



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IZABELLA TAMIRA GALDINO FARIAS VASCONCELOS

**FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE DA CRIANÇA NAS RESIDÊNCIAS
DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ**

SOBRAL

2024

IZABELLA TAMIRA GALDINO FARIAS VASCONCELOS

FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE DA CRIANÇA NAS RESIDÊNCIAS DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação/Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistemas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

SOBRAL

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- V45f Vasconcelos, Izabella Tamira Galdino Farias.
FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE DA CRIANÇA NAS RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ / Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos. – 2024.
100 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2024.
Orientação: Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias.
1. Educação Médica. 2. Saúde da Criança. 3. Medicina de Família e Comunidade. I. Título.
CDD 610
-

IZABELLA TAMIRA GALDINO FARIAS VASCONCELOS

FORMAÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE DA CRIANÇA NAS RESIDÊNCIAS DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação/Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Maria Socorro de Araújo Dias - Orientadora
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente – Examinador Externo
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA/RENASF)

Prof^ª. Dr^ª. Maristela Inês Osawa Vasconcelos – Examinadora Interna
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Paulo Roberto Santos – Suplente
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus filhos e a todas as crianças, que merecem uma assistência à saúde cuidadosa e atenta para alcançarem seus sonhos e potencialidades. Que esta obra seja um passo em direção a esse futuro.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias**, colaboradora direta do meu aprendizado diário e exemplo de constante aprimoramento do conhecimento, pelo estímulo a trilhar este caminho, pelas oportunidades de desenvolvimento acadêmico e pela confiança no meu trabalho, pelo suporte técnico e disponibilidade, pelo zelo e carinho durante todo o período do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família.

Aos meus pais, **Gorete e Isael**, meu porto seguro e ponto de equilíbrio, meus modelos de retidão e perseverança, pelo amor incondicional, pelo cuidado, dedicação, proteção, suporte e incentivo constantes.

Aos meus filhos amados, **Gael, Álvaro e Hariel**, minha motivação em tentar ser melhor a cada dia, por aceitarem a minha ausência nos momentos de maior dedicação aos estudos e pelas cartinhas embaixo da porta enquanto escrevi este trabalho.

Ao meu esposo **Victor** por compartilhar as dores e os sorrisos do caminho para a realização deste sonho, por sempre acreditar que posso ir além, pelo amor, apoio, paciência e compreensão.

À **Universidade Federal do Ceará**, meu berço de formação médica e pediátrica, pelas oportunidades de enriquecimento intelectual e consequente crescimento profissional.

Aos meus queridos **alunos**, por despertarem em mim o entusiasmo para aprender sobre educação médica, por me inspirarem a ser uma professora mais dedicada e por me desafiarem a superar limites e crescer.

Aos meus **pequenos pacientes**, pelo estímulo diário a permanecer firme na profissão a despeito de qualquer intempérie. O sorriso de vocês será sempre a melhor e mais sincera recompensa.

“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo.” (Nelson Mandela)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha de Cuidado de Puericultura e Hebicultura	20
Figura 2 – Ensino baseado por competências.....	24
Figura 3 – Distribuição espacial dos Centros Formadores de MFC no Ceará nas macrorregiões de saúde do estado	28
Figura 4 – Vagas de residência de MFC aprovadas para o Ceará em 2024	29
Figura 5 – EPAs preliminares de MFC	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Competências do MFC na Atenção à saúde da criança e do adolescente	37
Quadro 2 – Recomendações para estruturação de currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade segundo a SBMFC	43
Quadro 3 – Competências em Saúde da Criança ao término do primeiro ano de RMFC	45
Quadro 4 – Recomendações para estruturação de currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade segundo a CNRM.....	48
Quadro 5 – Comparativo entre as recomendações para estruturação de currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade da SBMFC e da CNRM.....	50
Quadro 6 – Proposta Pedagógica do PRMFC-1	54
Quadro 7 – Proposta Pedagógica do PRMFC-2	57
Quadro 8 – Proposta Pedagógica do PRMFC-3	60
Quadro 9 – Proposta Pedagógica do PRMFC-4	62
Quadro 10 – Proposta Pedagógica do PRMFC-5	65
Quadro 11 – Proposta Pedagógica do PRMFC-6	67
Quadro 12 – Proposta Pedagógica do PRMFC-7	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Vagas ofertadas nas RMFC no Estado do Ceará em 2024	30
Tabela 2 – Distribuição de carga horária entre as atividades da RMFC	40
Tabela 3 – Apresentação da divisão de carga horária (CH) na RMFC da ESP-VS	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIAMIS	Associação Igreja Adventista Missionária
AMB	Associação Médica Brasileira
APC	Atividades profissionais confiáveis
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECR	Ensinação centrada no residente
EPA	<i>Entrustable Professional Activities</i>
eMulti	Equipes multiprofissionais na APS
ENARE	Exame Nacional de Residência
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-VS	Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
Mini-CEx	<i>Mini-Clinical Evaluation Exercise</i>
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
PPC	Projetos Pedagógicos de Curso
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMFC	Residência de Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SISCNRM	Sistema Nacional de Residência Médica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

UFCA	Universidade Federal do Cariri
UNINTA	Centro Universitário do Instituto de Teologia Aplicada
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o planejamento da formação de competências em saúde da criança nas propostas pedagógicas dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Ceará, com foco nos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC). A pesquisa fundamenta-se nas competências gerais e específicas exigidas pelas diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Por meio de base documental realizou-se pesquisa exploratória e descritiva, de episteme qualitativa. A partir de instrumento autoral de captura dos dados, analisou-se, sob a perspectiva de Celso Vasconcellos e das regulamentações vigentes, os projetos pedagógicos de sete programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade responsáveis por dez centros formadores localizados no estado do Ceará no período de abril a novembro de 2024, focando na análise das competências, conteúdos, cargas horárias, metodologias de ensino e estratégias de avaliação referentes ao ensino-aprendizagem para a promoção da saúde infantil. A pesquisa seguiu critérios éticos, preservando a identidade das instituições participantes. Os resultados revelaram diferentes desenhos dos Projetos Pedagógicos de Curso com evidências de avanços e lacunas na formação de competências em saúde da criança, quando analisadas sob as lentes das diretrizes normativas nacionais e práticas pedagógicas significativas para o desenvolvimento de competências. Constatou-se que alguns programas oferecem propostas robustas, mas outros carecem de maior detalhamento do processo ensino-aprendizagem de saberes relativos à área de pediatria. A análise do caso do Projeto Pedagógico da RMFC da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia em Sobral revelou um Projeto Pedagógico robusto que se destaca positivamente entre os demais, traz boas práticas alinhadas às competências essenciais, mas também indicou áreas de aprimoramento. Por fim, enfatiza-se a importância de maior integração entre as diretrizes nacionais e os currículos locais e a necessidade de investimentos na estruturação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos das RMFC no Ceará para qualificar a formação de competências em saúde da criança dos residentes. O estudo fornece subsídios para o desenvolvimento de reflexões sobre o papel dos programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade na qualificação de médicos para o cuidado integral à população infantil na Atenção Primária à Saúde. Adicionalmente, apresenta um guia orientador para a elaboração de PPC voltado a Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Palavras-chave: Educação Médica; Saúde da Criança; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

This study aims to analyze the planning of competency development in child health within the pedagogical proposals of Family and Community Medicine Residency Programs in Ceará, focusing on Course Pedagogical Projects. The research is grounded in the general and specific competencies required by the guidelines of the National Medical Residency Commission and the Brazilian Society of Family and Community Medicine. Using a qualitative epistemological approach, exploratory and descriptive research was conducted based on documentary analysis. Using a proprietary data collection instrument, the pedagogical projects of seven Family and Community Medicine Residency Programs, responsible for ten training centers located in the state of Ceará, were analyzed from April to November 2024. The analysis was conducted under the perspective of Celso Vasconcellos and current regulations, focusing on competencies, content, workloads, teaching methodologies, and assessment strategies related to teaching and learning for promoting child health. The research adhered to ethical criteria, preserving the identity of the participating institutions. The results revealed varied designs of Course Pedagogical Projects, with evidence of both advancements and gaps in the development of child health competencies when analyzed through the lens of national normative guidelines and pedagogical practices significant for competency development. It was found that some programs offer robust proposals, while others lack detailed teaching-learning processes related to pediatric knowledge. The case analysis of the Pedagogical Project from the Family and Community Medicine Residency Program of the Visconde de Saboia School of Public Health in Sobral highlighted a robust Pedagogical Project that stands out positively among the others, showcasing best practices aligned with essential competencies, *yet also* pointing to areas for improvement. Finally, the study emphasizes the importance of greater integration between national guidelines and local curricula, as well as the need for investments in structuring the Pedagogical Projects of Family and Community Medicine Residency Programs in Ceará to enhance the development of child health competencies among residents. The study provides a foundation for reflections on the role of Family and Community Medicine Residency Programs in training physicians to deliver comprehensive care to the pediatric population in Primary Health Care. Additionally, it presents a guiding framework for developing Course Pedagogical Projects tailored to Family and Community Medicine Residency Programs.

Keywords: Medical Education; Child Health, Family Practice.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	A Atenção Primária à Saúde e os novos paradigmas da formação em saúde	15
1.2	A Saúde da Criança na Atenção Primária à Saúde	19
1.3	Saúde da criança no contexto da Residência de Medicina de Família e Comunidade: objeto de pesquisa e engajamento da mestranda com o tema.....	23
2	OBJETIVOS	27
2.1	Objetivo Geral	27
2.2	Objetivos Específicos.....	27
3	MATERIAL E MÉTODOS	28
3.1	Abordagem e tipologia do estudo.....	28
3.2	Campo de investigação.....	29
3.3	Instituições participantes do estudo.....	30
3.4	Procedimentos para coleta de dados.....	31
3.5	Organização e análise dos dados	32
3.6	Princípios Éticos	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	Currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade: análise das diretrizes da sociedade de classe e das normativas da entidade de supervisão	34
4.1.1	<i>Diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade para a formação do médico de família e comunidade.....</i>	<i>35</i>
4.1.2	<i>Normativas da Comissão Nacional de Residência Médica para os Programas de Medicina de Família e Comunidade.....</i>	<i>44</i>
4.2	Propostas de ensino de saúde da criança nas Residências de Medicina de Família e Comunidade no Estado do Ceará.....	51
4.2.1	<i>A Proposta Pedagógica do PRMFC-1</i>	<i>52</i>
4.2.2	<i>A Proposta Pedagógica do PRMFC-2</i>	<i>55</i>
4.2.3	<i>A Proposta Pedagógica do PRMFC-3</i>	<i>57</i>
4.2.4	<i>A Proposta Pedagógica do PRMFC-4</i>	<i>61</i>
4.2.5	<i>A Proposta Pedagógica do PRMFC-5</i>	<i>63</i>
4.2.6	<i>A Proposta Pedagógica do PRMFC-6</i>	<i>66</i>
4.2.7	<i>A Proposta Pedagógica do PRMFC-7</i>	<i>68</i>

4.3	Análise comparativa e alinhamento dos Projetos Pedagógicos de Curso dos PRMFC no Ceará às diretrizes e normativas nacionais	70
4.4	<i>Case:</i> Residência de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia em Sobral.....	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA APREENSÃO DOS DADOS DOCUMENTAIS NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS	89
	APÊNDICE B – GUIA DE PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	90
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	96

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Atenção Primária à Saúde e os novos paradigmas da formação em saúde

O histórico dos modelos de atenção à saúde evidencia sua íntima relação com contextos sócio-políticos. No cenário nacional, movimentos antecedentes do Sistema Único de Saúde (SUS) denotam as lutas para sua incursão na Constituição de 1988. Do início do século XX até a Primeira República, prevalecia o modelo sanitista campanhista, voltado para o controle de endemias. Durante o período da Segunda Guerra Mundial, delineou-se o modelo médico assistencial previdenciário na saúde individual. Entre 1945 e 1970, cresceu o modelo médico privatista, centrado em práticas curativas, fragmentadas e hospitalares. Na transição desta última década ecoaram discussões e proposta de reordenamento dos sistemas de saúde que tivessem em seu centro a Atenção Primária à Saúde (APS). O registro mais expressivo desta busca foi Conferência de Alma-Ata em 1978 e as recomendações dela decorrente (Gil; Maeda, 2013).

O movimento da medicina social latino-americana atribui a esta APS proposta o qualitativo integral, denominando-a de “atenção primária à saúde integral”. Entretanto, reconhece-se que, em regra, não é esta perspectiva de APS que se vê implementada nesta região, na qual, por vezes, tem-se uma abordagem “seletiva” com disponibilização de cesta de serviços “custo-efetivos” (Giovanella, 2018).

Oportuno registrar que, o Brasil tem adotado, desde os movimentos da Reforma Sanitária, a nomenclatura Atenção Básica à Saúde (ABS) em contraposição ao termo que predomina mundialmente, Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care). Giovanella (2018) recorda que a opção pelo termo Atenção Básica foi sustentada ideologicamente no objetivo de indução de um sistema público universal coadunando com a concepção de cidadania ampliada e, portanto, diferenciando-se da perspectiva reducionista de atenção primária seletiva e focalizada, que se apresentava como pensamento predominante à época. No entanto, a autora adverte que há imprecisões em ambos os termos, que podem refletir em políticas distintas, com repercussões na garantia do direito à saúde. E, prossegue afirmando que as duas tipologias também podem responder as perspectivas de sistemas públicos universais que asseguram a centralidade deste nível de atenção à saúde.

Em consideração ao exposto, nesta dissertação, os termos APS e ABS serão utilizados indistintamente, seguindo o que está expresso na Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017 (Brasil, 2017), e respeitando a nomenclatura utilizada pelos autores que são referenciados. A APS, não visa a tratar condições específicas do processo saúde-

adoecimento, se ocupa de cuidar essencialmente da pessoa que a vivência, a partir de uma atenção/cuidado integral, acessível e baseado em suas necessidades. Tendo a visão de que precisa agir sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde, suas ações se voltam à promoção da saúde, prevenção de agravos, controle de doenças crônicas e cuidados paliativos (OPAS, 2024).

Esta concepção se alinha as recomendações de *Alma-Ata* ao indicar como componentes essenciais a APS: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento socioeconômico e participação social. Estes devem ser assegurados por meio de cuidados essenciais à saúde, acessíveis a indivíduos, famílias e comunidade, baseados em métodos e técnicos de baixa densidade tecnológica, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis (Minayo; Gualhano, 2020).

Conforme já referido, a organização da APS se diferencia entre países e regiões. Todavia, se constitui o primeiro nível de um processo continuado de assistência à saúde em países com sistemas nacionais de saúde. No Brasil, a expressão de sua implementação ocorre a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Para Giovanella (2018), o PSF, em sua implantação, apresentava características de focalização e seletividade dada a sua inserção paralelamente à uma rede assistencial preexistente.

O PSF que foi gradativamente implantado, ganhou escopo e, na perspectiva do projeto político do SUS, não devia se configurar mais como um programa, que transmite a ideia de transitoriedade, assim, converte-se em estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde e passa a se denominar de Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1997. No continuum de consolidação da APS abrangente no Brasil, em 2006, é publicada pela Portaria nº648, de 28 de março, a Política Nacional de Atenção Básica. Nesta, a ESF é conceituada como um

conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde, voltadas à: ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; organização do acesso ao sistema; integralidade do atendimento; conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde (Brasil, 2006).

Neste escopo, a ABS e a ESF visam reduzir diferenças de oportunidades entre grupos populacionais distintos. Para tal, requer profissionais qualificados e com visão interdisciplinar, para ampliar a resolutividade e que suas atitudes convirjam para modificar condições de vida da comunidade por meio de ações sobre fatores sociais, ambientais e pessoais, estimulando práticas saudáveis e afastando riscos (Coelho *et al.*, 2022; Del Ciampo *et al.*, 2006).

Entretanto, era evidente a inadequação dos profissionais de saúde vinha de processos formativos com foco hospitalar, frequentemente segmentado em especialidades e na atenção individual numa atuação mais focada em uma relação queixa-conduta (Moreira; Dias, 2015). Nitidamente havia um descompasso entre o sistema formador e o sistema que absorveria esta força de trabalho, visto que saúde da família é um campo próprio, não uma junção de áreas especializadas.

Dessa forma, tornou-se indispensável investir na formação dos profissionais para o novo modelo para aproximar o perfil de competências dos profissionais de saúde das necessidades dos processos de trabalho (Moreira; Dias, 2015). Apesar de mais de quase três décadas de implantação do então PSF em 1994 e seus desdobramentos na formação de profissionais de saúde convergente com o modelo de atenção à saúde requerido, desafios no campo da educação na saúde ainda ocupam a agenda de universidades, centros formadores e sistemas de saúde.

Reitera-se que a mudança de um modelo de atenção à saúde altera não só a lógica da assistência, mas a necessidade de repensar a formação. Na linha do tempo dos movimentos em prol da superação desta problemática, entram em cena as residências médicas e multiprofissionais.

A residência, caracterizada pela formação em serviço, é considerada o padrão-ouro da especialização. Inicialmente dirigida a profissionais médico, avança para outras profissões (uniprofissional) e, também, para processos formativos focados na multiprofissionalidade no campo da saúde. Portanto, residências cumprem um papel de formação de especialistas para atuação em determinados seguimentos populacionais, ciclos de vida e/ou atuação focalizada em órgãos e sistemas. Contudo há residências que dotam da singularidade de cuidar de coletivos como as RMFC e multiprofissionais.

No Brasil, a primeira residência em Medicina Comunitária data de 1976, um ano antes do decreto nº 80.281, que cria a Residência Médica no Brasil e institui no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Médica, a qual estabelece os princípios e normas de funcionamento, credenciamento e oferta de programas de diversa especialidades (Brasil, 2006).

Contudo, para fins desse estudo será percorrido exclusivamente o itinerário da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), o qual se destaca por ser um programa basilar na assistência à saúde. Todavia, a adesão a este programa no Brasil ainda carece de maior incentivo e, conseqüente, valorização profissional. O Estado do Ceará,

referência na implantação da APS, concentra uma grande oferta no número de vagas para este programa, com forte densidade na capital do Estado.

Neste, a RMFC teve seu início, concomitantemente, em Fortaleza e em Sobral, no ano de 2006. O programa de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza é integrado com os programas da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC). Os residentes têm como campo de prática a rede de atenção de saúde do município e do estado, com ênfase nas Unidades de Saúde da SMS de Fortaleza (SBMFC, 2021).

A RMFC de Sobral foi a sexta em a ser implantada no país. Este município vinha de uma experiência de formação, em caráter de residência no campo saúde da família, de modo integrado, ou seja, para os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros que constituíam a equipe mínima da ESF. Contudo, este desenho não foi reconhecido pelo conselho profissional da medicina. Os programas de residências no sistema municipal de saúde de Sobral se inserem no escopo de um Sistema Municipal de Saúde Escola, no qual tem o apoio pedagógico e institucional como referência (Dias *et al.*, 2017).

Em 2011, a Universidade Federal do Cariri, abriu a oferta de vagas para vários programas de residência médica, incluindo a de Medicina de Família e Comunidade (UFCA, 2023). Em 2021, houve a aprovação pelo Conselho Nacional de Residência Médica da abertura de 6 vagas para residência de Medicina de Família e Comunidade no Centro Universitário UNINTA, em Itapipoca, sendo as vagas ofertadas no edital referente a seleção para o ano de 2022 (UNINTA, 2023).

O residente de Medicina de Família e Comunidade precisa de uma formação que responda às demandas de Saúde Pública e que o qualifique nas áreas das clínicas básicas sem distanciá-lo da aplicação desses conhecimentos na comunidade em nível de atenção primária (Castro; Nóbrega-Therrien, 2009; Coelho *et al.*, 2020).

Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde emerge como um eixo estruturante no redesenho das políticas públicas de saúde, ao mesmo tempo em que desafia os modelos tradicionais de formação profissional. Este contexto exige não apenas a consolidação de práticas que integrem os princípios da integralidade e acessibilidade, mas também a reformulação dos currículos e das estratégias pedagógicas, de modo a alinhar os perfis dos egressos às demandas crescentes e dinâmicas da saúde coletiva. Nesse sentido, a APS não é apenas um local de prática, mas um campo que exige reflexões contínuas sobre a relação entre a assistência, o ensino e o desenvolvimento social.

1.2 A Saúde da Criança na Atenção Primária à Saúde

A população brasileira conta, considerando dados do Censo de 2022, com mais de 203 milhões de habitantes. Desses, aproximadamente, 26,83% têm até 20 anos incompletos, o que corresponde a mais de 54 milhões de crianças e adolescentes. Fazendo o recorte territorial desse estudo, evidenciam-se mais de 2 milhões de crianças e adolescentes no estado do Ceará, representando 27,87% da população (Brasil, 2022). A promoção da saúde deste grupo populacional é de interesse da Saúde Coletiva, com ênfase na APS, campo de estudo e práticas em que se insere as RMFC.

A Atenção Primária em Saúde desempenha papel fundamental no acompanhamento longitudinal do ciclo de vida da criança e do adolescente como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado (Brasil, 2024d). Para consecução deste papel tem-se como política orientadora, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que orienta programas e ações voltadas para a saúde infantil que abrangem da promoção à recuperação da saúde para proporcionar boas condições para o crescimento e desenvolvimento físico, emocional e social dessa população (Brasil, 2017).

No escopo das diretrizes para promoção do cuidado integral de crianças, o Ministério da Saúde apresenta a oferta de ações de saúde no SUS através da Linha de Cuidado de Puericultura e Hebicultura (Figura 1). Com foco em fatores individuais e ambientais, essa linha de cuidado se integra aos serviços de saúde e promove uma abordagem multidisciplinar, conectando-se a programas comunitários, escolas e políticas públicas em áreas como assistência social, educação e trabalho (Brasil, 2024b; Brasil, 2021b).

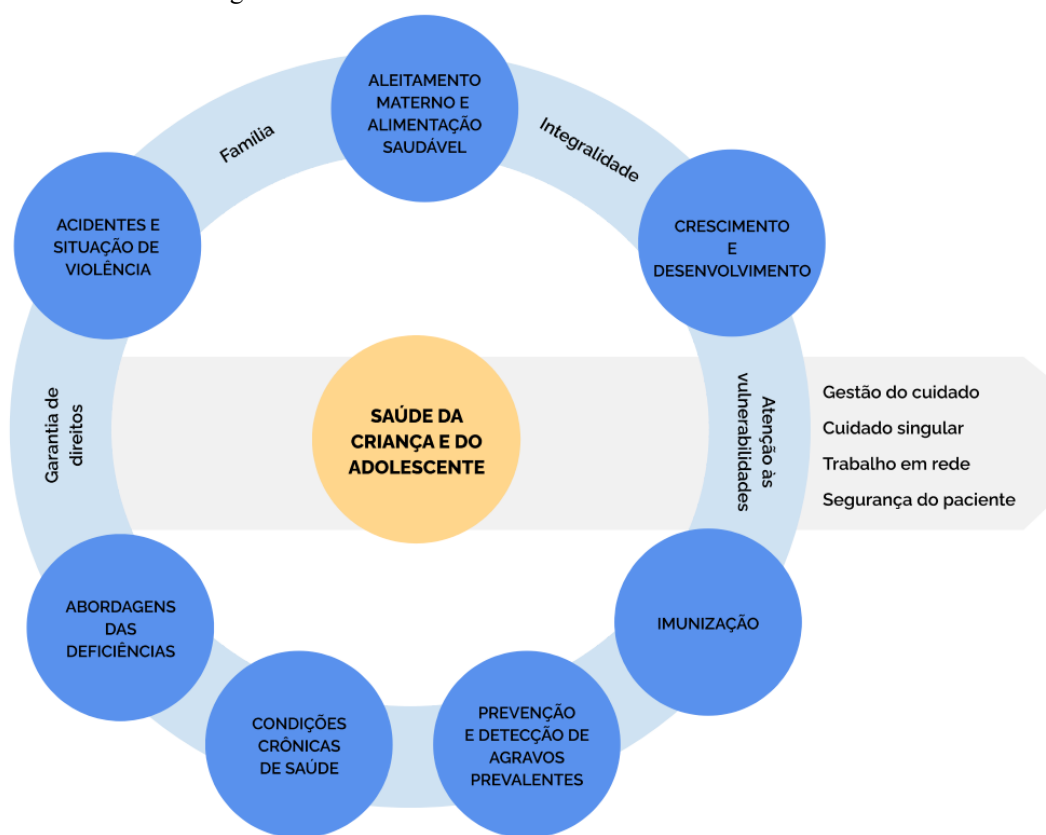
Com frequência, após o período inicial de cuidados intensivos dedicados à criança, geralmente concentrados nos primeiros meses de vida, observa-se uma significativa perda de seguimento no cuidado pediátrico de rotina. Esse abandono tende a ocorrer à medida que os pais ou cuidadores percebem a criança como saudável e sem necessidade aparente de acompanhamento contínuo, o que pode comprometer a detecção precoce de problemas de saúde, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, além da promoção de ações preventivas essenciais para o bem-estar infantil.

Essa lacuna no seguimento pediátrico reflete a importância de estratégias que promovam a adesão contínua das famílias ao cuidado integral da criança, mesmo na ausência de sintomas aparentes. Investir em educação em saúde, reforçando a relevância das consultas de rotina para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças, é essencial para garantir um cuidado longitudinal e efetivo. Além disso, a articulação entre

serviços de atenção primária e especializada como em uma linha de cuidado pode contribuir para minimizar barreiras e fortalecer a relação de confiança entre os cuidadores e a equipe de saúde, assegurando um acompanhamento mais próximo e eficaz ao longo de toda a infância.

Visando reforçar a necessidade de contemplar o adolescente nessa linha de cuidado, o Ministério da Saúde inclui o termo hebicultura no título da linha de cuidado, ainda que puericultura, por definição, refira-se ao acompanhamento periódico visando a promoção e proteção da saúde das crianças e adolescentes, abrangendo integralmente o ser humano de 0 a 19 anos (Brasil, 2014b; Paraná, [2024]).

Figura 1 – Linha de Cuidado de Puericultura e Hebicultura



Fonte: Brasil (2024b).

No contexto estadual, os Planos de Saúde Regionais do Governo do Estado do Ceará de 2023 a 2027, anunciam como prioridade sanitária e meta estratégica primeira a saúde materno-infantil em todas as cinco regiões: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste e Cariri (Ceará, 2023a; Ceará, 2023b; Ceará, 2023c; Ceará, 2023d; Ceará, 2023e.).

Visualiza-se assim, por meio das políticas públicas em diferentes entes federados, a relevância da atenção à saúde infantil. Importa destacar que a pensar na atenção à saúde infantil não significa concebê-la restrita as ações somente para este grupo populacional. Isso se

justifica pelas necessidades própria da criança e do adolescente, no escopo de seu crescimento e desenvolvimento. Seu alcance ultrapassa o indivíduo, visto que este depende da família de forma mais evidente que em outros momentos da vida. É neste contexto que emerge o puericultor, profissional de saúde que atende famílias com crianças e adolescentes e não apenas crianças e adolescentes. É na ESF que se dá o acesso aos cuidados em puericultura e hebicultura (Brasil, 2024b; Fernandes *et al.*, 2023).

Puericultura e hebicultura são entendidas como um conjunto multiprofissional de ações de saúde executadas de forma contínua da infância à adolescência, contemplando globalmente os eixos de família, comunidade e cultura. Elas influenciam diretamente na redução da morbimortalidade infantil e no desenvolvimento da qualidade de vida, tendo em vista o foco na prevenção de agravos à saúde, capacitando o indivíduo para uma vida mais longa, produtiva e integral (Brasil, 2024b; Fernandes *et al.*, 2023).

Suas ações visam propiciar o melhor nível de desenvolvimento físico, emocional, intelectual, moral e social e envolvem principalmente orientação antecipatória nas áreas de higiene, hábitos de vida, segurança e nutrição, monitorização de crescimento pôndero-estatural, imunização e desenvolvimento neuropsicomotor por meio de práticas definidas, centrando suas atividades na apreciação de fatores individuais e ambientais de proteção e de ameaça à saúde (Brasil, 2024b).

Para uma adequada execução da linha de cuidado de puericultura e hebicultura, exige-se uma conexão multidisciplinar dentro dos serviços de saúde, incluindo programas comunitários de centros de educação infantil, escolas, associações de bairro e igrejas, para que se faça interface com as demais políticas públicas no campo da assistência social, educação, justiça e trabalho (Brasil, 2024b).

A presença de diferentes profissionais com seus núcleos de competências enriquece o campo comum de habilidades e práticas, ampliando a capacidade de cuidado centrado na criança e sua família. É neste sentido que a ESF se organiza em equipe multiprofissional para exercício do cuidado, a equipe de Saúde da Família (eSF), a qual é composta, minimamente por 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. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (Brasil, 2024d).

De maneira complementar e integrada, compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do conhecimento e categorias profissionais, tem-se as Equipes

Multiprofissionais nas APS (eMulti). Elas podem ser classificadas em eMulti complementar, eMulti ampliada e eMulti estratégica, de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional, estando aptos para sua composição as seguintes categorias profissionais: arte educador; assistente social; farmacêutico clínico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo(a); médico(a) veterinário(a); nutricionista; profissional de educação física; psicólogo(a); sanitaria; terapeuta ocupacional e médicos: acupunturista; cardiologista; dermatologista; endocrinologista; geriatra; ginecologista/obstetra; hansenologista; homeopata; infectologista; pediatria e psiquiatria (Brasil, 2024c).

Estas equipes dispõem de diferentes dispositivos, instrumentos e estratégias para efetivação do cuidado, a exemplo da Caderneta da Criança, documento produzido pelo Ministério da Saúde, orientado tanto para familiares quanto para profissionais de saúde, também conhecido como Passaporte da Cidadania. Esta orienta consultas de rotina em puericultura com médico ou enfermeiro com 1 semana de vida, e com 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18, 24 e 36 meses de vida (Brasil, 2022). Para após esse período, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda consultas semestrais até os 5 anos e anuais dos 5 aos 18 anos de idade (SBP, 2023).

Na Atenção Integral à Saúde da Criança, a Política Nacional de Saúde Bucal se insere de forma transversal, integral e intersetorial nas linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança, com o objetivo de promover a qualidade de vida por meio das ações de promoção, prevenção, cuidado, qualificação e vigilância em saúde. Recomenda-se que a primeira consulta odontológica ocorra no momento do primeiro dente decíduo e uma segunda consulta com 12 meses de idade. Após o primeiro ano de vida, deve ser garantida pelo menos uma consulta anual de rotina (Brasil, 2018).

A pediatria, especialidade médica dedicada ao cuidado integral da saúde infantil, é orientada a ter uma atitude mais preventiva que curativa (Marcondes, 1986). Por esta premissa, o cuidado a este segmento populacional não deve se assentar na relação queixa-conduta, mas incorporar a promoção da saúde como lente do cuidado. Assim sendo, a educação em saúde é ferramenta relevante que deve ser acessada pelos profissionais da atenção básica para promoção saúde das crianças. Situação que requer tornar a família sujeito no processo de aprendizado para que identifiquem os problemas, potencialidades, singularidades no processo de desenvolvimento infantil e participe nas intervenções, o que trará benefícios evidentes (Del Ciampo; Del Ciampo, 2010; Fernandes *et al.*, 2023).

Portanto, a saúde da criança na APS configura-se como uma área de extrema relevância, não apenas pelo impacto na morbimortalidade infantil, mas também por sua capacidade de promover o desenvolvimento integral e a qualidade de vida das novas gerações.

Reconhecer a criança como um sujeito de cuidado, inserido em um contexto familiar e comunitário, requer a integração de múltiplos saberes e práticas, alinhados às políticas públicas de saúde e às evidências científicas. Este cenário reforça a necessidade de profissionais bem formados e sensíveis às especificidades da infância, capazes de atuar em um modelo que privilegie a prevenção de agravos, a promoção da saúde e o cuidado integral.

1.3 Saúde da criança no contexto da Residência de Medicina de Família e Comunidade: objeto de pesquisa e engajamento da mestranda com o tema

O documento “O Futuro da Educação Pediátrica” proposto pela Academia Americana de Pediatria aponta a necessidade da integralidade na atenção à saúde da criança, enfatizando a importância do ensino de pediatria em diferentes níveis de atenção e valorizando o contexto familiar e comunitário no processo de manutenção e recuperação da saúde (Veiga; Batista, 2006). A importância de um programa adequado de puericultura reside na projeção de um adulto saudável que tenha crescido em um ambiente propício ao desenvolvimento pleno de seu potencial (Fernandes *et al.*, 2023).

Analisar esta formação no contexto da RMFC, requer antes uma contextualização breve sobre requisitos que orientam esta formação. A Comissão Nacional de Residência Médica tem normas que determinam os requisitos mínimos para a implantação de um programa de RMFC. Porém, quanto à forma de organização dos conteúdos durante o curso não existe um consenso. Estudos preconizam a associação dos ambientes de atenção primária e secundária. Sobre a carga horária, recomenda-se 10% de aulas teóricas e 90% de atividades práticas (Rodríguez; Cassias; Kolling, 2008).

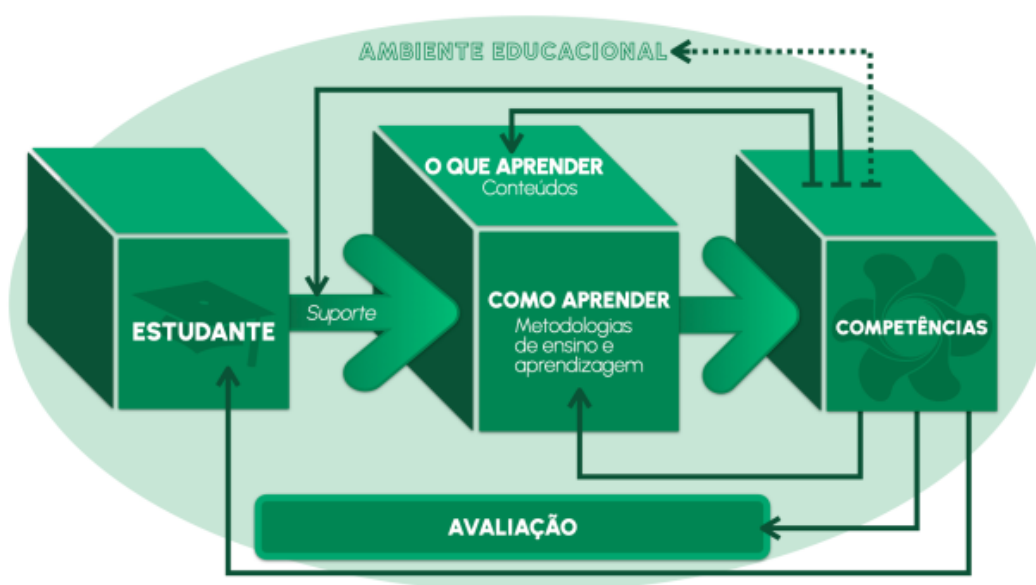
Em relação ao ensino da pediatria especificamente, sugere-se seminários semanais e uma mesa redonda mensal. Os temas são referidos como as situações mais frequentes no cotidiano da ESF. Como essas demandas variam de acordo com território e sazonalidade, eles não são elencados no Programa Pedagógico do Curso (PPC), apenas anunciado que serão considerados. Sobre as atividades práticas de pediatria em nível primário, é importante que haja atividades de educação em saúde, atendimento ambulatorial, puericultura e matriciamento (Moraes; Linhares, 2022; Rodríguez; Cassias; Kolling, 2008).

Embora reconheça movimentos de mudança na educação médica para superação do modelo hospitalocêntrico, o desenvolvimento de competências para plena atuação na Atenção Primária ainda é tarefa complexa. Agregar valores familiares, reconhecer saberes prévios da

população adscrita, incorporar estratégia de educação em saúde e adequá-los à disponibilidade de recursos do sistema, do território e do usuário foi tarefa vivida também por mim ao concluir a graduação.

O ensino baseado em competências traz essa revolução na formação médica ao priorizar o desenvolvimento de habilidades práticas e atitudes, além do conhecimento teórico. Essa abordagem enfatiza a capacidade dos alunos de aplicar o que aprenderam em situações reais, garantindo que, ao final do curso, estejam preparados com competências essenciais, como comunicação, raciocínio clínico e tomada de decisões. A avaliação contínua e formativa também é fundamental, proporcionando *feedback* frequente e personalizado conforme o progresso de cada estudante (Figura 2). Essa mudança representa um novo paradigma de formação mais centrada na prática clínica, visando a segurança e a qualidade no cuidado à saúde.

Figura 2 – Ensino baseado por competências



Fonte: Caramori e Cunha (2024).

Ademais, considera-se que o modelo de formação em residências se traduz numa das mais potentes estratégias de educação permanente por pôr em movimento a relação ação-reflexão-ação; ou seja, desenvolve um processo de aprendizagem significativo que supera a polarização teoria-prática e que reconhece o princípio educativo do trabalho.

Freire (2019) ressalta que a evolução no desenvolvimento da próxima prática vem da reflexão crítica das práticas anteriores. Desenvolver-se como profissional reflexivo demanda

um trabalho em equipe, pois a reflexão na e sobre os aspectos da prática fica limitada sem uma visão colaborativa (Micheletto; Levandovski, 2008).

Nesse contexto de formação colaborativa, sabe-se que o sistema de saúde juntamente com as instituições formadoras é capaz de exercer o papel de mediação para emancipação humana (Dias, 2016). A “reflexão na ação” se diferencia do “conhecer na ação” justamente por uma função crítica na reflexão, que produz questionamentos dos pressupostos do modelo formativo de simplesmente conhecer (Marins *et al.*, 2004).

Pelo exposto, tem-se a pergunta de partida desta investigação: Como os Programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade no Ceará propõem a formação de médicos de família e comunidade para o desenvolvimento de competências em saúde da criança?

Respostas ao questionamento poderão gerar subsídios para reflexões e alinhamentos sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade com foco na saúde da criança, a partir da identificação de possíveis incompletudes nos projetos pedagógicos dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade. O desdobramento esperado desta busca é contribuir para maior efetividade da ESF, através da formação adequada de profissionais médicos.

Dito isso, expressa-se o reconhecimento de Projeto Pedagógico de Curso como um instrumento político, teórico e metodológico que, de forma sistematizada, refletida e consciente, que visa orientar os desafios do processo ensino-aprendizagem. E que anuncia diretrizes e princípios balizadores das ações a serem adotadas na organização e condução do processo formativo (Vasconcellos, 2022). Assim, orienta a gestão administrativa, acadêmica e pedagógica do curso.

A adequação da formação médica voltado para Atenção Primária tem gerado questionamentos, proposições e debates desde Alma-Alta. Embora o ambiente hospitalar ainda permaneça como espaço hegemônico de aprendizagem, o enfoque na atenção básica à saúde ganhou destaque nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Ribeiro; Fiuza; Montenegro Junior, 2022; Brasil, 2014a). Entende-se que estas premissas se estendem ao ensino na pós-graduação, incluindo as residências.

Retomando-se a questão de partida, registra-se que, em busca em abril de 2024, nas bases de dados PubMed, Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se as palavras-chaves saúde da criança e residência de Medicina de Família e Comunidade, delimitados como escopo parcial estudos realizados no ou sobre este objeto no estado do Ceará, permitiu identificar apenas um estudo, do tipo relato de experiência, realizado por Moraes e

Linhares (2022), que versou sobre a vivência da preceptoria na formação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade no atendimento de saúde infantil, a partir dos princípios e referenciais metodológicos que orientaram o processo de ensino-aprendizado.

A presente proposta investigativa diferencia-se deste estudo referido ao: a) ser pesquisa com coleta de dados do multicêntrica, a ser realizada em quatro das cinco macrorregiões de saúde do estado: Macrorregião de Fortaleza, Macrorregião de Sobral, Macrorregião do Sertão Central e Macrorregião do Cariri; b) ampliar a abordagem metodológica sobre o objeto em apreço: formação de competências em saúde da criança na RMFC para atuação na APS; e c) se aportar num estudo documental de análise de elementos constituintes dos projetos pedagógicos dos cursos.

Além desta relevância que se reveste no campo de conhecimento e de prática, tem-se como justificativa de interesse pelo estudo, meu envolvimento no processo de educação médica no papel de professora do magistério superior do curso de medicina em universidade pública e minha proximidade com as especificidades da puericultura, tendo em vista minha formação na residência médica em pediatria, os quais me impulsionam no compromisso com a formação de um médico puericultor, coadunando com o entendimento de Prearo, Rizatto e Martins (2011), para quem pesquisas em educação médica tornam-se cada vez mais necessárias, pois serão elas que, nos momentos de avaliação da e na escola médica, orientarão sua trajetória na busca de cumprir seu papel social (Prearo; Rizatto; Martins, 2011).

Nesse contexto, a formação de competências em saúde da criança nas Residências em Medicina de Família e Comunidade assume um papel estratégico, tanto para a consolidação da APS quanto para a qualificação do cuidado pediátrico no Brasil. Essa situação exige uma análise crítica das práticas formativas, buscando um alinhamento efetivo com as diretrizes nacionais, as demandas regionais e o potencial transformador do trabalho em APS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as propostas de ensino de saúde da criança nas Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) no estado do Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Reconhecer as competências gerais e as relativas à saúde da criança a serem desenvolvidas nos Programas de Residência de Medicina e Comunidade, a partir de sua agência de regulação e de sua entidade médica científica.
- b) Correlacionar as competências requeridas pelas agências regulatória e científica dos Programas de RMFC para a prática de Atenção à Saúde da Criança com as competências que orientam a formação dos residentes de MFC no Ceará.
- c) Apresentar o Projeto Pedagógico do Curso de RMFC que se destaque positivamente como um *case*.

3 MATERIAL E MÉTODOS

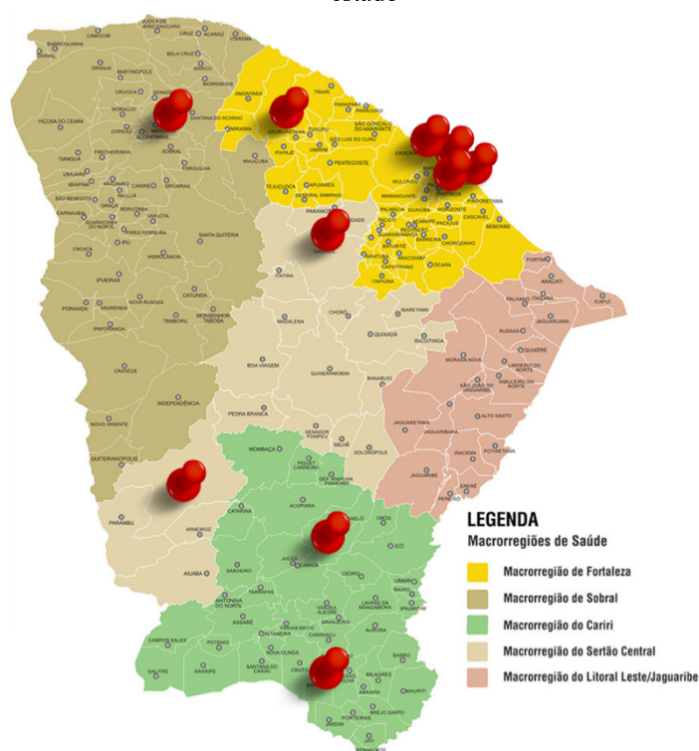
3.1 Abordagem e tipologia do estudo

O estudo que se delineia está sustentado na epistem de pesquisas de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa trabalha com universos de significados, motivos, atitudes e valoriza a experiência. Responde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos e dos processos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2012).

Quanto aos objetivos e fontes de dados, o estudo se caracterizará como uma pesquisa exploratória-descritiva e documental. Pesquisas exploratórias intentam gerar uma maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito. As pesquisas descritivas objetivam descrever características de um grupo para que sejam identificadas possíveis relações entre variáveis. A referência a pesquisa documental, que se caracteriza em apreender, analisar e sistematizar conteúdos de documentos, se justifica a partir do subsídio dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e das Normativas da Comissão Nacional de Residência Médica serem fontes de coleta de dados (Fontana; Pereira, 2023; Gil, 2010).

Registra-se ainda que se trata de pesquisa com coleta de dados multicêntrica, visto que envolve dez centros formadores em quatro macrorregiões de saúde do Ceará (Figura 3).

Figura 3 – Distribuição espacial dos Centros Formadores de MFC no Ceará nas macrorregiões de saúde do estado



Fonte: Adaptado de Ceará (2014).

3.2 Campo de investigação

Segundo o painel da residência médica do Ministério da Educação, existem 348 vagas autorizadas para a residência de Medicina de Família e Comunidade no Ceará (Figura 4).

Figura 4 – Vagas de residência de MFC aprovadas para o Ceará em 2024

UF, Município, Instituição, Especialidade, Situação do Programa	Vagas Autorizadas
CE, Sobral, ASSOCIACAO IGREJA ADVENTISTA MISSIONARIA - AIAMIS, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	12
CE, Fortaleza, ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	100
CE, Barbalha, FACULDADE DE MEDICINA DO CARIRI UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	28
CE, Fortaleza, FUNDACAO EDSON QUEIROZ, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	40
CE, Fortaleza, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTIDIO UFC, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	14
CE, Fortaleza, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	100
CE, Juazeiro do Norte, SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO CEARA LTDA, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	8
CE, Caninde, UNISAOLUIS EDUCACIONAL LTDA, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	18
CE, Barbalha, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI-UFCA, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, Aprovado	28
Total	348

Fonte: Brasil (2024e).

Entretanto, observa-se uma discordância de dados em relação aos editais de oferta de vagas. Não são descritas as vagas vinculadas à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia em Sobral como aprovadas e as vagas da Associação Igreja Adventista Missionária (AIAMIS – UNINTA) é ofertada no edital para o município de Itapipoca e não de Sobral, como consta no painel da residência Médica do Ministério da Educação. Outro dado a ser retificado na plataforma é a repetição das 28 vagas de Barbalha, que aparecem com duas versões de nome: Faculdade de Medicina do Cariri (antigo) e Universidade Federal do Cariri (atual). Dessa forma, o quantitativo total de vagas aprovadas para o estado seria de 320 e não de 348.

Além disso, nem todas as vagas aprovadas foram ofertadas pelas instituições nos editais, como as vagas da Fundação Edson Queiroz, que atualmente disponibiliza residência médica apenas para geriatria (UNIFOR, 2024) e a UNISAOLUIS Educacional LTDA que oferta apenas 4 vagas em Canindé e 5 vagas em Iguatu, das 18 vagas anuais autorizadas (IDOMED, 2023a), dentre outros casos.

No Ceará, segundo o último edital do ENARE (Exame Nacional de Residência), organizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), foram ofertadas 53 vagas para Residência de Medicina de Família e Comunidade no estado do Ceará (Tabela 1): 2 vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Sobral (Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia); 6 à Associação Igreja Adventista Missionária (UNINTA – Itapipoca); 7 ao Complexo Hospitalar da UFC, 9 à Escola de Saúde Pública do Ceará, sendo 2 vagas no município de Tauá e 7 vagas nos municípios de Caucaia e Fortaleza; 19 à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e 10 à Universidade Federal do Cariri (Brasil, 2024e; EBSERH, 2024).

Tabela 1 – Vagas ofertadas nas RMFC no Estado do Ceará em 2024

Instituição	Vagas ofertadas
SMS Sobral (ESP-VS)	2
AIAMIS (UNINTA Itapipoca)	6
UFC-EBSERH (Fortaleza)	7
ESP-CE (Caucaia e Fortaleza)	7
ESP-CE (Tauá)	2
SMS Fortaleza	19
UFCA (Barbalha)	10
Estácio IDOMED Canindé	4
Estácio IDOMED Iguatu	5

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos de Brasil (2024e), EBSERH (2024) e IDOMED (2023b).

A oferta de vagas para o primeiro ano da residência em MFC em quantidade menor que a autorizada não é realidade exclusiva do estado do Ceará. No Brasil, em 2020, 26,8% das vagas autorizadas não foram ofertadas pelos Programas (Lima, 2020).

3.3 Instituições participantes do estudo

Com o objetivo de captar informações que refletissem, da maneira mais fidedigna possível, a realidade prática das Residências de Medicina de Família e Comunidade, foram consideradas como instituições participantes deste estudo apenas aquelas que efetivamente ofertaram vagas no curso do ano de 2024. Essa escolha permitiu focar em contextos ativos de formação, onde os projetos pedagógicos estão sendo implementados de forma concreta e têm impacto direto na capacitação dos futuros médicos.

A decisão de excluir instituições que possuem vagas aprovadas, mas que não foram ofertadas, fundamenta-se na compreensão de que, embora esses programas tenham uma base teórica estruturada, sua ausência de execução nos próximos dois anos impede a avaliação de seus resultados práticos no desenvolvimento das competências e habilidades dos residentes. Assim, essa delimitação busca garantir que os dados obtidos sejam mais representativos e pertinentes à realidade atual da formação em saúde, permitindo análises mais precisas e aplicáveis aos contextos de ensino e prática médica vigentes.

3.4 Período, Procedimentos e Instrumento para coleta de dados

Inicialmente, o projeto foi submetido à apreciação das instituições formadoras, as quais manifestaram anuência para a realização da pesquisa e compuseram as unidades de análise. Posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) designado pela Plataforma Brasil. Obtida aprovação do CEP da Universidade Estadual Vale do Acaraú no parecer de número 6.940.316 (Anexo A), realizou-se um pré-teste dos instrumentos de coleta de dados com outro programa de RMFC não situado no Ceará.

Obtida a anuência das instituições e aprovação do projeto pelo CEP, após o pré-teste, solicitou-se a disponibilização dos projetos pedagógicos para a realização de uma leitura orientada para identificar carga horária total, carga horária de saúde da criança e adolescente e a proporcionalidade entre estas; competências a serem desenvolvidas; conteúdos e estratégias de ensino; cenários e cargas horárias práticas; e estratégias de avaliação, informações elencadas no formulário autoral disponível no Apêndice A.

O exercício da coleta de dados em múltiplos centros apresentou desafios consideráveis exclusivamente no aspecto relacionado à disponibilização das propostas de ensino e documentos relacionados. Embora o acesso aos gestores e a obtenção da anuência tenham ocorrido de maneira fluida, a diversidade e a complexidade das estruturas organizacionais dos programas de residência exigiram movimentos persistentes para garantir que as informações solicitadas fossem devidamente fornecidas. Esse processo de busca ativa ocorreu de abril a novembro de 2024 e resultou em atrasos nas fases subsequentes da pesquisa, comprometendo o cronograma inicialmente planejado.

Além disso, a variabilidade nas formas de organização e gestão dos programas de residência em diferentes instituições também impactou a uniformidade dos dados coletados, exigindo ajustes metodológicos para garantir a comparabilidade e a consistência das informações. Esses obstáculos, embora desafiadores, também proporcionaram uma compreensão mais profunda das dinâmicas institucionais e da heterogeneidade existente entre os centros, o que, por sua vez, enriqueceu a análise e as conclusões do estudo, tornando evidente a importância de incluir entre os objetivos a apresentação do Projeto Pedagógico do Curso de RMFC que se destacou positivamente como um *case*.

No que concerne ao acesso à diretrizes e normativas, recorreu-se aos documentos oficiais, publicações nos sites da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Comissão Nacional de residência Médica, requerendo em seguida um movimento de leitura e sistematização das informações.

3.5 Organização e análise dos dados

No curso da análise documental, objetivou-se captar as potencialidades e limitações das propostas de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências em saúde infantil na Atenção Primária. Buscou-se ainda paralelizar tais propostas com documentos balizadores da formação em Medicina de Família e Comunidade: a Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica nº 9 de 30 de dezembro de 2020 e o documento Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2015, além de outras publicações oficiais dessas entidades regulamentadoras que contemplassem as informações necessárias à avaliação dos demais aspectos elegidos para análise nos Projetos Pedagógicos de Curso.

Esleu-se a análise temática reflexiva, método de análise de discursos e documentos que se caracteriza pela busca de padrões com homogeneidade interna nas categorias e heterogeneidade externa entre as categorias, como subsídio teórico para análise dos dados. A análise temática propõe-se na forma de seis etapas não-lineares: familiarização com dados, geração de códigos iniciais, busca de temas, revisão de temas; definição e nomeação dos temas; produção do relatório (Braun; Clarke, 2006).

A partir da leitura crítica dos projetos pedagógicos (familiarização com os dados) foi feita uma caracterização do ensino de saúde da criança e adolescente nas Residências de Medicina de Família e Comunidade. Seguiu-se com a busca de padrões e significados, o que permitiu a identificação de aspectos significativos dos dados, individualmente para cada programa e, posteriormente, de forma sistemática de todos os programas ofertados no estado do Ceará. Como não se tem o intuito de realizar comparações, a identidade dos programas de residência foi preservada por meio do uso de pseudônimos.

3.6 Princípios Éticos

A pesquisa foi realizada respeitando os preceitos éticos presentes na Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora referenciais da bioética como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (Brasil, 2012).

A autonomia das instituições para participarem ou não desta pesquisa foi assegurada. Seguiu-se os fluxos normativos institucionalizados de submissão do projeto às

comissões científicas responsáveis pelos programas de RMFC no Ceará, as quais poderiam manifestar ou não anuência para a realização do estudo. A autonomia das instituições manifestou-se, também, no livre arbítrio de cada programa fornecer o documento que considerasse mais representativo como orientador da formação de competências na RMFC, mesmo que o PPC tenha sido o documento solicitado formalmente como referência principal.

Apesar dos riscos mínimos da pesquisa, como o constrangimento advindo de possíveis comparações, houve prontidão para se manter o anonimato das instituições participantes criando codinomes para cada uma.

Ressalta-se que os resultados obtidos transcendem o âmbito acadêmico, oferecendo subsídios para a melhoria dos projetos pedagógicos das RMFC no ensino de saúde da criança e fortalecendo a assistência pediátrica na atenção primária. Esse impacto, por sua vez, contribui para o desenvolvimento de práticas médicas mais qualificadas e para a promoção de uma atenção à saúde infantil de excelência, beneficiando tanto a formação médica quanto a qualidade do cuidado oferecido à população, contribuições que convergem com a atenção da pesquisadora aos princípios beneficência e justiça.

Ademais, considerando o compromisso ético político do ato de pesquisar, apresenta-se como recomendação um guia para construção dos PPC das RMFC, sem contudo desconsiderar a possibilidade de inclusão de itens singulares a cada Programa, considerando as diferenças territoriais, epidemiológicas e as expressões de promoção da equidade, a partir da formação em serviço.

Como os PPCs não estavam publicizados nos sites das instituições, o acesso a esses documentos ocorreu por meio de tratativas remotas, incluindo a realização de encontros virtuais para viabilizar sua obtenção. Considerando essa coleta de dados em ambiente virtual, seguiu-se as orientações da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS, que regulamenta procedimentos para pesquisas com etapas virtuais, garantindo o anonimato, a segurança na transferência e no armazenamento dos dados e dos documentos tramitados (Brasil, 2021c).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de analisar as propostas de ensino de saúde da criança nas Residências de Medicina de Família e Comunidade no estado do Ceará e evidenciar de que maneira os PPC informam sobre os processos formativos para o desenvolvimento das competências essenciais para a atenção à saúde infantil, os resultados e discussões deste estudo foram categorizados em: 4.1) Currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade: análise das diretrizes da sociedade de classe e das normativas da entidade de supervisão, onde exploram-se as regulamentações do órgão fiscalizador e da entidade científica que orientam as competências gerais e específicas para a formação em saúde da criança; 4.2) Propostas de Ensino de Saúde da Criança nas RMFC no Estado do Ceará, na qual se examina de que forma os programas planejam o processo de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento das competências para a saúde da criança pelos residentes de medicina e comunidade; 4.3) Análise Comparativa e Alinhamento dos Projetos Pedagógicos de Curso dos PRMFC no Ceará às Diretrizes Nacionais, com o intuito de estabelecer semelhanças e diferenças entre os projetos em si e destes com as normativas brasileiras; 4.4) *Case*: Residência de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia para se descrever o Projeto Pedagógico do Curso da ESP-VS como um estudo de caso, analisando a implementação prática das orientações nacionais.

Tal estrutura possibilita uma análise comparativa entre as competências exigidas pelas entidades reguladoras e a práxis dos programas de RMFC, contribuindo para o entendimento das abordagens pedagógicas e práticas no preparo dos residentes para o atendimento integral em saúde infantil.

4.1 Currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade: análise das diretrizes da sociedade de classe e das normativas da entidade de supervisão

A capacidade de recrutar, articular e pôr em prática conhecimentos, habilidades e valores necessários ao desempenho efetivo de atividades relacionadas ao trabalho nos dá o conceito de competência profissional. Tal modelo integrativo e voltado para o mercado de trabalho tem sido utilizado como referência na estruturação de currículos na área da saúde (Santos, 2011). Nesse cenário, o profissional em formação deve ser orientado a conciliar recursos cognitivos e técnicos para promover adequada atenção à saúde, incluindo diagnóstico,

tratamento e seguimento alinhados com a ética profissional, evidência científica e condições institucionais (Fernandes *et al.*, 2012).

A educação por competência exige uma organização curricular que equilibre continuamente a aquisição de conhecimentos com o desenvolvimento das habilidades e atitudes essenciais à prática médica de qualidade. Esse modelo busca integrar todos esses aspectos do aprendizado, promovendo o alinhamento entre metodologias de ensino, práticas pedagógicas, ambientes de aprendizagem e métodos de avaliação, oferecendo uma nova abordagem para a formação acadêmica e profissional (Santos, 2011). O currículo baseado em competências no âmbito da saúde tem abrangência multidimensional, visando formar indivíduos para o mercado, para a sociedade e também para sua vida pessoal.

Quanto ao sistema de avaliação dentro deste contexto, Fernandes *et al.* (2012) afirma que:

a construção de um currículo baseado em competências implica necessariamente a construção de um sistema de avaliação confiável e válido, contendo elementos variados, incluindo testes escritos, observação em cenários de prática e do comportamento profissional verificado pelas atitudes. Salienta-se que a avaliação, neste contexto, obriga o *feedback* construtivo do avaliador.

A residência médica é um marco no perfil profissional do médico, ao ingressar neste tipo de aperfeiçoamento, além novos conhecimentos, busca-se também desenvolvimento de capacidade de iniciativa e treinamento em habilidades específicas. Dessa forma, há uma demanda de que a aprendizagem seja significativa, com experiências e descobertas motivadoras, mas também com objetivos explícitos do que se espera do residente (Botti; Rego 2010). A organização do currículo por competências possibilita a aquisição de uma aprendizagem significativa (Souza; Biella, 2010) e, ao mesmo tempo, atende à necessidade do residente em saber o que é exigido dele.

4.1.1 Diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade para a formação do médico de família e comunidade

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade é uma entidade médica científica nacional fundada em 1981 e congrega médicos da especialidade em questão. Em maio de 2014, essa sociedade iniciou o processo de construção de um guia para elaboração de currículo baseado em competências para os programas de residência da especialidade no Brasil.

A referência inicial adotada pela instituição brasileira quanto ao perfil do médico de família e comunidade egresso do processo formativo da residência visou atender à orientação ibero-americana da *World Organization of Family Doctors* (WONCA) descrita no documento “Perfil do Médico de Família e Comunidade”, de maio de 2010, no qual encontra-se a afirmação de que

o melhor sistema de formação de Residência em Medicina de Família e Comunidade é o que cada país necessita, sempre e quando mantenha os quatros preceitos fundamentais de nossa especialidade médica e disciplina acadêmica: prevenção de riscos, atenção contínua, integralidade e humanismo. Desta maneira, cada país será responsável de estabelecer os requisitos mínimo para outorgar o reconhecimento como especialista em Medicina de Família e Comunidade (Arias-Castilho *et al*, 2010).

Para este processo de elaboração do guia, inicialmente, a SBMFC realizou uma oficina durante cinco dias com a presença de um grupo de consultores canadenses vinculados à Universidade de Toronto juntamente com especialistas brasileiros com atuação na formação de médicos de família e comunidade. Após compilação do material, o mesmo foi disponibilizado para consulta pública e finalmente revisado por um painel de especialistas (Lermen Junior, 2015).

A proposta de currículo baseado em competências da SBMFC é organizada em três campos principais, envolvendo 334 competências com subdivisões em grupos e áreas de competência: a) Fundamentos da Medicina de Família e Comunidade: inclui os princípios da medicina, raciocínio clínico, ética médica, bioética e educação permanente; b) Atenção à Saúde: Abrange a atenção individual, familiar, comunitária e a grupos populacionais específicos (crianças, idosos, mulheres, homens, entre outros); c) Formação Complementar e Optativa: Com foco em áreas como Medicina Rural e Práticas Integrativas e Complementares. Para médicos que já tenham completado a residência, o currículo propõe o desenvolvimento de competências avançadas em áreas como: Gestão de Serviços de Saúde, Pesquisas Médicas, Auditoria e Qualidade.

O documento define ainda competências essenciais, desejáveis e avançadas, oferecendo um guia para o desenvolvimento de médicos capazes de lidar com os desafios da saúde pública no Brasil. Uma vez que, ao se parrear as competências definidas pelos programas de RMFC com as definidas pela SBMFC, pode-se inferir critérios de necessidade de revisão e critérios de qualidade, mediante a ausência de competências essenciais ou presença das competências desejáveis, respectivamente.

As competências relacionadas à saúde da criança e do adolescente possuem uma sessão própria reproduzida no Quadro 1, além de serem encontradas ao longo do documento em outras sessões.

Quadro 1 – Competências do MFC na Atenção à saúde da criança e do adolescente

Essenciais	Desejáveis
Realiza seguimento periódico para prevenção oportuna de acordo com fases de desenvolvimento da infância.	Faz o manejo de situações ou problemas complexos de forma compartilhada com outros especialistas.
Maneja os problemas mais frequentes e relevantes no lactente.	Realiza procedimentos em crianças e adolescentes (vide área 2.1.19).
Maneja e interpreta os métodos diagnósticos em pediatria: anamnese, exame físico, radiologia básica, exames laboratoriais, tabelas de ganho de peso/altura.	
Maneja drogas mais comuns utilizadas nesta faixa etária, inclusive na amamentação.	
Orienta vacinação adequada.	
Maneja as urgências pediátricas mais frequentes e relevantes.	
Presta apoio familiar para situações como atraso psicomotor, patologias crônicas e problemas de comportamento.	
Conhece e aborda as situações de risco e vulnerabilidade para maus tratos, como violência doméstica e negligência.	
Identifica e refere situações especiais, como síndromes genéticas e displasia de quadril.	
Sabe orientar alimentação do lactente durante a transição até a dieta familiar.	
Orienta a prevenção sobre os acidentes na infância.	
Maneja os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em crianças e adolescentes.	

Fonte: Adaptado de Lermen Junior (2015).

Como pré-requisitos para desenvolvimento das competências em saúde da criança e do adolescente é exigido, segundo o documento em análise, que o residente saiba utilizar gráficos de desenvolvimento pômbero-estatural e que realize anamnese e exame físico de crianças, competências cuja aquisição é pressuposta durante a graduação em medicina.

Competências essas mencionadas em destaque pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2024) nos tópicos iniciais 1.1 e 1.3 de seu documento intitulado “Competências a serem adquiridas pelo estudante de medicina na área de Pediatria”.

As competências essenciais são listadas como acompanhamento de rotina do crescimento pôndero-estatural, alimentação saudável, prevenção de acidentes, identificação de vulnerabilidade social, de síndromes genéticas e de displasia de quadril, manejo de doenças prevalentes e comuns, incluindo avaliação clínica, interpretação de exames complementares, manejo farmacológico e suporte familiar.

Para fins de padronização, o documento considera “mais frequentes” aqueles problemas que pertençam ao grupo de causas de consulta responsável por 90% do total da demanda atendida no cenário de prática onde o residente estiver inserido. E considera “relevantes” aqueles problemas que, mesmo infrequentes na população atendida, tem importância para Saúde Pública conforme definição local ou nacional. Dessa forma, garante a possibilidade e, ainda mais, a necessidade de relativização de conteúdo de competências segundo o contexto local, sem perder o fio-guia das necessidades indispensáveis no contexto nacional.

Algumas competências são compartilhadas com outras sessões como: a) orientação de calendário vacinal (competência essencial na saúde da criança e na área 2.1.4 de Abordagem a problemas infecciosos); b) manejo de urgências pediátricas com suporte básico de vida, incluindo ressuscitação cardiopulmonar e coordenação da equipe de manobras essenciais. (competências essenciais compartilhadas também na área 2.1.18 de Urgências e Emergências); c) reconhecimento e orientação de problemas de comportamento escolar em crianças de adolescentes (competência essencial compartilhada com a área 2.1.6 de Abordagem a problemas de saúde mental).

Outras competências relativas à saúde infantil e compartilhadas como desejáveis em outras áreas, mas não elencadas na área 2.2.1 de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente podem ser encontradas no documento. São elas: a) Manejo de problemas de comportamento em crianças e adolescentes (área 2.1.6 de Abordagem a problemas de saúde mental). b) Suporte Avançado de Vida (área 2.1.18 de Urgências e Emergências).

Por fim, na própria área 2.2.1 de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente é listada como desejável a realização de procedimentos (área 2.1.19 de Realização de procedimentos ambulatoriais) em crianças e adolescentes. Acessando-se essa área no documento, encontram-se como competências essenciais que se aplicam à saúde infantil: drenagem de abscessos,

sutura, cantoplastia, cauterização química de verruga viral, anestesia local e bloqueios anestésicos de quirodáctilos e pododáctilos, curativos, compressões, imobilizações, tamponamento nasal anterior, remoção de cerume, retirada de corpo estranho, injeção intramuscular, subcutânea e intravenosa e frenectomia. Nas colunas de competências desejáveis e avançadas dessa área há ainda: cateterismo vesical, infiltração articular e punção lombar entre outros.

Em síntese, o documento analisado reforça a amplitude e a complexidade das competências exigidas para a formação em saúde da criança e do adolescente, alinhando-se às demandas nacionais e possibilitando adequações locais. A integração de competências essenciais, desejáveis e avançadas associada à possibilidade de adaptação ao contexto epidemiológico e social de cada cenário de prática, evidencia um modelo pedagógico consistente e flexível.

O documento não fornece recomendações sobre carga horária, estratégias de ensino e de avaliação, visto que tais dados não são contemplados como objetivo do produto técnico. Entretanto, em outras publicações oficiais da SBMFC como o “Manual da oficina para capacitar preceptores em Medicina de Família e Comunidade”, de 2009 e o manual de orientações intitulado “Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade”, de 2019, tem-se orientações quanto a esses quesitos.

A carga horária do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade é de no mínimo 5.760 horas (variando de 2.880 a 3.200 horas durante cada um dos dois anos de formação), o tempo de treinamento em serviço deve ocupar 80 a 90% da carga horária total, sendo os outros 10 a 20% dedicados para atividades teóricas, como também afirma a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica. É desejável que todos os programas abordem temas fundamentais da MFC paralelamente aos temas clínicos, independentemente da denominação utilizada para estes: fundamentais, nucleares, essenciais ou estruturantes (SBMFC, 2019).

Não há uma diretiva sobre o percentual de tempo dedicado a cada ciclo de vida, mas sim, há uma subdivisão quanto ao tipo de atividade a ser realizada: teórica, prática em nível primário (consultório de medicina de família e comunidade na unidade básica de saúde, atendimento domiciliar, grupos terapêuticos), atendimentos em níveis secundários ou terciários, atividades administrativas e gerenciais, e outras atividades coletivas, com os percentuais mostrados na Tabela 2 com dados reproduzidos e adaptados de Lopes *et al.* (2009).

Tabela 2 – Distribuição de carga horária entre as atividades da RMFC

ATIVIDADE	Distribuição % mínima das 2880h/anuais em 48 semanas	Distribuição % máxima das 2880h/anuais em 48 semanas
Consultório de MFC	40% - 24h/sem. - 1152h/ano	50% - 28h/sem. - 1440h/ano
Atenção Domiciliar	5% - 3h/ sem. - 144h/ano	15% - 9h/ sem. - 432h/ano
Grupos terapêuticos	55% - 3h/ sem. - 144h/ano	
Administrativo-gerenciais	3,75% - 2h/ sem. - 108h/ano	10% - 6h/ sem. - 288h/ano
Outras atividades coletivas	3,75% - 2h/ sem. - 108h/ano	
Teóricas	10% - 6h/ sem. - 288h/ano	20% - 12h/ sem. - 576h/ano
Nos níveis secundário e terciário	10% - 6h/ sem. - 288h/ano	20% - 12h/ sem. - 576h/ano

Fonte: Adaptado de Lopes *et al.* (2009).

Quanto às estratégias de ensino, o documento do Grupo de Trabalho de Ensino da SBMFC recomenda o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizado, um forte componente em habilidades de comunicação e permanente contextualização e integração entre prática e teoria (SBMFC, 2019). Nessa linha, documento de 2009 já traz textos de apoio que abordam andragogia e ensinagem na moldura da RMFC, indicando a abordagem centrada na pessoa proposta por Levenstein¹ para esse cenário e desenvolvendo o conceito de ensinagem centrada no residente (ECR) (Lopes *et al.*, 2009).

A andragogia fundamenta-se em pressupostos sobre a aprendizagem de adultos, que envolvem autonomia, relevância prática e aprendizado baseado na experiência. Para o ensino em MFC, esses princípios permitem que os residentes conduzam seu próprio processo de aprendizado, com o preceptor atuando como facilitador, em vez de apenas um transmissor de conteúdo. O objetivo é que preceptores e residentes compartilhem experiências e tomem decisões colaborativas, atendendo melhor às demandas do trabalho.

A ECR parte do princípio de que a aprendizagem deve ser contextualizada e orientada às necessidades e aspirações do residente. Essa abordagem enfatiza o desenvolvimento de habilidades clínicas e reflexivas, que permitem ao residente não apenas aplicar conhecimentos adquiridos, mas também desenvolver uma visão crítica e integrada do cuidado médico na atenção primária.

¹Joseph Levenstein foi um dos pesquisadores que contribuiu para o desenvolvimento do Método Clínico Centrado na Pessoa, modelo de atendimento médico que busca levar em conta as características individuais do paciente, e não apenas a doença que ele possui (Fuzikawa, 2013).

A ensinagem centrada no residente reafirma a visão freiriana de que

não existem pessoas sem conhecimento. Elas não chegam vazias. Chegam cheias de coisas. Na maioria dos casos trazem juntas consigo opiniões sobre o mundo, sobre a vida (Freire, 2019).

As estratégias de ensino devem partir do reconhecimento do conhecimento prévio e da exploração das necessidades e aspirações. Compreender o residente como pessoa, levando em conta seu histórico de vida, suas circunstâncias sociais e as influências externas sobre seu aprendizado, é indispensável para a elaboração de um projeto comum e para o fortalecimento da relação preceptor-residente. O documento ressalta ainda a importância de ser realista quanto aos limites de tempo e recursos e de valorizar o trabalho em equipe, assegurando que o residente tenha um ambiente de aprendizado favorável e apoiador.

Quanto às estratégias de avaliação, a SBMFC está conduzindo a construção das EPA (*Entrustable Professional Activities*) Nacionais de Medicina de Família e Comunidade alinhando-as ao currículo baseado em competências e à Matriz de Competências para Programas de MFC de 2020 da Comissão Nacional de Residência Médica. Tais EPA serão ferramentas educacionais adequadas ao desenvolvimento e avaliação de competências do aprendiz durante a residência médica.

Uma EPA consiste em tarefas práticas que demonstram, de forma objetiva, as atividades de rotina de um profissional habilitado. Elas ajudam a definir claramente o papel e as competências de uma especialidade. Durante a residência em Medicina de Família e Comunidade, a execução dessas atividades executáveis, observáveis e mensuráveis com diferentes graus de supervisão permite avaliar se os residentes adquiriram as competências específicas esperadas para a prática (SBMFC, 2024a).

Para garantir as EPA Nacionais de Medicina de Família e Comunidade como um produto coletivo e representativo, a trajetória de estruturação destas vem incluindo vários momentos. O marco inicial foi a reunião com os Programas de Residência Médica no Fórum e Oficina de Competências em Medicina de Família e Comunidade do 17º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, ocorrido em setembro de 2023 no Centro de Eventos do Ceará (Caramori; Cunha, 2024).

A partir daí, em outubro de 2023, no 61º Congresso Brasileiro de Educação Médica, também ocorrido em Fortaleza, estabeleceu-se uma parceria com o Professor Gustavo Salata Romão para consultoria. O mesmo é presidente da Comissão de Residência Médica da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) e membro

suplente da Associação Médica Brasileira (AMB) na CNRM. Ele liderou o desenvolvimento e validação da Matriz de Competências e das EPA em ginecologia obstetrícia, pioneiras no Brasil em 2019 (Caramori; Cunha, 2024; FEBRASGO, 2019).

Além do grupo gestor, foi formado um painel de especialistas, selecionados através de edital público, para participar ativamente dessa construção, seguindo processo descrito pela literatura científica: a) elaboração preliminar com validação pelo painel de especialistas para o desenvolvimento de consenso; b) refinamento das EPAs² preliminares pelo grupo gestor; c) avaliação das EPAs refinadas pelo painel de especialistas; d) consolidação das avaliações do pelo grupo gestor; e) Validação das EPAs refinadas (SBMFC, 2024b).

Em março de 2024, o painel de especialistas participou de uma oficina para construção das EPAs preliminares, apresentadas na figura 5. A saúde infantil foi incluída com 3 votos na EPA de número 8: Acompanhamento de crianças e adolescentes, mas ainda sem maior detalhamento.

Figura 5 – EPAs preliminares de MFC

EPAs Preliminares do Painel de Especialistas

EPA	Título	Votação
2	Ofertar cuidados para condições prevalentes na APS	9
3	Utilização de Abordagem Comunitária no acompanhamento de pessoas e famílias	9
7	Assistência Domiciliar	8
1	Realização de pequenos procedimentos em APS	7
25	Consulta clínica centrada na pessoa	7
4	Organização do processo de trabalho	6
9	Realizar cuidado de pessoas vulnerabilizadas	6
13	Realizar abordagem familiar	6
14	Coordenar o Cuidado	5
18	Cuidado das pessoas com problemas de Saúde Mental e em uso de substâncias Psicoativas	5
5	Atendimento inicial a situação de emergência no adulto	4
19	Atenção Integral a Saúde da Mulher	4
20	Realizar cuidado de pessoas considerando a diversidade étnico racial	4
24	Rastreamento e Prevenção Quaternária	4
8	Acompanhamento de crianças e adolescentes	3
11	Realizar cuidado de pessoas considerando a diversidade sexual/identidade de gênero	3
12	Registro de documentos	3
16	Cuidados no fim de vida	3
17	Apoio e supervisão aos aprendizes	3
6	Realizar acompanhamento de Pré natal e Puerpério	2
10	Acompanhar pacientes mediados por tecnologias	2
15	Cuidado em Doenças Negligenciadas	2
22	Atenção integral a Saúde Indígena	2
26	Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa	2
21	Coordenação de grupos terapêuticos	1
23	Saúde Planetária	0

Fonte: Caramori; Cunha (2024).

² O uso de plural da sigla EPA está sendo adotado conforme documento original (SBMFC, 2024a).

O uso de Atividades Profissionais Confiáveis (APC) ou EPA é promovido para avaliar as competências de forma objetiva e sistemática, definindo claramente as atividades esperadas durante a residência. Além disso, elas objetivam garantir que os médicos em formação possam atuar de forma independente e segura na área. Ela se agrega ao currículo baseado por competências para aprimorar sua estrutura educacional (SBMFC, 2024a), pois contempla os 3 elementos que compõem as competências: conhecimentos, habilidades e atitudes.

No *site* da SBMFC, na sessão em que são apresentadas as instituições que oferecem residência de MFC, as metodologias atuais de avaliação dos residentes são descritas como realizadas através de métodos formativos contínuos, que podem incluir *feedback* estruturado, autoavaliações e observações diretas para verificar a aquisição das competências essenciais para a prática na área (SBMFC, 2021). O Quadro 2 resume os principais aspectos das recomendações expostos.

Quadro 2 – Recomendações para estruturação de currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade segundo a SBMFC

Aspectos	Gerais	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, abordando todos os problemas de saúde de forma integral, independentemente de idade, sexo ou outras características - Coordenar o cuidado de saúde por meio da gestão de interface com outras especialidades - Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade, gerindo simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos. - Promover a saúde e o bem-estar, com uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade	- Atenção à saúde da criança e do adolescente, com foco no acompanhamento do desenvolvimento, prevenção e manejo de condições comuns e urgências pediátricas - Realizar diagnóstico e manejo das condições mais frequentes e relevantes da saúde infantil
Carga horária teórica	10-20% de um mínimo de 5.760 horas	Sem informações
Estratégias de ensino	- Metodologias ativas de ensino-aprendizagem - Andragogia - Ensino centrado no residente	
Carga horária prática	80-90% de um mínimo de 5.760 horas	Sem informações
Cenários de práticas	UBS, Visitas domiciliares Serviços de Atenção Secundária e Terciária	
Estratégias de avaliação	- Avaliação formativa contínua com observação direta e <i>feedback</i> estruturado - Autoavaliação - EPAs em construção	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos de Lermen Junior (2015), SBMFC (2019), Lopes *et al.* (2009) e SBMFC (2024a).

Percebe-se a evolução da Medicina de Família e Comunidade no Brasil por meio da elaboração de currículos baseados em competências e ferramentas educacionais inovadoras, como as EPA. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade tem promovido esforços significativos para consolidar uma formação médica alinhada às demandas do Sistema Único de Saúde, priorizando práticas integradas e centradas no paciente.

Enfatiza-se o compromisso com a qualidade da formação, abrangendo competências essenciais, desejáveis e avançadas, especialmente no cuidado à saúde infantil e à adolescência. Iniciativas como a construção das EPA nacionais e a integração entre ensino e serviço são fundamentais para aprimorar a formação do médico de família e comunidade.

4.1.2 Normativas da Comissão Nacional de Residência Médica para os Programas de Medicina de Família e Comunidade

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é responsável pela regulação, supervisão e pelo credenciamento ou recredenciamento dos Programas de Residência Médica no Brasil vinculados a instituições públicas ou privadas. A disposição dessa comissão é estruturada no Decreto 11.999, de 17 de abril de 2024, alterado pelo Decreto 12.062, de 14 de junho de 2024 (Brasil, 2024a). As etapas para credenciamento de um programa de residência médica, incluem o preenchimento de formulário intitulado “Projeto Pedagógico” no Sistema Nacional de Residência Médica (SISCNRM). Os campos a serem respondidos são: objetivos do programa, atividades, semana padrão, rodízio de residentes, a relação do corpo Docente, o nome do coordenador, equipamentos e “outros tópicos do projeto pedagógico”. Este último campo é destinado a exposição das metodologias de ensino, formas de avaliação do programa e dos residentes, segundo o manual próprio do sistema (Brasil, 2011).

Em dezembro de 2020, a CNRM publicou uma resolução aprovando a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Esse documento descreve as competências de uma formação abrangente voltada para a atenção integral, humanizada e contínua dos pacientes, considerando o contexto familiar e comunitário. O desenvolvimento de habilidades de raciocínio clínico, coordenação do cuidado, e trabalho em equipe são pontos centrais do programa.

A Resolução é organizada de forma a expor os objetivos gerais e específicos dos Programas de RMFC, seguido das competências a serem adquiridas em cada área por ano de treinamento. As áreas abordadas são: Princípios da Atenção Primária; Saúde Coletiva;

Abordagem Individual; Abordagem Familiar; Abordagem Comunitária; Raciocínio Clínico; Pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência; Gestão e Organização do Processo de Trabalho; Trabalho em equipe multidisciplinar; Avaliação da qualidade e auditoria; Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde (Brasil, 2021a).

Em Atenção à Saúde, há uma subdivisão em domínios específicos de cuidados em saúde de órgãos e sistemas, grupos populacionais e ciclos de vida. Da mesma forma que no documento sobre competências na RMFC da SBMFC anteriormente descrito, encontra-se um tópico específico de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente, o qual está reproduzido no Quadro 3, e também outras competências relacionadas ao assunto em tópicos diversos da área de Atenção à Saúde.

Quadro 3 – Competências em Saúde da Criança ao término do primeiro ano de RMFC

Atenção à saúde da criança e adolescente
a) Saber utilizar gráficos de desenvolvimento pômdero-estatural. Realizar seguimento periódico para prevenção oportuna de acordo com fases de desenvolvimento da infância.
b) Realizar anamnese e exame físico de crianças. Manejar os problemas mais frequentes e relevantes no lactente. Fazer o manejo de situações ou problemas complexos de forma compartilhada com outros especialistas.
c) Manejar e interpretar os métodos diagnósticos em pediatria: anamnese, exame físico, radiologia básica, exames laboratoriais, tabelas de ganho de peso/altura.
d) Manejar drogas mais comuns utilizadas nesta faixa etária, inclusive na amamentação.
e) Orientar vacinação.
f) Maneja as urgências pediátricas mais frequentes e relevantes.
g) Prestar apoio familiar para situações como atraso psicomotor, patologias crônicas e problemas de comportamento.
h) Analisar e abordar situações de risco e vulnerabilidade para maus tratos, como violência doméstica e negligência.
i) Identificar e referenciar situações especiais, como síndromes genéticas e displasia de quadril.
j) Orientar alimentação do lactente durante a transição até a dieta familiar.
k) Orientar a prevenção sobre os acidentes na infância.
l) Manejar os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em crianças e adolescentes.
m) Realizar procedimentos em crianças e adolescentes

Fonte: Brasil (2021a).

Comparando com as competências relacionadas pela SBMFC, observa-se que a CNRM inclui como competências a serem adquiridas no final do primeiro ano de residência os dois pré-requisitos listados para competências pela entidade médica científica: utilização de

gráficos de crescimento e realização de anamnese e exame físico em crianças. As competências identificadas como desejáveis pela SBMFC, também são incluídas na relação geral da CNMRM.

De forma fielmente compartilhada pelo documento da SBMFC, tem-se a menção a competências pediátricas nas seções de problemas infecciosos, relativa ao calendário vacinal; de problemas de saúde mental, relativas a alterações comportamentais; e de urgência e emergência, relativa à execução de procedimentos de Suporte Básico de Vida. O que o documento de 2015 trouxe de inovação em relação ao descrito neste momento foi a classificação de competências em níveis de necessidade de aquisição: essenciais, desejáveis e avançadas.

Quanto à carga horária, é orientado que os programas de residência devem respeitar o limite de 60 horas por semana, incluídas 24h de plantão, com 1 dia de folga semanal e 30 dias de repouso consecutivos por ano de atividade (Brasil, 1981). Da mesma forma que a SBMFC, não há uma diretiva sobre o tempo a ser dedicado especificamente a cada área de atenção à saúde, mas sim uma divisão de tempo em níveis de atenção e de atividades, teórica e prática. (Brasil, 2015a).

Os serviços em Unidades de Atenção Primária devem responder por 55% da carga horária total do programa de RMFC, incluindo consultas, atenção domiciliar, entrevistas familiares, realização de pequenas cirurgias e atividades comunitárias. As atividades em níveis de atenção secundário e terciário, distribuídos nos estágios em unidades de urgência e emergência, enfermarias, atividades de gerenciamento, atendimentos em ambulatórios especializados e matriciamento, precisam ocupar uma fração mínima de 25% do tempo de formação (Brasil, 2015a).

As modalidades de atividades teóricas propostas incluem: problematização, aulas expositivas e seminários, ensino-aprendizado em pequenos grupos, oficinas, estudo orientado por necessidades, sessões clínicas, simulação de consultas (*role-play*) e análise de vídeos de consultas no formato *problem-based interviewing*. Elas devem ocupar 10 a 20% da carga horária total do programa de RMFC (Brasil, 2015a).

Quanto aos tipos de ensino em serviço, que responderão pelos 80 a 90% do cronograma de horas, são elencados: atuação conjunta de preceptor e médico residente, supervisão direta dos atendimentos e ações, discussão de casos, estudo imediato dos casos em atendimento (Brasil, 2015a).

As instituições reguladoras do ensino de Medicina de Família e Comunidade no Brasil se afastam do processo de decisão de tempo a ser dedicado a áreas de atenção à saúde dentro do contexto da Atenção Primária. Com o foco desta pesquisa, percebe-se a falta de padronização quanto ao tempo dedicado a atenção à saúde da criança, o que permite uma grande variabilidade da duração do enfoque dado a essa área tão relevante nos programas de RMFC.

O destaque necessário à Atenção à Saúde da Criança no ambiente de Atenção primária pode ser observado ao avaliar dados de saúde oficiais do Estado. O IBGE destaca que 82,9% das crianças até 13 anos foram atendidas por algum serviço de atenção primária durante o ano de 2022 (IBGE, 2022). No estado do Ceará, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em dezembro de 2015 (dado mais recente disponibilizado no sistema), foram 31.230 atendimentos de puericultura e 69.696 consultas de crianças e adolescentes de até 19 anos de idade (Brasil, 2015b).

Estudo realizado em Minas Gerais, destacou o considerável número de crianças e adolescentes cadastrados na Atenção Primária. Embora esse percentual possa variar de acordo com o perfil populacional da área de abrangência e a demanda específica de cada comunidade atendida, a faixa etária pediátrica representou mais de 22% dos atendimentos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) local, o que foi visto como um aspecto positivo, levando em consideração que esse início de vida é um período decisivo na formação do estilo de vida do indivíduo adulto (Borges; Santiago; Silva, 2021).

De forma oposta, há o movimento da Sociedade Brasileira de Pediatria, sustentada por Resolução da CNRM, que padroniza o tempo de dedicação à Atenção Básica em 20 a 30% da carga horária prática durante o primeiro dos três anos de residência médica em pediatria (Brasil, 2016).

Os procedimentos para avaliação do médico residente são descritos na Resolução CNRM nº 1/2015, que Regulamenta os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências.

A verificação da aquisição de competências, segundo a CNRM, deve ocorrer de forma contínua, por múltiplas modalidades e pelos diversos personagens envolvidos no processo de aprendizagem, visando abordar os componentes de conteúdos, habilidades e atitudes. Há a descrição de avaliação estruturada de supervisão em consultas e procedimentos; autoavaliação; *feedback* de metas previamente combinadas; avaliação de aspectos relacionados a relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse pela equipe em que o médico está inserido; prova escrita com conteúdo estabelecidos para cada período (Brasil, 2015a).

Entretanto, permanece sob responsabilidade dos programas de residência a escolha dos critérios avaliativos em cada componente, sem a padronização que vem sendo construída pelas EPAs Nacionais de Medicina de Família e Comunidade. O Quadro 4 resume os aspectos aqui descritos em comparação com a SBMFC.

Quadro 4 – Recomendações para estruturação de currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade segundo a CNRM

Aspectos	Gerais	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, oferecendo acesso e cuidado integral - Coordenar o cuidado primário e gerir a interface com outras especialidades - Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, sua família e comunidade - Promover saúde e bem-estar, gerindo simultaneamente problemas agudos e crônicos, e conhecendo o contexto familiar e comunitário dos pacientes - Aplicar o raciocínio clínico baseado em evidências e coordenar o cuidado a longo prazo	- Utilizar gráficos de desenvolvimento para acompanhamento de crianças. - Realizar anamnese e exame físico em crianças, manejando os problemas mais comuns e urgências pediátricas - Oferecer apoio familiar em situações como atraso psicomotor e problemas comportamentais. - Identificar situações de risco como maus-tratos e referenciar casos especiais, como síndromes genéticas
Carga horária teórica	10-20% de um mínimo de 5.760 horas	Sem informações
Estratégias de ensino	- Ensino baseado em prática e teoria, com forte integração entre as duas - Utilização de casos clínicos reais para elaboração de aulas e seminários - Incentivo à produção científica e leitura de periódicos	
Carga horária prática	80-90% de um mínimo de 5.760 horas	Sem informações
Cenários de práticas	UBS, Visitas domiciliares Serviços de Atenção Secundária e Terciária	
Estratégias de avaliação	- Avaliação formativa contínua, com análise de competências - Avaliação teórica baseada em provas e produção de trabalho científico - Elaboração de um projeto de pesquisa durante o período da residência - Avaliação pela equipe dos aspectos atitudinais das competências	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos de (Brasil, 2021a) e Brasil (2015a).

A análise das resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) evidencia um esforço contínuo e substancial para estruturar programas de formação em Medicina de Família e Comunidade, tendo como base as competências essenciais para a prática médica. Esse esforço visa garantir que os residentes adquiram não apenas conhecimentos

técnicos, mas também as habilidades necessárias para atuar de forma integrada e humanizada na Atenção Primária à Saúde. No entanto, observa-se que a ausência de padronização em aspectos decisivos, como a carga horária e as abordagens de ensino para áreas fundamentais, como a saúde da criança, revela um hiato a ser superado. A inconsistência nesse aspecto dificulta a equidade na formação dos residentes, comprometendo a uniformidade e a qualidade da formação nos diferentes programas de residência.

O impacto da atenção pediátrica no contexto da Atenção Primária é evidente nos dados epidemiológicos, que demonstram a alta prevalência de condições de saúde infantil e a importância dessa área para o desenvolvimento integral do indivíduo. A saúde da criança, além de ser um reflexo do estado geral de saúde da população, é um componente essencial no cuidado integral e contínuo que deve ser oferecido aos pacientes ao longo da vida.

Diante disso, torna-se urgente o planejamento de um currículo que contemple adequadamente as necessidades dessa faixa etária, considerando suas especificidades e a importância da promoção de saúde desde os primeiros anos de vida. Esse planejamento deve integrar práticas pedagógicas que garantam um aprendizado sólido e profundo para os residentes, permitindo-lhes enfrentar com competência os desafios da saúde infantil na Atenção Primária.

Ao comparar as recomendações da CNRM e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), dispostas lado a lado no Quadro 5, é possível observar importantes convergências que buscam alinhar a formação dos médicos às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, também surgem desafios na implementação prática das competências propostas, especialmente no que diz respeito à adaptação das diretrizes à realidade local de cada programa.

A construção das EPA Nacionais, por exemplo, representa um avanço significativo ao proporcionar uma avaliação mais objetiva e padronizada dos residentes, o que possibilita uma formação mais consistente e alinhada às necessidades do SUS. No entanto, a implementação dessas competências exige uma revisão contínua e um esforço conjunto de gestores e educadores para garantir sua aplicação efetiva e adaptadas às exigências do cenário de saúde pública local.

Quadro 5 – Comparativo entre as recomendações para estruturação de currículo baseado em competências nas Residências de Medicina de Família e Comunidade da SBMFC e da CNRM

Entidade	SBMFC		CNRM	
Aspectos	Gerais	Saúde da Criança	Gerais	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, abordando todos os problemas de saúde de forma integral, independentemente de idade, sexo ou outras características - Coordenar o cuidado de saúde por meio da gestão de interface com outras especialidades - Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade, gerindo simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos. - Promover a saúde e o bem-estar, com uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade	- Atenção à saúde da criança e do adolescente, com foco no acompanhamento do desenvolvimento, prevenção e manejo de condições comuns e urgências pediátricas - Realizar diagnóstico e manejo das condições mais frequentes e relevantes da saúde infantil	- Atuar como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, oferecendo acesso e cuidado integral - Coordenar o cuidado primário e gerir a interface com outras especialidades - Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, sua família e comunidade - Promover saúde e bem-estar, gerindo simultaneamente problemas agudos e crônicos, e conhecendo o contexto familiar e comunitário dos pacientes - Aplicar o raciocínio clínico baseado em evidências e coordenar o cuidado a longo prazo	- Utilizar gráficos de desenvolvimento para acompanhamento de crianças. - Realizar anamnese e exame físico em crianças, manejando os problemas mais comuns e urgências pediátricas - Oferecer apoio familiar em situações como atraso psicomotor e problemas comportamentais. - Identificar situações de risco como maus-tratos e referenciar casos especiais, como síndromes genéticas
Carga horária teórica	10-20% de um mínimo de 5.760 horas	Sem informações	10-20% de um mínimo de 5.760 horas	Sem informações
Estratégias de ensino	- Metodologias ativas de ensino-aprendizagem - Andragogia - Ensino centrado no residente		- Ensino baseado em prática e teoria, com forte integração entre as duas - Utilização de casos clínicos reais para elaboração de aulas e seminários - Incentivo à produção científica e leitura de periódicos	
Carga horária prática	80-90% de um mínimo de 5.760 horas	Sem informações	80-90% de um mínimo de 5.760 horas	Sem informações
Cenários de práticas	UBS, Visitas domiciliares Serviços de Atenção Secundária e Terciária		UBS, Visitas domiciliares Serviços de Atenção Secundária e Terciária	
Estratégias de avaliação	- Avaliação formativa contínua - Observação direta e <i>feedback</i> estruturado - Autoavaliação - EPAs em construção		- Avaliação formativa contínua, com análise de competências - Avaliação teórica baseada em provas e produção de trabalho científico - Elaboração de um projeto de pesquisa durante o período da residência - Avaliação pela equipe dos aspectos atitudinais das competências	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos de Brasil (2015), Brasil (2021), Lermen Junior (2015), Lopes *et al.* (2009), SBFC (2024) e SBMFC (2019).

Por fim, o fortalecimento das diretrizes curriculares e a ampliação da atenção à saúde infantil devem ser considerados como prioridades estratégicas na formação dos médicos de Família e Comunidade. A criação de uma estrutura curricular mais robusta e adaptada às especificidades da saúde da criança é crucial para garantir que os residentes saiam dos programas plenamente capacitados para responder aos desafios complexos e multifacetados enfrentados pela população brasileira, em particular no contexto da Atenção Primária à Saúde. O avanço nessa área é fundamental para assegurar a continuidade da melhoria na qualidade da formação médica e, conseqüentemente, na qualidade do atendimento à população.

4.2 Propostas de ensino de saúde da criança nas Residências de Medicina de Família e Comunidade no Estado do Ceará

O Projeto Pedagógico de Curso é um documento dinâmico que detalha a estrutura curricular, a organização pedagógica com as competências e habilidades a serem desenvolvidas, os conteúdos programáticos, as metodologias de ensino e os critérios de avaliação para o curso específico. Ele contempla diversos elementos como o perfil do egresso, os objetivos do curso, a carga horária, operacionalização da matriz curricular, atividades complementares etc. (UFC, 2022).

O PPC é geralmente considerado um documento público, pois é essencial para a transparência e compreensão dos objetivos, metodologias e diretrizes de formação de um curso superior ou de pós-graduação. As instituições com regulamentação oficial costumam disponibilizar o PPC para consulta pública, disponibilizado nos sites das instituições ou mediante solicitação (Frauches, 2012). Isso permite que alunos, professores, gestores e órgãos de fiscalização entendam o conteúdo, competências e metodologias de ensino, além de assegurar que o curso atende aos parâmetros de qualidade exigidos pelo Ministério da Educação (MEC) no Brasil (UFC, 2022). A importância dessa transparência também reside no fato de o PPC serve como uma referência para avaliações acadêmicas, creditações e processos de melhoria contínua do curso.

No Ceará, como já referido, tem-se 10 centros formadores de Médicos de Família e Comunidade, vinculados a 7 programas de residência médica. Para fins de análise das propostas pedagógicas disponibilizadas com preservação do anonimato, nomear-se-ão os programas em uma sequência numérica de PRMFC-1 a PRMFC-7, atribuídos de forma aleatória através de sorteio.

O PRMFC-1 nos disponibilizou o Projeto Pedagógico de Curso em si. O PRMFC-2 nos apresentou sua proposta pedagógica no formato de “Manual do Residente”. O PRMFC-3 nos disponibilizou o Projeto Pedagógico de Curso juntamente com o anexo “Caderno do Residente: Módulo Saúde da Criança”. Os demais PRMFC nos compartilharam as informações através do “Relatório de Dados do Processo” extraídos do processo de credenciamento dos PRMFC no Sistema Nacional de Residência Médica (SISCNRM) descrito no tópico anterior.

Na sequência, serão abordadas individualmente as informações disponibilizadas pelos documentos de maneira geral e também com uma lente voltada para a formação de competências em saúde da criança, além da estruturação e apresentação dos documentos em si.

4.2.1 A Proposta Pedagógica do PRMFC-1

O Projeto Pedagógico de Curso do PRMFC-1 inicia com os objetivos gerais e intermediários do programa, que destacam a formação de médicos com habilidades e atitudes específicas para a Medicina de Família e Comunidade, com foco no atendimento integral no SUS. Esses objetivos abordam o desenvolvimento das competências direcionadas pelas entidades nacionais para o atendimento integral e a interação ensino-serviço.

Em seguida, detalha a qualificação do corpo docente, incluindo preceptores e supervisores, com informações sobre suas titulações, funções e experiência na especialidade. A experiência do supervisor é descrita, incluindo tempo de dedicação e histórico de atuação em coordenação e preceptoria, o que reforça a expertise da equipe.

A matriz curricular é dividida em atividades práticas e teóricas. As práticas são detalhadas por tipo de atendimento, como ambulatorios de atenção primária, urgência e especialidades, além de estágios específicos em maternidade, emergências e clínicas médica e pediátrica. Essas atividades práticas são complementadas com discussões de casos e seminários semanais, que contribuem para o aprendizado contextualizado dos residentes.

A metodologia de ensino-aprendizagem é baseada em uma abordagem Freiriana, com ênfase em técnicas de problematização. São utilizadas várias atividades pedagógicas, como grupos tutoriais, seminários e discussões de casos clínicos, que incentivam o aprendizado ativo e colaborativo.

O PPC detalha um processo de avaliação contínua e formativa, incluindo fóruns anuais e sessões de *feedback* que avaliam tanto o programa quanto o desempenho dos residentes. A avaliação dos residentes inclui frequência, provas teóricas, desempenho prático e

estudo de caso, com um cronograma estruturado para acompanhar seu progresso ao longo do curso.

O documento inclui ainda a infraestrutura necessária para o programa e atividades teóricas complementares em bioética e ética médica, com uma abordagem transversal nos módulos do curso. Também há uma semana padrão que organiza as atividades semanais de forma a garantir uma formação equilibrada em prática e teoria.

Embora não se perceba uma formatação padronizada nas normas técnicas nacionalmente aceitas, as informações cobrem os aspectos essenciais da formação, desde a teoria até a prática, garantindo uma abordagem integrada para os residentes e auxilia na criação de uma base sólida para os objetivos do curso e para a avaliação dos alunos.

No que tange ao foco deste estudo, a Saúde da Criança é contemplada de forma longitudinal nos atendimentos de rotina das Unidades de Saúde e também de forma específica durante 4 meses consecutivos por ano de formação. No primeiro ano, durante o período dedicado à pediatria, tem-se 12 horas semanais de plantão em unidade de emergência e urgência pediátrica e no segundo ano, as mesmas 12h semanais de plantão são realizadas em enfermaria pediátrica.

O documento, no entanto, carece de detalhamento de alguns aspectos em relação à saúde da criança. Não há especificações sobre carga horária de atendimento ao ciclo de vida da infância na rotina dos residentes. Sabe-se que, pela diversidade de contextos locais das UBS, há uma variação do tempo dedicado a cada ciclo de vida, mas uma média de carga horária ou um mínimo de tempo voltado para o assunto seria algo importante a ser balizado.

Situação semelhante acontece quando se trata da abordagem teórica relacionada ao assunto saúde da criança. Aqui também se deixa em aberto os conteúdos a serem abordados nos aspectos gerais e o quanto desses momentos serão designados a saúde infantil. Coadunando com o referido nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, há de se considerar a dinamicidade dos conteúdos necessários, pensando na sazonalidade, localização e contextos ambientais (Lermen Junior, 2015). Porém, isso não seria um limitante na questão da elaboração de conteúdos mínimos e essenciais a serem abordados durante os anos de residência.

O Quadro 6 sintetiza os dados encontrados no documento disponibilizado segundo roteiro próprio elaborado para apreensão de dados documentais desta pesquisa, disponibilizado no Apêndice A.

Quadro 6 – Proposta Pedagógica do PRMFC-1

Programa	PRMFC - 1	
Aspectos	Geral	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar de forma integral em ambulatórios de saúde da família, além de visitas domiciliares e atividades educativas. - Desenvolver habilidades para lidar com os diferentes ciclos de vida, promover a saúde e atuar em práticas preventivas. - Prestar assistência ao ciclo gravídico-puerperal normal, realizar diagnósticos e tratamentos das afecções mais frequentes e prestar cuidados iniciais em situações de emergência	- Cuidar de RN normal e fazer puericultura. - Diagnosticar e tratar afecções mais comuns na infância e prestar primeiros cuidados a condições graves e urgentes
Carga horária teórica	7h/semanais (12%)	Não especificado
Estratégias de ensino teórico	Aulas expositivas e rodas de conversa. Discussão de casos clínicos e seminários. Uso de metodologias ativas, como problematização e técnicas Freirianas. Grupos tutoriais e simulações	
Carga horária prática	48h/semanais (88%)	12h/sem por 8 meses
Cenários de práticas	Centros de Saúde da Família. Ambulatório de especialidades. Plantões em urgências e emergências Enfermarias hospitalares	Pronto atendimento em pediatria Enfermarias pediátricas
Estratégias de avaliação	Avaliação formativa e certificativa ao longo dos dois anos do curso. Provas escritas, avaliação de desempenho em sessões de prática, e estudo de caso. Avaliação de frequência. Fóruns anuais para avaliar o processo de ensino e aprendizagem	

Fonte: Elaboração própria.

O Projeto Pedagógico de Curso do PRMFC-1 apresenta uma abordagem articulada, capaz de integrar os aspectos teóricos e práticos necessários à formação dos residentes, garantindo alinhamento com os princípios da Medicina de Família e Comunidade. No entanto, ao avaliar os aspectos relacionados à Saúde da Criança, identificam-se lacunas que podem comprometer a consistência e a uniformidade da formação, especialmente na definição de uma carga horária mínima e conteúdos teóricos essenciais a serem abordados. A ausência de detalhamento padronizado limita a avaliação do impacto formativo e sugere a necessidade de ajustes para maior especificidade e clareza na construção curricular.

Esses ajustes seriam fundamentais para fortalecer a longitudinalidade e a integração do cuidado infantil, requisito da Política Nacional de Atenção Básica e Linha de Cuidado de Puericultura e Hebicultura proposta pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017; Brasil, 2024b;

Brasil, 2024b), além de proporcionar aos residentes melhores condições de desenvolvimento das competências fundamentais para atender às demandas da Atenção Primária à Saúde. Assim, o PPC pode alcançar um equilíbrio mais efetivo entre as necessidades locais e os padrões de excelência preconizados pelas diretrizes nacionais.

4.2.2 A Proposta Pedagógica do PRMFC-2

O PRMFC-2 nos forneceu o documento intitulado “Manual do Residente”. O mesmo começa com uma introdução que contextualiza a Residência Médica no Brasil e a função do programa em formar médicos especializados para a Atenção Primária. Também são apresentadas informações sobre o campus, a regulamentação do programa e os direitos e deveres do residente.

O manual inclui um cronograma semanal, organizando as atividades entre prática e teoria. Durante a semana, há ênfase nas atividades práticas com horários específicos para estudo e descanso, além de sessões teóricas e estudos dirigidos.

O processo avaliativo é descrito de forma frágil, com avaliações formativas e somativas. Avaliações trimestrais, cognitivas e um portfólio mensal fazem parte do acompanhamento contínuo do desenvolvimento dos residentes. Além disso, o manual prevê a elaboração de um projeto de pesquisa que será desenvolvido ao longo dos dois anos, incentivando a prática investigativa e científica.

No manual, os objetivos do programa de residência são mencionados, mas de forma sucinta, sem a descrição de competências nos seus âmbitos teórico, atitudinal e de habilidades. Também não se percebe um planejamento pedagógico explícito no documento disponibilizado.

Embora o manual apresente atividades práticas e teóricas, ele não detalha a metodologia pedagógica, as subdivisões específicas de assuntos. Também não se encontra uma estrutura curricular pormenorizada com sua respectiva carga horária, apenas uma rotina semanal.

No quesito avaliação, o manual discorre sobre avaliações dos residentes, incluindo avaliação formativa trimestral realizada pelos preceptores, avaliação cognitiva anual com base nos conteúdos teóricos e práticos, portfólio mensal com temas discutidos e projeto de pesquisa a ser qualificado no primeiro ano e apresentado ao final do segundo ano. Porém não avalia o programa em si nem apresenta mecanismos para revisão e melhoria do currículo.

O Manual do Residente é um recurso essencial e bem-organizado para a condução prática da residência, fornecendo informações sobre direitos, deveres, cronogramas, e diretrizes

de avaliação, mas vale ressaltar que ele não substitui um Projeto Pedagógico de Curso, que é um documento mais amplo, detalhado e fundamental para o planejamento e reconhecimento do curso.

Para atender plenamente às necessidades pedagógicas, recomenda-se a elaboração de um PPC detalhado com base nos elementos pedagógicos e nas diretrizes exigidas pelo Ministério da Educação.

A ausência de um PPC completo, aliado à falta de detalhamento e planejamento das metodologias de ensino e da avaliação do programa como um todo, compromete a capacidade do curso de atender integralmente às diretrizes normativas e às necessidades pedagógicas exigidas para a formação de qualidade. A elaboração de um PPC, alinhado aos parâmetros institucionais e às diretrizes do Ministério da Educação, é essencial para garantir uma formação consistente, articulando teoria e prática, e promovendo revisões sistemáticas que assegurem a excelência do programa e o alcance de seus objetivos formativos (UFC, 2022).

A falta de um planejamento detalhado das metodologias de ensino e das estratégias de avaliação reflete um problema estrutural que compromete a capacidade do programa de residência de atender plenamente às diretrizes normativas estabelecidas pelos órgãos reguladores. Essa lacuna não apenas dificulta a articulação entre teoria e prática, mas também limita a possibilidade de revisões contínuas que garantam a adequação do curso às demandas educacionais e às necessidades do Sistema Único de Saúde (Abdalla *et al.*, 2009). Um PPC bem elaborado deve ser capaz de integrar todos esses aspectos, promovendo uma formação sólida, centrada nas competências essenciais para o exercício da Medicina de Família e Comunidade (Novato *et al.*, 2021).

A construção de um PPC não é apenas um requisito burocrático, é uma ferramenta indispensável para organizar, planejar e monitorar os resultados do curso. Ele é capaz de promover um ciclo contínuo de melhorias, assegurar o cumprimento das exigências formais e desenvolver a excelência na formação e o preparo dos residentes.

O Quadro 7 traz informações extraídas do documento “Caderno do Residente” que, de alguma forma, pudessem atender aos questionamentos relativos à proposta pedagógica elencadas no roteiro de apreensão de dados documentais, desenhado inicialmente para coleta de dados oriundos de um projeto pedagógico de curso em sua estrutura formal habitualmente fornecido pelos cursos de residência médica. Nesse sentido, a ausência de um PPC completo trouxe desafios na organização e sistematização dos elementos pesquisados.

Quadro 7 – Proposta Pedagógica do PRMFC-2

Programa	PRMFC - 2	
Aspectos	Geral	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar na Atenção Primária à Saúde, integrando-se em atividades ambulatoriais, atenção domiciliar e urgências/emergências. - Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. - Trabalhar em equipes interdisciplinares e realizar atividades coletivas. - Atuar com foco nos diferentes ciclos de vida, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos	Não informado
Carga horária teórica	Não informado	
Estratégias de ensino teórico	Aulas expositivas e dialogadas. Estudo dirigido. Atividades teóricas durante a semana e à noite, com discussões e seminários	
Carga horária prática	Não informado	
Cenários de práticas	Atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde Plantões em urgência e emergência. Atividades ambulatoriais e domiciliares	
Estratégias de avaliação	Avaliação formativa trimestral realizada pelos preceptores. Avaliação cognitiva anual com base nos conteúdos teóricos e práticos. Portfólio mensal com temas discutidos. Trabalho de conclusão de curso	

Fonte: Elaboração própria.

4.2.3 A Proposta Pedagógica do PRMFC-3

Os documentos disponibilizados para análise pelo PRMFC-3 foram o Projeto Pedagógico de Curso com o anexo Caderno do Residente – Módulo Saúde da Criança, referenciado no próprio texto do projeto.

O conteúdo é introduzido com uma visão geral do programa de residência e seu alinhamento com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde. Em seguida, são apresentados detalhes básicos sobre o programa, carga horária total e semanal e distribuição das atividades teóricas e práticas nos vários níveis de atenção à saúde.

As diretrizes pedagógicas norteadoras do processo de ensino-aprendizagem e competências a serem desenvolvidas ao longo do curso também são abordadas. Nos objetivos, há um detalhamento das habilidades e atitudes esperadas dos egressos.

O perfil dos preceptores, suas atribuições e competências, são descritos juntamente com a infraestrutura de ensino. Há ainda a definição das metodologias de como o desempenho dos residentes será avaliado e os critérios para sua certificação ao final do programa, inclusive com apêndices incluindo os instrumentos a serem utilizados pelo preceptor e pela equipe multidisciplinar na avaliação do desenvolvimento do residente. Nos apêndices é apresentado instrumento próprio para avaliação de desempenho do preceptor em si.

A organização do PPC segue um formato sistemático e detalhado, cobrindo os aspectos necessários à formação dos residentes, desde o contexto institucional até a especificação de competências clínicas e pedagógicas. A estrutura é coerente, com uma sequência lógica que facilita a compreensão dos objetivos e das metodologias de ensino, além de estar alinhada com normativas nacionais de programas de residência.

O anexo contempla os aspectos relacionados à saúde da criança não abordados no texto principal. Ele apresenta a importância do módulo, lista as habilidades esperadas dos residentes nessa área de conhecimento, além de fornecer o conteúdo programático a ser abordado com metodologias ativas e a respectiva avaliação do conteúdo em cronograma semanal pré-determinado.

A organização do caderno é clara e didática, apoiando a formação contínua e prática dos residentes, com atividades bem definidas e uma abordagem centrada em habilidades clínicas essenciais para a APS. Além disso, oferece uma lista de referências relevantes para o estudo de saúde da criança na atenção primária.

Acrescente-se que o Caderno do Residente – Módulo de Saúde da Criança não é o único anexo do documento. Além dele, existem materiais complementares que possuem estrutura e objetivos semelhantes, elaborados para atender às necessidades de outras áreas de atuação do médico de família e comunidade no contexto da atenção primária como por exemplo: Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e Saúde Mental. Esses documentos ampliam o escopo de orientação e servem como ferramentas específicas para o desenvolvimento de competências em diversos campos, reforçando a abrangência e a integralidade propostas na formação desses profissionais.

Seguindo a mesma tendência encontrada em outros programas, inclusive até nas diretrizes nacionais, não há um maior detalhamento em relação ao tempo de treinamento em serviço voltado à atenção à saúde da criança tanto na atenção primária como nos outros níveis de atenção. Há o registro da padronização de 1 ambulatório especializado em pediatria compatível com atenção secundária por semana com duração de 4 horas, mas não é informado a periodicidade do mesmo.

Sobre tempo dedicado à aquisição do conteúdo teórico programado para dar subsídio às competências de saúde da criança e do adolescente, observam-se tímidas 24h durante o primeiro ano de formação, na vigência das duas semanas do módulo de atenção à saúde da criança.

O Projeto Pedagógico de Curso e o Caderno do Residente disponibilizados pelo PRMFC-3 demonstram um planejamento estruturado e detalhado, abordando desde os princípios do programa até a avaliação do desempenho de residentes e preceptores. A organização lógica e a clareza na apresentação das competências, metodologias e avaliação revelam um compromisso com a formação integrada e alinhada às diretrizes nacionais. O anexo sobre saúde da criança complementa o PPC, trazendo especificidades importantes para o módulo, embora ainda careça de maior detalhamento em relação à carga horária prática e teórica destinada à área pediátrica.

Apesar de avanços significativos na organização e na abordagem pedagógica, observam-se espaços a serem preenchidos no planejamento do tempo dedicado ao treinamento em saúde da criança nos diversos níveis de atenção e na aquisição de conteúdos teóricos essenciais para essa área, levando em consideração a alta demanda desse tipo de atendimento nas UBS do estado (Brasil, 2015b; IBGE, 2022). O fortalecimento desses aspectos, aliado à coerência já demonstrada no PPC, pode potencializar a formação de residentes mais bem preparados para enfrentar os desafios da Atenção Primária à Saúde e contribuir de forma mais abrangente para o cuidado integral à saúde infantil.

Os aspectos gerais e os relacionados à saúde da criança do Projeto Pedagógico de Curso do PRMFC-3 descritos anteriormente estão organizados no Quadro 8. Através dele, percebe-se de forma visual mais evidente a integração de elementos fundamentais (competências a serem desenvolvidas, distribuição da carga horária, conteúdos programáticos, cenários de prática, estratégias de ensino e modelos de avaliação) na formação do residente.

Há um esforço do PRMFC-3 em atender às necessidades específicas da saúde da criança no contexto da Atenção Primária, mas há espaço para reflexões sobre possíveis melhorias, como maior proteção de tempo a ser dedicado para essa área, incremento de conteúdos e avaliações capazes de mensurar com precisão o desenvolvimento de competências práticas e atitudinais.

Quadro 8 – Proposta Pedagógica do PRMFC-3

Programa	PRMFC – 3	
Aspectos	Gerais	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, com foco na integralidade e coordenação do cuidado. - Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, família e comunidade, considerando aspectos culturais e históricos. - Realizar gestão e tomada de decisão clínica baseada nas melhores evidências disponíveis, prevenindo e tratando problemas de saúde agudos e crônicos. - Gerir situações de saúde em cenários de atenção primária, com foco em promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento	- Conhecer e discutir o aleitamento materno e o desmame. - Identificar e tratar problemas de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor. - Manejar doenças comuns na infância como tosse, refluxo, febre e convulsão
Carga horária teórica	12h/semana (20%)	24h
Estratégias de ensino teórico	Discussão de casos. Aulas presenciais e virtuais. <i>Gameificação e quizzes.</i> Estudo de casos e uso de vídeos	
Carga horária prática	48h/semana (80%)	Não informado
Cenários de práticas	- Unidades Básicas de Saúde / Centros de Saúde da Família - Hospitais conveniados - Estágios de urgência e emergência - Ambulatórios especializados - Atividades domiciliares	
Conteúdos	- Aleitamento materno. - Problemas de crescimento e desenvolvimento. - Manejo de tosse, refluxo, febre e convulsão. - Doenças exantemáticas	
Estratégias de avaliação	- Avaliação logo após a exposição de cada aula através de jogos e/ou quizzes. - Produções textuais, apresentações de seminários, provas discursivas e de múltipla escolha e outras estratégias educacionais propostas em cada módulo. - Avaliação formativa anual individual com instrumento norteador próprio - Avaliação Anual de Percurso: conhecimentos, habilidades e atitudes.	

Fonte: Elaboração própria.

4.2.4 A Proposta Pedagógica do PRMFC-4

O PRMFC-4 nos disponibilizou o relatório de dados do processo de credenciamento no SISCNRM. Conforme sequência solicitada de formulários solicitados pelo sistema, há a identificação do programa e a uma conexão com instituições parceiras para apoio acadêmico.

Nos objetivos do programa, há a lista de competências a serem desenvolvidas pelos residentes, destacando-se: primeiro contato com o paciente, coordenação do cuidado, abordagem centrada na pessoa, desenvolvimento de habilidades em gestão, comunicação e tomada de decisões baseadas em evidências, de forma bem alinhada à diretrizes nacionais.

O registro detalha a carga horária semanal e anual para cada atividade prática e locais de estágio distribuídos em UBS, pronto-socorro e especialidades ambulatoriais, com pequenos procedimentos cirúrgicos, cuidados paliativos, e práticas integrativas. As atividades teóricas incluem aulas e discussões de casos clínicos planejadas para fundamentar o conhecimento e abordar temas específicos da Atenção Primária à Saúde.

O programa informa adotar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, priorizando a integração prática entre ensino e rede de serviços de saúde. São utilizadas simulações realísticas, estudos de caso, tecnologias de educação, como telemedicina, e suporte em ambiente virtual para maximizar a formação dos residentes.

Em termos de avaliação, aborda-se inicialmente a avaliação do programa em si, nos quesitos de estrutura e funcionamento, envolvendo residentes e supervisores para garantir a adequação e eficácia do ensino e das condições de trabalho. O sistema de avaliação dos residentes é baseado em competências, com avaliações formativas, descritas como *feedback* contínuo e autoavaliação, e certificativas, elencadas como provas teóricas e exames práticos. Os exames práticos utilizam-se de metodologias como *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) e *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (mini-CEx) para verificação de desenvolvimento das habilidades clínicas. A conclusão do curso exige também a defesa de um Trabalho de Conclusão de Residência.

O OSCE é um método de avaliação de habilidades e atitudes clínicas em ambientes simulados. É baseado em uma observação direta, avaliando o candidato em todas as etapas de um atendimento médico. Geralmente é composto por um circuito de estações, onde cada uma tem pacientes padronizados, um ou dois avaliadores e tarefas específicas (Neves *et al.*, 2016). O mini-CEx, por sua vez, trata-se de uma avaliação não simulada, durante atendimentos reais, e avalia seis competências: entrevista médica, exame físico, profissionalismo, julgamento clínico, habilidade de comunicação e organização (Schiavon; Detregiachi, 2022).

Na sequência, vê-se uma lista de preceptores e supervisores indicando suas qualificações, carga horária, e experiência, mostrando um corpo docente diversificado com especialistas em várias áreas da APS. Essa organização permite uma compreensão detalhada do funcionamento do programa e seu alinhamento com os objetivos da APS, enfatizando a formação prática e as avaliações constantes para garantir a qualificação dos residentes.

Novamente, não se encontra um detalhamento mais minucioso sobre aspectos educacionais relativos à saúde da criança. Os detalhes desta proposta pedagógica se encontram no Quadro 9.

Quadro 9 – Proposta Pedagógica do PRMFC-4

Programa	PRMFC - 4	
Aspectos	Gerais	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. - Coordenar o cuidado no contexto dos cuidados primários e na interface com outras especialidades. - Desenvolver uma abordagem centrada no indivíduo, família e comunidade. - Tomar decisões clínicas baseadas nas melhores evidências. - Gerir problemas agudos e crônicos, com um conceito ampliado de saúde	Não informado
Carga horária teórica	192 (R1) + 288 (R2) = 480	Não informado
Estratégias de ensino teórico	Metodologias ativas de ensino-aprendizagem Sessões clínicas Estudos de caso individual e em grupo Simulações realísticas Ambiente virtual / Telemedicina	
Carga horária prática	2880 (R1) + 2560 (R2) = 5440	Não informado
Cenários de práticas	Unidades de Atenção Primária à Saúde Ambulatório de Especialidades. Urgência e emergência. Estágio em práticas integrativas e complementares.	
Conteúdos	Não informado	
Estratégias de avaliação	Autoavaliação e <i>feedback</i> dos supervisores OSCE e mini-CEX Trabalho de Conclusão de Curso	

Fonte: Elaboração própria.

O relatório disponibilizado pelo PRMFC-4 destaca uma estrutura bem delineada e alinhada às diretrizes nacionais, abordando competências fundamentais para a formação em

Medicina de Família e Comunidade, com metodologias de ensino ativas e sistemas de avaliação robustos. A inclusão de ferramentas como OSCE e mini-CEx demonstra o compromisso do programa com uma avaliação prática e criteriosa, que promove o desenvolvimento de habilidades clínicas e atitudes essenciais para a prática na APS. Além disso, o detalhamento das atividades práticas e teóricas reforça a integração entre ensino e serviço, essencial para consolidar a formação integral dos residentes.

Contudo, a ausência de um detalhamento mais preciso sobre a saúde da criança evidencia uma oportunidade de melhoria no alinhamento do programa às demandas específicas da APS, considerando a relevância dessa área no contexto nacional. O aprimoramento desse aspecto fortaleceria ainda mais o currículo, garantindo que o cuidado infantil receba a atenção necessária dentro da formação dos residentes. Assim, a proposta apresentada oferece uma base sólida, mas com espaço para ajustes que potencializem a abrangência e a qualidade do programa.

4.2.5 A Proposta Pedagógica do PRMFC-5

De maneira semelhante à maioria dos documentos recebidos, o PRMFC-5 forneceu sua proposta pedagógica no formato de impressão do relatório de dados do processo cadastrado no Sistema Nacional de Residência Médica.

Logo após os preâmbulos, tem-se os objetivos do programa, bem alinhados às expectativas das entidades nacionais como: formar médicos com habilidades técnico-científicas e humanísticas, aptos para atender às necessidades da população na APS, promovendo saúde, prevenindo doenças e gerindo recursos com foco na integralidade e regionalização do cuidado; desenvolver competências em cuidado integral à saúde individual, familiar e comunitária; preparar para a gestão e liderança no contexto das redes de atenção à saúde; e estimular o pensamento crítico, o autodesenvolvimento e a prática reflexiva.

Em seguida, há a caracterização da divisão de cargas horárias teóricas e práticas. As teóricas, correspondendo a 10% do total, incluem metodologias ativas de ensino-aprendizagem com sessões clínicas e estudos de caso individual e em grupo, simulações realísticas e uso de ambientes virtuais e tecnologias de educação, como telemedicina e grupos tutoriais para discutir casos clínicos e aprofundar conteúdos específicos.

Grupo tutorial é uma estratégia de metodologia ativa de aprendizagem amplamente utilizada na educação médica e outras áreas, onde pequenos grupos de estudantes trabalham colaborativamente sob a orientação de um tutor. Essa estratégia busca desenvolver o raciocínio

crítico, a autonomia e a aplicação prática do conhecimento, promovendo uma aprendizagem contextualizada e interdisciplinar. No contexto da educação médica, os grupos tutoriais muitas vezes utilizam a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL, do inglês *Problem Based Learning*), que envolve a análise de casos clínicos e a resolução de problemas de maneira prática e reflexiva (Chaves *et al.*, 2014).

Os outros 90% de carga horária, que correspondem a 2.592 horas anuais são compostos de atividades em UBS, ambulatórios, plantões e visitas domiciliares. Esse modelo de ensino no ambiente de trabalho com supervisão contínua por preceptores no local de atuação promove a integração ensino-serviço para aproximar teoria e prática.

O processo avaliativo possui face formativa e face certificativa. Em seu aspecto formativo, estrutura-se de maneira longitudinal, com autoavaliação e avaliação pelo supervisor para aprimorar competências através *feedback* contínuo e instrumentos específicos. Instrumentos esses, porém, não explicitados ou detalhados no documento.

Em sua nuance certificativa tem-se avaliações teóricas e práticas, nos modelos de OSCE e mini-CEx, explorados anteriormente nesta pesquisa. Também há a exigência de um trabalho de conclusão de curso apresentado em sessão pública.

Cabe aqui o destaque à referência ao desenvolvimento de competências específicas da área de saúde da criança, alinhada à temática de conteúdo teórico, como se pode perceber no Quadro 10. Mas ainda se percebe a importância de um maior desenvolvimento de informações relativas à carga horária, ambiente e recursos destinados à formação de tais competências.

Dessa forma, a análise do PRMFC-5 evidencia um alinhamento consistente com as diretrizes nacionais para a formação médica na APS, promovendo um equilíbrio entre teoria e prática e valorizando o desenvolvimento de competências técnico-científicas, humanísticas e gerenciais.

Contudo, embora apresente inovações pedagógicas como o uso de metodologias ativas e tecnologias educacionais, o programa poderia avançar na explicitação de instrumentos avaliativos e na descrição detalhada dos recursos destinados à formação específica em áreas-chave, como a saúde da criança. Esses aprimoramentos contribuiriam para consolidar a proposta pedagógica e reforçar o compromisso com a integralidade e regionalização do cuidado no contexto da assistência à saúde.

Quadro 10 – Proposta Pedagógica do PRMFC-5

Programa	PRMFC - 5	
Aspectos	Geral	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar de forma integral e resolutive na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no atendimento individual, familiar e comunitário. - Desenvolver habilidades de comunicação, liderança, gestão e trabalho em equipe. - Aplicar conhecimentos técnico-científicos para a promoção da saúde, prevenção de doenças e manejo de condições crônicas e agudas. - Realizar a integração ensino-serviço, contribuindo para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS.	- Monitorar crescimento e desenvolvimento infantil. - Realizar diagnóstico e manejo de condições prevalentes em saúde infantil, incluindo doenças infecciosas e respiratórias. - Oferecer suporte em vacinação, puericultura e situações de risco como violência infantil e atraso no desenvolvimento.
Carga horária teórica	288 horas/ano (10%)	Não informado
Estratégias de ensino teórico	- Sessões clínicas e estudos de caso - Simulações realísticas, ambientes virtuais e tecnologias de educação - Grupos tutoriais para discutir casos clínicos	
Carga horária prática	2.592 horas/ano (90%)	Não informado
Cenários de práticas	- Unidades Básicas de Saúde - Ambulatório de especialidades. - Plantões em urgência e emergência. - Atendimentos domiciliares - Educação em saúde na comunidade	
Conteúdos	- Puericultura e acompanhamento do desenvolvimento infantil. - Diagnóstico e manejo de doenças comuns na infância - Vacinação e orientações preventivas. - Abordagem de situações de risco em saúde infantil	
Estratégias de avaliação	- Autoavaliação, <i>feedback</i> estruturado e supervisão direta - OSCE, mini-CEX - Trabalho de conclusão de curso	

Fonte: Elaboração Própria.

4.2.6 A Proposta Pedagógica do PRMFC-6

O documento fornecido pelo PRMFC-6 foi de natureza semelhante ao programa anterior, com dados extraídos do Sistema Nacional de Residência Médica. Os objetivos do programa são detalhados categorias gerais e intermediárias.

Os objetivos gerais abordam as competências desejadas, com foco nas habilidades práticas e no papel do médico de família em um contexto de atenção primária, destacando acesso e integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária, competência cultural, abordagem centrada na pessoa e tomada de decisão baseada em evidências, de forma semelhante ao direcionamento da SBMFC (Lopes *et al.*, 2009).

Os objetivos intermediários são divididos por ano de atividade, com especificações para progressão no programa. Eles incluem competências clínicas e administrativas para o primeiro ano de residência e competências avançadas e de aprofundamento teórico para o segundo ano. Essa estrutura de objetivos visa assegurar que o residente saia do programa com uma formação ampla e prática na Medicina de Família e Comunidade, capacitando-o a oferecer um atendimento resolutivo e centrado nas necessidades locais.

Tem-se ainda uma lista detalhada do corpo docente, indicando a qualificação, tipo de docência, carga horária e tempo de experiência. As atividades práticas incluem atendimentos ambulatoriais, plantões e participação em Unidades Básicas de Saúde. A avaliação da semana padrão e dos rodízios propostos por ano de treinamento em serviço foram prejudicadas pela formatação ao se imprimir a página da internet antes de ser disponibilizada para este estudo. As atividades teóricas cobrem discussões de casos e participação em cursos e seminários descritos de forma genérica.

No setor “Outros Tópicos do Projeto Pedagógico”, o preenchimento dos dados se encontra de maneira abreviada, se comparado com as orientações do SISCNRM (Brasil, 2011). As metodologias de ensino são expostas como: “desenvolvimento de atividades supervisionados por uma equipe de preceptores, usando estratégias de discussão dos casos clínicos, aulas práticas e estudo de casos”. Não há informações adicionais sobre os fundamentos teóricos que sustentam a escolha dos métodos pedagógicos.

A descrição da metodologia de avaliação do programa consta como “conforme os tópicos apresentados”, entretanto, não se percebe a apresentação de tais tópicos na construção do texto. A metodologia de avaliação do residente é sumarizada na inclusão de avaliação

trimestral em 360 graus, autoavaliação, avaliação formativa em portfólio anual e avaliação anual somativa, sem maiores especificidades do processo.

Novamente, percebe-se um distanciamento local da proatividade em determinar padrões mínimos necessários à formação de competências em Saúde da Criança na Atenção Primária, abrindo espaço para incompletudes no processo de estabelecimento e construção de conteúdos, habilidades e atitudes nessa seara.

No Quadro 11, pode-se perceber a escassez de informações relativas à saúde da criança no planejamento pedagógico do PRMFC-6.

Quadro 11 – Proposta Pedagógica do PRMFC-6

Programa	PRMFC - 6	
Aspectos	Geral	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Atuar como o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. - Utilizar eficientemente os recursos de saúde e coordenar o cuidado. - Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa e no contexto familiar e comunitário. - Tomar decisões clínicas baseadas em evidências, prevalência e incidência de doenças. - Gerir problemas de saúde agudos e crônicos simultaneamente	Não informado
Carga horária teórica	384 horas teóricas distribuídas em dois anos de residência (96 horas de curso, 144 horas de discussão de caso, e 48 horas de reuniões no primeiro ano; 144 horas de discussão de caso, 72 horas de seminários, e 72 horas de TCC no segundo ano)	Não informado
Estratégias de ensino teórico	Discussão de casos clínicos. Aulas práticas e estudo de casos. Reuniões semanais	
Carga horária prática	576 horas em plantões e 2016 horas em unidades básicas de saúde e ambulatorios por ano	Não informado
Cenários de práticas	Ambulatorios, unidades básicas de saúde, plantões hospitalares	
Conteúdos	Não informado	
Estratégias de avaliação	Avaliação trimestral em 360 graus. Autoavaliação do residente. Avaliação formativa em portfólio anual. Avaliação somativa anual	

Fonte: Elaboração própria.

A análise do PRMFC-6 revela um compromisso com a formação de médicos de família capacitados para atuar na Atenção Primária à Saúde, utilizando uma abordagem centrada na pessoa e embasada em evidências. Embora apresente uma estrutura clara de objetivos gerais e intermediários, além de metodologias e avaliações descritas em termos amplos, o programa carece de maior detalhamento em aspectos pedagógicos fundamentais, como os métodos de ensino e os critérios avaliativos. Ademais, a insuficiência de informações específicas acerca da formação em Saúde da Criança ressalta lacunas que podem comprometer a abrangência e a integralidade da formação oferecida. Tais aspectos indicam a necessidade de aprimoramentos que garantam a consistência e a completude do processo formativo, reforçando a capacidade do programa em atender às demandas e complexidades da assistência à saúde no contexto da Atenção Primária.

4.2.7 A Proposta Pedagógica do PRMFC-7

A proposta pedagógica do PRMFC-7 se inicia com a listagem dos convênios que possibilitam a execução da residência e segue com a produção científica do programa, demonstrando o fomento à pesquisa.

Os objetivos gerais enfatizam, semelhante aos programas anteriormente colocados, a formação de competências clínicas, administrativas e pedagógicas para atuação integral na atenção primária à saúde. As competências estão divididas em esferas como assistência individual, familiar, coletiva, administração e ensino/pesquisa, com habilidades específicas, como diagnóstico, tratamento de condições prevalentes e promoção de saúde comunitária.

Tem-se a composição do corpo docente com a respectiva qualificação, dedicação semanal e tempo de experiência. A infraestrutura de equipamentos de saúde local são bem descritas e contemplam atenção primária, serviços de urgência e atenção secundária hospitalar.

As atividades práticas e teóricas que os residentes devem realizar ao longo dos dois anos de formação são divididas por tipo de atividade, local e carga horária. No primeiro ano de formação, são abarcadas atividades coletivas e individuais com a comunidade, atendimentos ambulatoriais especializados, atendimento terapêutico domiciliar, urgência e emergência e unidade de internação em clínica médica. No segundo ano, mantem-se as atividades ambulatoriais em Atenção Primária juntamente com estágio na atenção à saúde mental, atendimento pré-hospitalar e saúde materno-infantil.

As atividades teóricas são compostas por aulas expositivas, seminários, clube de revista, além de análise e discussão de casos utilizando os métodos *Case Learning* e o *Team-*

Based Learning. As metodologias de avaliação combinam teoria e prática, incentivam a produção científica e adotam trabalho de conclusão de curso, avaliação 360 graus, autoavaliação e mini-CEx.

Cabe aqui destaque às técnicas que promovem aprendizado prático e colaborativo mencionados no texto. O *Case Learning* ou Aprendizagem Baseada em Casos permite a troca de experiências e promove uma compreensão mais profunda dos aspectos clínicos e contextuais de cada situação, além de favorecer o desenvolvimento de raciocínio clínico, pensamento crítico, capacidade de tomar decisões em situações variadas e habilidades interpessoais, como comunicação e trabalho em equipe (Maia, 2014).

O *Team-Based Learning* é uma metodologia de ensino colaborativa composto das seguintes etapas: estudo prévio; teste individual, teste de equipe e aplicação de conceitos em cenários clínicos. Essa metodologia estimula a autonomia no aprendizado, a interação entre colegas e fortalece a capacidade de resolução de problemas em grupo (Krug *et al.*, 2016).

Observa-se nessa proposta um maior detalhamento dos aspectos abordados na proposta pedagógica relativa à Saúde da Criança, com tempo de estágio específico estipulado, embora não explicita o percentual de tempo dedicado ao atendimento pediátrico das UBS. Há competências e conteúdos bem estabelecidos nesse campo, de forma semelhante ao PRMFC-3.

A proposta pedagógica do PRMFC-7 destaca-se por seu enfoque detalhado e abrangente, evidenciando um compromisso com a formação integral dos residentes por meio de estratégias pedagógicas inovadoras e um planejamento estruturado de atividades teóricas e práticas. A incorporação de metodologias como o *Case Learning* e o *Team-Based Learning* fortalece a formação colaborativa, crítica e aplicada, aspectos cruciais para a atuação na Atenção Primária à Saúde. Apesar do avanço no delineamento das competências e estágios voltados para a Saúde da Criança, observa-se a necessidade de maior clareza quanto à distribuição percentual de tempo dedicado ao atendimento pediátrico nas UBS. Esses aprimoramentos consolidariam a proposta como um modelo exemplar na formação de médicos de família, alinhando-se plenamente às demandas contemporâneas da assistência à saúde no Brasil.

No Quadro 12, tem-se os dados coletados do documento fornecido pelo PRMFC-7, resumindo as informações descritas anteriormente quanto a competências a serem desenvolvidas, carga horária, estratégias de ensino e de avaliação no aspecto geral e no aspecto específico de saúde da criança.

Quadro 12 – Proposta Pedagógica do PRMFC-7

Programa	PRMFC - 7	
Aspectos	Geral	Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas	- Implementar ações de promoção e proteção à saúde - Diagnosticar e tratar afecções comuns em diferentes fases do ciclo de vida. - Prestar primeiros cuidados em situações graves e urgentes. - Realizar pequenas cirurgias e atuar em emergências. - Desenvolver habilidades de gestão e planejamento na saúde.	- Assistir ao recém-nascido normal, realizar puericultura e tratar afecções mais frequentes da infância. - Realizar estágios em pediatria, obstetrícia, e salas de parto, desenvolvendo competências em cuidados materno-infantis e pediátricos
Carga horária teórica	12h/semana (20%)	Não informado
Estratégias de ensino teórico	Aulas expositivas dialogadas. Seminários e sessões de discussão de casos clínicos. "Team-Based Learning" e "Case Learning Method". Clube de revistas para discussão de artigos científicos	
Carga horária prática	48h/semana (80%)	48h/sem x 4 semanas
Cenários de práticas	Unidades Básicas de Saúde Hospitais Unidades de Pronto Atendimento	Estágios em enfermarias pediátricas e maternidades
Conteúdos	Puericultura e cuidados ao recém-nascido. Tratamento de afecções mais frequentes da infância. Cuidados em emergências pediátricas e doenças infantis prevalentes.	
Estratégias de avaliação	Avaliação 360° e portfólio reflexivo. Avaliação teórica com questões dissertativas e de múltipla escolha. mini-CEx Trabalho de Conclusão de Curso	

Fonte: Elaboração própria.

4.3 Análise comparativa e alinhamento dos Projetos Pedagógicos de Curso dos PRMFC no Ceará às diretrizes e normativas nacionais

A análise dos Projetos Pedagógicos de Curso dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Ceará evidenciou uma significativa heterogeneidade em sua organização e nível de detalhamento, particularmente no que se refere à formação de competências voltadas para a saúde da criança e do adolescente. Esse cenário possibilita a identificação de importantes avanços, ao mesmo tempo em que revela hiatos consideráveis quando os PPCs são confrontados com as diretrizes e normativas da Comissão Nacional de Residência Médica e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

A diversidade estrutural entre os PPCs dificultou a criação de padrões comparativos. Alguns programas apresentaram modelos organizados e alinhados com as diretrizes nacionais, especificando competências pediátricas, cenários de prática diversificados e metodologias pedagógicas detalhadas. Enquanto outros careciam de especificidade em aspectos essenciais, como o tempo dedicado à saúde da criança e as estratégias de avaliação.

Os PPCs analisados apresentaram abordagens distintas quanto à organização das suas linhas-mestras de carga horária, cenários de prática e metodologias de ensino. Embora a CNRM recomende uma carga mínima de 5.760 horas, distribuída em 80-90% de atividades práticas e 10-20% de atividades teóricas, nem todos os PPCs especificaram essa divisão de forma clara, o que atrapalha a análise correlacional e a verificação da conformidade com o padrão nacional.

Os PPCs variaram quanto à explicitação dos locais de atuação para a formação pediátrica. Enquanto alguns destacaram a presença de UBS, visitas domiciliares e serviços secundários, outros mencionaram apenas genericamente a APS como cenário principal, sem detalhar como a saúde da criança seria contemplada nesses espaços.

As metodologias ativas, recomendadas pela SBMFC, como *Team-based learning* e discussões de casos, não foram descritas de forma consistente. Em alguns programas, foram mencionadas superficialmente, enquanto outros dedicaram mais espaço para explicar seu uso.

Resgatando dados nacionais do IBGE (2022) já mencionados nesse estudo, tem-se que quase 83% das crianças até 13 anos já foram atendidas na Atenção Primária. No Ceará, o SIAB registrou, em 2015, mais de 100 mil atendimentos entre puericulturas e consultas pediátricas. Considerando que a faixa etária pediátrica representa mais de 22% dos atendimentos em UBS (Borges; Santiago; Silva, 2021), a formação em saúde da criança nos

PRMFC é central para atender às demandas da APS, mas a análise revelou fragilidades em competências essenciais, carga horária e sistemas de avaliação.

A CNRM estabelece um perfil de egresso que engloba competências pediátricas básicas, como manejo de urgências, mas os PPCs analisados nem sempre refletiram essas expectativas de forma clara. De maneira semelhante, a SBMFC sugere a integração de competências pediátricas em um currículo baseado em competências, mas isso foi pouco explorado em alguns programas e outros não especificaram como essas competências seriam desenvolvidas durante a formação (Brasil, 2021; Lermen Junior, 2015).

Quanto à carga horária em áreas específicas como saúde da criança, pesa o fato de que as instituições reguladoras do ensino de Medicina de Família e Comunidade no Brasil não definem um tempo padronizado, resultando em grande variabilidade entre os programas de residência. Por outro lado, programas de pediatria dedicam até 30% da carga horária prática à Atenção Básica, conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e da CNRM (Brasil, 2016).

Poucos PPCs apresentaram uma carga horária específica voltada para a saúde da criança, criando uma descontinuidade significativa em relação à prática pediátrica, que representa uma grande parte da demanda na APS. Soma-se ao citado que ferramentas avaliativas validadas como *EPAs*, *OSCE* e *mini-CEx* foram mencionadas de forma limitada ou ausente em grande parte dos PPCs.

A padronização dos projetos pedagógicos, maior clareza sobre a formação de competências em saúde da criança e a adoção de ferramentas modernas de avaliação são passos que surgem como meio para garantir que os residentes estejam adequadamente preparados para atender às necessidades pediátricas na APS.

4.4 Case: Residência de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia em Sobral

Frente à diversidade de modelos de documento apresentados ao se solicitar o Projeto Pedagógico de Curso das Residências de Medicina de Família e Comunidade no estado do Ceará, percebe-se uma necessidade de melhor explorar um dos projetos, considerando a robustez de subsídios teóricos e metodológicos dispostos para operacionalizar o curso.

Longe de ser isento de incompletudes, mas o projeto pedagógico de curso da Residência de Medicina de Família e Comunidade vinculada à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia em Sobral mostrou uma visível congruência com diretrizes da Comissão

Nacional de Residência Médica. Além disso, apresentou uma estrutura abrangente e organizada, cobrindo os principais aspectos exigidos para um PPC de qualidade.

A escrita segue o rito da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). O texto inicia-se contextualizando o curso dentro do Sistema Único de Saúde e o compromisso da formação médica em Medicina de Família e Comunidade com uma abordagem centrada na pessoa e na comunidade. O documento enfatiza o desenvolvimento de competências para lidar com questões de saúde complexas, valorizando uma prática médica que compreenda o contexto social e familiar do paciente.

Tem-se ainda no início, informações elementares como nome, área temática, área de concentração, carga horária, duração, quantidade de vagas e valores de bolsa de estudo, o que facilita o entendimento do perfil e do escopo do curso. A data da última atualização é 2022 e alguns dados necessitam de atualização, como a quantidade de vagas ofertadas, que estão em discordância com os editais mais recentes (EBSERH, 2024).

A carga horária total é de 5.760 horas, divididas entre atividades assistenciais na Atenção Primária à Saúde (70%), outros níveis de atenção (10%) e atividades teóricas (20%), conforme os padrões regulamentados pela Comissão Nacional de Residência Médica (Brasil, 2021). Os outros níveis de atenção são especificados no corpo do texto incluindo os locais dos estágios. Há ainda a descrição inicial dos módulos teóricos evidenciando a integração com a residência multiprofissional em Saúde da Família e outras residências médicas locais. Tais dados são apresentados com subdivisões semanais e anuais, reproduzido na Tabela 3.

Tabela 3 - Apresentação da divisão de carga horária (CH) na RMFC da ESP-VS

Atividades	CH semanal		CH anual	
	Horas	%	Horas	%
Em serviço da APS	42	70	2016	70
Outros níveis de atenção	06	10	288	10
Atividades teóricas	12	20	576	20
Total	60	100	2880	100

Fonte: Adaptado de Coelho *et al.* (2022).

O corpo principal do documento descreve detalhadamente o percurso histórico do Sistema Saúde-Escola local, destacando a evolução da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia e os princípios pedagógicos que a orientam, como a promoção da integração entre ensino e serviço, em linha com as diretrizes nacionais para a formação em Medicina de Família e

Comunidade, essencial para assegurar a relevância do curso no contexto da saúde pública brasileira.

A publicação apresenta objetivos claros, baseados em resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade incluindo tanto metas gerais quanto específicas. As competências a serem desenvolvidas são listadas em detalhes, contemplando desde o cuidado clínico até habilidades interpessoais e de gestão integrada do cuidado de saúde, uma transcrição fiel às diretrizes nacionais. Isso proporciona uma visão ampla da formação com foco no perfil do egresso e adequada ao esperado do Médico de Família e Comunidade.

Nas estratégias educacionais, balizadas pela Educação Permanente, pela Educação Popular e pela formação por competência, é indicado a utilização de metodologias ativas, incluindo problematização e estudos de caso, que se alinham aos princípios de andragogia e educação permanente, enfatizando uma aprendizagem prática e reflexiva. Há uma combinação de aulas expositivas, oficinas e sessões clínicas, que podem ocorrer presencialmente ou no ambiente virtual de aprendizagem da ESP-VP.

Há também a descrição da infraestrutura do sistema de saúde no qual o aprendiz será inserido. Os cenários de prática incluem as UBS, centros de especialidades médicas, hospitais e a própria ESP-VS, permitindo que os residentes tenham acesso a uma variedade de cenários de prática que refletem a realidade da atenção primária à saúde e sua integração com outros níveis de atenção.

A metodologia de avaliação também é descrita de maneira detalhada, com critérios claros de progressão e certificação, um aspecto essencial para garantir a qualidade do aprendizado e a qualificação dos egressos. As avaliações formativas e somativas dos residentes são descritas, com ênfase em *feedback* contínuo e desenvolvimento de competências clínicas e atitudinais, com critérios previamente apresentados e instrumentos estruturados.

Na sessão dedicada ao corpo docente, perfil dos preceptores é pormenorizado e suas atribuições e responsabilidades são elencadas. Os médicos preceptores devem ter especialização em Medicina de Família e Comunidade, e atuarem como facilitadores da aprendizagem no campo prático, especialmente em unidades básicas de saúde e em contextos comunitários. São exigidos conhecimentos clínicos e habilidades de liderança, além do compromisso com a educação continuada.

A coordenação do programa de residência é responsável por gerenciar e supervisionar as atividades do curso, garantindo suporte aos preceptores e residentes, e mediando conflitos. Esta função é desempenhada por um médico de família com perfil de

liderança e habilidades pedagógicas. A Escola desenvolve regularmente processos formativos e avaliativos, nos quais os docentes e preceptores dos programas de residência são incluídos. Esse ponto é fundamental para o acompanhamento da formação dos residentes e para o suporte contínuo oferecido durante o curso.

Analisando a formação de competências em saúde infantil, percebe-se uma manutenção das fragilidades encontradas nas diretrizes nacionais. Não há informações disponíveis sobre o tempo de prática dedicado à pediatria. No módulo de saúde da criança, a carga horária teórica específica é de 24 horas somente.

Há lacunas de conteúdo na integração de competências específicas relativas à saúde da criança e do adolescente como vigilância nutricional, situações de vulnerabilidade social, imunização e manejo de doenças prevalentes na infância, com base nas exigências nacionais. O aprimoramento de metodologias ativas como simulações realísticas, aprendizagem baseada em casos, aprendizagem baseada em equipes e atividades de role-play em atendimento infantil e casos clínicos específicos seriam bem-vindos na descrição das atividades do módulo para fortalecer as habilidades práticas e o raciocínio clínico.

O processo de avaliação do módulo de saúde da criança é pouco aprofundado, sendo descrito como jogos e testes. Potencialmente, a inclusão de ferramentas como OSCE e mini-CEx, sustentados nas EPAs em construção trará um ganho importante para esse processo certificador ao garantir maior alinhamento entre as competências avaliadas e as práticas reais exigidas na formação médica, promovendo uma certificação mais precisa e contextualizada. (Caramori; Cunha, 2024; FEBRASGO, 2019).

Para facilitar a implementação do tempo dedicado ao ensino de saúde da criança no PPC da Residência de Medicina de Família e Comunidade vinculado à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia em Sobral, seria oportuno aprofundar os detalhes sobre os locais e tipos de atendimento com a respectiva carga horária, garantindo que o tempo e os recursos sejam utilizados de maneira eficiente para o alcance de um nível satisfatório de proficiência dos egressos de MFC em saúde da criança.

Com base nesses aspectos, o Projeto Pedagógico de Curso da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia em Sobral, ainda que mereça investimento na descrição da formação de competências em saúde da criança, atende aos critérios pedagógicos essenciais, proporcionando uma base bem fundamentada para a formação em Medicina de Família e Comunidade. Ele oferece uma estrutura curricular robusta, orientada por diretrizes nacionais e voltada para o desenvolvimento integral dos residentes (Lermen Junior, 2015, Brasil, 2021a).

A organização das sessões no documento contribui para a organização coesa e abrangente do PPC, alinhada com os objetivos de preparar médicos de família e comunidade com uma formação sólida, que aborde tanto os aspectos técnicos quanto os sociais e culturais da atenção primária à saúde.

A integração com outras residências multiprofissionais e médicas, também presentes no contexto da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, é outro dos pontos fortes do programa. Essa interação possibilita o compartilhamento de experiências e a promoção de uma abordagem interprofissional no cuidado à saúde. Esse modelo reflete a realidade prática do sistema único de saúde, em que o trabalho em equipe é essencial para a atenção integral ao paciente e à comunidade.

Outro aspecto relevante é a abordagem territorial no planejamento e execução das atividades do programa. Os residentes têm a oportunidade de trabalhar diretamente com as comunidades atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde, permitindo uma compreensão profunda das necessidades e particularidades locais. Essa inserção comunitária não apenas fortalece a formação prática, mas também consolida a relação ensino-serviço, promovendo intervenções de saúde mais contextualizadas e efetivas.

Embora o projeto pedagógico apresente uma estrutura ampla e alinhada com as diretrizes nacionais, ele também serve como um lembrete da constante necessidade de aprimoramento. A inclusão de abordagens inovadoras e o reforço de conteúdos relacionados à saúde infantil, em particular, podem representar avanços significativos. Dessa forma, o Projeto Pedagógico de Curso da Residência da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia se posiciona como um exemplo promissor, mas também como um campo fértil para a continuidade de ajustes e melhorias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Pedagógico de um curso enquanto documento que consolida os fundamentos políticos, filosóficos, metodológicos e os objetivos de uma formação profissional e/ou acadêmica deve definir o perfil do egresso, áreas de atuação, estrutura curricular, formas de implementação e mecanismos de avaliação do curso. Para atender a tal propósito, o documento requer uma configuração organizada que contemple os aspectos detalhados do arcabouço curricular, metodologias de ensino e de avaliação com fundamentação pedagógica.

Foi deste entendimento que esta pesquisa se ocupou, em analisar os PPC dos Programas de RMFC do Ceará sob as lentes das regulamentações nacionais: as diretrizes da SBMFC e as normativas da CNRM.

O presente estudo revelou as lacunas e desafios significativos existentes na elaboração das propostas para a formação de competências em saúde da criança nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Ceará em dimensões não esperadas. A ausência de uma abordagem sistemática sobre o desenvolvimento das competências em saúde da criança e do adolescente evidencia limitações em integrar adequadamente as diretrizes nacionais com a realidade local.

A análise dos PPCs demonstrou uma variação considerável em suas estruturas e detalhamentos, especialmente no que diz respeito ao tempo dedicado, aos conteúdos abordados, aos cenários de prática e às metodologias de ensino para a atenção à saúde infantil, contrastando com a relevância desse tema dentro da práxis cotidiana da Atenção Primária à Saúde. Some-se a isso a ausência, em muitos momentos, de informações consolidadas e de materiais que reflitam com nitidez as teorias educacionais que sustentam a formação dos Residentes de Medicina de Família e Comunidade no Ceará.

Embora as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Comissão Nacional de Residência Médica orientem a estruturação dos programas, com ênfase em competências essenciais para a prática na APS, constatou-se que essas orientações não são plenamente incorporadas. Por exemplo, as competências essenciais relacionadas à saúde da criança, como o manejo de problemas frequentes, a prevenção de agravos e o acompanhamento do desenvolvimento infantil, são abordadas de maneira superficial ou implícita, diluídas nas competências gerais em alguns PPCs.

Alguns poucos programas indicaram explicitamente a proporção de tempo teórico e prático dedicado à saúde da criança e do adolescente, enquanto outros não mencionaram essa divisão, dificultando a avaliação da prioridade dada ao tema. Aqui, cabe o atenuante aos

programas de RMFC de que tal recomendação não é formalizada a nível nacional, retardando a percepção de relevância pelos grupos gestores locais e gerando um descompasso entre a formação oferecida e a realidade desse campo essencial na APS, onde o cuidado infantil representa uma parcela relevante da demanda.

A maioria dos PPC citou a Unidade Básica de Saúde como cenário principal, mas poucos detalharam a inclusão de outras estratégias, como visitas domiciliares e atuação em creches ou escolas, ambientes são fundamentais para uma abordagem ampliada da atenção primária na saúde infantil.

Houve ainda pouca clareza em relação às metodologias de ensino e avaliativas. Embora a SBMFC recomende metodologias ativas, como *Team-Based Learning* e *Case Learning*, e ferramentas como o *mini-CEx*, essas estratégias não foram amplamente detalhadas ou até aplicadas em boa parcela dos PPC analisados. A ausência de diretrizes claras para avaliar competências específicas da pediatria pode comprometer a formação prática do residente.

Com base nas potencialidades de melhorias identificadas e no alinhamento com as diretrizes nacionais, algumas recomendações que podem ser relevantes nas próximas oportunidades de revisão dos PPC nos Programas de RMFC no Ceará serão elencadas a seguir.

A diversidade na estrutura de apresentação dos PPC analisados que dificultou a compreensão e comparação das propostas pedagógicas pode ser atenuada com a estruturação de um modelo comum para os PPC.

Recomenda-se a adoção de uma estruturação padronizada de projeto pedagógico de curso que contemple de forma detalhada: competências gerais e específicas alinhadas às diretrizes da SBMFC e da CNRM; a proporção da carga horária teórica e prática para cada área de competência com os respectivos conteúdos e metodologias de ensino e avaliação; e os cenários de prática, incluindo UBS, visitas domiciliares e serviços comunitários.

Como contribuição prática, foi elaborado um apêndice com um guia para elaboração de Projetos Pedagógicos de Curso para Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, que oferece orientações detalhadas sobre as dimensões e conteúdos necessários. Este modelo pode servir como referência para a revisão e melhoria dos PPCs das RMFC no Ceará.

A construção desta proposta se apoia no entendimento que um PPC atualizado e bem organizado é essencial para garantir a qualidade da formação do egresso e o alinhamento às demandas sociais, profissionais e institucionais. Sua dinamicidade dele é imposta por constantes mudanças no cenário educacional e profissional, como inovações tecnológicas e

demandas do mercado de trabalho, atualização de documentos norteadores nacionais e percepção da necessidade de melhorias pelo próprio curso.

Idealmente, a atualização do PPC envolve a revisão documental, avaliação por instâncias deliberativas dentro da instituição e posterior publicação e disponibilização para consulta pública. Ainda que o PPC seja considerado um documento acessível à comunidade e em que pese a anuência de participação nesta pesquisa de todos os programas de MFC do estado do Ceará, não foram escassas as adversidades no processo de aproximação de tais documentos durante o curso de obtenção de dados.

Outras oportunidades de melhorias relacionadas à confecção de itens essenciais do PPC abrangem: ampliação de estratégias de TBL, simulações clínicas e discussões de casos como prioridade para fortalecer o aprendizado baseado na prática; a adoção sistemática de instrumentos como *mini-CEx*, *OSCE* embasado em EPA para assegurar que os residentes desenvolvam as competências essenciais e recebam *feedback* contínuo; ampliação do tempo e dos recursos dedicados à formação de competências em Saúde da Criança; e a inclusão mais explícita das teorias educacionais que fundamentam a formação com ênfase no ensino baseado em competências e metodologias ativas.

Por fim, fazendo uma abordagem reflexiva sobre as descobertas e recomendações, este trabalho espera fomentar discussões e subsidiar mudanças que aproximem a formação oferecida pela RMFC às necessidades da APS, especialmente na saúde infantil. A formação de competências em saúde da criança nas RMFC do Ceará ainda carece de maior aprofundamento e a padronização das propostas pedagógicas é passo fundamental.

A presente pesquisa oferece dados para reflexões e ajustes nos PPCs, destacando a necessidade de uma formação sólida, padronizada e sensível às necessidades locais. O compromisso com a melhoria contínua é fundamental para que os médicos de família e comunidade em formação estejam capacitados a oferecer um cuidado integral e de qualidade às crianças e suas famílias.

Além das recomendações mencionadas, é essencial priorizar a construção de indicadores para monitorar e avaliar os impactos das mudanças implementadas nos PPCs das RMFC no Ceará. Indicadores relacionados à qualidade e à frequência das atividades práticas, ao desempenho dos residentes em competências específicas, e ao impacto nos indicadores de saúde da população infantil podem auxiliar na identificação de pontos fortes e de lacunas na formação. Esse monitoramento contínuo contribuirá para manter os programas alinhados às demandas da Atenção Primária à Saúde e da comunidade.

Adicionalmente, a integração com programas de residência multiprofissional pode enriquecer a formação médica e ampliar a abordagem interdisciplinar no cuidado à saúde infantil. Essa interação pode ser promovida por meio de atividades conjuntas, como estudos de caso, intervenções comunitárias e sessões clínicas, que incentivem o trabalho colaborativo e o aprendizado compartilhado. Dessa forma, os residentes estarão mais preparados para atuar em equipes de saúde de forma eficaz, refletindo as demandas reais do SUS.

Por fim, a relevância de uma maior articulação entre os gestores locais e os órgãos reguladores nacionais, como a CNRM e a SBMFC, não pode ser negligenciada. Promover workshops, seminários e fóruns que incentivem o compartilhamento de boas práticas e a discussão de desafios enfrentados pelos programas de RMFC no Ceará pode ser um passo fundamental para garantir a convergência entre as diretrizes nacionais e as implementações locais. A construção conjunta de soluções fortalece o compromisso de todos os atores envolvidos em garantir uma formação médica de excelência voltada para o cuidado integral às crianças e às famílias.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, I. G. *et al.* Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 33, p. 44–52, 2009.

ARIAS-CASTILLO, L. *et al.* **Perfil do médico de família e comunidade**: Definição ibero-americana. WONKA: Colômbia, 2010.

BORGES, S.; SANTIAGO, F. de J.; SILVA, L. S. da. Perfil da população cadastrada em uma Unidade Básica de Saúde da Família: a importância da classificação de risco familiar. **APS em revista**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 84–94, 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/175>. Acesso em: 6 nov. 2024.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 132–140, 2010.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. **Manual de Preenchimento dos Pedidos de Credenciamento Provisório, Credenciamento 5 anos, Recredenciamento e Aumento de Vagas**. Ministério da Educação, [S. l.], 2011. Disponível em: <http://sisenrm.mec.gov.br/publico/pages/manual.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2024.

BRASIL. Decreto nº 12.062, de 14 de junho de 2024. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, 17 jun. 2024a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2024/decreto-12062-14-junho-2024-795788-publicacaooriginal-172105-pe.html>. Acesso em: 02 nov. 2024.

BRASIL. **Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm#:~:text=521%2C%20de%202010\)-,Art.,repouso%2C%20por%20ano%20de%20atividade](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm#:~:text=521%2C%20de%202010)-,Art.,repouso%2C%20por%20ano%20de%20atividade). Acesso em: 03 nov. 2024,

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, 26 maio. 2015a. Disponível em: <https://www.saudeindiaial.sc.gov.br/images/resolucao1.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 1, de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, 30 dez. 2016. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=55611-pediatria-3-anos-pdf&category_slug=janeiro-2017-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 03 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, 04 jan. 2021a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=168061-

matriz-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=2020&Itemid=30192 Acesso em: 02 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 3 de 20 de junho de 2014a. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**: Passaporte da Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_5.ed.pdf. Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde do adolescente: versão masculina**. 3. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 4 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABPce.def> Acesso em: 03 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definição - Puericultura e Hebicultura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/definicao-puericultura/>. Acesso em: 30 mar. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Multi**. [S. l.]. 2024c. disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti>. Acesso em: 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. [S. l.]. 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 29 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado**: Puericultura e Hebicultura. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/sou-gestor/>. Acesso em: 30 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel da Educação em Saúde**: Residência Médica. Brasília: Ministério da Saúde, 2024e. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica>. Acesso em 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: Orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Política-Nacional-de-Atenção-Integral-à-Saúde-da-Criança-PNAISC-Versão-Eletrônica.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 2021c. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Carta_Circular_01.2021.pdf. Acesso em: 16 fev. 2024.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em: 29 jul. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>. Acesso em: 29 jul. 2023.

CARAMORI, U.; CUNHA, A. T. R. (ed.). **EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: estratégias e ações para elaboração de EPAs na Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. dos Autores, 2024. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2024/10/e-Book-EPAs-Nacionais-em-Medicina-de-Familia-e-Comunidade-2024.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2024.

CASTRO, V. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 211-220, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022009000200008>. Acesso em: 14 abr. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado, Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional. Superintendência da Região de Saúde Norte. **Plano de Saúde Regional 2023-2027: Região de Sobral - Ceará**. [Fortaleza]: Governo do Estado do Ceará, 2023a. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 30 mar. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. **Criada a 5ª macrorregião de saúde: Litoral Leste/ Jaguaribe**. Fortaleza: Secretaria da saúde do estado do Ceará, 2014. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2014/05/16/criada-a-5o-macrorregiao-de-saude-litoral-leste-jaguaribe/>. Acesso em: 01 nov. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional. Superintendência da Região do Sertão Central. **Plano de Saúde Regional 2023-2027: Região do Sertão Central - Ceará**. [Fortaleza]: Governo do Estado do Ceará, 2023b. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 30 mar. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional. Superintendência Regional de Saúde Litoral Leste Jaguaribe.

Plano de Saúde Regional 2023-2027: Região Litoral Leste Jaguaribe - Ceará. [Fortaleza]: Governo do Estado do Ceará, 2023c. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 30 mar. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional. Superintendência Regional de Fortaleza. **Plano de Saúde Regional 2023-2027:** Região de Fortaleza - Ceará. [Fortaleza]: Governo do Estado do Ceará, 2023d. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 30 mar. 2024.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional. Superintendência Regional Sul. **Plano de Saúde Regional 2023-2027:** Região do Cariri - Ceará. [Fortaleza]: Governo do Estado do Ceará, 2023e. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 30 mar. 2024.

CHAVES, L. J. *et al.* A tutoria como estratégia educacional no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 532–541, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/cdJMPmwVSgzBynMvGnWV3hc/#>. Acesso em: 15 nov. 2024.

COELHO, J. S. *et al.* **Projeto Pedagógico do Curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade.** Sobral: Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, 2022.

COELHO, M. G. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 24 e190740, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190740>. Acesso em: 28 jul. 2023.

DEL CIAMPO, L. A. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000300021>. Acesso em:

DEL CIAMPO, L. A.; DEL CIAMPO, I. R. L. Curso de medicina e ensino de pediatria nas escolas médicas brasileiras. **Pediatria**, São Paulo, v. 1, n. 32, p. 9-14, 2010.

DIAS, M. S. A. *et al.* Tutoria como dispositivo de apoio a um Sistema Municipal de Saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 41, n. 114, p. 683-693, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711401>. Acesso em: 20 set. 2021.

EBSERH. **Programas de residências Médicas:** ENARE 2024/2025. EBSERH, [S. l.], 2024. Disponível em: <https://mapas-enare-a7biqhf3la-rj.a.run.app/tabela-de-vagas-medica.html>. Acesso em: 28 out. 2024.

FEBRASGO. **Atualizações na Matriz de Competências de Ginecologia e Obstetrícia.** FEBRASGO: São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/en/revistas/item/751-atualizacoes-na-matriz-de-competencias-de-ginecologia-e-obstetricia>. Acesso em: 01 nov. 2024.

FERNANDES, C. R. *et al.* Currículo baseado em competências na Residência Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 129-136, 2012.

FERNANDES, P. C. C. *et al.* Puericultura no Brasil: definição, história e conquistas. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 746–755, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i6.10263>. Acesso em: 21 abr. 2024.

FONTANA, F. PEREIRA, A. C. T. Pesquisa Documental. *In*: Magalhães Júnior, C. A. O.; BATISTA, M. C. **Metodologia da pesquisa em educação e ensino de ciências**. 2.ed. Maringá: Massoni, 2023.

FUJIKAWA, A. K. **O método clínico centrado na pessoa** – um resumo. 12p. UFMG, [S. l.], 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3934.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2024.

FRAUCHES, C. **Educação Superior Comentada** – Políticas, Diretrizes, Legislação e Normas do Ensino Superior. ABMES: Brasília, 2012. Disponível em: <https://abmes.org.br/colunas/detalhe/591/educacao-superior-comentada-%E2%80%93-politicas-diretrizes-legislacao-e-normas-do-ensino-superior>. Acesso em: 4 dez. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 62.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, C. R. R; MAEDA, S. T. Modelos de atenção à saúde no Brasil. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole, 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2425838> Acesso em: 30 mar. 2024.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 8, e00029818, 2018.

IBGE. **Censo demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/index.html>. Acesso em: 29 mar. 2024.

IDOMED. **Edital do processo seletivo unificado para residência médica IDOMED 2024**. IDOMED: Rio de Janeiro, 2023a. Disponível em: https://cdn.portal.estacio.br/23062_edital_rm_idomed_2024_12092023_96abec92cd.pdf Acesso em: 28 out. 2024.

IDOMED. **Edital do processo seletivo unificado para residência médica IDOMED 2024**: Anexo II – Quadro de vagas. IDOMED, [S. l.], 2023b. Disponível em: https://cdn.portal.estacio.br/23062_anexo_2_quadro_de_vagas_rm_idomed_59552ab0a4.pdf Acesso em: 28 out. 2024.

KRUG, R. R. *et al.* O “Bê-Á-Bá” da Aprendizagem Baseada em Equipe. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 40, n. 4, p. 602–610, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00452015>. Acesso em: 9 nov. 2024.

LERMEN JUNIOR, N. (org.). **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S. l.], 2015.

LIMA, M. **Pesquisas sobre caracterização dos PRMFC é apresentada durante oficina nacional em Brasília**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2020. Disponível em:

<https://www.sbmfc.org.br/pesquisas-sobre-caracterizacao-dos-prmfc-e-apresentada-durante-oficina-nacional-em-brasil/>. Acesso em: 1 nov. 2024.

LOPES, J. M. C. *et al.* **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade**. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

MAIA, J. A. Metodologias Problematicadoras em Currículos de Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 566-574, 2014.

MARCONDES, E. Objetivos do ensino de pediatria na preparação do médico geral. **Pediatria**, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 183-185, 1986.

MARINS, J. J. N. *et al.* **Educação Médica em Transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.

MICHELETTO, I. B. P.; LEVANDOVSKI, A. R. **Ação-reflexão-ação**: processo de formação continuada. UENP, [S. l.], 2008. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1448-6.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 28 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. A. Quarenta anos de Alma-Ata, a Conferência que impulsionou os cuidados básicos de saúde no mundo!. **SciELO em Perspectiva Press Releases**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2020/05/05/quarenta-anos-de-alma-ata-a-conferencia-que-impulsionou-os-cuidados-basicos-de-saude-no-mundo/>. Acesso em: 21 abr. 2024.

MORAES, L. A. J. C.; LINHARES, A. R. P. Puericultura Na Residência De Medicina De Família E Comunidade. **Cadernos ESP**, Fortaleza, 2022. v. 16, n. 3, p. 105–111, 2022. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/738>. Acesso em: 28 jul. 2023.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS health sciences**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015.

NEVES, R. S. *et al.* Avaliação do exame clínico objetivo estruturado (OSCE) por estudantes e docentes de graduação em enfermagem. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 27, n. 4, p.309-316, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/periodicos/ccs_artigos/avaliacao_graduacao_enfermagem.pdf. Acesso em: 10 nov. 2024.

NOVATO, V. O. L. *et al.* **Análise dos Projetos Pedagógicos do Curso de Medicina em relação aos parâmetros da política de formação médica no Brasil**. In: ENCONTRO DA ANPAD – ENANPAD, XLV., 2021, [S. l.]. 2021. Disponível em: <https://anpad.com.br/uploads/articles/114/approved/f18a6d1cde4b205199de8729a6637b42.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2024.

OPAS. **Atenção Primária à Saúde**. [S. l.], [2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 30 mar. 2024.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Puericultura**. Curitiba: Secretaria da Saúde, [2024]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Puericultura>. Acesso em: 4 dez. 2024.

PREARO, A. Y.; RIZZATO, A. B. P.; MARTINS, S. T. F. O ensino de pediatria na atenção básica em saúde entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado: a visão dos médicos supervisores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 15, n. 39, p. 1039-1052, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832011005000020>. Acesso em: 4 dez. 2024.

RIBEIRO, M. T. A. M.; FIUZA, T. M.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M. **Avaliação da Formação Médica**: perfil sociodemográfico, formativo e das escolhas por especialidades dos candidatos à seleção de residência médica no esta do Ceará de 2012 a 2018. São Paulo: Dialética, 2022.

RODRÍGUEZ, C. A.; CASSIAS, A. L.; KOLLING, M. G. Proposta de um programa para a formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 40-48, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022008000100006>. Acesso em: 4 dez. 2024.

SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SBMFC. **EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2024a. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/epas/>. Acesso em: 1 nov. 2024

SBMFC. **Estabelecimentos SBMFC**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2021. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/estabelecimentos/>. Acesso em: 19 set. 2021.

SBMFC. Grupo de Trabalho de Ensino. **Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade**. Manual de Orientações. Rio de Janeiro: SBMFC, 2019. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-para-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2024

SBMFC. **Resultado - Edital EPAS N°1**, de 05 de janeiro de 2024. Rio de Janeiro: SBMFC, 2024b. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2024/10/Resultado-Edital-EPAs-No1-05012024.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2024.

SBP. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. **Consulta de puericultura**: pediatria para famílias. Rio de Janeiro: SBP, 2023. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-a-saude/consulta-de-puericultura/> Acesso em: 14 abr. 2024.

SBP. Grupo Coordenação da Graduação. **Competências a serem adquiridas pelo estudante de medicina na área de pediatria**. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24307c-NT_-_Compet_Serem_Aquiridas_Estud_Medicina.pdf. Acesso em: 01 nov. 2024.

SCHIAVON, J.; DETREGIACHI, E. Mini-CEx: revisão sobre um método para avaliação de competências clínicas na residência médica. **Boletim do Curso de Medicina da UFSC**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 23-31, 2022.

SOUZA, Z. R.; BIELLA, J. **Currículo Baseado em Competências**. Natal: SESI, 2010.

UFC. Pró-reitora de Graduação. Coordenadoria de Projetos e Acompanhamento Curricular. **Documento orientador para elaboração de PPC – Projeto Pedagógico de Curso**. Fortaleza: UFC, 2022.

UFCA. **20 anos de implantação do curso de Medicina em Barbalha**: série de aniversário aborda histórico, impactos na saúde do Cariri e na Educação médica. Juazeiro do Norte: UFCA, 2023. Disponível em: <https://www.ufca.edu.br/noticias/20-anos-de-implantacao-do-curso-de-medicina-em-barbalha-serie-de-aniversario-aborda-historico-impactos-na-saude-do-cariri-e-na-educacao-medica/>. Acesso em: 28 jul. 2023.

UNIFOR. **Residência médica** – Pós-graduação. Fortaleza: UNIFOR, 2024. Disponível em <https://unifor.br/web/pos-graduacao/residencia-medica>. Acesso em: 28 out. 2024.

UNINTA. **Residência Médica**. Centro Universitário. Itapipoca: UNINTA, 2023. Disponível em: <https://uninta.edu.br/site/itapipoca/residencia-medica/>. Acesso em: 28 jul. 2023.

VASCONCELLOS, C. S. **Planejamento**: Plano de ensino-aprendizagem e Projeto Educativo. São Paulo: Libertat, 2022.

VEIGA, E. Q. O.; BATISTA, N. A. Undergraduate teaching of pediatrics in medical schools of the state of Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**, [S. l.], v. 82, n. 2, p. 115-120, 2006.

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA APREENSÃO DOS DADOS DOCUMENTAIS NOS
PROJETOS PEDAGÓGICOS**

Instituição do Programa de Residência Médica:		
Aspecto	Geral	Específico Saúde da Criança
Competências a serem desenvolvidas		
Carga horária teórica		
Estratégias de ensino		
Carga horária prática		
Cenários de práticas		
Conteúdos		
Estratégias de avaliação		
Observações		

**APÊNDICE B – GUIA DE PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO PARA
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE³**

**NOME DA INSTITUIÇÃO
CENTRO/ DEPARTAMENTO**

**PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**LOCAL
ANO DE REVISÃO**

³ Desenvolvido pela mestranda como produto técnico desta pesquisa

PÁGINA DE EXPEDIENTE

Devem ser registrados os nomes dos ocupantes dos cargos ou funções que desempenham papéis relevantes no programa, como coordenadores, supervisores e responsáveis pelo curso. Além disso, é importante listar os nomes de todos os integrantes que compuseram a comissão de elaboração do documento. Essa seção garante o reconhecimento formal das pessoas envolvidas no desenvolvimento e execução do projeto pedagógico, promovendo transparência e valorização do trabalho colaborativo.

PÁGINAS COM ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS

Além de um sumário para organizar a estrutura do documento é importante incluir lista de figuras, para identificar as ilustrações presentes no texto; lista de tabelas, caso se utilize-as; e lista de siglas e abreviações, com explicação dos termos utilizados. Esses itens garantem a organização do trabalho e facilitam a navegação pelo conteúdo.

CORPO DO TEXTO

1. APRESENTAÇÃO

Explicitar que o documento foi elaborado com o objetivo de apresentar o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) de forma clara e acessível ao público, especialmente à comunidade acadêmica. Ressaltar que ele reúne informações essenciais sobre a finalidade do programa, sua organização curricular e os métodos pedagógicos que fundamentam a formação ofertada.

Abordar fundamentação legal, que inclui Leis, Pareceres e Resoluções pertinentes, garantindo que o PPC esteja em conformidade com as normativas educacionais vigentes. Mencionar seu processo de elaboração, geralmente conduzido de maneira participativa e democrática, envolvendo professores, gestores, alunos e outros atores relevantes, reforçando o compromisso com uma formação de qualidade, alinhada às demandas sociais e institucionais.

Expor que o objetivo é oferecer orientações claras e práticas para todos os envolvidos no processo educacional, servindo como um guia para a implementação e o desenvolvimento do curso.

2. HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO A QUAL O CURSO ESTÁ VINCULADO

Nessa sessão, o conteúdo deve apresentar uma visão geral da trajetória da instituição de ensino, mencionando documentos ou referências institucionais para credibilidade da narrativa. Referir dados da fundação, principais marcos históricos, como mudanças na estrutura organizacional ou expansão das áreas de atuação. Destacar as contribuições para a sociedade, como produção acadêmica, pesquisa e extensão, além do impacto na comunidade com a formação de profissionais.

3. HISTÓRICO DO CURSO E POLÍTICAS INSTITUCIONAIS NO ÂMBITO DO CURSO

Essa seção deve demonstrar o compromisso do curso com a excelência acadêmica e sua contribuição dentro do planejamento estratégico da instituição, enfatizando sua relevância e impactos ao longo do tempo.

Explicar o cenário que levou à criação do curso, incluindo demandas sociais, econômicas ou educacionais que justificaram sua implementação. Mencionar o ano de início das atividades e os principais objetivos iniciais. Indicar marcos relevantes, como conquistas acadêmicas, creditações ou reconhecimento por órgãos externos. Descrever como o curso está alinhado com as políticas institucionais. Citar políticas de inclusão, diversidade, sustentabilidade e inovação que impactam diretamente o curso.

4. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

Este tópico deve apresentar informações detalhadas e específicas sobre o curso, incluindo: o nome oficial do curso, o grau acadêmico conferido, a modalidade de ensino, a carga horária total, a duração prevista, o regime adotado, os turnos em que será ofertado, o ano e semestre de início de funcionamento, o ato normativo de autorização, o número de vagas disponibilizadas por semestre ou ano, o processo de ingresso dos alunos e a titulação que será conferida no diploma. Essas informações são essenciais para garantir clareza e transparência,

atendendo às exigências legais e proporcionando uma visão completa do curso para a comunidade acadêmica e interessados.

5. PRINCÍPIOS NORTEADORES

Os princípios apresentados devem definir as diretrizes que conduzem o curso, alinhando-se aos os valores científicos, humanos e sociais que fundamentam o curso e orientam sua formação. É essencial que os valores do curso estejam em consonância com os da instituição, promovendo o respeito às diferenças e à diversidade humana como um dos pilares fundamentais.

6. OBJETIVOS DO CURSO

Apresentar de forma clara e direcionada o objetivo geral e os objetivos específicos do curso. É fundamental que esses objetivos estejam alinhados com o perfil profissional do egresso, a estrutura curricular e o contexto educacional.

7. PERFIL PROFISSIONAL DO EGRESSO (EXPECTATIVA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS)

Nesse tópico deve-se descrever as competências que o aluno deve desenvolver ao longo do curso, alinhadas às demandas do mercado e da sociedade. Destaca-se a relevância em se incluir competências específicas por área de atuação do médico de família e comunidade: saúde da criança e do adolescente, saúde reprodutiva da mulher, saúde do idoso, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais etc. O perfil do egresso orienta a estrutura curricular e as metodologias de ensino, assegurando que a formação esteja em consonância com as exigências da profissão e da comunidade.

8. ESTRUTURA CURRICULAR

Este item deve detalhar a maneira como se dará o percurso formativo. A organização do currículo deve abraçar aspectos como conteúdos curriculares e cargas horárias prática e teórica para cada área de competência.

9. METODOLOGIAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM

O texto deve descrever a metodologia de ensino e aprendizagem com sua devida fundamentação pedagógica, destacando como as atividades serão realizadas no curso. É importante priorizar metodologias que possibilitem a autonomia do residente, o desenvolvimento de competências, a interdisciplinaridade, a articulação teórico-prática e a flexibilidade curricular.

10. PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

Este subitem deve explicar a forma de avaliação adotada no curso, detalhando os instrumentos, métodos e estratégias utilizados para avaliar os alunos. Deve haver coerência com os itens Princípios Norteadores e as Metodologias de ensino. Também é necessário especificar a nota mínima para aprovação, os critérios de avaliação e as ações a serem tomadas em caso de reprovação.

Importante também incluir o processo de autoavaliação institucional e como ele contribui, periodicamente, para a revisão do PPC e a proposição de melhorias no curso.

11. GESTÃO DO CURSO

Aqui devem ser abordados aspectos como a coordenação do curso, suas responsabilidades e a estrutura organizacional, destacando os processos administrativos e acadêmicos.

12. INFRAESTRUTURA DO CURSO

Nesta sessão, a infraestrutura física dos ambientes de aprendizagem como locais de praticas devem ser descritos assim como os recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

13. REFERÊNCIAS

As referências de um PPC em Residência de Medicina de Família e Comunidade devem estar alinhadas às diretrizes nacionais estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e pela Comissão Nacional de Residência Médica. Esse alinhamento garante que a formação oferecida esteja em conformidade com as normas e

competências exigidas para a prática da medicina de família e comunidade no Brasil, promovendo a qualidade e a adequação do ensino às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

14. ANEXOS

Os anexos devem incluir documentos essenciais para o acompanhamento e avaliação do curso, como os formulários de avaliação, de *feedback* estruturado, autoavaliação discente e docente. Além disso, podem incluir os cronogramas de rodízios de locais de prática e dos momentos teóricos, entre outros, para garantir o planejamento adequado das atividades e a transparência nos processos avaliativos e formativos ao longo da residência.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise do Ensino de Puericultura nas Residências de Medicina de Família e Comunidade no Estado Ceará

Pesquisador: Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80176424.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.940.316

Apresentação do Projeto:

O estudo que se delineia está sustentado na epistem de pesquisas de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa trabalha com universos de significados, motivos, atitudes e valoriza a experiência. Responde a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos e dos processos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Com o objetivo de captar vozes dos sujeitos do processo ensino-aprendizagem, serão considerados participantes para esse estudo os preceptores de puericultura nos programas de RMFC, os residentes egressos dos últimos 5 anos e os residentes do segundo ano dos cursos de RMFC ofertados no estado do Ceará. A opção pelos residentes do segundo ano e não do primeiro ano se justifica pela expectativa que estes já tenham vivências teórico-práticas relativas ao puericultor ou que reconheça que estas competências estejam previstas ou não no seu plano de aprendizagem. Estima-se que haja 100 egressos dos seis programas nos últimos cinco anos, 30 residentes do ano 2 e 20 preceptores. Alinhando-se às premissas da abordagem qualitativa e recorrendo-se à orientação de saturação para estudos com esta abordagem, o número final de cada seguimento de participantes será definido no campo durante a fase de coleta de dados através de saturação teórica e assegurando a participação de representantes dos três programas e dos segmentos referido. Quanto aos objetivos e fontes de dados, o estudo se caracterizará como uma pesquisa

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: cep_uva@uvanet.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE**

Continuação do Parecer: 6.940.316

exploratória-descritiva, de campo e documental. Pesquisas

exploratórias intentam gerar uma maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito. As pesquisas descritivas objetivam descrever características de um grupo para que sejam identificadas possíveis relações entre variáveis. A referência a pesquisa documental, que se caracteriza em apreender, analisar e sistematizar conteúdos de documentos, se justifica a partir do subsídio dos Programas Pedagógicos dos Cursos serem uma das fontes de coleta de dados

Registra-se ainda que se trata de pesquisa multicêntrica, visto que envolve seis centros formadores em três diferentes regiões do estado do Ceará. Campo de investigação No Ceará, segundo o último edital do Apoio às Residências em Saúde, foram ofertadas 54 vagas para Residência de Medicina de Família e Comunidade: 6 vinculadas ao Hospital Universitário Walter Cantídio, 13 à Escola de Saúde Pública/REDE, 20 à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 7 à Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, 6 ao Centro Universitário UNINTA Itapipoca e 2 à Universidade Federal do Cariri.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o ensino de puericultura nas Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) no estado do Ceará.

Objetivo Secundário:

- Descrever o ensino de puericultura nas RMFC no Ceará.
- Correlacionar as competências / objetivos de aprendizagem sinalizadas nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de RMFC do Ceará para a práxis do puericultor com as competências reconhecidas como desenvolvidas pelos residentes e egressos.
- Examinar o processo ensino-aprendizagem no campo da puericultura sob a ótica de docentes (preceptor/tutor), residentes e egressos das RFMC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta os possíveis riscos e benefícios envolvidos na realização deste trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Importante do ponto de vista clínico e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: cep_uva@uvanet.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 6.940.316

Recomendações:

Não se aplicam

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2353558.pdf	31/05/2024 10:03:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PB.pdf	31/05/2024 10:03:06	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoPB_assinado_assinado.pdf	31/05/2024 09:51:49	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
Outros	Anuencia_Fortaleza_PB.pdf	30/05/2024 09:57:39	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
Outros	Anuencia_Sobral_PB.pdf	30/05/2024 09:57:20	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
Outros	Anuencia_UFC_PB.pdf	30/05/2024 09:56:59	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
Outros	Anuencia_ESP_PB.pdf	30/05/2024 09:56:41	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia_Cariri_PB.pdf	30/05/2024 09:55:43	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PB.pdf	30/05/2024 09:52:43	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
Orçamento	Orcamento_PB.pdf	30/05/2024 09:51:07	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito
Cronograma	Cronograma_PB.pdf	30/05/2024 09:49:28	Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: cep_uva@uvanet.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 6.940.316

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 09 de Julho de 2024

Assinado por:
Eroteíde Leite de Pinho
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocélso Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: cep_uva@uvanet.br