguns tópicos importantes, a fim de facilitar a aprendizagem com esses diferentes processos de trabalho. O consultório do Médico de Família, a Atenção Domiciliar, os Grupos Terapêuticos, os Processos de Administração-Gerenciais, Outras Atividades Coletivas e o programa Teórico (Savassi; Coelho, 2018).

### **5.1.2 Residente e população adscrita**

Em relação ao número de pessoas cadastradas em uma equipe atendida por residentes, o recomendado é que ela siga um número de até 4.000 pessoas. Nesse caso, cada residente deve ter sob sua supervisão um número máximo de 2.000 pessoas. Portanto, o ideal é que uma equipe com esse número tenha 2 residentes (SBMFC, 2020).

Em regiões de extrema vulnerabilidade, recomenda-se que esse número de pessoas, sob atendimento do residente médico, seja reduzido para 1500 pessoas. Medida guiada pela complexidade da região onde a atuação se dá (SBMFC, 2020).

### **5.1.3 Organização da agenda e da equipe**

Cabe ao preceptor, junto com a gerência da UBS, a construção de uma agenda que atenda os pré-requisitos estabelecidos pela Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, mas que não coloque em risco o caráter assistencial de sua equipe.

Modelos de organização de agendas estão demonstrados no Manual de Orientações, formulado pelo “Grupo de Trabalho de Ensino” (SBMFC, 2020). Nele, o grupo propõe uma série de cenários possíveis para a formulação dessa agenda:

**Tabela 3** – Adaptado do texto supracitado, a fim de facilitar o entendimento sobre modelos propostos para organizar uma equipe entre preceptores e residentes

Modelos	Preceptorial Presencial	nº Residente(s)	Modelo de Equipe(s)
Modelo 1	1 preceptor	1 Residente	(1p +1r)
Modelo 2	1 preceptor	1 Residente	(1p) e (1r)
Modelo 3	1 preceptor	2 Residentes	(1p+2r)
Modelo 4	1 preceptor	2 Residentes	(1p) e (2r)
Modelo 5	1 preceptor	2 Residentes	(1p+1r) e (1r)
Modelo 6	1 preceptor	2 Residentes	(1r) e (1r) - preceptor volante
Modelo 7	1 preceptor	2 Residentes	(1p) e (1r) e (1r)
Modelo 8	1 preceptor	3 Residentes	(1p+1r+1r+1r)
Modelo 9	1 preceptor	3 Residentes	(1p+1r) e (1r+1r)
Modelo 10	1 preceptor	3 Residentes	(1p+1r) e (1r) e (1r)
Modelo 11	1 preceptor	3 Residentes	(1p) e (1r+1r) e (1r)
Modelo 12	1 preceptor	3 Residentes	(1r) e (1r) e (1r) - preceptor volante

Legenda: p: Preceptor; r: residente; (formatação da equipe).

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

#### 5.1.4 Conteúdo teórico

Sabemos que a Residência Médica propõe um cenário de especialização baseado na prática supervisionada. Entretanto, é importante garantir ao residente um espaço de aulas teóricas, a fim de que ele possa desenvolver sua atividade baseada em práticas consagradas pela literatura (Brasil, 2021; Souza; Ferreira, 2016).

Recomenda-se, então, uma metodologia ativa de aprendizagem e um forte componente em habilidades de comunicação, além da permanente integração entre o cenário prático e a carga teórica (Brasil, 2022).

Em relação a carga horária estimada para as programadas, há um consenso que ela deve variar entre 10% e 20% do total. Na residência de Medicina de Família e Comunidade, com tempo de especialização de 2 anos, temos um total de 5670 horas, divididos em 60 horas semanais (Brasil, 2022).

Diante desse cenário, o programa precisa ofertar para o Residente um mínimo de 6 horas semanais e um tempo que não ultrapasse as 12 horas por semana. A distribuição dessas aulas pode ser realizada de acordo com a necessidade do grupo, mas devem abranger as principais áreas de necessidade: Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Pequenas Cirurgias; Saúde Mental; Medicina interna/emergencial (Brasil, 2022).

### **5.1.5 Estágios práticos (em ambulatórios e hospitais)**

A formação de um médico de família e comunidade estabelece a mudança para o pensamento sistêmico, ampliando a visão de cuidado para a integralidade em saúde de cada indivíduo e de sua família, levando em conta o contexto social de onde vivem.

Apesar disso, é imprescindível que haja um tempo de atuação junto às especialidades e em diferentes níveis de atenção (ambulatorial ou secundária e hospitalar, ou terciária). Dizem as normas estudadas, que esse período de aprendizagem em especialidades focais deve compreender um espaço de 10 a 20% da carga horária (Gusso; Lopes; Dias, 2018).

É de competência da supervisão do programa a negociação com as demais instituições do sistema de saúde como ambulatório, clínicas de especialidades e até mesmo hospitais, para que o residente esteja sempre amparado e respaldado por um preceptor médico (Brasil, 2021).

Espera-se dos residentes o interesse em construir essa grade horária dos seus estágios externos, de acordo com a análise da defasagem do ensino no âmbito da atenção primária.

É essencial que o residente entre em contato com especialidades clínicas, cirúrgicas e até mesmo em nível de atenção à saúde mental, a fim de desenvolver habilidades em que não haja espaço durante a prática na atenção primária. A defasagem pode ser motivada por falta de atendimentos específicos ou também pela falta de material necessário, no caso de procedimentos cirúrgicos como: cantoplastia; cauterização de lesões dermatológicas; retiradas de lipomas e cistos sebáceos; colocação de dispositivo intrauterino (DIU); sutura simples e outros mais complexos, como acesso venoso central (Lemen, 2015).

### 5.1.6 Processos avaliativos

A avaliação por parte do preceptor deve seguir critérios objetivos e subjetivos, a fim de que se consiga obter não apenas uma nota somativa, mas que toda avaliação apresente seu caráter formativo (Oliveira *et al.*, 2022).

Instrumentos de avaliação como o Formulário de Avaliação do Residente, já instaurado e estabelecido dentro da instituição USCS (Mini-SEX e Global Rating) deve ser uma dessas ferramentas, mas não somente a única (Oliveira *et al.*, 2022).

Durante a residência médica, é importante avaliação da capacidade de cada residente em:

- estabelecer vínculo com usuário do SUS e sua família, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo dentro desse organismo socioeconômico;
- constituir, organizar e liderar uma equipe multiprofissional no SUS;
- compreender a característica socioeconômica, política e ideológica da população sob os seus cuidados;
- desenvolver, em seus processos de trabalho, princípios éticos nas relações interpessoais (Oliveira *et al.*, 2022).

## 5.2 Elaboração e fundamentação da oficina de trabalho

Para atingir o segundo objetivo específico da pesquisa, é imprescindível a elaboração da oficina de trabalho proposta a partir de referencial teórico-metodológico do estudo. Utilizando metodologias previamente estabelecidas e já consagradas, a montagem da oficina de trabalho segue modelos baseados em relatos de experiências prévias, como visto na referência A9 da tabela supracitada.

A construção do conhecimento a partir de uma oficina de trabalho crítica e emancipatória é entendida como um privilégio, uma vez que envolve diretamente os trabalhadores e os convidam a pensar sobre o seu próprio processo de trabalho, norteando assim a transformação da realidade e das problemáticas evidenciadas (Soares *et al.*, 2018).

As estratégias para o desenvolvimento do conhecimento partem de princípios como o envolvimento ativo dos participantes da pesquisa, como sujeitos protagonistas

na construção do conhecimento, nesse caso os residentes médicos no cenário do estudo. Para a oficina, foram avaliadas possíveis estratégias facilitadoras da reflexão, a exemplo de: rodas de conversa; jogos e dramatizações; base de documentos oficiais e dados científicos.

O pesquisador, com base no perfil do grupo e dos objetivos da oficina, definiu uma estrutura, conforme está descrito no quadro 2. A oficina foi dividida em duas sessões, de modo a contemplar todos os temas levantados no objetivo 1 da pesquisa.

Com a finalidade de facilitar a dinâmica da oficina, o pesquisador optou por organizar os 6 temas elencados previamente em 3 eixos. Esses temas surgiram a partir da pesquisa prévia realizada pelo pesquisador e estão todos elencados no referencial teórico.

O critério de agrupamento foi a semelhança e a ordem de aparecimento dos temas nos documentos estudados. Dessa maneira, divide-se a discussão em 3 eixos principais:

- Residentes e População Adscrita e organização da agenda (eixo populacional);
- Conteúdo Teórico e Estágios Práticos (eixo de funcionamento);
- Preceptoria e Processos avaliativos (eixo de avaliação).

Em dois encontros ou sessões programadas com a população alvo da pesquisa (residentes de Medicina de Família e Comunidade da USCS), as oficinas se desenvolveram em seis principais etapas, cada uma delas em um tempo determinado previamente pelo pesquisador. Segue o modelo e a metodologia de aplicação.

### **5.2.1 Etapas de acordo com o referencial teórico**

- A. Encontros entre mediador e residentes (previsão de 2 encontros)
- B. Problematização que discute a realizada da residência
- C. Instrumentalização que apoia e demonstra conhecimento prévio
- D. Síntese elaborada pelo grupo (transformação da prática de trabalho)
- E. Avaliação

### **5.2.2 Organização das oficinas**

- Sala de Aula da faculdade USCS - Campus Centro;
- Cadeiras situadas em posição de duas rodas;
- Facilitador da oficina ficará próximo à lousa e estará atento a dúvidas;
- Facilitador será o controlador do tempo de cada etapa;
- Entende-se que possa haver mais tempo necessário para cada etapa;
- Atividade reservada por todo um período (4 horas).

### **5.2.3 Metodologia de cada etapa proposta**

#### **A. Encontro entre o mediador e os residentes**

Essa etapa marca o início propriamente dito da oficina de trabalho. Após a chegada de todos os participantes na sala previamente combinada, o pesquisador, na figura de mediador, iniciará a oficina. Após as palavras de abertura e o agradecimento pela presença, uma breve rodada de apresentação de todos os participantes.

Após a rodada de apresentação, o mediador irá explicar a dinâmica da oficina e irá propor a divisão em 2 grupos. A divisão poderá ser feita da maneira como os participantes preferirem, mas o modelo sugerido será: pelo menos 1 integrante do primeiro ano (R1) e um integrante segundo ano da graduação (R2) em cada grupo.

Ainda como parte da primeira etapa, um aquecimento individual será realizado através do estímulo ao pensamento dos temas e a realização de uma nuvem de palavras (cada residente colocará de 3 a 5 palavras). Atividade será realizada através da ferramenta *online*: *mentimeter* (site gratuito que não requer registro/cadastro prévio). Os residentes precisam apenas de um celular com conexão da internet. Caso haja qualquer problema de conexão, o mediador utilizará a lousa para realizar a dinâmica de maneira analógica. Tempo estimado: 20-30 minutos.

#### **B. Problematização da realidade da Residência em MFC da USCS**

Formados os dois grupos, inicia-se a segunda etapa da oficina. De maneira empírica, ou seja, sem que haja consulta prévia ao referencial teórico ou qualquer outro material de apoio, os grupos irão discutir os pontos positivos e negativos da sua vivência na residência. O pesquisador, na figura do mediador, entregará a cada grupo uma pergunta disparadora de cada tema a ser discutido. As perguntas estão explicitadas nos roteiros das oficinas (anexo C).

Após esse momento de discussão, cada grupo dispõe de um período para expor os resultados. O modelo de apresentação sugerido é o uso de um FlipChart para escrita, com apresentação oral, combinando elementos gráficos ou desenhos (uso de mapa mental em cartolina, por exemplo).

A escolha de como será a apresentação novamente cabe ao grupo em questão, dando maior autonomia e conforto aos participantes. O mediador deve controlar o tempo de apresentação. Tempo estimado: entre 40 e 60 minutos.

### **C. Instrumentalizar: Material de apoio para mediação de conhecimento**

A terceira etapa da oficina é o momento em que o mediador demonstra o resultado de sua pesquisa e o referencial teórico levantado previamente sobre os temas que foram abordados até o momento. A técnica escolhida é de uma aula expositiva, curta, com os principais resultados, a fim de despertar e evidenciar as diferenças do que foi levantado previamente, de maneira empírica.

Espera-se que os residentes participem desse momento expositivo, tirando dúvidas, conversando e discutindo entre si e/ou individualmente. Momento de reflexão coletiva e que pode ser envolvendo ambos os grupos. Tempo estimado: 30 minutos.

### **D. Nova síntese elaborada pelos participantes**

Após a aula expositiva inicia-se a quarta etapa da oficina. Agora todos os participantes estarão envolvidos em uma grande roda de conversa. A ideia é confrontar ou aproximar as vivências da residência médica com o referencial teórico. Nesse momento, o mediador estimulará que os participantes exponham sugestões de mudanças na organização do seu próprio dia a dia. Tempo estimado: 20 minutos.

### **E. Avaliação do exercício**

A quinta e última etapa será para avaliação do exercício proposto e para *feedbacks*. A abertura para fala será a metodologia utilizada nessa etapa e o uso da ferramenta Google *Forms* para que o *Feedback* possa ser feito de maneira anônima ou identificada. Pergunta única: “*Feedback* da oficina”. Tempo estimado: 10 minutos.

**Tabela 4 – Roteiro da primeira sessão da Oficina de Trabalho**

<b>Percurso (Etapas Práticas)</b>	<b>Detalhamento das discussões</b>	<b>Estratégias a serem utilizadas</b>	<b>Material a ser utilizado</b>
<b>O encontro entre o mediador e os residentes.  10 minutos</b>	Apresentação, metodologia, objetivo, cronologia da oficina.	Roda de conversa. Montagem de 2 grupos em livre demanda (sugestão de R1 e R2 em grupos mesclados).	Termo TCLE impresso Rodas de conversa p/ aquecimento pós apresentação.
<b>Problematização que discute a realidade da residência 60 minutos.</b>	Discussão dentro dos eixos propostos: Eixo funcionamento; Cada grupo ficará responsável por 1 tema: teórico e prático.	Reflexão individual de aproximadamente 10 minutos (mapa mental). Debates em grupo de 20 minutos. Cada grupo expõe o discutido para o outro grupo, em apresentação de 10 min.	Questão disparadora para cada grupo (discussão direcionada) Flip-Chart Lousa Mapa Mental.
<b>Instrumentalizar: Material de apoio para mediação entre participantes e o conhecimento 30 minutos.</b>	Exposição teórica do levantamento realizado na pesquisa (objetivo específico nº1).	Momento de exposição do conteúdo teórico pelo mediador. Aula expositiva.	Despertar nos residentes as diferenças entre o que eles vivem na prática e o que se é preconizado.
<b>A nova síntese elaborada pelo grupo 40 minutos.</b>	Avaliação do conteúdo teórico pré e pós instrumentalização; Construção do novo conhecimento.	Roda de conversa entre TODOS os envolvidos (grupos juntos). 20 minutos para cada parte (teórico e prático).	Aproximação da realidade da Residência ao que se tem como padrão ouro na literatura. Flip-Chart e lousa.
<b>A transformação proposta das práticas (avaliação).  20 minutos</b>	Avaliação da oficina e da construção do conhecimento realizado.	<i>Feedback</i> direto em roda de conversa e fim da dinâmica.	Roda de conversa Preparação para a próxima oficina (disparar o tema referente ao eixo de avaliação).

Fonte: Adaptação realizada pelo autor, com base em Soares *et al.* (2018).

Após 15 dias da realização da primeira oficina, o pesquisador voltará a se encontrar com os residentes para uma nova dinâmica. Seguindo os moldes da primeira oficina, mas agora para trabalhar outros temas que não foram abordados.

A divisão entre os temas e a periodização entre as oficinas foi decidida entre o pesquisador e os residentes médicos em encontros prévios. O que motivou o período de 15 dias foi uma demanda do grupo de residentes para colocar uma atividade teórica sobre um tema clínico entre as oficinas.

**Tabela 5 – Roteiro da segunda sessão da Oficina de Trabalho**

<b>Percurso (Etapas Práticas)</b>	<b>Detalhamento das discussões</b>	<b>Estratégias a serem utilizadas</b>	<b>Material a ser utilizado</b>
<b>O encontro entre o mediador e os residentes 10 minutos.</b>	Apresentação, metodologia, objetivo, cronologia da oficina.	Roda de conversa. Montagem de 2 grupos em livre demanda (sugestão de mesmos grupos do 1º encontro).	Rodas de conversa p/ aquecimento pós apresentação. Deixar fluir pensamentos da oficina anterior (15 dias antes).
<b>Problematização que discute a realidade da residência. 30 minutos</b>	Discussão dentro dos eixos propostos: Eixo populacional Eixo de avaliação; Cada grupo ficará responsável por 1 eixo.	Reflexão individual de aproximadamente 10 minutos (mapa mental). Debate em grupo de 20 minutos.	Perguntas disparadoras (norteadoras da discussão) Cartazes Flip-Chart Lousa Narrativa/ <i>storytelling</i> .
<b>Instrumentalizar: Material de apoio para mediação entre participantes e o conhecimento. 30 minutos</b>	Exposição teórica do levantamento realizado na pesquisa (objetivo específico nº1).	Momento de exposição do conteúdo teórico pelo mediador. Aula expositiva.	Despertar nos residentes as diferenças entre o que eles vivem na prática e o que se é preconizado.  Slide – momento expositivo.
<b>A nova síntese elaborada pelo grupo. 30 minutos</b>	Avaliação do conteúdo teórico pré e pós instrumentalização; Construção do novo conhecimento.	Roda de conversa entre TODOS os envolvidos (grupos juntos).	Aproximação da realidade da Residência ao que se tem como padrão ouro na literatura. Flip-Chart e lousa.
<b>A transformação proposta das práticas (avaliação). 10 minutos</b>	Avaliação da oficina e da construção do conhecimento realizado.	<i>Feedback</i> direto em roda de conversa e fim da dinâmica.	Roda de conversa Preparação para a próxima oficina (disparar o tema referente ao eixo de avaliação).

Fonte: Adaptação realizada pelo autor, com base em Soares *et al.* (2018).

### **5.3 Limites e possibilidades da realidade das práticas na residência em MFC em São Caetano do Sul, São Paulo**

Após a aplicação das oficinas de trabalho crítica emancipatória, iniciou-se a etapa de análise dos resultados obtidos a partir da construção coletiva do pensamento, durante os encontros com os residentes.

A etapa de análise qualitativa se mostra um ponto central da pesquisa-ação, uma vez que é através dela que se pode obter um recorte preciso, embora empírico, do momento educacional em que vivem o público-alvo do estudo (Valle; Ferreira, 2023).

No campo educacional, essas ações são ainda mais valorizadas, uma vez que permitem a análise de todo processo de ensino e aprendizagem. É preciso que seja utilizada uma abordagem metodológica reconhecida, para maior precisão na obtenção dos resultados. A pesquisa optou por utilizar a metodologia de Bardin (2011).

A fim de facilitar o entendimento da coleta de dados, a pesquisa seguirá a análise documental qualitativa do material gravado das oficinas na mesma cronologia das etapas de aplicação da dinâmica.

Toda discussão foi gravada em áudio e vídeo. Posteriormente o arquivo foi transcrito com auxílio inicial de uma inteligência artificial (CliptoIA - <https://www.clipto.com/pt>). Após esse período, houve um ajuste minucioso das falas, devido a grande quantidade de erro de identificação das sentenças, por parte da inteligência artificial.

Os textos retirados na íntegra serão relatados entre aspas e identificados com a letra R (Residente) e enumerados de 1 a 8 (7 presentes na primeira oficina e 8 presentes na segunda dinâmica). A ordem numérica segue a estrutura em que eles se distribuíram na sala (em ordem linear da esquerda para a direita).

Optou-se por não fazer nenhuma distinção entre residentes do primeiro ou do segundo ano, para preservar a identidade e evitar viés na análise. Também não iremos destacar qual dos participantes é o representante legal do grupo. Apenas números em ordem, como relatado no parágrafo anterior.

Na primeira oficina, como já dito anteriormente, os residentes se debruçaram em suas experiências prévias e foram apresentados ao conteúdo teórico sobre a base teórica do programa e a parte de estágios práticos nas Unidades Básicas de Saúde.

A primeira parte da oficina ocorreu com a leitura do termo de consentimento livre esclarecido, além da exposição dos objetivos propostos para aquela dinâmica. Inicialmente, no primeiro momento da sessão 1, foi percebido um certo desconforto com a proposta de conversar sobre os processos de trabalho da residência.

Parecia haver certa resistência em conversar sobre fragilidades. O pesquisador serviu como facilitador, na medida em que procurou acolher essa insegurança e trabalhar o objetivo de melhora do ambiente de trabalho.

Iniciando a etapa de “problematização”, os envolvidos foram convidados a realizar uma nuvem de palavras de maneira individual. Utilizou-se um QR Code e o site mentimeter.com para a realização através do uso do aparelho celular. Cada residente foi convidado a colocar 3 palavras que vinham a sua mente, após lerem a frase disparadora: “Estágios práticos e conteúdo teórico”. Essa reflexão levou cerca de 20 minutos, entre a confecção e a discussão sobre as palavras.

Como poderemos ver adiante, mesmo que de maneira individual, as palavras tenderam a um espectro contraditório entre a grande importância desses dois temas, mas a percepção de que eles ocupam um lugar de desvalorização no atual momento do programa.

Palavras como “essenciais”; “aprendizado”; “fundamentais”; ocuparam espaços semelhantes de palavras negativas: “desvalorizados”; “deficitários”; “desestruturados”, revelando uma oposição semântica que confere significado relevante à percepção dos residentes sobre a sua realidade prática de formação.

Uma das participantes, ao ser indagada sobre o que motivou a escolher as palavras “inusitados” e “falhos”, colocou:

Eu coloquei inusitados, porque eu acho que é legal que a gente como médico de família tenha contato com todas as áreas, mas é muito variável entrar em um serviço e depois ir para um outro serviço diferente. É sempre uma sensação de novidade e mudança. Para as outras especialidades focais, acredito que eles sintam menos essa mudança (R2).

Também coloquei falho, pensando na parte teórico. Isso talvez venha a mudar, mas a gente ficou muito tempo sem alguém orientando a gente e sem nenhum conteúdo ou aula (R2).

As análises continuam e outra residente se sente confortável para conversar sobre as palavras que colocou: “Revoltante” e “deficitário”.

Além de ser fraco, é revoltante você ter que disputar espaço com internos. Eu, sinceramente, prefiro me envolver com estudos por conta própria do que

ficar tentando aprender na prática. Fora que as vezes, como foi no estágio de emergência, acabamos por suplicar por procedimentos. Precisamos brigar para conseguir fazer as coisas e eu não tenho mais paciência para isso (R3). Para mim é muito triste, pois eu acho o estágio muito fraco. Eu tive muito mais experiência de aprendizado durante meu internato na faculdade do que durante o estágio na residência. [...] Às vezes dá a impressão de que a gente está atrapalhando o serviço (R3).

**Figura 1** – Nuvem de palavras produzidas pelos residentes. São Caetano do Sul, 2025.



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Ainda dentro da etapa de problematização, o segundo momento foi uma dinâmica em grupo. Nesse momento houve uma interferência do pesquisador para organização do grupo. Houve uma sugestão que houvesse pelo menos um representante de cada ano nos grupos, para que a discussão pudesse ter um olhar mais abrangente.

Conforme descrito anteriormente na dinâmica, cada grupo ficou responsável por um tema dentro do eixo. O grupo 1 ficou responsável pelos estágios PRÁTICOS e o grupo 2 fez sua discussão sobre o tema CONTEÚDO TEÓRICO.

A fim de aumentar a assertividade da dinâmica, cada grupo recebeu uma pergunta disparadora e teve a missão de elencar pontos positivos e negativos sobre o tema. Cada grupo apresentou o que foi discutido para todos envolvidos e todos puderam debater sobre o que foi construído.

Importante ponto dessa oficina é que todo material produzido nessa etapa veio do conhecimento empírico e das vivências dos próprios residentes. Essa análise é

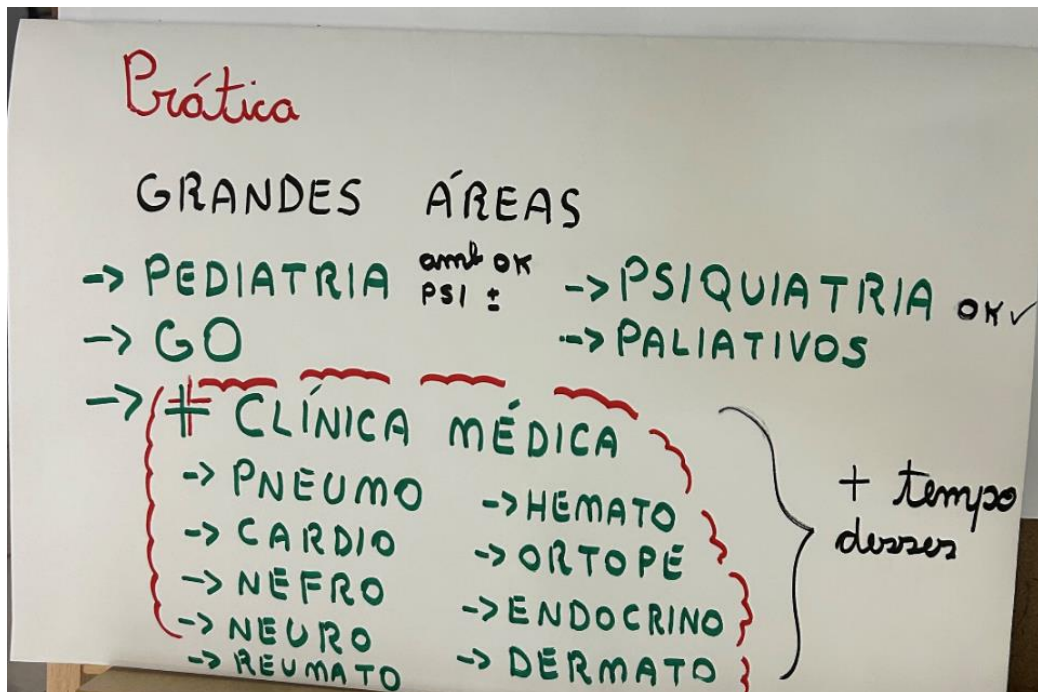
essencial, pois permite visualizar o cenário atual de uma maneira mais assertiva. A representatividade das opiniões baseadas nas experiências prévias.

O exposto pelo primeiro pode ser sintetizado pela imagem 1 apresentada abaixo. O grupo trabalhou a construção do pensamento a partir de uma pergunta disparadora elaborado pelo pesquisador: Quais campos de práticas devem estruturar o programa de residência de medicina de família e comunidade? Quais seriam as grandes áreas que o residente precisa vivenciar? Quais bons estágios que já existem?

Ficou evidente entre todos os envolvidos a importância que o programa prático priorize as especialidades da clínica médica (pneumologia; cardiologia; nefrologia; neurologia; reumatologia; hematologia; ortopedia clínica; endocrinologia e dermatologia).

A área de especialidades clínicas se demonstrou a mais deficitária e a qual os residentes evidenciam maior atenção na organização dos estágios, como podemos ver na imagem, a seguir, a área circulado pela cor vermelha:

**Figura 2** – Produção do grupo 1 sobre estágios práticos. São Caetano do Sul (2025).



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Ainda dentro do campo de estágios externos, uma preocupação demonstrada pelos residentes foi terem a sensação de que não havia um apoio por parte da gestão

da residência, em relação à falta de um facilitador de comunicação entre o chefe do serviço e os residentes.

Diferente do que é preconizado na literatura, atualmente o programa necessita que o residente faça toda comunicação com o serviço em que irá estagiar, organizando não apenas o dia em que vai passar, mas também qual preceptor deve lhe orientar e assinar seus documentos.

Outro ponto negativo evidenciado durante a discussão, foi a recorrente sensação de que os preceptores dos estágios externos não reconhecem os médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade como um recurso valioso, tão pouco entendem o papel de preceptor no processo de aprendizagem durante o estágio externo, conforme pode ser evidenciado nos relatos a seguir.

É muito diferente a experiência que temos como alunos da USCS e agora como Residentes. Durante os estágios de Ginecologia ou da Pediatria, por exemplo, preciso participar da discussão de casos voltada para os alunos. Eles discutem casos voltados para a prova da residência. São dúvidas as vezes básicas, que não nos agregam muito (R1).

A prioridade é sempre o aluno, nunca os residentes. Acabamos por ficar em segundo plano, sem uma diretriz de aprendizado formal. Parece que não entendem nosso papel no serviço (R3).

Sinto que as vezes falta volume de paciente no ambulatório da USCS. Em alguns dias atendemos 5-8 pacientes durante um dia inteiro. Fica difícil ter volume suficiente para discussão (R2).

Existem, entretanto, modelos que os residentes se sentem valorizados e percebem que sua presença no serviço é levada em conta. Caso do estágio de saúde mental, onde o preceptor discute caso a caso com o residente e no final do dia levanta pontos interessantes que foram discutidos. Esse modelo foi o que os residentes elencaram como modelo de ideal.

No CAPS eu sinto que sou acolhida e que estou aprendendo. Temos volume de atendimento, autonomia para discutir os casos e o preceptor está sempre disponível para discussão de caso. Me parece um estágio que funciona muito bem (R4).

Durante a exposição do referencial teórico, o grupo evidencia a ausência da presença do coordenador na organização dos estágios externos e elenca essa ação como primordial para iniciar a reestruturação da parte prática. Outra atividade visualizada pelo grupo como um potencial é a elaboração de um documento que norteie as competências a serem desenvolvidas durante o estágio externo. Na visão

do grupo, isso ajudaria o residente a buscar o conhecimento, mas também auxiliaria os preceptores a discutirem casos e situações baseadas em tais competências.

O documento será elaborado em conjunto com o coordenador e tomando como base o Currículo Baseado em Competência, elaborado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Com essas ações, espera-se uniformizar o processo de aprendizagem e melhorar a experiência do residente durante o estágio externo, uma vez que tanto o preceptor do local quanto o próprio residente terão uma base comum para desenvolver habilidades clínicas e conceitos teóricos.

Em relação à parte teórica, o grupo 2 trouxe questionamentos relacionados a falta de organização das aulas e a dificuldade em encontrar uma pessoa que seja responsável direta por essa tarefa. Norteados pela pergunta disparadora: “Quais conteúdos programáticos devem ser contemplados durante a formação do residente da USCS? Quais boas experiências que já existem?” O grupo explorou as potencialidades e fragilidades da parte teórica do programa.

Os Residentes se mostraram descontentes com a falta de organização da parte teórica do programa. Uma das questões levantadas foi a quantidade de tentativas frustradas de organização dessa parte, sem que haja uma uniformidade no programa teórico. Como potencialidade, o grupo mostrou satisfação com o modelo de discussão de casos complexos e atividades como roda de conversa, aulas expositivas sobre especialidades (neurologia; endocrinologia), mas com foco na atuação do médico de família e comunidade e a ação na atenção primária.

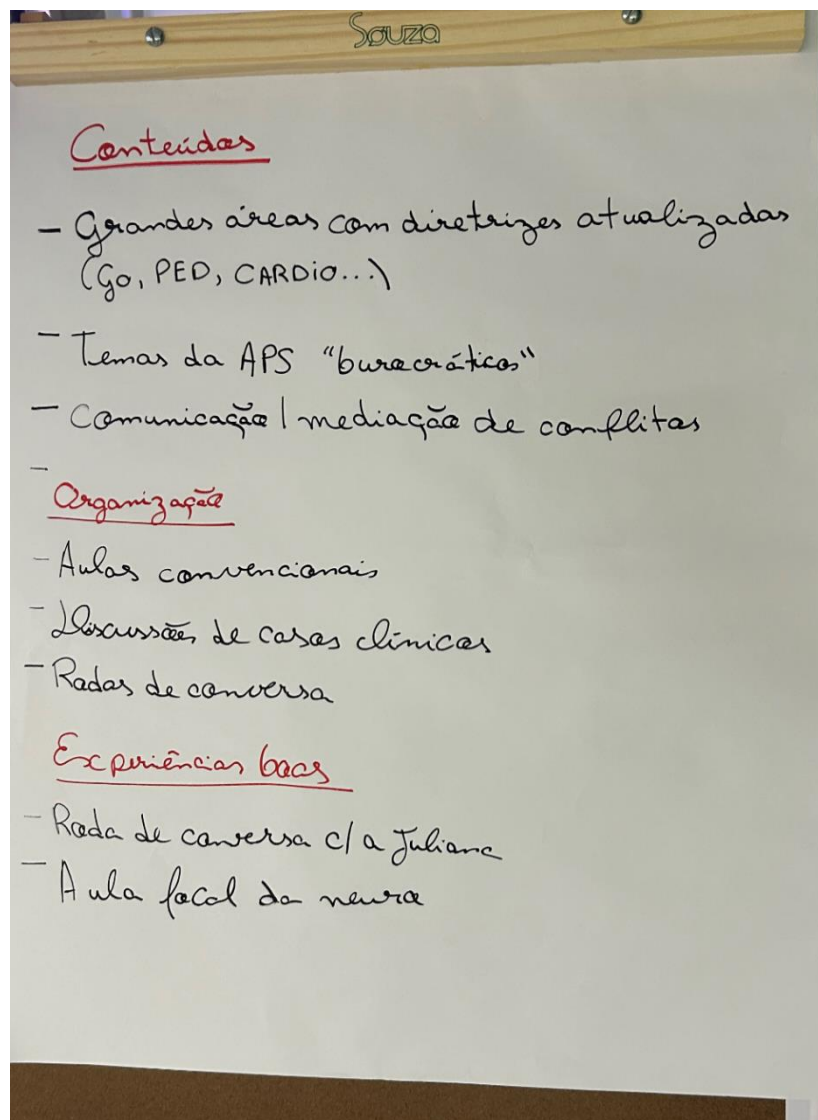
Os residentes também entendem que devem participar ativamente do programa teórico com uma quantidade de carga horária voltada para desenvolver e ministrar aulas entre eles. Embora existam potencialidades, a dificuldade em tornar essas atividades recorrentes e em horário fixo é o principal ponto negativo. Não há uma organização vertical sobre as aulas, o que torna a experiência angustiante e frustrante.

Embora a literatura preconize que 10%-20% da carga semanal seja para atividades teóricas, por diversas vezes os residentes se veem sem atividade na semana e precisam mudar a programação individual de cada um. O coletivo evidencia que isso desorganiza não só a agenda pessoal, mas atrapalha a rotina das unidades básicas de saúde e os estágios externos, uma vez que eles precisam ser realocados para a prática, pois não tenham aula, conforme o relato de R1.

É extremamente desgastante a gente organizar tudo, ai chega outra pessoa e pensa em outra maneira e desconstrói tudo que havíamos combinado (R1).

Como podemos ver na figura 3, que retrata a imagem produzida pelo grupo sobre quais temas deveriam ser contemplados com prioridade, além de elencarem a organização das aulas e as boas experiências que já existem atualmente:

**Figura 3** – Produção do grupo 2 sobre conteúdos teóricos. São Caetano do Sul (2025).



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A oficina foi finalizada após a exposição do conteúdo teórico que sustentou a discussão e a organização dos pontos positivos levantados durante toda exposição dos grupos, de forma que houve um consenso em relação as quais atitudes o

programa pode ter para melhorar a experiência dos residentes frente a parte teórica e prática.

Em consenso coletivo, optou-se por realizar *feedback* de maneira individual e anônima, através da resposta via *Google Forms*. O pesquisador irá elaborar um questionário simples, uma pergunta aberta para analisar os sentimentos em relação à oficina. Também ficou combinado o encontro da segunda oficina para 15 dias após essa primeira atividade.

No segundo encontro, após 15 dias da primeira atividade, os participantes estavam com uma postura menos defensiva e mais colaborativa, se comparados ao início da primeira atividade. Essa postura coletiva possibilitou uma maior fluidez nas atividades.

Os mesmos 7 participantes da primeira oficina estiveram presentes, com adição de 1 residente que não pode participar da primeira dinâmica por questões pessoais. Essa pessoa teve um momento para leitura e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), antes de se juntar à dinâmica.

Como tarefa inicial, para aquecimento individual, os participantes foram convidados a escrever um texto breve, de 1 a 3 parágrafos, sobre o que seria discutido na oficina: “Como é a realidade da sua unidade, em relação a organização de agenda? Como você idealiza um preceptor da residência médica? Como são os processos de avaliação pelos quais você passa?” Os relatos que seguem foram retirados dessa produção de textos dos participantes e evidenciam importante vivência dos participantes.

A preceptoria da UBS trabalha de forma incansável para sanar as dúvidas e ensinar os residentes. Em meu ambiente, temos 2 residentes para 2 preceptores, numa relação de 1 para 1. Isso facilita o aprendizado, amplia o vínculo e fortalece os laços, possibilitando uma troca genuína de conhecimento (R5).

Atualmente atendo pacientes provenientes da agenda da minha preceptoria. Aproximadamente 30 pacientes por dia, que não divididos entre meu outro colega residente e entre os alunos. Prefiro e gosto desse modelo de atender na agenda do preceptor, pois não conflitua com a minha agenda de estágios externos (R4).

Em relação ao processo de avaliação, foi realizado apenas 1x durante o período que estou na residência. Uma prova com questões múltipla-escolha, retiradas do banco de questão das últimas provas de título para MFCs. Creio que pode ser amplamente melhorada, para um modelo teórico-prático e mais condizente com a realidade das residências e da nossa atuação no município (R8).

Em relação ao *feedback* por parte dos preceptores, são apenas papéis preenchidos sem explicações. Sinto que como a postura é adequada, as

notas já são satisfatórias. O que me faz pensar se essa nota reflete as minhas condutas médicas ou apenas a minha postura? (R8).

Após a reflexão individual, os participantes foram novamente separados em dois grupos para discussão entre pares. O modelo proposto foi semelhante ao adotado na primeira oficina: cada grupo recebeu uma pergunta disparadora e refletiram a partir dela:

Pergunta disparadora ao Grupo 1: Considerando a sua realidade de trabalho, como é a organização da sua equipe? Quantas pessoas estão cadastradas? Você acredita que essa seja a melhor forma de organizar uma equipe que tenha residentes médicos? É possível aplicar essa idealização?

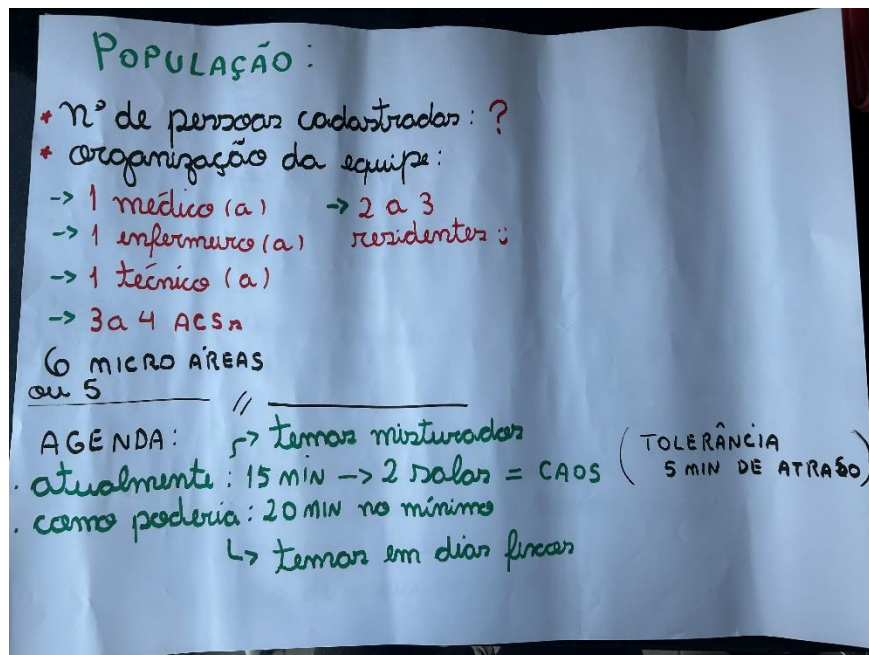
Pergunta disparadora ao Grupo 2: Em relação a preceptoria, como você idealiza a imagem do preceptor? E sobre o processo de avaliação, quais são as metodologias que você conhece? Quais boas práticas que você já reconhece no seu dia a dia?

Por um período de aproximadamente 30 minutos, como na primeira oficina, cada grupo discutiu entre si para a construção de um pensamento coletivo que contemplasse os pontos positivos e evidenciasse a fragilidade de cada tema a ser exposto.

Após esse período, um representante de cada grupo apresentou as ideias e todos os residentes debateram quais estratégias poderiam ser adotadas na prática diária, levando em consideração o ambiente e a realidade das unidades básicas de saúde e atuação das equipes frente à população de São Caetano do Sul.

Entremeadado a essas apresentações, o pesquisador teve momentos de intervenções para mostrar a todo o grupo como o referencial teórico olha para determinado tema, trazendo assim bases para uma discussão baseada em evidências. Podemos ver abaixo os cartazes produzidos nessa dinâmica:

**Figura 4** – Produção do grupo sobre organização da equipe. São Caetano do Sul (2025).



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

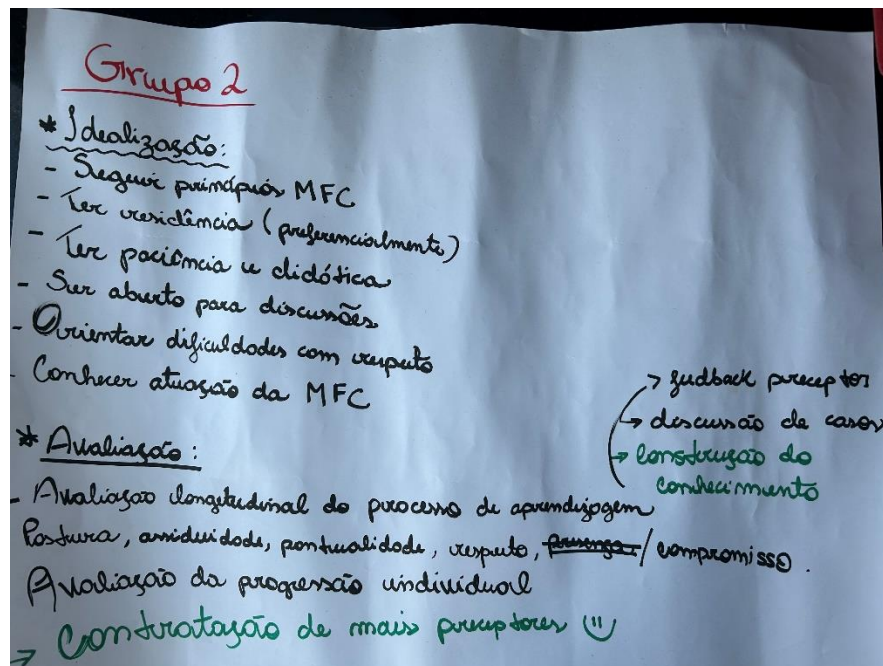
Os participantes reconheceram a dificuldade em negociar autonomia completa da agenda, devido ao fato dela ser controlada por uma central de agendamentos municipal. Isso foi debatido também durante a exposição do referencial teórico e o consenso foi de que as equipes que contêm residentes deveriam ter autonomia completa no manejo da agenda.

Não houve um consenso sobre o número de pessoas ideais para cada equipe e o entrevistador pode evidenciar que essa relação de população e agenda era um conceito que os residentes não dominavam e não souberam determinar.

Após a exposição do referencial teórico, o grupo chegou a um consenso de que a realidade de São Caetano do Sul funciona melhor com a agenda focada no preceptor e ele participando ativamente dos atendimentos, uma vez que o tempo proposto pela prefeitura de 20 minutos por consulta é considerado baixo para aprendizado.

Dessa maneira, o residente é inserido numa equipe onde o responsável técnico é o preceptor médico e a agenda estará referenciada no nome dele. O residente ganha mais tempo de consulta, uma vez que não é o responsável direto por esses pacientes agendados.

**Figura 5** – Produção do grupo 2 sobre preceptoria e avaliação, São Caetano do Sul (2025).



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A imagem acima reproduz o produzido pelo segundo grupo, referente as competências esperadas de um preceptor ideal. Nesse aspecto, a vivência e a experiência previa dos residentes se aproxima muito do referencial teórico.

Estima-se que o preceptor seja um profissional registrado no CREMESP e que tenha o registro da especialidade (RQE). Que ele tenha atributos que estimulem o residente ao pensamento crítico, bem como o ensino focado em discussões baseadas em evidência.

A avaliação formativa é subutilizada, na visão dos residentes, uma vez que há pouco espaço para explorar documentos de avaliação, bem como poucos *feedbacks* ao longo da jornada de aprendizado. O grupo entende que mais ferramentas deveriam ser utilizadas e a frequência desses processos precisa aumentar.

Outro item contestado é a avaliação puramente somativa: o grupo espera que haja uma prova que contemple questões técnicas, mas também deseja uma simulação que reflita o cenário vivenciado nas unidades básicas de saúde.

Apesar do caráter somativo, espera-se que esse modelo possa ajudar a melhorar as práticas clínicas, a partir de uma situação verossímil com o encontrado no dia a dia dos atendimentos nas unidades básicas de saúde.

#### 5.4 Elaboração das Diretrizes de boas práticas em MFC na residência da USCS

**Tabela 6** – Quadro comparativo: o que é preconizado pela SBMFC; a realidade do contexto de práticas da residência em MFC de São Caetano do Sul; Diretrizes aplicáveis à realidade do cenário do estudo.

	<b>Como é na realidade</b>	<b>Como deveria ser (referencial teórico)</b>	<b>Diretrizes elaboradas pelo grupo</b>
<b>Eixo populacional</b>	Agenda do preceptor e residente sem agenda. Não há uma uniformidade sobre a quantidade de população assistida. Quem faz a marcação das consultas médicas é uma central e não compete a equipe essa tarefa.	Equipe composta por preceptor e residentes, onde cada residente deve ficar responsável por, no máximo, 2.000 pessoas da área descrita. Equipe de Estratégia e unidade básica de saúde serão responsáveis pelo agendamento das consultas e organização da semana.	Pelas características populacionais de São Caetano, o modelo de agenda do preceptor e os residentes atendendo nessa agenda funciona bem. Devido ao grande número de alunos da graduação, otimiza-se 2 residentes por equipe. Ideal que o agendamento e organização da semana seja feita pela equipe de estratégia.
<b>Eixo estrutural</b>	Estágios externos são variados em suas organizações. Não há uma diretriz sobre o que deve ser aprendido e observado nos estágios externos. Estágio teórico não tem uma programação mínima e não há definição de quem ministra as aulas.	Organização dos estágios externos são de responsabilidade do coordenador da residência. Cada preceptor externo deve ser comunicado com antecedência sobre a ida do residente ao serviço. O coordenador deve organizar as competências a serem desenvolvidas pelo residente durante o estágio.	Os estágios externos devem ser organizados pelo coordenador e ele deve ser o responsável pela comunicação com os demais preceptores. O residente e o preceptor devem receber um documento com as competências a serem desenvolvidas.  Esse documento deve utilizar como base o Currículo Baseado em Competências” da sociedade brasileira de medicina de família e comunidade. O programa teórico deve ter uma data fixa e priorizar temas clínicos e discussões de casos desafiadores.
<b>Eixo avaliação</b>	Avaliação formativa através de uma única ferramenta validade pela universidade.	Os métodos de avaliação formativa devem ser implementados de	A avaliação formativa deve ter uma periodicidade maior (1x/mês) e a utilização

	Residentes são avaliados na parte somativa com uma prova Multipla escolha, com testes retirados das provas de título. A prova acontece 1x/ano.	maneira constante. Uso de ferramentas validadas (Calgary-Cambrigde; Mini-CEX; Observação reversa e direta de consulta;). A prova somativa deve contemplar questões abertas, questões múltipla-escolha e se possível cenários de prática, para observar comportamento e postura do residente.	das ferramentas já validadas devem se tornar mais frequentes. A prova somativa deve ser composta por questões múltipla-escolha, questões abertas para escrita e possivelmente um cenário prático (a ser decidido de acordo com disponibilidade dos profissionais da rede).
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

### 5.5 *Feedback* dos participantes nas Oficinas de Trabalho

Após a realização dos dois encontros, cada residente foi convidado a responder a uma pesquisa via *Google Forms*. A participação foi voluntária e anônima, a fim de garantir a ausência de interferências na coleta de dados. As perguntas foram pré-estabelecidas pelo pesquisador.

**Figura 6** – Pergunta sobre participação prévia em OCTE.

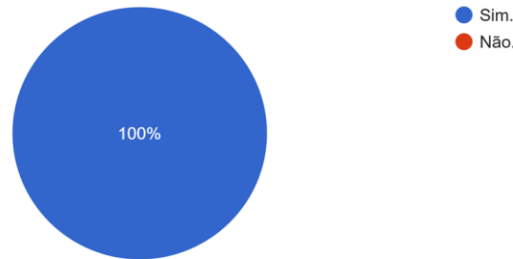


Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A porcentagem significativa de pessoas que não haviam participado de uma dinâmica de oficina é uma evidência de inovação dentro do cenário da residência. Ser exposto a uma metodologia ativa e ser capaz de desenvolver um pensamento através dela é um privilégio (Valle; Ferreira, 2023).

**Figura 7** – Pergunta sobre oficina e novos conhecimentos para o residente.

No seu ponto de vista, a oficina trouxe novos conhecimentos para a sua vivência?  
6 respostas



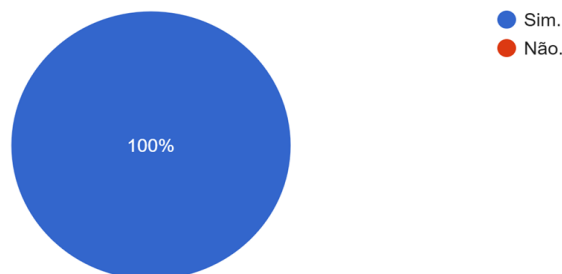
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A Intersecção dos temas organizacionais com os conteúdos educacionais da residência, alinhados à um rigor técnico e embasado em um referencial teórico sólido, contribuem e validam a força do pensamento construído coletivamente, dando credibilidade ao que foi construído pelo grupo (Valle; Ferreira, 2023).

Todos os personagens envolvidos na dinâmica da oficina entenderam que o que foi vivenciado e construído para o grupo contribuiu para a melhoria da sua vivência prática, uma vez que todos entenderam que novos conhecimentos foram apresentados e construídos.

**Figura 8** – Pergunta sobre a aplicabilidade dos temas no cenário diário.

Você acredita que o que foi discutido na oficina pode ser aplicado na prática do seu cenário de atuação?  
6 respostas



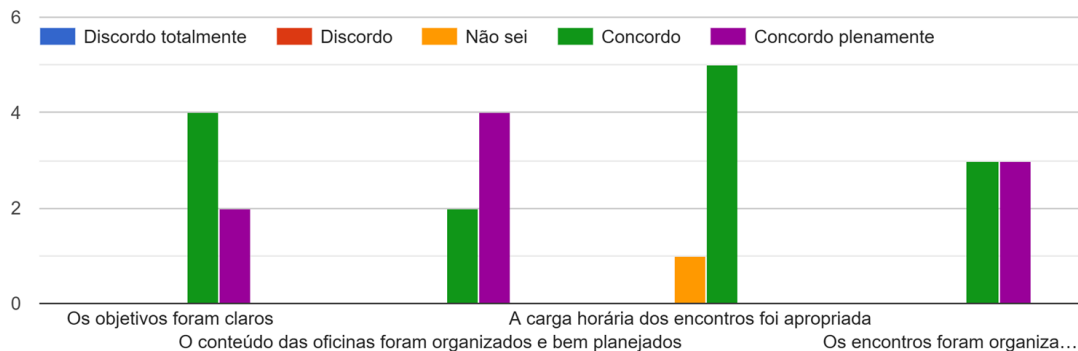
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Assim como evidenciado em relação a capacidade de mostrar novos conhecimentos, os residentes também tiveram a percepção de que o conteúdo discutido nas oficinas possui aplicabilidade nas vivências práticas de suas realidades.

O alinhamento das duas perguntas acima permite a pesquisa entender e evidenciar a potencialidade da metodologia proposta. O desenvolvimento do pensamento crítico é uma ferramenta inovadora para a construção do pensamento coletivo.

**Figura 9** – Pergunta sobre o conteúdo e objetivos da oficina.

Conteúdo e objetivos da Oficina



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Em relação a exposição dos objetivos e a dinâmica das oficinas de trabalho, houve uma percepção positiva em relação aos objetivos, ao conteúdo e a organização da oficina. Uma das pessoas não soube opinar.

É importante salientar que a primeira oficina teve um tempo de discussão inicial maior do que o previsto, mas o pesquisador como mediador e facilitador, entendeu que o momento de discussão era produtivo para a coletividade e deixou com que isso acontecesse.

Não há uma resposta direta, mas o fato dessa flexibilização de tempo para cada etapa ter existido, pode ter feito com que alguns residentes entendessem que o tempo destinado aos encontros não foi totalmente apropriado.

## 6 DISCUSSÃO

A pesquisa-ação determina quatro etapas essenciais durante a sua construção. Essas etapas são cíclicas e seguem o modelo de investigação-ação: planejar uma melhora da realidade; agir para implantar a melhora planejada; descrever os efeitos da ação no ambiente estudado; avaliar os resultados da ação realizada (Tripp, 2005).

A abordagem qualitativa proposta pela pesquisa ação e desenvolvida através da intervenção da oficina de trabalho é entendida como um privilégio, pois permite o residente explorar seu ambiente de trabalho a partir de aspectos sociais, culturais, históricos e políticos (Gatti; André, 2011).

Dessa maneira, durante todo processo de construção coletiva do pensamento, sob uma perspectiva crítica emancipatória, a pesquisa permite trazer melhorias imediatas ao cenário de trabalho da população pesquisada, a partir da ótica dos residentes médicos.

A Intersecção dos temas organizacionais com os conteúdos educacionais da residência, alinhados à um rigor técnico e embasado em um referencial teórico sólido, contribuem e validam a força do pensamento construído coletivamente, dando credibilidade ao que foi construído pelo grupo (Valle; Ferreira, 2023).

A partir da perspectiva de análise proposicional de discurso, proposta por Bardin (2016), podemos categorizar os discursos dos residentes em dois espectros principais: a essencialidade dos temas discutidos e a precariedade percebida na maneira como eles estão sendo conduzidos até o momento.

Essa dualidade, embora pareça um impeditivo, pode ser lida como um campo com potencialidade para melhora, uma vez que o percebido pelo grupo, como atual momento, encontra-se longe da idealização evidenciada nos materiais teóricos. A análise proposicional, portanto, é utilizada para avaliar a falta de congruência entre o que é dito e o que é feito na prática (Valle; Ferreira, 2023).

Modelos determinados pelo grupo já podem ser aplicados na sua realidade para aproximar a prática clínica do preconizado pela literatura. No eixo populacional, por exemplo, a determinação de 1 preceptor com título de médico de família, no máximo, em grupo de 3 residentes (SBMFC, 2021), mas com preferência para essa relação ser 2x1 devido as características estruturais das unidades básicas de saúde de São Caetano do Sul, que dificilmente comportam número grande de trabalhadores.

Em relação ao eixo estrutural, a respeito da responsabilidade de comunicação da diretoria do PRM com os médicos responsáveis por outros estágios, para facilitar a chegada do residente ao novo serviço (Brasil, 2021)

Essa ação supracitada, assim como a criação de um documento simples baseado no currículo de competências (Lermen Junior, 2015) que permita o residente e o preceptor externo saberem quais competências devem ser adquiridas durante o estágio, também já foram mudanças pactuadas desde o momento da oficina.

Este currículo supracitado é um documento construído por diversos grupos de trabalho da SBMFC e fruto de uma extensa pesquisa para aprimorar e auxiliar o desenvolvimento de novas competências aos residentes. A partir dele, o residente construirá conjuntamente com o preceptor do estágio externo, seu plano de aprendizagem.

Foi desenvolvido e pensando para ser adaptável a diferentes realidades locais, não havendo quaisquer restrições quanto a sua utilização para documentos complementares (Lermen Junior, 2015).

O residente deve presar sempre pela assiduidade e pontualidade, respeitar todos em ambiente de trabalho externo e se adequar a rotina do novo ambiente que está alocado. Ao fim do estágio, espera-se que o residente possa ser avaliado objetivamente, receber e entregar *feedbacks* ao preceptor do serviço (Oliveira *et al.*, 2022)

A autonomia de cada preceptor deve ser respeitada e ele deve ter competências que estimulem o residente a sistematização do uso do raciocínio crítico para desenvolver hipóteses capazes de resolver os problemas diários, envolvendo-o no processo de ensino-aprendizagem e aumentando sua corresponsabilidade nesse crescimento (Brasil, 2021).

Outro ponto de imediata aplicação dá-se no eixo de avaliação da residência. Remodelamento da aplicação da prova formativa. Importante e essencial para a progressão do ensino, a prova será estruturada de maneira a abordar temas abertos e casos clínicos vivenciados na prática das unidades básicas de saúde de São Caetano do Sul (Oliveira *et al.*, 2022)

A autopercepção de aplicabilidade do conhecimento é um ponto essencial no processo de ensino e aprendizagem do adulto. Sabe-se que à medida que os sujeitos amadurecem, o aprendizado precisa ter aplicabilidade do aprendizado,

desenvolvimento do aprendizado para melhora do seu papel social, e desenvolver a capacidade de aprendizagem para resolver problemas (Carvalho *et al.*, 2010).

Estudar o ambiente da residência médica é um desafio por se tratar de um ambiente que envolve a educação, mas principalmente tem uma característica de aprendizado através do papel clínico exercido pelo médico. É importante que o pesquisador consiga transmitir esse anseio pelo saber para os participantes das oficinas.

As diversas abordagens propostas, a construção coletiva do pensamento crítico reflexivo, o caminho metodológico e o uso de uma oficina de trabalho para a posterior análise do conteúdo são fatores determinantes para a construção de um conteúdo robusto e com rigor científico, principalmente em um ambiente multitemático e com diversos problemas e desafios (Valle; Ferreira, 2023).

A escolha do percurso metodológico, em especial a técnica de análise dos dados, é fulcral para que o pesquisador possa explorar com maior relevância e coerência o seu objeto de estudo, pois essa técnica pode contribuir ou até mesmo comprometer a viabilidade das análises e considerações a respeito do estudo.

A partir do momento que o pesquisador consegue alinhar as abordagens participativas, com a análise de conteúdo, cria-se uma potencialidade na construção de novos pensamentos. É importante o reconhecimento da importância de a pesquisa qualitativa conseguir interpretar e qualificar a vivência dos sujeitos envolvidos (Valle; Ferreira, 2023).

O uso dessas técnicas, em constante construção e remodelamento, permite que as pessoas envolvidas na pesquisa construam novas interpretações de suas realidades, ressignifiquem processos de trabalho e consigam olhar sua realidade de uma maneira diferente.

## 7 PRODUTO

Como etapa final da pesquisa, foi sistematizada a síntese de todo conhecimento construído coletivamente. Após o momento de aplicação da oficina de trabalho previamente descrita, inicia-se a etapa de resultados e de construção do material final.

O manual terá o formato *online*, escrito pelo pesquisador através de um documento Word e disponibilizado via *Google Drive* para todos os residentes, a fim de facilitar a interação e a constante atualização do produto, de acordo com a reavaliação da realidade.

A opção por um material *online* e em formato descritivo foi uma escolha do pesquisador e levou em conta a praticidade de encontrar as informações, todas direcionadas e expostas no sumário do documento, além da coparticipação do corpo discente para futuras atualizações.

O uso de tabelas e colorações para definição da semana padrão, bem como para a organização do ano letivo visa a facilitação visual e o reconhecimento rápido por qualquer consultor do documento. É de suma importância que exista um caráter prático, acessível e de fácil entendimento, para que ele seja utilizado.

O símbolo presente na capa é a representação artística já pré-existente que representa o programa de residência médica em Medicina de Família e comunidade da USCS. A imagem traduz a essência da especialidade: uma roda de pessoas, intercomunicadas entre si, representando diversos modelos de família e pessoas, todas interligadas por uma raiz comum.

A construção segue um modelo semelhante a estruturação de uma pesquisa clínica, com apresentação dos objetivos do material e uma breve introdução, objetivos e o corpo do documento refere-se à apresentação dos eixos discutidos nas oficinas, além de informações importantes como: mapa da cidade, locais das UBS, telefone de contato dos preceptores e dos responsáveis pelos ambulatórios externos.

Além das questões técnicas discutidas, o presente produto contará também com algumas informações importantes para o recebimento de novos residentes. São informações referentes ao calendário base proposto para o ano de 2025, semana padrão, referencial teórico e anexos contendo os documentos oficiais da COREME sobre avaliação e um segundo anexo com material para auxiliar na avaliação de

consultas médicas. Todos os documentos discutidos e escolhidos pelo próprio corpo de residentes, como opção para auxiliar a prática de consultas.

Espera-se que o documento seja um norteador das ações dos novos residentes, mas também auxilie o atual corpo de alunos a aproximar sua prática clínica e teórica ao preconizado na literatura e amplamente discutido durante toda pesquisa e elaborado coletivamente a partir de um olhar crítico-emancipatório.

Esse presente estudo não abordou planejamento de próximos encontros, ou a periodização de oficinas de trabalho, mas entende que existe um caminho para a educação permanente, integral e participativa, com base no que foi construído até então.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que o pensamento crítico e participativo é um caminho inovador para a construção coletiva de um manual de boas práticas no âmbito da residência de Medicina de Família e Comunidade.

A primeira etapa da pesquisa-ação, cujo objetivo é a observação do universo a ser estudado, somado com o objetivo específico de levantar dados teóricos, se mostrou eficaz para o caminhar do estudo, seguindo forte rigor científico para nortear ações coletivas e construções de novos pensamentos e possibilidades.

A coleta de informações, ou obtenção de dados, segunda etapa da modalidade de pesquisa qualitativa, mostrou mutualismo acadêmico com a ferramenta proposta de intervenção: a oficina de trabalho crítica emancipatória.

Nessa etapa, foram analisados os limites e possibilidades e, também, o envolvimento dos residentes, fazendo com que eles pensassem ativamente em seus processos de trabalhos e propusessem mudanças, a partir de um pensamento de grupo. O segundo objetivo específico da pesquisa foi atingido nessa etapa.

Por último, em caráter de síntese, a pesquisa foi capaz de mostrar opções para as dificuldades elencadas a partir de um referencial teórico sólido e robusto. Dessa maneira, pode-se elaborar coletivamente boas práticas em medicina de família e comunidade.

Espera-se que o produto fruto dessa pesquisa encontre um corpo docente disposto a seguir as recomendações de boas práticas, para que ele seja um instrumento norteador para manter a residência dentro de critérios objetivos de boas práticas no ensino e no assistencialismo.

Entende-se como limitação da pesquisa, a restrição ao universo ao qual ela foi aplicada, mas se enxerga um grande potencial de replicação das atividades realizadas, adequando cada etapa ao universo em que outras residências estão inseridas.

Para tal feito acontecer, seria necessário validar o modelo de oficina junto a outros médicos de família e comunidade, ou até mesmo coordenadores de residências médicas. Esse não foi o escopo dessa pesquisa e não abrangeu esses objetivos.

Convite aberto para que os residentes envolvidos ativamente nessa pesquisa possam dar continuidade ao que foi construído, validando e utilizando o produto em seu dia a dia.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. A Atenção Primária em Saúde que queremos. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 7., 2005, Belo Horizonte (MG). **Anais** [...]. Belo Horizonte: SBMFC, 2005a.

ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. **A Medicina de Família e Comunidade, A Atenção Primária em Saúde e o Ensino de Graduação**: Recomendações e Potencialidades. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2005b. 32p.

ANDERSON, Maria Inez Padula *et al.* Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p.183-185, dez. 2007.

BARBIER, Rene. **A Pesquisa-ação**. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 3 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM). **Resolução nº 004/2003**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Disposições gerais sobre a Atenção Básica**: Especificidades da equipe de saúde da família. [S. l.], 21 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15787-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15787-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 13 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Hospital Universitário Ana Bezerra. **Manual de Boas Práticas para o Exercício da Preceptorial**. Natal, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrn/documentos-institucionais/arquivos-documentos-institucionais-geral/ma-gep-007.pdf>. Acesso em: 3 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt->

br/residencia-medica/matrizesdecompetencias/matriz-medicina-de-familia-e-comunidade.pdf/view. Acesso em: 1 maio 2024.

BRASIL. Associação Médica Brasileira. **Perfil dos Residentes e Residência Médica**. 2024. Informe Técnico nº 5. Disponível em: [https://amb.org.br/wp-content/uploads/2025/02/RM\\_DemografiaMedica.pdf](https://amb.org.br/wp-content/uploads/2025/02/RM_DemografiaMedica.pdf). Acesso em: 2 ago. 2023.

CABRAL, Uberlândia. **Censo 2022**. [S. l.], 28 jun. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>. Acesso em: 20 jul. 2024.

CARVALHO, Jair Antonio de; CARVALHO, Marlene Pedrote de; BARRETO, Maria Auxiliadora Motta; ALVES, Fábio Aguiar. Andragogia: Considerações sobre a aprendizagem do adulto. **REMPEC – Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 83-86, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Brasil possui médicos em quantidade suficiente para atender demandas da população. **Portal CFM**, Brasil, 6 fev. 2023. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-possui-medicos-em-quantidade-suficiente-para-atender-demandas-da-populacao/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

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

FALK, João Werner. História. **SBMFC**, [S. l.], 1 fev. 2008. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/historia/>. Acesso em: 10 jun. 2024.

FONSECA, R.M.; OLIVEIRA, R.N.; FORNARI, L.F. Prática educativa em direitos sexuais e reprodutivos: a oficina de trabalho crítico-emancipatória de gênero. *In*: **Programa de atualização em enfermagem: atenção primária e saúde da família: Ciclo 6**. Vol. 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 59–120.

GATTI, B. A.; ANDRÉ, M. A relevância dos métodos de pesquisa qualitativa em educação no Brasil. *In*: WELLER, W.; PFAFF, N. (Org.). **Metodologias da pesquisa qualitativa em Educação: teoria e prática**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 29-38.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GRUPO DE TRABALHO DE ENSINAGEM DA SBMFC. **Recomendações para a qualidade dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: manual de orientações**. [S.l.]: SBMFC, 2020.

GHEDIN, Evandro; FRANCO, Maria Amélia Santoro. **Questões de método na construção da pesquisa em Educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (orgs). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019. ISBN 9788536327631.

LEITE, Ana Paula Tussi; CORREIA, Isabel Brandão; CHUERI, Patrícia Sampaio; SARTI, Thiago Dias; JANTSCH Adelson Guaraci; WAQUIL, Alice Paul *et al.* Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2121-2130, 2021.

LERMEN JUNIOR, Nulvio *et al.* Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)**, 2015. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 5 out. 2024.

MIRANDA, Marília Gouveira; RESENTE, Anita C. Azevedo. Sobre a Pesquisa-ação na Educação e as Armadilhas do Praticismo. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 33, p. 511-516, 2006.

OLIVEIRA, Aline; FURTADO, Ana; VASCONSELOS, Erika; BARROS, Gabriela; VASCONSELOS, Rebeca; PADILHA, Wandson. **Manual de Normas Complementares do Residente em Medicina de Família e Comunidade**. Petrolina-PE: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2022.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de; ARAÚJO, Cássia Andrade; TORRES Odete Messa; FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; SOUZA, Priscilla Azevedo; OLIVEIRA, Francisco Arsego de. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. **Revista Interface**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180008, p. 7-12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180008>.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2012.

ROCHA, Sarah Lais; GALVÃO, Edna Ferreira Coelho; DOMINGUES, Robson José de Souza. **Produto Educacional: Guia de Produtos Educacionais em Ensino em Saúde**. Belém: [s.n.], 2019.

SAVASSI, L.C.M.; COELHO, F.L.G. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 1, n. 2, p.19-26, nov 2004. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acessado em: 12 de maio de 2025.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, Anair Araujo de Freitas. Pesquisa-ação, princípios e fundamentos. **Revista Prima**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 4, 2021.

SIMAS, Keith Bullia da Fonseca; GOMES, Andréia Patrícia; SIMÕES, Patrícia Passos; AUGUSTO, Daniel Knupp; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-13, 2018.

SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli; SOUZA, Helton Saragor de; VIEIRA, Aline Godoy; CORDEIRO, Luciana; LOPES, Lara de Oliveira; CAVALCANTI, Beatriz Souza Garofalo. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, n. supl. 1, 19 fev. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade**. Brasil, 1 fev. 2020.

SOUZA, Sanay Vitorino; FERREIRA, Beatriz Jansen. **Manual de Boas Práticas em Preceptoría**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2016.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VALLE, Paulo Roberto Dalla; FERREIRA, Jacques de Lima. **Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin**: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. SciELO Preprints, 2023. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.7697.

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: construindo diretrizes em uma perspectiva participativa

**Pesquisador:** Bruno de Lazzari Schaffhausser

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 76880124.9.0000.5510

**Instituição Proponente:** Universidade Municipal de São Caetano do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.636.522

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do projeto”, “Objetivo da pesquisa” e “Avaliação dos riscos e benefícios” foram retiradas do arquivo “Informações Básicas da Pesquisa (INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2273556.pdf) de 11/01/2024 e/ou Projeto Detalhado (PROJETO\_BRUNO\_cep\_atualizado.docx) de 11/01/2024.

#### Introdução:

Ao propor a construção coletiva de um manual de boas práticas para um programa de Residência Médica, é preciso entender o contexto histórico e atual da especialidade em questão, para que possamos ter a real noção da problemática e dimensão do desafio a ser transposto pelo grupo de estudo que se formará.

A medicina de Família e Comunidade, como programa de Residência Médica, surge anteriormente ao nascimento do SUS, em meados da década de 70 e 80, ainda com o nome de Medicina Geral e Comunitária. Os primeiros pólos formadores que se tem documentação são: Centro de Saúde Murialdo e o Grupo Hospitalar Conceição.

FALK, João Werner. História. In: FALK, João Werner. História. [S. l.], 1 fev. 2008. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/historia/>

Em um panorama global, reforçando a ideia de cuidado descentralizado e voltado para atenção

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 6.636.522

primária em saúde, no ano de 1978 um importante marco para o surgimento da especialidade mundo afora: Conferência Internacional em Cuidados Primários em Saúde (Alma Ata – URSS). Encontro mundial que reforça e endossa um conceito de saúde amplo, pautado não apenas na ausência de doença, mas sim em um completo bem-estar físico, mental e social – definição utilizada até hoje pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Também durante essa conferência, foram levantados temas importantes relacionando a saúde com a desigualdade econômica e social entre os países e o estabelecimento de metas de desenvolvimento sustentável para que os países atingissem a capacidade de cuidado, visando uma vida social e economicamente produtiva – meta estabelecida inicialmente para o ano 2000. Os cuidados primários em saúde, sob esse aspecto, constituem a chave para que essa meta fosse atingida.

O ano de 1981 marca a decisão do Conselho Nacional de Residência Médica de formalizar os Programas de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária como especialidade reconhecida pelos órgãos reguladores. Quase uma década após a declaração de Alma Ata, no ano de 1986, temos a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em território brasileiro. Importante encontro que buscou estabelecer diretrizes para a construção de um sistema único de Saúde – universal e descentralizado. Dois anos após esse encontro, em 1988, o SUS nasce como um marco de saúde da nova constituição vigente.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)

Em constante formação e evolução, com ampla participação popular e investimentos oriundos das três esferas de poder (municipal, estadual e federal), o Sistema Único de Saúde lança em 1994 o Programa de Agentes Comunitários em Saúde – primeiro e importante passo para que o programa de Saúde da Família (PSF) seja a principal estratégia de cuidado a nível nacional. Porém, apenas em 2011, quase 20 anos após, o Ministério da Saúde coloca o PSF como a estratégia principal para atenção primária. Surge, então, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Retira-se do texto original publicado no Diário Oficial em 21 de outubro de 2011, a portaria nº 2488 que a define como:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria. Disposições gerais sobre a Atenção Básica: Especificidades da equipe de saúde da família, [S. l.], 21 out. 2011.

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.636.522

peças e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Especificidades da equipe de saúde da família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família (ESF):

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - Carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

O olhar histórico da construção para o SUS e os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como conhecemos hoje, nos permite entender o momento atual em relação a essa especialidade. Ainda há uma carência muito grande de profissionais capacitados e especializados nessa área, devido ao pouco tempo de

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 6.636.522

existência dos programas e pela dimensão continental de nosso país.

Dados de projeção populacional, tendo como base o último censo do IBGE de 2022, estima a quantidade de um pouco mais de 203 milhões de pessoas vivendo atualmente no Brasil. Levando em conta a portaria nº 2488 e a meta de uma equipe de ESF para cada 4.000 pessoas, seriam necessárias cerca de 50.000 equipes dotadas de pelo menos, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário em saúde (ACS) para suprir a demanda populacional. A portaria nº 3566 do Ministério de Saúde (MS) de 2019, define o quantitativo de 45.796 Equipes de Estratégias de Saúde da Família, distribuídas em todo território nacional (Cabral, 2022).

CABRAL, Umberlândia. Censo 2022. [S. l.], 28 jun. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) conta com aproximadamente 500.000 médicos inscritos e regularizados em seus registros. Desse número total, apenas 7.000 possuem residência médica ou especialização em Medicina de Família e Comunidade. Número consideravelmente distante para atender as mais de 45 mil equipes registradas no país.

Outro agravante é a discrepância de distribuição desses médicos e das faculdades de Medicina em território nacional. Contando com cerca de 350 faculdades, mais de 1/3 dessas instituições se encontram em um eixo restrito a São Paulo, Rio de Janeiro e o Distrito Federal. Os locais mais afastados dos centros de saúde são aqueles que mais sofrem com a ausência dessa estrutura preconizada em lei.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasil possui médicos em quantidade suficiente para atender demandas da população. Portal CFM, Brasil, 06/02/2023. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-possui-medicos-em-quantidade-suficiente-para-atender-demandas-da-populacao/>

Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (sbmfc) a formação de Médicos especialistas tem como padrão ouro os programas de Residência. Como o campo de atuação é a frente das equipes de estratégia de saúde, a presença desses programas é uma maneira direta de melhorar a qualidade da atenção ofertada à população.

FALK, João Werner. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade 2004; 1(1), p.5-10

Ainda antes de entrar no campo da especialidade, um olhar para a formação médica se faz

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 6.636.522

necessário. As Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC) propõem, em sua última atualização, que o aluno da graduação esteja diante dos campos de estágios desde o início de sua formação, a fim de desenvolver habilidades interpessoais e de liderança. Tais habilidades, quando não trabalhadas durante a graduação de maneira contínua e supervisionada por um preceptor capacitado, trazem prejuízo para o início de um curso de Especialização, uma vez que os requisitos básicos de competência muitas vezes não estão presentes. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15787-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15787-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>

Ainda no primeiro capítulo do documento, no trecho que trata as habilidades em relação à atenção em saúde, explicita-se a necessidade de uma formação humanística, crítica, reflexiva e ética que permita que o aluno trabalhe em todos os diferentes níveis de atenção à saúde, visando o bem-estar e cuidado integral do paciente, bem como defesa de direitos básicos como cidadania, dignidade da população.

No mesmo documento, um pouco mais a frente, encontramos um dos princípios fundamentais da Medicina de Família e Comunidade: o cuidado centrado na pessoa. A necessidade de aprendizagem sobre a importância de um trabalho interpessoal, coletivo e que busca utilizar os recursos disponíveis naquele campo de atuação para servir de modelo e referência de cuidado para a população atendida. Contribuição direta para o desenvolvimento de ações que respondam às necessidades daquele local. BRASIL.

Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15787-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15787-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)

Alinhado a tais diretrizes e reconhecendo a dificuldade de atingir tais metas devido à falta de capacitação de profissionais médicos na linha de frente da atenção primária a nível de Brasil, a Sociedade Brasileira de Medicina elabora constantes protocolos e documentos para direcionar uma boa formação e o bom funcionamento dos programas de residência médica de Medicina de Família e Comunidade pelo Brasil.

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 6.636.522

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Brasil, 01/02/2020

A observação empírica da realidade do pesquisador, na atuação profissional como docente no âmbito da residência em Medicina de Família e Comunidade e médico frente a uma equipe de Estratégia de Saúde de Família no município de São Caetano do Sul, revela ainda haver algumas discrepâncias práticas entre o que preconiza a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a maneira como se organiza o funcionamento da Residência em São Caetano do Sul.

Aspectos como modelo de organização de uma equipe com residentes; a maneira como se organiza a agenda e o acesso da população; o número de pessoas cadastrados nas microáreas e uma relação máxima por cada residente; a atuação conjunta dos residentes e dos preceptores (modelo de organização da equipe); o conteúdo teórico; além do momento de avaliação periódica são aspectos, cuja operacionalização na realidade das práticas parece ainda estar em processo de construção. Em outras palavras, parece não haver consonância entre as diretrizes preconizadas no documento supracitado e as práticas implementadas no Programa.

O programa de residência médica da Universidade de São Caetano do Sul é considerado novo e passa por um momento de consolidação frente à gestão municipal. Com aproximadamente 4 anos de existência, uma oferta de 8 vagas de ensino divididas nos dois anos de extensão do programa (4 residentes do primeiro ano e 4 do segundo ano). Considera-se que, com um corpo docente de 4 preceptores ativos, há possibilidade para ajustar os parâmetros de organização conforme preconizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Empiricamente observa-se que tais ajustes podem ser implementados em construção conjunta entre os envolvidos diretamente no programa de residência (coordenação, preceptores e residentes), uma vez que há documentos que podem nortear a construção dessa melhoria e práticas exitosas desenvolvidas, a despeito dos desafios descritos. A problemática apresentada, motivou o presente estudo a pensar ser possível, por meio da construção participativa de um manual de boas práticas, alinhar discrepâncias e potencializar as práticas formativas no referido Programa.

Nesse sentido, o presente estudo pressupõe que a construção de um manual de boas práticas em uma perspectiva participativa, junto aos atores envolvidos (residentes do programa de residência de medicina de família e comunidade da universidade Municipal de São Caetano do Sul) poderá fortalecer o micro universo em que esse programa está contido, além de capacitar alunos e novos especialistas para que eles sejam propagadores de melhorias constantes nas Equipes de Estratégias de Saúde de Família em que eles potencialmente irão trabalhar após completarem a sua

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 6.636.522

especialização e, desse modo, impactar o Ensino e as práticas no âmbito da Atenção Básica no SUS.

O estudo em questão, se baseia no conceito de boas práticas como um conjunto de ações teóricas e práticas exitosas, que visam adequar o processo de ensino a aquele preconizado como modelo pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Este documento será explorado mais a frente, no campo do referencial teórico e será utilizado como base para a construção da oficina crítica emancipatória - modelo de intervenção escolhido pelo pesquisador (SBMFC, 2020).

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Brasil, 01/02/2020

Toda ação proposta em um campo de trabalho deve visar a melhoria do atendimento à população atendida por aquele programa. Dessa maneira, o projeto buscará aprimorar as bases curriculares e competências dos residentes, para que eles possam participar ativamente da construção de um produto que visa a melhoria das práticas no âmbito municipal da ESF. Desse modo, o presente estudo questiona: Como elaborar Diretrizes de Boas Práticas de Ensino em Saúde no âmbito da Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma perspectiva participativa?

Hipótese: elaborar Diretrizes de Boas Práticas de Ensino em Saúde no âmbito da Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma perspectiva participativa constitui uma possibilidade inovadora para aprimorar as práticas de Ensino em Saúde no âmbito da residência em MFC.

#### Metodologia: Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se como exploratório, de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa nos fornecerá os subsídios interpretativos necessários para analisar em profundidade o objeto de estudo e os significados que permeiam as práticas no âmbito da residência médica no cenário de investigação. Em relação aos procedimentos que configuram o desenho do estudo, trata-se de uma pesquisa-ação, cuja intervenção será precedida por uma etapa de pesquisa documental.

A primeira etapa do estudo utilizará de pesquisa documental que visa levantar, a partir dos documentos publicados pela SBMFC, boas práticas de Ensino no âmbito da Residência em MFC. Essa etapa subsidiará a segunda etapa interventiva, bem como a análise do material produzido na etapa de pesquisa de campo. A seguir, serão detalhados os procedimentos de cada etapa a ser implementada visando o alcance dos objetivos específicos.

A segunda etapa da pesquisa envolverá pesquisa de campo. O estudo será realizado na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, junto ao Programa de Residência Médica de

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.636.522

Medicina de Família e Comunidade, contemplando os discentes. O encontro acontecerá em uma sala da Faculdade de Medicina da Universidade São Caetano do Sul, Campus Centro. Optou-se por esse local, por ser o mesmo ambiente onde os residentes frequentam para a carga teórica do programa de residência.

A universidade municipal de São Caetano do Sul (USCS) abriu a primeira turma de medicina de família e comunidade como um programa de acesso direto (vagas ofertadas por meio de concurso aos médicos formados, sem que haja necessidade de alguma especialização prévia). Desde a sua abertura, o programa conta com 4 vagas disponibilizadas por ano e uma carga teórica de dois anos. O corpo docente tem sua formação mínima de 6 professores, que na prática clínica médica, são denominados preceptores. Não há um número exato de pessoas envolvidas e não há um vínculo formal financeiro. O trabalho é realizado de maneira voluntária.

Participarão do presente estudos os residentes que estão cursando primeiro e segundo ano do curso, com um número total de 8 e uma possível variação de acordo com o número de ingressos no ano de 2024. Além dos alunos, estipula-se a presença do pesquisador como facilitador da oficina. A decisão de não envolver outras pessoas como o coordenador ou preceptores visa diminuir a possível inibição dos participantes.

O pesquisador será o facilitador da oficina. Vale destacar o entendimento de que sua participação pode ser um viés de coleta de informação, por participar do programa em um estágio de hierarquia diferente dos pares envolvidos, mas justifica a escolha da OTCE como uma ferramenta que possibilita diminuir esse possível ruído de informação, uma vez que a proposta de intervenção busca o envolvimento de todos e a construção coletiva do conhecimento.

A presença do coordenador, assim como de preceptores, por sua vez, pode ser outro fator de dificuldade para expor pensamentos livres e críticas relacionadas ao funcionamento do programa. Por conta disso, o pesquisador entende que os envolvidos devem fazer parte da mesma classe hierárquica e decide pela construção da oficina apenas com os residentes.

#### Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para definir a amostra serão: estar cursando a residência médica do programa no ano de 2024, além de mostrar interesse e disponibilidade em participar do estudo e da oficina de trabalho crítica emancipatória (OTCE).

#### Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão são: pessoa que não deseja participar do estudo; residentes egressos em anos prévios do ano de 2024;

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.636.522

Métodologia proposta para a Coleta de dados

Para o alcance do objetivo específico 01:

“Levantar métodos reconhecidos como padrão para avaliação, estágios, organização da equipe, e outras práticas recomendadas pela SBMFC”:

A primeira etapa, fase de exploração da pesquisa, prosseguirá com a pesquisa documental. Nesse sentido, a busca por protocolos de boas práticas e manuais de funcionamento de residências médicas na biblioteca virtual da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e em outras bibliotecas nacionais e internacionais como sciELO, biblioteca virtual de saúde (BVS) e em outras sociedades de especialidades diversas. A partir do material levantado, será realizada análise de conteúdo, com o objetivo de levantar diretrizes que devem compor a operacionalização dos Programas de Residência em MFC.

A partir da análise documental, serão definidos os aspectos essenciais para se definir quais os temas a serem abordados durante a oficina, bem como o subsídio para a análise dos dados e construção do manual de boas práticas, produto desta dissertação.

A pesquisa documental também consegue evidenciar uma dificuldade em encontrar, em sites de sociedades de outras especialidades médicas, documentos que se assemelham ao exposto na biblioteca virtual da SBMFC.

Para o alcance do objetivo específico 2:

“Investigar, junto aos profissionais que compõem a residência em MFC, desafios e potencialidades reconhecidos no cotidiano das práticas no cenário do estudo”

A pesquisa de campo envolverá a pesquisa ação, que caracteriza-se pelo seu caráter intervencionista, sendo que, neste estudo será utilizada a Oficina de trabalho Crítico-emancipatória (OTC) como estratégia metodológica que possibilita a intervenção no momento da coleta de dados e possibilita a construção coletiva de um produto, apropriado por pesquisador e participantes em uma relação horizontal, mediada pelo pensamento e a ação participativa (Fonseca, Oliveira, Fornari, 2017).

Para etapa de construção da oficina, utilizou-se como referência o documento “Práticas Educativas em Direitos Sexuais e Reprodutivos: Oficina de Trabalho Crítico-Emancipatória de Gênero” – PROENF Atenção Primária e Saúde da Família, ciclo 6, volume 1. Adaptações para a realidade da residência foram realizadas para adequar aos temas previamente elencados como importantes.

Exemplo e etapas necessárias para a construção das oficinas. Importante passar pelo processo de PARTICIPAÇÃO, RESPONSABILIDADE, AUTOESTIMA e EMPODERAMENTO e a partir dessas etapas, construir o novo conhecimento.

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 6.636.522

Para o alcance do objetivo específico 3

“Elaborar, em uma perspectiva participativa, estratégias e ações que configurem boas práticas na formação em MFC, aplicáveis à realidade do cenário do estudo.”

MODELO DE FUNCIONAMENTO DA OFICINA: ANEXO C

Essas diretrizes serão construídas de forma colaborativa durante a Oficina de Trabalho Crítica Emancipatória (OCTE), envolvendo ativamente os participantes. Após as oficinas, o material será analisado à luz do referencial teórico e das diretrizes identificadas na etapa de análise documental. O pesquisador, então, elaborará o texto do manual, incluindo as diretrizes e os conteúdos essenciais para a contextualização.

Uma etapa crucial será a harmonização do que foi discutido com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Dada a natureza coletiva da construção, o pesquisador deverá desenvolver habilidades para encontrar um ponto de convergência entre o ideal e as contribuições dos participantes.

Dada a diversidade de serviços, bem como as limitações físicas e financeiras possíveis, reconhece-se que a pesquisa dificilmente atingirá o ideal estabelecido pela sociedade. Ao final do processo, espera-se que os envolvidos estejam mais engajados nos aspectos práticos e teóricos do trabalho de uma residência médica, contribuindo para uma experiência enriquecedora.

#### 4.3 Método proposto para a análise dos dados

Todo o processo da oficina será registrado em áudio e vídeo e, posteriormente, todos os relatos serão transcritos na íntegra e posteriormente analisados a partir da proposição de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

Aspectos éticos, riscos e benefícios

Os médicos residentes serão convidados individualmente por e-mail, recebendo uma carta de convite (Apêndice A) que esclarece os propósitos e objetivos do estudo. Além disso, receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e um memorando detalhando o processo da oficina de trabalho (Apêndice C). A participação será informada como opcional em uma etapa única, com a consideração de um segundo encontro presencial, se necessário. O encontro acontecerá em uma sala da Faculdade de Medicina da Universidade São Caetano do Sul, Campus Centro. Optou-se por esse local, por ser o mesmo ambiente onde os residentes frequentam para a carga teórica do programa de residência.

Este estudo seguirá os requisitos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS do CN) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). Essa integração visa proteger os participantes da

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 6.636.522

pesquisa que envolve seres humanos na área da saúde. Todos os participantes serão devidamente informados sobre a pesquisa e seus objetivos, com a participação sendo voluntária, sujeita à disponibilidade e interesse dos profissionais. A identidade dos participantes será mantida em total sigilo e anonimato, garantido pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que será assinado presencialmente em duas vias, sendo que uma ficará com o participante.

**Objetivo da Pesquisa:**

São objetivos secundários do protocolo: 1. Levantar métodos reconhecidos como padrão para avaliação, estágios, organização da equipe, e outras práticas recomendadas pela SBMFC; 2. Investigar, junto aos profissionais que compõem a residência em MFC, desafios e potencialidades reconhecidos no cotidiano das práticas no cenário do estudo; 3. Elaborar, em uma perspectiva participativa, estratégias e ações que configurem boas práticas na formação em MFC, aplicáveis à realidade do cenário do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A oficina será gravada em áudio e vídeo e os dados não serão armazenados em nuvem, permanecendo no computador pessoal do pesquisador. O anonimato sobre a identidade dos profissionais será garantido e os dados serão tratados e analisados em conjunto. A transcrição do material será disponibilizada na íntegra aos participantes de modo que poderão solicitar a remoção de qualquer informação, sem risco de dano ou prejuízos. Todo esse procedimento será esclarecido pelo pesquisador /facilitador no início da oficina e informado no TCLE para minimizar os riscos que envolvem a participação no estudo.

Riscos: Os médicos residentes serão informados sobre o risco mínimo associado à participação no estudo, dado que serão convidados para uma oficina de trabalho que abordará dinâmicas da rotina de trabalho. Reconhecendo a possibilidade de desconforto ao abordar temas sensíveis relacionados às hierarquias profissionais, o risco mínimo incluirá a potencial desconformidade com certos processos de trabalho. Adicionalmente, o tempo demandado para a oficina e discussões subsequentes também é considerado um risco mínimo. Para mitigar esses riscos, o pesquisador estará disponível para fornecer suporte e esclarecimentos conforme necessário, garantindo que qualquer informação relatada que possa causar desconforto ou prejuízo seja excluída.

Benefícios: Os benefícios da participação na pesquisa incluem a adequação do processo de trabalho às diretrizes preconizadas, melhoria no ambiente profissional e nas relações entre pares e entre preceptores e residentes. A pesquisa visa propiciar discussões que permitam a construção conjunta e participativa entre os participantes

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.636.522

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de Projeto de Mestrado de Bruno de Lazari Schaffhausser, do programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde, sob orientação da Prof. Dra. Rebeca Nunes Guedes de Oliveira, apresentando embasamento teórico para a sua execução.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide item "Conclusões ou pendências e lista de inadequações".

**Recomendações:**

Vide item "Conclusões ou pendências e lista de inadequações."

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos nos documentos do protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-USCS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Este CEP ressalta a importância do envio dos relatórios parciais e final, sendo uma responsabilidade assumida pelo pesquisador ao submeter o seu projeto para apreciação. De acordo com a Resolução CNS No 466 de 2012, consta na seção XI, itens XI.1 e XI.2.a até XI.2.h, diz que: "A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos ético e legais quanto a:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parcial e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e a pessoal técnico integrante do projeto;
- f) justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados."

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo deverão ser apresentadas ao CEP-USCS de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

UNIVERSIDADE MUNICIPAL  
DE SÃO CAETANO DO SUL -



Continuação do Parecer: 6.636.522

Modelos e orientações para a elaboração do relatório estão disponíveis na página do CEP-USCS  
<https://sites.google.com/online.uscs.edu.br/cep>

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2273556.pdf	11/01/2024 20:55:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BRUNO_cep_atualizado.docx	11/01/2024 20:54:56	Bruno de Lazari Schaffhausser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	FolhaAnuenciaUSCS_assinada.pdf	11/01/2024 20:54:44	Bruno de Lazari Schaffhausser	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	B_TermoConsentimentoLivreEsclarecidoPresencial.doc	11/01/2024 20:54:36	Bruno de Lazari Schaffhausser	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoCEP_assinada.pdf	11/01/2024 20:54:20	Bruno de Lazari Schaffhausser	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CAETANO DO SUL, 05 de Fevereiro de 2024

Assinado por:

**Brigitte Rieckmann Martins dos Santos  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 09.521-160

**UF:** SP

**Município:** SAO CAETANO DO SUL

**Telefone:** (11)4239-3282

**Fax:** (11)4221-9888

**E-mail:** cep@online.uscs.edu.br

## APÊNDICE A – CARTA CONVITE

Prezado(a)

Me chamo Bruno de Lazari Schaffhausser, sou médico de família e comunidade, mestrando na Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) no programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde.

Atualmente pesquiso sobre os processos de trabalhos envolvidos na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do programa da USCS.

Este projeto de mestrado tem como finalidade propor a construção conjunta de diretrizes de boas práticas para o Residente, sob uma perspectiva participativa.

Por esse motivo, venho por meio desta carta convite instigar a sua participação nesse projeto, para que possamos construir juntos um manual que ajude a adequar os processos de trabalho e avaliação da residência ao preconizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Iremos, em um segundo momento, realizar uma oficina de trabalho para discutir os processos em que estamos envolvidos na nossa prática diária.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), de acordo com as exigências da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes de responder às perguntas relacionadas ao estudo, apresentaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua leitura e anuência. O TCLE será entregue individualmente através do Coordenador do programa, para que possa ser assinado e devolvido durante a reunião semanal do programa.

Sua participação é voluntária, sua identidade será mantida em sigilo e seus dados pessoais não serão divulgados. Toda gravação realizada durante o processo será de única utilização para coleta de dados e não haverá divulgação de imagens.

Caso tenha alguma dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato através do email:

[bruno.delazari@gmail.com](mailto:bruno.delazari@gmail.com)

Telefone: +55(11) 99633-5905

Obrigado!

Bruno de Lazari Schaffhausser

Mestrando em Educação em Saúde pela Universidade de São Caetano do Sul (USCS)

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Título da pesquisa: MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: construindo diretrizes em uma perspectiva participativa**

Nome do(a) pesquisador(a) responsável: Bruno de Lazari Schaffhausser

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa proposta pelo Programa de Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) que está descrita em detalhes abaixo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USCS, de acordo com a exigência da Resolução nº 466/2012 [BS1] do Conselho Nacional de Saúde.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo(a) e esclarecê-lo(a) de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará.

Esta pesquisa tem como objetivo elaborar diretrizes de Boas Práticas de Ensino em Saúde no âmbito da Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma perspectiva participativa. Caso aceite participar da pesquisa, sua participação se dará por meio de uma Oficina de Trabalho, que será utilizada como método de coleta de dados participativa e educativa. A oficina será realizada no Campus Centro da USCS, em sala de aula previamente divulgada e terá duração total de 4 horas, incluindo um intervalo de 30 minutos. Nelas os participantes (alunos do programa de residência da USCS) irão interagir entre si e com o pesquisador/facilitador a fim de discutir e elaborar metas de adaptação do processo de trabalho no Programa de Residência. Os temas a serem desenvolvidos serão: local adequado de trabalho; metodologia de preceptoria clínica; programa teórico; carga horária prática e teórica. O modelo de intervenção, através da oficina de trabalho, entende que novos temas relevantes podem surgir de acordo com a dinâmica do grupo envolvido.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. A participação nesta pesquisa envolve um risco mínimo, que está relacionado a possíveis desconfortos em expor questões sobre seu processo de trabalho e aos deslocamentos que serão realizados para que todos cheguem presencialmente ao ambiente da oficina, que será realizada nas dependências da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de ética em pesquisa conforme a Resolução nº 466/12 [BS2] do Conselho Nacional de Saúde.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo para você. Você poderá pedir informações sobre a pesquisa através do telefone do(a) pesquisador(a) do projeto +55(11)996335905, ou pelo e-mail: bruno.delazari@gmail.com. Se necessário, procure o Comitê de Ética em Pesquisa da USCS, cujo telefone é (11) 4239-3282, de segunda a sexta das 14h às 16h, ou pelo e-mail cep@online.uscs.edu.br.

Toda a oficina será gravada em áudio e vídeo e posteriormente o áudio será transcrito para posterior análise. Você terá acesso à transcrição na íntegra e poderá solicitar a exclusão de qualquer informação que julgue necessária, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo ou danos. Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros e imagens estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a construção de diretrizes para o programa de residência médica da Universidade de São Caetano do Sul, em uma perspectiva participativa. Dessa forma, espera-se que o conhecimento que será construído a partir deste estudo possa contribuir para adequação dos processos de trabalho da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (MFC) de acordo com o que é preconizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), gerando benefícios para a formação dos residentes médicos e conseqüentemente para a população que será atendida pelos estudantes envolvidos.

Você não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa. Você terá direito a buscar indenização ou ressarcimento caso você se sinta prejudicado em decorrência deste estudo. Você tem garantido a disponibilidade de tratamento médico em caso de danos que os justifiquem e que sejam diretamente causados pelos procedimentos da pesquisa.

O CEP-USCS tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Após estes esclarecimentos, solicitamos seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

#### **Consentimento Livre e Esclarecido**

**Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:**

São Caetano do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante ou responsável legal

**Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466 de 2012 [BS4] CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP-USCS. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.**

São Caetano do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

---

## APÊNDICE C – FINALIDADE E OBJETIVOS DAS OFICINAS 1 E 2

### Oficina 1

Roteiro de Oficina Crítica Emancipatória – 1º Encontro

Título – Desbravando os meandros da Residência Médica em MFC

Data - 10/10/2024 – quinta feira

Local – Universidade São Caetano do Sul – Campus Centro (sala 415)

Duração – estimativa de 4 horas (período da tarde)

Participantes – Residentes do PRMMFCUSCS (mín. 4 e máx. 12 pessoas)

**Finalidades** – Promover um espaço de diálogo e educação em saúde para Residentes Médicos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da USCS, a fim de aproximar a sua prática ao referencial teórico levantado previamente pelo facilitador.

#### Objetivos da Oficina para os Residentes:

- Refletir sobre os processos de trabalhos implementados no contexto da residência em MFC da USCS, seus limites e possibilidades (conceitos de vivência empíricos)
- Discutir a interface entre o que é preconizado pela literatura da área e o que opera na realidade do Programa de Residência em MFC da USCS
- Desenvolver, coletivamente, estratégias e ações aplicáveis ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da USCS, considerando: o Conteúdo Programático e a organização dos estágios externos;

#### Pergunta disparadora para o início da discussão:

- Grupo que ficará com o tema “TEORIA”: “Quais conteúdos programáticos devem ser contemplados durante a formação do residente da USCS? Quais boas experiências que já existem?”
- Grupo que ficará com o tema “ESTÁGIOS PRÁTICOS”: “Quais campos de práticas devem estruturar o programa de residência de medicina de família e comunidade? Quais seriam as grandes áreas que o residente precisa vivenciar?” Quais bons estágios que já existem?”

### Oficina 2

Roteiro de Oficina Crítica Emancipatória – 2º Encontro

Título – Reconstruindo a estrada da Residência Médica em MFC

Data - 24/10/2024 – quinta feira

Local – Universidade São Caetano do Sul – Campus Centro (sala 415)

Duração – estimativa de 2 horas (período da tarde)

Participantes – Residentes do PRMMFCUSCS (mín. 4 e máx. 12 pessoas)

**Finalidades** – Promover um espaço de diálogo e educação em saúde para Residentes Médicos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da USCS, a fim de aproximar a sua prática ao referencial teórico levantado previamente pelo facilitador.

#### Objetivos da Oficina para os Residentes:

- Refletir sobre os processos de trabalhos implementados no contexto da residência em MFC da USCS, seus limites e possibilidades (conceitos de vivência empíricos)

- Discutir a interface entre o que é preconizado pela literatura da área e o que opera na realidade do Programa de Residência em MFC da USCS
- Desenvolver, coletivamente, estratégias e ações aplicáveis ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da USCS, considerando os temas contidos nos eixos populacionais e no eixo de avaliação.

**Perguntas disparadoras para o início da discussão:**

- Grupo que ficará com o tema “POPULAÇÃO”: “Considerando a sua realidade de trabalho, como é a organização da sua equipe? Quantas pessoas estão cadastradas? Você acredita que essa seja a melhor forma de organizar uma equipe que tenha residentes médicos? É possível aplicar essa idealização?” (Como é? Como deve ser? é possível implementar?)
- Grupo que ficará com o tema “AVALIAÇÃO”: “Em relação a preceptoria, como você idealiza a imagem do preceptor?” e sobre o processo de avaliação, quais são as metodologias que você conhece?” Quais boas práticas que você já reconhece no seu dia a dia?

**APÊNDICE D – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DO PRM MFC USCS**



**MANUAL DE BOAS PRÁTICAS E APOIO AO RESIDENTE EM UM PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**



Bruno de Lazzari Schaffhausser  
Rebeca Nunes Guedes de Oliveira  
**Colaboradores:** Residentes do PRM-USCS-2023/2024

**São Caetano do Sul  
2025**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Schaffhausser, Bruno de Lazzari

Manual de boas práticas e apoio ao residente de um programa de residência em medicina de família e comunidade [livro eletrônico] / Bruno de Lazzari Schaffhausser, Rebeca Nunes Guedes de Oliveira ; colaboradores residentes do PRM-USCS-2023/2024. -- São Caetano do Sul, SP : Ed. dos Autores, 2025.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-01-62845-5

1. Ciências da saúde 2. Educação em saúde  
3. Inovações médicas 4. Medicina da família  
5. Médicos - Formação profissional 6. Saúde pública  
7. Serviços de saúde comunitária 8. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Oliveira, Rebeca Nunes Guedes de. II. Residentes do PRM-USCS-2023/2024.  
III. Título.

25-291965

CDD-362.82

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Medicina e Saúde da família : Bem-estar social  
362.82

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

ATA

Defesa do Trabalho Final de Curso – MESTRADO Profissional

Aos quatorze dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e cinco, às dez horas no Campus Conceição desta Instituição, situado à Rua Conceição, 321 – Bairro Santo Antônio cidade de São Caetano do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora, formalmente convidada, para a realização da Defesa do Trabalho Final de Curso e do Produto Técnico Tecnológico do candidato ao título de Mestre em Ensino em Saúde, BRUNO DE LAZZARI SCHAFFHAUSSER, matrícula 18.220, na área de concentração: **Inovações educacionais em saúde orientadas pela integralidade do cuidado**, linha de pesquisa: **Ensino em Saúde nos Contextos de Práticas do SUS**.

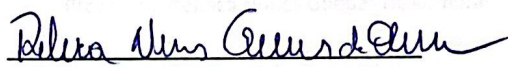
Título do Trabalho Final de Curso: **MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE ENSINO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONSTRUINDO DIRETRIZES EM UMA PERSPECTIVA PARTICIPATIVA.**

Título do Produto Técnico Tecnológico: **MANUAL DE BOAS PRÁTICAS E APOIO AO RESIDENTE EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Composição da Banca		Instituição	Avaliação (*)
Orientadora:	Prof.ª Dra. Rebeca Nunes Guedes de Oliveira	USCS	<u>APROVADO</u>
Convidada do PPGES:	Prof.ª Dra. Amanda Costa Araújo	USCS	<u>APROVADO</u>
Convidado Externo:	Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa	UFRN	<u>APROVADO</u>

Avaliação Final: APROVADO

Nada mais havendo, eu Prof.ª Dra. Rebeca Nunes Guedes de Oliveira, Presidente da Banca Examinadora, lavrei a presente ata, a qual será assinada pelos membros da Banca, atestando a avaliação do Trabalho Final de Curso e do Produto Técnico Tecnológico, derivado da dissertação.



Prof.ª Dra. Rebeca Nunes Guedes de Oliveira



Documento assinado digitalmente  
AMANDA COSTA ARAUJO  
Data: 26/03/2025 15:21:15-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.ª Dra. Amanda Costa Araújo



Documento assinado digitalmente  
MARCELO VIANA DA COSTA  
Data: 25/03/2025 15:11:32-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa

(\*) Aprovação condicionada ao cumprimento das atividades complementares previstas no Regimento Interno do PPGES

## **DADOS SOBRE OS AUTORES:**

**Bruno de Lazzari Schaffhausser:** Mestre em Ensino em Saúde pelo Programa de Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC (2012-2018). Residência Médica: Medicina de Família e Comunidade - Programa de Residência de São Bernardo do Campo/SUS (2019-2021). Qualificação: Preceptoria em Atenção Primária à Saúde - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/UNASUS (2021). Coordenador de Residência Médica e professor do internato em Atenção Primária da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS. Professor Aulista na Faculdade de Medicina do ABC (fmABC). Experiência na área de Medicina e na educação médica, com ênfase em gestão clínica, coordenação de programas de ensino, metodologias ativa de ensino e estratégia de saúde da família (ESF).

**Rebeca Nunes Guedes de Oliveira:** Pós Doutorado pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (2013-2016). Doutorado em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP-2008-2011). Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB, 2005-2006). Graduação em Enfermagem pela UFPB (2000-2004). Atualmente é Docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Docente Permanente no Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da USCS. Tem experiência profissional em serviço público de saúde como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (2007).

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM INOVAÇÃO NO ENSINO  
SUPERIOR EM SAÚDE**

**PRODUTO EDUCACIONAL**

**MANUAL DE BOAS PRÁTICAS E APOIO AO RESIDENTE EM UM PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**BRUNO DE LAZARI SCHAFFHAUSER; REBECA NUNES GUEDES DE OLIVEIRA**

**Área de Concentração:** Inovações educacionais em saúde orientadas pela integralidade do cuidado

**Linhas de pesquisa:** Linha 2 – Ensino em saúde nos contextos de prática do SUS

**Minuta**

Trata-se de produto educacional, oriundo da dissertação de mestrado “**MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE ENSINO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: construindo diretrizes em uma perspectiva participativa**”. Foi elaborado sob demanda espontânea, em consonância com a modalidade do Programa de Mestrado Profissional, que tem como premissa a construção de produtos técnico tecnológicos inovadores, motivados por problemática identificada no cenário de prática profissional dos autores e, portanto, propõe encaminhamentos para a solução de um problema identificado previamente e abordado cientificamente. A aderência do Produto ao PDI da USCS se dá a partir de articulação aos ODS de saúde e ensino e ao desenvolvimento regional. Articula-se à área de concentração e linha de pesquisa, considerando que envolve os profissionais de saúde, residentes médicos, a fim de aproximar a prática clínica e teórica do programa de residência em que estão envolvidos e a conseqüente melhora de seu ambiente contextual dentro do SUS. O Produto foi finalizado e implantado no programa de Residência que constituiu cenário do estudo, impactando a formação médica e, conseqüentemente, a atenção à saúde da população em uma perspectiva integral, resultando em transferência do conhecimento para a realidade do contexto de práticas do SUS, o que denota articulação com a modalidade do Mestrado Profissional, a área de concentração e a linha de pesquisa do estudo.

---

**FICHA TÉCNICA**

---

<b>Objetivo da dissertação</b>	Elaborar diretrizes de Boas Práticas de Ensino em Saúde no âmbito da Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma perspectiva crítico-emancipatória.
<b>Objetivo do Produto Educacional</b>	Instrumentalizar a prática dos residentes e aproximá-la do que a sociedade brasileira preconiza, a partir do referencial teórico levantado previamente
<b>Público-alvo</b>	Residentes do Programa de Residência MFCUSCS*
<b>Complexidade</b>	Alta complexidade – construção participativa do manual
<b>Tipo de impacto</b>	Real – Benefício reconhecido no ambiente de trabalho
<b>Área de impacto</b>	Impacto na área da saúde e ensino superior
<b>Qual o impacto</b>	Alto impacto – Gerado e aplicado no ambiente do PRM**
<b>Replicabilidade</b>	Estima-se que o PTT tenha replicabilidade, bem como a metodologia de desenvolvimento, participativa, possa ser replicada em outras realidades da formação em saúde no contexto do SUS
<b>Abrangência</b>	Local– aplica-se ao contexto do PRM da USCS
<b>Teor Inovativo</b>	Médio. Novos conhecimentos atrelados a referencial teórico
<b>Estágio da tecnologia</b>	Estágio de Aplicação – Finalizada e implantada no PRM MFC USCS
<b>Transferência de conhecimento</b>	Construção conjunta do conhecimento – coparticipação na criação do manual pelo próprio público-alvo (residentes). O pTT foi implantado no programa de residência médica que constituiu cenário do estudo.
<b>Registro do produto</b>	ISBN: 978-65-01-62845-5 (Câmara Brasileira do Livro)

Legendas:

\* MFCUSCS: Medicina de Família e Comunidade da Universidade São Caetano do Sul

\*\* PRM: Programa de Residência Médica

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	4
2	OBJETIVOS .....	6
2.1	Objetivo Geral .....	6
2.2.1	Objetivo Específico 1 .....	6
2.2.2	Objetivo Específico 2 .....	6
2.2.3	Objetivo Específico 3 .....	6
3	CONTATO DOS PRECEPTORES DE UBS .....	7
4	APRESENTAÇÃO DOS LOCAIS DE TRABALHO.....	7
4.1	UBS Amélia Richard Locatelli.....	7
4.2	UBS Dolores Massei.....	7
4.3	UBS João Luiz Pasqual Bonaparte .....	8
4.4	UBS Dr. Angelo Antenor Zambom.....	8
4.5	Centro Policlínico Gentil Rstom.....	8
4.6	Complexo Hospitalar Municipal Maria Braido.....	8
4.7	Hospital de Emergencias Albert Sabin .....	9
4.8	Hospital infantil Márcia Braido .....	9
4.9	Hospital Maternidade Euryclides de Jesus Zerbini .....	9
4.10	Complexo CAPS / CAPS-AD / CAPS-IJ .....	9
4.11	CAU-USCS: Ambulatórios de especialidade .....	9
4.12	CAISM: Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher .....	9
5	CONTATOS TELEFÔNICOS DOS PRECEPTORES EXTERNOS .....	10
6	SEMANA PADRÃO .....	12
7	ORGANIZAÇÃO: EIXO POPULACIONAL .....	14
8	ORGANIZAÇÃO: EIXO ESTRUTURAL.....	155
9	ORGANIZAÇÃO: EIXO DE AVALIAÇÃO .....	177
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	19
	REFERÊNCIAS .....	20
	ANEXO A – AVALIAÇÃO COREME USCS: UBS E AMBULATÓRIOS.....	22
	ANEXO B – AVALIAÇÃO DE CONSULTAS: MÉTODO CALGARY- CAMBRIDGE.....	23

## 1 INTRODUÇÃO

A medicina de Família e Comunidade, como programa de Residência Médica, surge anteriormente ao nascimento do SUS, em meados da década de 70 e 80, ainda com o nome de Medicina Geral e Comunitária. Os primeiros polos formadores que se tem documentação são: Centro de Saúde Murialdo e o Grupo Hospitalar Conceição (Falk, 2008).

O olhar histórico da construção para o SUS e os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como conhecemos hoje, nos permite entender o momento atual em relação a essa especialidade. Ainda há uma carência muito grande de profissionais capacitados e especializados nessa área, devido ao pouco tempo de existência dos programas e pela dimensão continental de nosso país (Simas, 2018).

Dentro desse cenário, a Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), institui o programa de residência médica desde 2019, segundo parecer SISCNRM Nº: 1354/2019. O programa conta com um período de 2 anos, totalizando uma carga horária de 2.800h/ano e distribuídas em, no máximo, 60 horas semanais.

A formação médica em Medicina de Família e Comunidade busca construir um novo olhar na relação médico-paciente, colocando o paciente no centro do seu próprio cuidado. Renuncia-se a uma visão fragmentada do cuidado, para o olhar ampliado e integral da pessoa, levando em conta os princípios universais do SUS: Integralidade, Universalidade e Equidade (Gusso, 2018)

O paradigma sistêmico, portanto, visa um cuidado integral do paciente através de conhecimentos que vão além das competências clínicas. O médico de família dominará, ao final da sua formação, competências que permitam que ele atue como uma ferramenta para a população assistida, considerando questões sociais, comunitárias, crenças, além de questões financeiras para o planejamento do cuidado das famílias (Jaco, 2020).

O manual de Boas Práticas ao Residência em Medicina de Família e Comunidade do Programa de Residência da USCS surge a partir de uma perspectiva crítica emancipatória. A metodologia da pesquisa qualitativa que foi utilizada é a pesquisa-ação.

A pesquisa-ação participativa se organiza em três principais atos: o planejamento, tomada de decisão e resultados. Fases que demandam do pesquisador

um grande conhecimento sobre a temática, além de uma prévia observação do ambiente em que ele está inserido e a fase de estabelecer claramente os objetivos de sua pesquisa (Silva, 2001).

A metodologia de intervenção escolhida foi a Oficina de Trabalho Crítica Emancipatória. O pesquisador desenvolveu uma pesquisa prévia, levantando documentos que corroboram com um bom funcionamento de um programa de residência e

Após essa etapa de pesquisa, a intervenção através das oficinas de trabalho deu-se norteada pela literatura e buscou construir uma base comum, que aproximasse as ações do programa de residência médica com o preconizado na literatura.

A construção coletiva desse manual teve participação direta dos discentes do programa no ano de 2023 e 2024. Foi realizado duas oficinas de trabalho para levantar os pontos importantes sobre questões de organização de equipe e UBS, planejamento da carga horária teórica e prática, bem como estruturação da parte teórica.

O autor desse manual enfatiza a participação coletiva, a construção dos pensamentos de maneira crítica analítica, apoiados em base teórica previamente levantada. Todos os residentes envolvidos são coautores desse material.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Esse documento tem como objetivo AUXILIAR a boa prática clínica e teórica dos residentes, através da exposição de informações estruturais e práticos do PRM-MFC-USCS.

#### **2.2.1 Objetivo Específico 1**

Identificação e nomeação dos locais de trabalho, bem como dos responsáveis por cada ambiente, facilitando o fluxo entre estágios e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

#### **2.2.2 Objetivo Específico 2**

Exposição das metodologias de ensino-avaliação, organização de equipe e organização do conteúdo teórico-prático, tendo como base o documento construído coletivamente entre os residentes.

#### **2.2.3 Objetivo Específico 3**

Aproximar a vivência do residente ao que é consagrado na literatura, com foco na melhoria da sua formação e da estruturação do programa de residência médica.

### 3 CONTATO DOS PRECEPTORES DE UBS

A lista a seguir refere-se ao atual corpo docente do programa de residência em medicina de família e comunidade, atuando como preceptores diretos nas unidades básicas de saúde.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	PRECEPTORES	TELEFONE
COORDENAÇÃO PRM-MFC	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
COREME - USCS	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
DOLORES MASSEI	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
JOÃO BONAPARTE	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
ANGELO A. ZAMBOM	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
POLICLÍNICO	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
CEM	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
PADRE BETO	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
NAIR SPINA	XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX

### 4 APRESENTAÇÃO DOS LOCAIS DE TRABALHO

As informações a seguir foram retiradas de documentos oficiais da prefeitura de São Caetano do Sul e visam auxiliar o residente na localização de sua UBS, além de informações como CNES e bairro de localização do serviço.

#### 4.1 UBS Amélia Richard Locatelli

CNES: 2039389

Endereço: Alameda João Galego, 1 – Bairro Santa Maria

Equipes: UBS Mista; ESF e equipe tradicional (CM, GO, Pediatria)

População estimada assistida: 8.000

Bairros atendidos: Santa Maria; Barcelona

#### 4.2 UBS Dolores Massei

CNES: 2706350

Endereço: Rua Senador Fláquer, 134 – Bairro São José

Equipes: UBS Mista; ESF e equipe tradicional (CM, GO, Pediatria)

População estimada assistida: 8.000

Bairros atendidos: São José

#### **4.3 UBS João Luiz Pasqual Bonaparte**

CNES: 6894461

Endereço: Rua Maranhão, 611 – Bairro Santa Paula

Equipes: UBS Mista; ESF e equipe tradicional (CM, GO, Pediatria)

População estimada assistida: 8.000

Bairros atendidos: Santa Paula; Santo Antônio

#### **4.4 UBS Dr. Angelo Antenor Zambom**

CNES: 5877121

Endereço: Rua Vanda, 11 – Bairro Boa Vista

Equipes: UBS Mista; ESF e equipe tradicional (CM, GO, Pediatria)

População estimada assistida: 8.000

Bairros atendidos: Boa Vista

#### **4.5 Centro Policlínico Gentil Rstom**

CNES: 2706296

Endereço: Avenida Tietê, 301 – Bairro Nova Gerti

Equipes: UBS Mista e atendimento ambulatorial de especialidades

População estimada assistida: 12.000

Bairros atendidos: Nova Gerti; Mauá

#### **4.6 Complexo Hospitalar Municipal Maria Braido**

CNES: 2082594

Endereço: Rua São Paulo, 1840 – Bairro Olímpico

#### **4.7 Hospital de Emergencias Albert Sabin**

CNES: 5935857

Endereço: Rua Aurélia, 101 – Bairro Santa Paula

#### **4.8 Hospital infantil Márcia Braido**

CNES: 2082594

Endereço: Rua Luiz Louzã, 48 – Bairro Olímpico

#### **4.9 Hospital Maternidade Euryclides de Jesus Zerbini**

CNES: 2082594

Endereço: Avenida Vital Brasil, 55 - Bairro Santa Paula

#### **4.10 Complexo CAPS / CAPS-AD / CAPS-IJ**

CNES: 2069857 (CAPS) ; 3846172 (CAPS AD) ; 4540034 (CAPS IJ)

Endereços: Rua dos Castores 62;

#### **4.11 CAU-USCS: Ambulatórios de especialidade**

CNES: 6938361

Endereço: Rua Espírito Santo, 277 – Bairro Santo Antonio

#### **4.12 CAISM: Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

CNES: 2038196

Endereço: Rua Herculano de Freitas, 200 – Bairro Fundação

Fonte: Brasil, 2024.





<b>CASMI – GO – HOSP SÃO CAETANO</b>	
XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX

<b>Ambulatório SER-TRANS</b>	
XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX
XXXXXXXXXX	11 XXXXXXXX

## 6 SEMANA PADRÃO

A semana padrão a seguir refere-se ao ano letivo de 2025-26. O modelo foi enviado a COREME-USCS e previamente aprovado. Ressalta-se que o documento está sujeito a alteração ao longo do ano. A coordenação do compromete-se a comunicar quaisquer alterações.

**Tabela 01: Semana padrão (Sujeita à modificação)**

<b>Atividade</b>	<b>SEG</b>	<b>TER</b>	<b>QUAR</b>	<b>QUIN</b>	<b>SEX</b>	<b>SAB.</b>	<b>DOM.</b>
<b>Manhã</b>	Prática	Prática	Prática	Aula	Prática	Plantão (Hospital)	Folga
<b>Tarde</b>	Prática	Prática	Prática	Simulação	Prática	Plantão (Hospital)	Folga

<b>3º período</b>	Aula	-	-	-	-	-	-
-------------------	------	---	---	---	---	---	---

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

**Tabela 02: R1 MFC**

Mês/R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1	R1
Janeiro	-	Férias	-	Férias	-	-	-	-
Fevereiro	-	-	-	-	-	-	-	-
Março	UBS	UBS	UBS	UBS	UBS	UBS	UBS	UBS
Abril	UBS	UBS	UBS	UBS	UBS	UBS	Férias	UBS
Maio	CAPS	AMB	CM	CM	CO	SER	PSI	PS
Junho	Férias	CM	CO	CO	SER	PSI	PS	CAPS
Julho	AMB	UBS	SER	SER	PSI	PS	CAPS	AMB
Agosto	CM	CO	Férias	UBS	PS	CAPS	AMB	CM
Setembro	CO	SER	PSI	PSI	Férias	AMB	CM	CO
Outubro	SER	PSI	PS	PS	CAPS	Férias	CO	SER
Novembro	PSI	OS	CAPS	CAPS	AMB	CM	UBS	PSI
Dezembro	PS	CAPS	AMB	AMB	CM	CO	SER	Férias

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

**Tabela 03: R2 MFC (Sujeita à modificação)**

Mês / R2	R2	R2	R2	R2	R2
Janeiro	UBS	UBS	UBS	UBS	UBS
Fevereiro	Paliativos	CM	CASMI	SER	CASMI
Março	USCA	Paliativos	CM	CASMI	CM
Abril	Férias	USCA	Paliativos	CM	SER
Maio	Optativo	Férias	USCA	Paliativos	CM
Junho	Caps AD	Optativo	Férias	USCA	Paliativos
Julho	PNAR	Caps AD	Optativo	Férias	USCA
Agosto	CM	PNAR	Caps AD	Optativo	Férias
Setembro	SER	CM	PNAR	Caps AD	Optativo
Outubro	CASMI	SER	CM	PNAR	Caps AD
Novembro	CM	CASMI	SER	CM	PNAR
Dezembro	UBS	UBS	UBS	UBS	UBS

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

**Legenda de cores:**

1. UBS: Verde; 2. CAPS e CAPS AD: Azul escuro; 3. Pediatria (Ambulatório; PS e USCA): Amarelo; 4. CM (Ambulatório; Emergência): Vermelho; 5. GO (PNAR; CO; CASMI): Roxo; 6. Paliativos (enfermaria): Laranja; 7. Ambulatório SER-TRANS: Rosa

## **7 ORGANIZAÇÃO: EIXO POPULACIONAL**

Inúmeros modelos de agenda são propostos pelo Grupo de Ensino da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Modelos que abragem a participação do preceptor na agenda, em conjunto com os residentes, são os escolhidos pela gestão de São Caetano do Sul.

Por conta da característica da população municipal, optou-se por manter o agendamento das consultas no nome do preceptor médico, enquanto os residentes atuam em conjunto com ele atendem em salas separadas.

Ainda dentro do modelo de organização populacional e de agenda, estima-se que o número máximo de residentes por preceptor seja igual a três. O número desejado é que seja duas pessoas, para evitar limitações físicas impostas pelas Unidades Básicas de Saúde.

São Caetano do Sul não se enquadra, de acordo com os parâmetros do IBGE, em um município com vulnerabilidade média ou extrema. Por conta disso, não se espera equipes reduzidas em cadastros. Cada equipe que contém residente deve ter aproximadamente 2000 pessoas/residente.

## 8 ORGANIZAÇÃO: EIXO ESTRUTURAL

Em relação a base estrutural do programa de residência, o artigo propõe a seguinte divisão de carga horária, baseando-se nas resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM):

**Tabela 4** – Discriminação da carga horária das atividades práticas e teóricas dos PRMFC recomendada pela SBMFC

<b>Atividades (2880h/anuais)</b>	<b>Distribuição mínima das horas</b>	<b>Distribuição máxima das horas</b>	<b>Total esperado</b>
<b>Consultório de MFC</b>	24h/semanais	28h/semanais	50-65%
<b>Atenção Domiciliar</b>	3h/semanais	9h/semanais	12,5%
<b>Grupos Terapêuticos</b>	3h/semanais	-	12,5%
<b>Administrativo</b>	2h/semanais	6h/semanais	8-12%
<b>Atividades coletivas</b>	2h/semanais	-	8%
<b>Aulas teóricas</b>	6h/semanais	12h/semanais	12-25%
<b>Atenção 2ªria e 3ªria</b>	6h/semanais	12h/semanais	12-25%
<b>Soma das % mínimas</b>	75%	-	75%
<b>Soma das % máximas</b>	-	115%	115%

Fonte: Brasil (2003).

Durante as atividades de ambulatório externas às UBS, o residente tem como manual norteador o Currículo Baseado em Competência para desenvolver um plano em conjunto com o preceptor de cada estágio. Ao fim de cada estágio, receberá uma avaliação que contemple questões clínicas e questões relacionadas a assiduidade e empenho no processo de ensino (documento Anexo A).

Espera-se da coordenação do programa a facilitação de comunicação entre os preceptores ou responsáveis por cada estágio. Essa medida visa facilitar a chegada de cada novo residente aos novos ambientes de trabalho, otimizando seu aprendizado nos primeiros dias.

O programa contará com um conteúdo teórico desenvolvido pelo coordenador, mas cada residente ficará responsável por ministrar uma aula ou discussão de caso periodicamente. Esse processo de aprendizagem e construção de aula visa estimular metodologias de ensino ativo.

Como preconizado no capítulo 9 do livro *Medicina Centrada na Pessoa*, intitulado “Educação Médica centrada no Educando”, o residente será estimulado a elaborar um caso em que está acompanhando, levando em conta detalhes clínicos, sociais, pessoais e toda bagagem adquirida durante a residência. Deverá ser capaz de aplicar os componentes do método clínico centrado na pessoa e explorar isso em uma apresentação (Stewart, 2017).

## **9 ORGANIZAÇÃO: EIXO DE AVALIAÇÃO**

As avaliações do residente se darão em dois eixos principais: Formativo e Somativo. A avaliação formativa será recorrente e horizontal, com periodicidade mensal e contemplará notas em habilidades clínicas, interpessoais, trabalho em grupo e competências de consulta (anexos A e B).

A avaliação somativa será realizada ao fim de cada ano letivo. Fica decidido entre o grupo e a coordenação, que a prova somativa será composta de questões multiplica escolha retiradas de banco de questão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e um caso clínico, para elaboração de um plano individual/familiar.

Questões relacionadas a faltas, atestados médicos, afastamentos estão contempladas no manual de residente ofertado pela COREME ao início do curso.

### **BOAS PRÁTICAS NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA**

A residência médica, por sua própria natureza, deve ser compreendida como um contínuo processo de educação permanente. Longe de ser apenas um período de treinamento formal, ela se configura como um ciclo ininterrupto de aprimoramento profissional e pessoal.

Nesse contexto, as boas práticas se manifestam na capacidade do programa de promover uma aprendizagem que transcende a aquisição de conhecimentos técnicos, incentivando a reflexão constante sobre a prática e o ambiente de trabalho.

Isso significa que tanto preceptores quanto residentes se engajam em um diálogo contínuo, onde as experiências diárias se transformam em oportunidades para a construção coletiva do saber, garantindo que o aprendizado seja dinâmico e relevante às constantes transformações do campo da saúde.

Um dos pilares fundamentais das boas práticas é o envolvimento e a participação ativa dos residentes em seu próprio processo de aprendizagem. A superação do modelo tradicional de ensino, centrado na transmissão passiva de informações, é crucial.

Em vez disso, os programas de residência devem fomentar a autonomia e a corresponsabilidade, onde os residentes são encorajados a questionar, propor soluções e liderar discussões.

Essa abordagem não só potencializa a retenção do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades práticas, mas também cultiva um senso de pertencimento e proatividade, essenciais para a formação de profissionais engajados e com capacidade de autogestão da sua jornada educacional.

Adicionalmente, as boas práticas em residência médica devem impulsionar o desenvolvimento crítico dos residentes em relação ao ambiente de trabalho. Não basta apenas que os futuros médicos compreendam os protocolos e procedimentos; é imperativo que eles desenvolvam a capacidade de analisar e questionar as estruturas e dinâmicas dos serviços de saúde.

Isso inclui a identificação de lacunas, a proposição de melhorias e a compreensão das relações de poder que moldam a assistência. Ao cultivar essa postura crítica, os programas preparam profissionais não apenas para se adaptarem aos sistemas existentes, mas para atuarem como agentes de transformação, contribuindo ativamente para a qualificação dos serviços e a melhoria da saúde coletiva.

Compreender que a prática médica está intrinsecamente ligada às condições sociais, econômicas e políticas da comunidade é vital para uma atuação integral. Essa consciência crítica permite que os futuros profissionais desenvolvam estratégias mais eficazes e equitativas de cuidado, adaptando suas intervenções às realidades locais e atuando de forma mais consciente e cidadã.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente manual de boas práticas para residentes em Medicina de Família e Comunidade representa um marco importante na formação de profissionais capacitados para atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo deste documento, foram abordados temas cruciais para o desenvolvimento de uma prática médica integral e humanizada, com foco na saúde da família e da comunidade.

A organização da grade curricular, a definição dos estágios e a estruturação das avaliações foram cuidadosamente planejadas para garantir que os residentes adquiram os conhecimentos e as habilidades necessárias para atender às demandas da população. A ênfase na prática clínica, associada ao estudo de teorias e conceitos fundamentais, proporciona uma formação sólida e completa.

As informações sobre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as características específicas da população a ser atendida são essenciais para que os residentes possam desenvolver um olhar crítico e contextualizado sobre a realidade da APS.

Ao conhecer a comunidade e os recursos disponíveis, os futuros médicos de Família e Comunidade estarão mais preparados para identificar as necessidades da população e oferecer um cuidado integral e humanizado.

Acredita-se que este manual será um instrumento valioso para a formação de novos profissionais e para a qualificação da assistência à saúde em São Caetano do Sul. No entanto, reconhece-se a necessidade de aprimoramento contínuo e atualização das informações, de acordo com as novas evidências científicas e as mudanças no cenário da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Maria Inez Padula *et al.* Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 183-185, dez. 2007.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. **A Medicina de Família e Comunidade, A Atenção Primária em Saúde e o Ensino de Graduação**: Recomendações e Potencialidades. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2005.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. A Atenção Primária em Saúde que queremos. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 7., 2005, Belo Horizonte (MG). **Anais** [...]. Belo Horizonte: SBMFC, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CNESnet**: Estabelecimentos de Saúde do Município: São Caetano do Sul. 2024. Disponível em: [https://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=35&VCodMunicipio=354880&NomeEstado=sa02opaulo](https://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=35&VCodMunicipio=354880&NomeEstado=sa02opaulo). Acesso em: 20 jan. 2025.
- BRASIL. Universidade Federal de Roraima. **Checklist da entrevista clínica, baseado no Calgary Cambridge Guide**. Integração ensino-escola-comunidade, 2019-2020. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-roraima/integracao-ensino-escola-comunidade/calgary-cambridge-2/89850227?origin=course-highest-rated-1>. Acesso em: 20 jan. 2025.
- FALK, João Werner. História. **SBMFC**, [S. l.], 1 fev. 2008. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/historia/>. Acesso em: 10 jun. 2024.
- GRUPO DE TRABALHO DE ENSINAGEM DA SBMFC. **Recomendações para a qualidade dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade**: manual de orientações. [S.l.]: SBMFC, 2020.
- GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018.
- JACO, Beatriz Ramirez; NORMAN, Armando Henrique. A filosofia da Medicina de Família e Comunidade segundo Ian McWhinney e Roger Neighbour. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 1991, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)1991](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)1991).
- LERMEN, J. N. (org.) **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC): 2015.

OLIVEIRA, Aline; FURTADO, Ana; VASCONSELOS, Erika; BARROS, Gabriela; VASCONSELOS, Rebeca; PADILHA, Wandson. **Manual de Normas Complementares do Residente em Medicina de Família e Comunidade**. Petrolina-PE: Universidade Federal do Vale do São Francisco, 2022

SILVA, Anair Araujo de Freitas. Pesquisa-ação, princípios e fundamentos. **Revista Prima**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 4, 2021.

SIMAS, Keith Bullia da Fonseca; GOMES, Andréia Patrícia; SIMÕES, Patrícia Passos; AUGUSTO, Daniel Knupp; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-13, 2018.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WETSON, Wayne; MCWHINNEY, Ian; MCWILLIAN, Carol; FREEMAN, Thomas. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

## ANEXO A – AVALIAÇÃO COREME USCS: UBS E AMBULATÓRIOS



UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RESIDENTE

Residente: \_\_\_\_\_ PRM: \_\_\_\_\_  
 Módulo: Enfermaria Pronto-Socorro Adulto Ambulatório ..... UTI UBS.....  
 Período do Módulo: ...../20...  
 Assinatura e Carimbo do Avaliador: \_\_\_\_\_ Assinatura do Residente: \_\_\_\_\_

R1	Parâmetros										Impressão Global				Nota da Prova	NOTA FINAL	
	Competências Médicas																
	1. Anamnese	2. Exame Físico	3. Raciocínio Clínico	4. Hipóteses Diagnósticas Principais	5. Diagnósticos Diferenciais	6. Conduta diagnóstica	7. Conduta terapêutica	8. Orientação e Educação ao Paciente	9. Documentação	10. Habilidade Cirúrgica	Média Competências Médicas	Assiduidade e Pontualidade	Interesse, dedicação e comprometimento	Participação nas atividades didáticas	Relacionamento com pacientes e familiares	Relacionamento interpessoal	Média Impressão Global
Nota																	
Observações / Comentários:																	
Legenda:		Insuficiente (+)			Suficiente para uma boa prática (++)			Muito Bom (+++)			Excelente (++++)						
Nota		<7,0			≥ 7,0 > 8,0			≥ 8,0 > 9,0			≥ 9,0 a 10,0						

Notas: Sempre de 0 a 10 para cada item analisado. Nem todos os itens são obrigatórios, a critério do avaliador (assinar com NA = não avaliado).

#### Critério de notas para competências médicas:

- Anamnese completa dos pacientes.
- Exame físico completo (geral e especial) dos pacientes.
- Dados relevantes para fins de diagnósticos principais.
- Diagnósticos dos pacientes (principal, secundários, pondero-estatural, nutricional, alimentar, vacinal, neuromotor).
- Diagnósticos diferenciais relacionados ao diagnóstico principal.
- Condutas diagnósticas (exames subsidiários) indicadas.
- Condutas terapêuticas mais indicadas (alimentar, suporte hidroeletrólito, etiológico, sintomático, paliativo, cuidados e controles).
- Orientações para continuidade do tratamento e cuidados após a alta (prescrição e orientações).
- Prebitário do paciente completo e em ordem.

Nota Final: Considerar a média de cada um dos três parâmetros. Nem todos os parâmetros são obrigatórios e seus pesos relativos são a critério do avaliador.



UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL

Importante explicitar o critério, por exemplo: Competências médicas = 35% - Impressão Global = 35% - Nota da prova = 30%.

#### AVALIAÇÃO FEITA PELO RESIDENTE:

GRAU DE SATISFAÇÃO (NOTA DE 0 A 10): \_\_\_\_\_

Ao residente avaliado considerar: participação e conhecimento do preceptor assiduidade/pontualidade, estrutura física e equipamentos do estágio, etc. pontuar as observações cabíveis: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---

Assinatura e carimbo do médico Residente

Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO B – AVALIAÇÃO DE CONSULTAS: MÉTODO CALGARY-CAMBRIDGE

### Check List da entrevista clínica

(Baseado no Calgary Cambridge Guide)

	sim	não	obs
<b>Fase inicial e de obtenção de informações</b>			
Cumprimenta o paciente			
Apresenta-se e diz seu nome			
Investiga adequadamente o sintoma (localização da dor, duração, irradiação, intensidade)			
Usa perguntas abertas e fechadas de maneira apropriada			
Ouve atentamente, sem interromper o paciente			
Confirma os motivos da consulta			
Checa se há motivos adicionais (prevenção de demandas aditivas)			
Procurar facilitar que o paciente conte sua história			
Faz resumo para confirmar o entendimento			
Abordou todas as demandas (a agenda) do paciente			
Avalia influência na qualidade de vida do indivíduo			
Questiona preocupações e medos do paciente			
Aborda as expectativas sobre a consulta			
Faz perguntas claras e de fácil entendimento			
Abordou as idéias e crenças sobre os sintomas			
Encoraja o paciente a expressar seus sentimentos			
Busca por sinais e sintomas de alerta			
Identifica demais problemas (tabagismo, dieta inadequada, sobrepeso, ansiedade)			
<b>Construindo a relação</b>			
Usa empatia			
Usa comunicação não-verbal de forma adequada (contato visual, tom de voz, postura corporal...)			
Escreve ou digita sem interferir no diálogo			
Respeita o ponto de vista do paciente sem julgamento			
Demonstra tranquilidade e segurança			
<b>Explicação e plano</b>			
Usa linguagem de fácil entendimento, sem jargão médico			
Tenta fazer o paciente participar do plano terapêutico			
Dá opções para o plano terapêutico			
Confirma o entendimento do paciente			
Aborda as idéias e preocupações do paciente sobre o plano			
Orienta medidas preventivas e auto-cuidado			
Avalia necessidade de afastamento laboral			
Considera os aspectos culturais e estilo de vida do paciente para o plano			
Pergunta se o paciente tem dúvidas			
Usa métodos visuais de explicação			
Aborda aspectos não farmacológicos do tratamento			
Explica o que fazer em caso de não melhorar ou sintomas de alarme			
Faz gestão do tempo adequada			

## **INICIANDO A SESSÃO**

### **Estabelecendo o contato inicial**

1. Cumprimente o paciente e pergunte o seu nome
2. Apresente-se e anuncie o objetivo e a natureza da consulta; obtenha consentimento, caso necessário
3. Demonstre respeito e interesse; deixe o paciente confortável

### **Identificando as razões para a consulta**

4. Identifique os problemas, os motivos ou questões que o paciente apresenta. Use questões abertas ("Qual o problema que o traz à consulta?" ou "Quais os motivos que o trazem à consulta médica?" ou "O que está acontecendo com o senhor?")
5. Ouça atentamente à declaração inicial do paciente, sem interrompê-lo ou dirigi-lo
6. Confirme os problemas principais e estimule a revelação de outros problemas ("Então o senhor está sentindo dor de cabeça e cansaço. Sente mais algum incômodo?")
7. Negocie a agenda levando em conta as necessidades do paciente e as suas necessidades

## **REUNINDO AS INFORMAÇÕES**

### **Explorando os problemas do paciente**

8. Encoraje o paciente a contar o(s) problema(s), nas suas próprias palavras, desde o início até o presente
9. Use questões iniciais abertas e posteriormente mude para um questionamento com questões mais fechadas, sem dirigir as respostas do paciente
10. Ouça atentamente, permitindo que o paciente complete suas declarações sem interrupção. Deixe tempo para que o paciente reflita sobre as suas perguntas antes de responder e possa prosseguir após breve pausa
11. Use facilitadores verbais e não verbais (encorajamento, silêncio atencioso, repetição, parafraseando, interpretando)
12. Preste atenção na comunicação verbal e não verbal (linguagem corporal, fala, expressão facial), nas escapatórias e nas concordâncias
13. Esclareça as declarações do paciente que não estejam claras ou necessitam de detalhamento
14. Periodicamente, resuma para verificar o seu entendimento sobre o que foi dito; peça ao paciente que corrija a sua interpretação dos fatos e corrija se necessário
15. Use linguagem clara, concisa, facilmente inteligível para formular as questões e os comentários; evite ou explique de forma adequada qualquer jargão
16. Estabeleça datas e a sequência de eventos

### **Habilidades adicionais para o entendimento do ponto de vista do paciente**

17. Explore apropriadamente e determine ativamente:
  - Ideias do paciente (crenças, causas)
  - Preocupações relacionadas aos problemas identificados
  - Expectativas (objetivos; quais ajudas o paciente espera para cada um dos problemas)
  - Efeitos: como cada problema afetou a vida do paciente
18. Encoraje o paciente a expressar seus sentimentos

## **PROVIDENCIANDO ESTRUTURA PARA A CONSULTA**

### **Organize de forma clara**

19. Resuma ao final de cada linha de questionamento para confirmar o entendimento antes de passar para a próxima seção
20. Passe de uma seção para outra avisando e explicando o objetivo ao paciente

### **Preste atenção ao fluxo**

<p>21. Estructure a entrevista na sequência lógica</p> <p>22. Preste atenção no tempo e mantenha a consulta no foco</p> <p><b>CONSTRUINDO O RELACIONAMENTO</b></p> <p><b>Usando comportamentos não verbais apropriados</b></p> <p>23. Demonstre atitudes não verbais apropriadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contato visual, expressão facial</li> <li>• Postura, movimentos, posição</li> <li>• Elementos vocais, tais como volume, entonação, velocidade</li> </ul> <p>24. Caso seja necessário tomar notas escritas, faça de maneira a não interferir com o diálogo, com o fluxo de informações ou com a relação. Posteriormente, transcreva a observação na folha do prontuário ou no computador.</p> <p>25. Demonstre sinceridade apropriada</p> <p><b>Desenvolvendo a relação</b></p> <p>26. Aceite a legitimidade da visão e dos sentimentos do paciente; não julgue</p> <p>27. Use empatia para comunicar entendimento e reconhecimento dos sentimentos e dificuldades do paciente; reconheça abertamente as visões e sentimentos do paciente</p> <p>28. Propicie suporte: expresse preocupação, entendimento, disposição para ajudar; reconheça e apoie os esforços para o autocuidado; ofereça parceria</p> <p>29. Use sensibilidade para tratar de assuntos delicados e perturbadores; seja sensível à dor do paciente principalmente quando da realização do exame físico</p> <p><b>Envolvendo o paciente</b></p> <p>30. Compartilhe pensamentos com o paciente para encorajar o envolvimento mútuo</p> <p>31. Explique a razão para determinadas questões ou partes do exame físico que não estão diretamente relacionadas com as queixas</p> <p>32. Durante o exame físico, explique o processo e peça permissão</p> <p><b>EXPLICAÇÕES E PLANEJAMENTO</b></p> <p><b>Providenciando a quantidade e o tipo corretos de informação</b></p> <p><b>Objetivos: oferecer informações compreensíveis e apropriadas</b></p> <p><b>Avaliar as necessidades individuais de informação do paciente</b></p> <p><b>Não restringir e não sobrecarregar</b></p> <p>33. Carga e conferência: forneça informações em quantidades assimiláveis; confira o entendimento; use as respostas do paciente como guia para o seu procedimento</p> <p>34. Avalie o ponto de partida do paciente; pergunte sobre o conhecimento prévio do paciente antes de fornecer a informação; avalie a extensão do desejo do paciente pelas informações</p> <p>35. Pergunte ao paciente quais outras informações seriam úteis (etiologia, prognóstico)</p> <p>36. Forneça explicações nos tempos apropriados: evite fornecer conselhos, informações e confirmações prematuramente</p> <p><b>Ajudando a lembrança acurada e o entendimento</b></p> <p><b>Objetivo: facilitar o entendimento e a lembrança da informação pelo paciente</b></p> <p>37. Organize as explicações: divida-as em porções definidas; desenvolva uma sequência lógica</p> <p>38. Empregue uma categorização ou sinalização explícita ("<i>Temos três pontos que gostaria de discutir. Primeiro...</i>"; "<i>Agora, vamos falar sobre...</i>")</p> <p>39. Use repetição e resumos para reforçar a informação</p> <p>40. Empregue linguagem simples, clara e de fácil entendimento: evite jargão</p> <p>41. Use métodos visuais para apresentar as informações: diagramas, modelos, panfletos</p> <p>42. Verifique se o paciente entendeu a informação fornecida. Peça a ele que repita nas palavras dele</p> <p><b>Atingindo um entendimento compartilhado</b></p> <p><b>Objetivos: providenciar explicações e planos relacionados com a perspectiva do paciente</b></p> <p><b>Conhecer os sentimentos e pensamentos do paciente a respeito das informações fornecidas</b></p> <p><b>Favorecer a interação no lugar da transmissão de mão-única</b></p> <p>43. Relacione as explicações com a perspectiva do paciente: em relação às idéias, preocupações e expectativas prévias</p>
---

44. Providencie oportunidade e encoraje o paciente a contribuir: faça perguntas, procure esclarecimentos e expresse dúvidas; responda apropriadamente
45. Identifique e responda adequadamente aos sinais verbais e não verbais
46. Estimule o paciente a expressar suas crenças, sentimentos e reações às informações fornecidas, termos usados e pontos discutidos

#### **Planejamento: tomada de decisão compartilhada**

**Objetivos: permitir que o paciente entenda o processo de tomada de decisão**

**Envolver o paciente na tomada de decisão até o nível em que ele deseje**

**Aumentar o comprometimento do paciente com os planos feitos**

47. Compartilhar as próprias ideias quando apropriadas: ideias, pensamentos e dilemas
48. Envolver o paciente:
- Oferecer sugestões e escolhas no lugar de diretivas
  - Encorajar o paciente a contribuir com suas ideias e sugestões
49. Explorar as opções de gerenciamento
50. Identificar o nível de envolvimento que o paciente deseja no processo de decisão
51. Negociar um plano mutuamente aceitável:
- Sinalizar a sua própria posição ou preferência em relação às decisões disponíveis
52. Conferir com o paciente:
- Se os planos são aceitáveis
  - Se as preocupações foram abordadas

#### **CONCLUINDO A SESSÃO**

##### **Planejamento futuro**

53. Combine com o paciente os próximos passos
54. Medidas de segurança: explique ao paciente possíveis resultados inesperados, o que fazer se os planos não funcionarem, quando e onde procurar ajuda

##### **Reforçando os pontos necessários para o fechamento**

55. Resumindo rapidamente a sessão e esclarecendo o plano de cuidados
56. Conferência final de que o paciente está de acordo e confortável com o plano. Perguntar se existe alguma correção, questão ou outro ponto que precise ser abordado.

#### **OPÇÕES DE EXPLICAÇÃO E PLANEJAMENTO**

##### **Discutindo as investigações e os procedimentos**

57. Providencie informações claras a respeito dos procedimentos, i.e, o que o paciente pode sentir, como ele será informado dos resultados
58. Relacione os procedimentos ao plano de tratamento: objetivos, valores
59. Encoraje questões e discussões a respeito de resultados negativos e ansiedades.

##### **Discutindo opiniões e o significado de problemas**

60. Ofereça opinião sobre o que está acontecendo e nomeie se possível
61. Revele o racional da opinião
62. Explique as causas, os resultados esperados e as consequências de curto e longo prazo
63. Estimule o paciente a revelar suas crenças, reações, preocupações e opiniões

##### **Negociando planos de ação**

64. Discuta as opções (ações, investigação, medicação ou cirurgia, tratamentos alternativos – fisioterapia, próteses, aconselhamento – medidas preventivas)
65. Providencie informações a respeito das ações ou tratamentos oferecidos: nomeie as etapas, descreva o funcionamento, os benefícios, as vantagens, os efeitos colaterais
66. Obtenha a opinião do paciente a respeito das ações, dos benefícios percebidos, das barreiras e da motivação
67. Aceite a opinião do paciente; defenda opinião alternativa se necessário
68. Estimule o paciente a externar suas preocupações e reações a respeito do planejamento e do tratamento, incluindo a aceitação
69. Considere o estilo de vida do paciente, suas crenças, a sua cultura e suas habilidades
70. Encoraje o paciente a se envolver na implementação dos planos, a assumir responsabilidades e ser autoconfiante
71. Questione sobre o sistema de suporte ao paciente; discuta outras alternativas de suporte

Fonte: Brasil (2019).