

PROJETO PEDAGÓGICO

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS
CAMPINEIRO**

**RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CAMPINAS, SÃO PAULO

Dezembro de 2021

Ficha Técnica

Dário Saadi – Prefeito Municipal de Campinas

Lair Zambon – Secretário Municipal de Saúde

Deise Hadich – Diretora do Departamento de Saúde

Andreia Nicioli Dias da Silva – Coordenadora do Distrito de Saúde Leste

Maria Antonieta Salomão Menezes – Coordenadora do Distrito Sudoeste

Juliana Ahmed de Oliveira Ramos – Coordenadora do Distrito de Saúde Noroeste

Rosana Maria Von Zuben Pacchi – Coordenadora do Distrito de Saúde Norte

Simone Vanzetto Minari – Coordenadora do Distrito de Saúde Sul

COLEGIADO INTERINSTITUCIONAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS CAMPINEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS:

Carlos Eduardo Cantusio Abrahão – médico e sanitário, Departamento de Saúde

Adail de Almeida Rollo – médico clínico, Departamento de Saúde

Maria Antonieta Salomão Menezes – médica pediatra e sanitário, Distrito de Saúde Sudoeste

Alóide Ladeia Guimarães – enfermeira e sanitário, Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde

Zeliete Linhares Leite Zambon – médica de família e comunidade, supervisora, Departamento de Saúde

REDE MUNICIPAL DR. MARIO GATTI DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E HOSPITALAR:

Steno Sobottka Pieri – médico cirurgião buco-maxilo-facial e dentista

Pericles Mendonça Dias da Motta – médico pediatra

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS:

Rubens Bedrikow – médico de família e comunidade, Departamento de Saúde Coletiva

Arlete Maria Valente Coimbra – médica reumatologista, Departamento de Clínica Médica

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS:

Aguinaldo Gonçalves – médico dermatologista e sanitário

Bruno Bernardo Duarte – médico otorrinolaringologista

FACULDADE SÃO LEOPOLDO MANDIC:

Giuliano Dimarzio – médico de família e comunidade, mestre em Saúde Coletiva, doutor em Ensino em Saúde. Coordenador do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Marcelo Marcos Piva Demarzo – médico de família e comunidade, doutor em Patologia; pós-doutor em Mindfulness e Saúde Mental, supervisor do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade

GRUPO DE TRABALHO

Adail de Almeida Rollo, Aguinaldo Gonçalves, Aloide Ladeia Guimarães, Caio Andrade – médico residente, Carlos Eduardo Cantusio Abrahão, Carolina Previato – médico residente, Giuliano Dimarzio, Luiz Michels – médico residente, Maria Antonieta Salomão Menezes, Mayara Motta Melo – médica de família e comunidade, preceptora, Rachel Esteves Soeiro – médica de família e comunidade, Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, Rejane Maria Rios Fleury Trautwein – médica pediatra no apoio Distrito de Saúde Noroeste, Rubens Bedrikow, Sarah Pereira Costa – médica residente, Thais Machado Dias – médica de família e comunidade, Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, Zeliete Zambon

COLABORADORES: Eduardo Thomaziolo – médico de família e comunidade, coordenador do Centro de Saúde San Diego, Eliana Cristina Petoilho – enfermeira e mestre em saúde coletiva: política e gestão em saúde, coordenadora do CS Conceição, Fabíola Estival – enfermeira,

apoiadora no Distrito de Saúde Leste, Wellington Almeida – sociólogo e sanitarista,
Departamento de Saúde, Ana Lucia Soutelo – enfermeira, apoiadora do Distrito de Saúde Sul

Sumário

1. MARCO LEGAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS CAMPINEIRO (PMMC)
2. INTRODUÇÃO
3. OBJETIVOS
4. REFERENCIAIS TEÓRICOS E PEDAGÓGICOS
5. PERFIL PROFISSIONAL ESPERADO DO MÉDICO ESPECIALISTA EM FAMÍLIA E COMUNIDADE
6. ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM
 - Os Campos de Prática Profissional (cenários de prática)
 - Preceptoria longitudinal com apoio matricial
 - Curso Teórico – Prático – Interativo
 - O Projeto de Saúde para o Território
 - O Trabalho de Conclusão da Residência Médica em MFC
 - A Avaliação Formativa e Somativa critério referenciada: o processo avaliativo e os instrumentos avaliativos unificados
7. AÇÕES DOS VÁRIOS ATORES/EDUCADORES
 - Rol de atribuições esperadas dos tutores, supervisor, preceptores, coordenadores dos Centros de Saúde e Distritos
8. PARÂMETROS E REFERÊNCIAS ORGANIZACIONAIS PARA AS AÇÕES DE APRENDIZAGEM NOS CAMPOS DE PRÁTICA
 - Preceptores longitudinais dos CS da Secretaria Municipal de Saúde
 - Orientações para a preceptoria longitudinal
 - Orientações para a inserção dos médicos residentes em MFC nos CS
9. DIREITOS DOS RESIDENTES
10. REFERÊNCIAS

1. MARCO LEGAL DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS CAMPINEIRO

Lei nº 15.779, de 24/06/2019

Institui, no âmbito do município de Campinas, o Programa Mais Médicos Campineiro e dá outras providências.

Decreto nº 20.525, de 17/10/2019

Regulamenta a Lei nº 15.779, de 24 de junho de 2019, que institui no âmbito do Município de Campinas, o "Programa Mais Médicos Campineiro".

Portaria nº 16, de 21/12/2020-SMS

Dispõe sobre a nomeação do Colegiado Interinstitucional a que se refere o artigo 6º do Decreto nº 20.525 de 17 de outubro de 2019, que "Regulamenta a Lei nº 15.779, de 24 de junho de 2019, que institui no âmbito do Município de Campinas, o "Programa Mais Médicos Campineiro".

Portaria nº 19, de 29/12/2020-SMS

Homologa o Regimento Interno do Programa Mais Médicos Campineiro na forma do Anexo único desta Portaria.

Portaria nº 08, de 25/06/2021-SMS

Altera a Portaria SMS nº 16 de 21 de dezembro de 2020 que dispõe sobre a nomeação do Colegiado Interinstitucional a que se refere o artigo 6º do Decreto nº 20.525 de 17 de outubro de 2019 e nomeia a supervisora do Programa Mais Médicos Campineiro.

2. INTRODUÇÃO

O Programa Mais Médico Campineiro (PMMC) destina-se à formação de médicos residentes especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) mediante parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas – SP e instituições com programas de residência em MFC localizadas no município: Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), Faculdade São Leopoldo Mandic (FSLM), Rede Mário Gatti de Urgência e Emergência Hospitalar (Rede Gatti), todas integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PMMC foi criado em 2019 a partir de iniciativa do titular da pasta da SMS que, aprovado pela Câmara Municipal de Campinas, está oficializado na Lei 15.779 de 24 de junho de 2019. Seus objetivos são:

- I - aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de especialização na Atenção Primária a Saúde;
- II - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço-comunidade, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- III - ampliar a inserção do médico especialista em Medicina de Família e Comunidade nas unidades básicas de saúde, desenvolvendo esse conhecimento sobre a realidade da saúde pública;
- IV - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do município através da atuação na Estratégia Saúde da Família, na compreensão de sua organização e no funcionamento de sua equipe de Saúde da Família e do SUS;
- V - fortalecer a prestação de serviços da Atenção Primária a Saúde no município;
- VI - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

O contexto no qual se deu a implementação do PMMC decorreu à época, com a entrada do novo governo federal e mudança de critérios pelo Ministério da Saúde, que o município de Campinas passasse a ter progressiva descontinuidade de provimento de médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil, trazendo à autoridade municipal de saúde, em articulação com as instituições de ensino médico locais, a obter unânime aprovação da sua lei de criação pela Câmara Municipal.

No entanto, com o advento da Pandemia Covid 19 concomitante ao início do PMMC (março de 2020), advieram enormes desafios para a Rede Básica (Centros de Saúde – CS, ou Unidades Básicas de Saúde – UBS) operando a APS, no enfrentamento dessa pandemia com incidência na casa de 11% da população, nas ações assistenciais, de promoção de saúde, de prevenção, incluindo vacinações em massa, e reabilitação de doenças, e, ao mesmo tempo, na garantia da manutenção da atenção às gestantes, crianças, pacientes crônicos e acolhimento qualificado de contingência significativa de pessoas que diariamente vão aos Centros de Saúde

(CS) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) por suas demandas de cuidado. Faz parte do contexto a crise social e econômica, com aumento da desigualdade, pobreza e desemprego no país, maior dependência do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, maior procura por atendimento nas UBS por sofrimento mental e condições crônicas descompensadas.

Neste contexto, o PMMC tem relevante papel na manutenção de indicadores municipais de saúde que estão com tendência a queda como a mortalidade infantil e materna, morte prematura por condição crônica, internações por condições sensíveis à APS, morbi mortalidade por dengue, etc. E, por outro lado, melhorar os indicadores cujas metas não tem sido atingidas nos últimos anos, como a cobertura de exames citopatológicos do colo do útero, exames de mamografia, taxa de parto vaginal, percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida e redução de sífilis e sífilis congênita.

A formulação, implementação e cogestão do PMMC foi e está sendo produtiva parceria entre SMS de Campinas/Rede Gatti, FSLM, PUC Campinas e Unicamp, a partir do referido marco legal, regulamentado pelo Decreto nº 20.525 de 17 de outubro de 2019, por Portarias oficializando seu Regimento Interno e nomeando os representantes institucionais, além do programa teórico integrado para residentes de primeiro e segundo anos. O processo de co-construção e cogestão está sendo possível devido ao arranjo de gestão implantado desde o início do programa através do Colegiado Gestor Interinstitucional com representação formal das instituições participantes e participação dos residentes, preceptores, tutores e Distritos de Saúde, com reuniões periódicas e apoio dos Grupos de Trabalho interinstitucionais propositivos, para posterior decisão do referido Colegiado.

A justificativa para a elaboração do Projeto Pedagógico destinado a constituir-se no Programa Pedagógico deve-se à necessidade de observação do marco legal do PMMC e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O artigo 4º da lei de criação do PMMC define que as instituições de ensino superior que participam do programa, deverão, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, criar um programa único para formação de especialistas em medicina de família e comunidade, e o Art. 6º do Decreto regulamentador que define como atribuição do Colegiado Interinstitucional do PMMC a elaboração do PP “integrado”. Já a Resolução nº 9 da CNRM, de 30 de dezembro de 2020, que aprovou a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) no Brasil, define como obrigatória sua aplicação a partir de 1º de março de 2022. Ademais, a experiência dos dois primeiros anos do PMMC e o acúmulo dos PRMFC das instituições parceiras trazem elementos importantes para a formulação do projeto pedagógico, cuja

finalidade deve ser qualificar a formação de médicos na área da Medicina de Família e Comunidade para adquirirem as competências necessárias a serem resolutivos em cenários de prática que contemplem os atributos da APS, sendo eles, o acesso, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, a orientação familiar e comunitária, a competência cultural, ao fortalecer APS e SUS em Campinas.

Os beneficiários do Projeto Pedagógico serão todos os implicados nos processos de aprendizagem e atenção à saúde do PMMC, residentes, preceptores, tutores, supervisores, equipes dos campos de prática e usuários do SUS-Campinas.

3. OJETIVOS

3.1 Gerais:

- Ter um documento base de referência para o funcionamento do PMMC;
- Contribuir para com os programas de residência em MFC envolvidos no PMMC;
- Melhorar a atenção à saúde da população mediante a qualificação da APS com a Estratégia de Saúde da Família no SUS-Campinas;

3.2 Específicos:

- Aumentar o grau de homogeneidade das práticas de ensino-aprendizagem entre as instituições parceiras do PMMC;
- Definir referenciais teóricos, pedagógicos e ético-políticos;
- Definir responsabilidades dos residentes, preceptores, tutores e gestores;
- Qualificar os processos de ensino-aprendizagem;
- Indicar a sistemática e ferramentas de acompanhamento e avaliação do PMMC.

4. REFERENCIAIS TEÓRICOS E PEDAGÓGICOS

O processo formativo no PMMC é alicerçado nos princípios e políticas estruturantes do SUS, nos atributos da APS, nos fundamentos da medicina de família e comunidade e no desenvolvimento das capacidades profissionais previstas na matriz de competências em MFC da Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020.

A formação baseada na competência profissional é uma demanda da sociedade e dos gestores da saúde por maior responsabilidade social, por parte das instituições formadoras e dos profissionais (Gontijo, E.D., et al, 2013).

Neste sentido, as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2014 traz relevante contribuição, conceituando competência como:

“A capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde.”

(Parágrafo único, Art. 8º. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. CNE/ME. Brasil, 2014)

A formação por competência exige a inserção intensiva e extensiva dos médicos residentes em MFC nos cenários da prática, sendo cerca de 70 a 80% da carga horária total do programa na APS (Resolução CNRM nº 9 de 2020), aqui considerada a Rede Básica e demais redes de apoio, ressaltando que a APS do SUS Campinas deve estar estruturada para garantir o desenvolvimento do perfil de capacidades proposta neste projeto. A responsabilização profissional real, progressiva, sob supervisão e com vínculo desenvolvido com os usuários, famílias e comunidade sob seus cuidados médicos, e com as equipes de saúde e de gestão dos serviços, é trabalhada e desenvolvida para a aquisição de capacidade de ação profissional e desenvolvimento dos desempenhos esperados. A sistemática de avaliação dos serviços prestados é, também, um dos elementos essenciais para o desenvolvimento da competência profissional, tendo papel estratégico tanto no

aprimoramento do processo ensino-aprendizagem, como na gestão do programa de formação dos residentes (ISL-EP, 2016).

O processo formativo baseado em competência deve ser sustentado no reconhecimento dos diferentes saberes e perspectivas dos profissionais implicados nas atividades de aprendizagem, em processos de interações horizontais e dialógicas, permeado e atravessado por postura ativa, crítico-reflexiva, e pela ética. Faz-se necessário também a valoração da escuta-percepção de si mesmo, do outro e do grupo, a capacidade de aprender a aprender, a identificação dos próprios limites e restrições, além de abertura para novos modos de estar nas relações de cuidado, através do trabalho interprofissional em saúde (ISL-EP, 2012; Lima V.V., et al, 2018).

O modelo de gestão do PMMC, definido no seu marco legal e detalhado no seu Regimento Interno, tem uma dimensão pedagógica inerente ao reafirmar a importância do diálogo, da negociação e da cooperação entre todos atores participantes, estimulando a capacidade de fazer compromissos e contratos, visando a efetivação da integração ensino-serviço-comunidade e a qualificação da produção de saúde no SUS-Campinas.

O processo formativo baseia-se no trabalho profissional real dos residentes, sob supervisão de preceptores, garantindo autonomia crescente nas atividades práticas de seu núcleo e campo profissional, de modo que sejam capazes de prestar atenção eficiente, eficaz e segura aos usuários e comunidade. A longitudinalidade de prestação de cuidado a um dado conjunto populacional, a inserção em uma mesma equipe, a supervisão da preceptoria, também, longitudinal são pressupostos essenciais na formação dos residentes.

O processo de ensino aprendizagem no PMMC será ancorado:

- Nas metodologias ativas de aprendizagem (dialogia, problematização e avaliação formativa);
- Na metodologia científica;
- Na incorporação da determinação social do processo saúde-doença-cuidado para atendimento às necessidades da população e avanço na busca de justiça e equidade social;
- Na aprendizagem significativa com valorização da autonomia dos residentes;
- Nas comunidades de aprendizagem;
- Na educação permanente como princípio transversal a todo o programa (ISL-EP, 2012), e
- Nos cenários de prática de APS, Atenção Secundária e Terciária em Saúde pertinentes ao desenvolvimento das competências da especialidade MFC.

5. PERFIL PROFISSIONAL ESPERADO DO MFC (*)

Ao final do segundo ano do PMMC espera-se que o médico residente em MFC tenha desenvolvido o perfil profissional com as capacidades de:

- Atuar, em conjunto com a equipe de saúde da família, como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, permitindo acesso, prestando cuidado e lidando com os problemas de saúde independentemente da idade, sexo, orientação sexual e de gênero, raça e religião, condição social e econômica, ou qualquer outra característica da pessoa;
- Utilizar eficientemente os recursos de saúde através da coordenação do cuidado no contexto dos cuidados primários e da gestão na interface com outras especialidades, assumindo um papel de defesa da segurança e do paciente (“advocacia” da saúde), contribuindo para a redução das desigualdades sociais a partir da prática do cuidado integral em saúde;
- Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e comunidade;
- Desenvolver um processo de condução da consulta focada na pessoa, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, utilizando entre outras ferramentas uma comunicação efetiva;
- Desenvolver um processo de tomada de decisão, raciocínio clínico e epidemiológico, determinado pelas melhores evidências disponíveis, pela prevalência, incidência e letalidade das doenças na comunidade;
- Gerir simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos, de pessoas e coletivos, apoiados em um conceito ampliado de saúde;
- Oferecer uma ampla gama de serviços dentro de seu escopo de ações e adaptar sua prática às necessidades de seus pacientes;
- Conhecer os seus pacientes e sua família e aprofundar esse conhecimento ao longo do tempo, compreendendo o contexto familiar e comunitário deles;
- Desenvolver sua prática considerando o contexto cultural em que está inserido, utilizando a comunicação de modo efetivo;
- Trabalhar colaborativamente, em equipe desenvolvendo trabalho interdisciplinar em saúde;

- Realizar atividades de vigilância em saúde, planejamento, gestão e monitoramento da qualidade do cuidado;
- Analisar a estruturação histórica e jurídico institucional do sistema de saúde;
- Analisar os aspectos históricos, concepções, políticas públicas e modelos técnico-assistenciais da APS;
- Desenvolver atividades coletivas de Educação em Saúde e de apoio à integração ensino-serviço e comunidade;
- Desenvolver atividades de apoio ao controle social no contexto da APS;
- Desenvolver pesquisa em saúde e atividades de docência;
- Aprender a buscar conhecimento acerca de atualização clínica de maneira permanente por meio de acesso às melhores referências em práticas na APS; e
- Praticar as habilidades profissionais de modo ético e humanístico.

* Adaptado da Resolução CNRM Nº 9 de 30 de dezembro de 2020

6. ESTRATÉGIAS DE ENSINO APRENDIZAGEM

As Estratégias de Ensino Aprendizagem (EEA) devem proporcionar conhecimento teórico-prático, de modo que, ao final do segundo ano do PMMC as capacidades previstas no perfil profissional estejam contempladas.

As EEA incluem:

- Os Campos de Prática Profissional;
- A Preceptorial longitudinal com apoio matricial;
- O Curso Teórico - Prático-Interativo;
- O Projeto Diagnóstico de Saúde para ação no Território;
- O Trabalho de Conclusão da Residência Médica; e
- A Avaliação Formativa e Somativa critério referenciada.

Os Campos de Prática Profissional (cenários de prática)

É a principal estratégia de aprendizagem, notadamente nos Centros de Saúde da APS que, dado sua centralidade no desenvolvimento das capacidades do MFC, deve ocupar cerca de 70 a 80% do programa favorecendo a longitudinalidade na APS.

A formação dos residentes do PMMC também ocorrerá em cenários de práticas externas, entre eles Serviços de Atenção Domiciliar, ambulatórios de especialidades e policlínicas, enfermarias de clínica médica e pediatria, unidades de urgência e emergência, maternidade e primeiros cuidados materno-infantis, entre outros, facilitando a compreensão por parte do residente dos diversos pontos de rede existentes no SUS Campinas, bem como a articulação do cuidado integral nas suas diversas redes. Esta atuação deve se dar de forma a evitar a descontinuidade do cuidado no território, e oferecendo, sempre que possível, estágios concomitantes na APS além de externos, matriciamento em ambiente virtual ou presencial dos especialistas focais aos casos que os residentes seguem no CS, bem como apoio à realização de procedimentos no CS, como pequenas cirurgias ambulatoriais, inserção de Dispositivo Intrauterino, biópsias, punções, etc.

Todo cenário de prática deve ser organizado com uma Unidade de Aprendizagem com objetivos educacionais, programação, semana-quinzena típica-padrão e processo avaliativo pactuados e definidos. A supervisão de preceptorial deve ser longitudinal, realizada pelo preceptor longitudinal, com apoio dos especialistas que integram a equipe do

Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (eNASF), e corresponsabilização de preceptores matriciais das instituições parceiras, da gestão do serviço, da supervisão do programa e da tutoria acadêmica, para garantir o acompanhamento dos residentes no desenvolvimento das capacidades esperadas.

Preceptoria longitudinal com apoio matricial

A Secretaria de Saúde de Campinas deve garantir nos CS preceptores longitudinais na proporção de 01 (um) para até 03 (três) residentes em MFC, apoiado por preceptores matriciais acadêmicos dos programas de residência em MFC participantes, com encontros periódicos, no mínimo quinzenais.

Nos demais campos de prática, a preceptoria é de responsabilidade da instituição responsável pelo serviço, e deve elaborar o programa do estágio de acordo com o descrito.

Curso Teórico – Prático – Interativo

O programa teórico deve ser integrado e de responsabilidade das instituições parceiras, correspondendo de 10 a 20% da carga horária total do PMMC, podendo ser realizado tanto em ambiente virtual quanto presencial, com dois períodos semanais, em dias diferentes na semana, admitidas exceções pontuais. Será desenvolvido em módulos singularizados para residentes de primeiro ano (R1) e segundo ano (R2), em aulas teóricas interativas com professores/profissionais convidados, apresentação de artigos científicos, discussão de casos, trabalhos e oficinas em pequenos grupos e atividades práticas de dispersão nos CS/Distritos em que estão inseridos. As atividades de preceptoria incluem conteúdos teóricos.

O desenvolvimento do Curso Teórico é de responsabilidade do Grupo de Trabalho Permanente, previsto no Regimento Interno do PMMC para esta finalidade, composto por professores e profissionais indicados pelas instituições parceiras e por representantes dos R1 e R2, indicados por seus pares.

O Projeto de Saúde para o Território

Os residentes junto com a equipe dos CS que atuam devem elaborar ou atualizar anualmente, o Projeto de Diagnóstico e Ação Saúde para a área de abrangência e influência da unidade. Os objetivos desta atividade para os residentes, são:

- apropriar-se do território onde atua em conjunto com a equipe de saúde e a população favorecida;
- apreender e aplicar metodologias relativas ao processo de territorialização em saúde;
- reconhecer a área de abrangência e a área de influência de atuação do CS;
- conhecer as condições de infraestrutura da área e recursos sociais;
- identificar os perfis demográfico, socioeconômico, ambiental e de morbimortalidade da população adscrita no CS;
- identificar barreiras de acesso e da qualidade da atenção;
- realizar levantamento dos problemas que definam as necessidades de saúde do território; e
- priorizar/hierarquizar os problemas de saúde, de acesso e qualidade da atenção e propor alternativas de enfrentamento, na lógica do planejamento participativo e ascendente.

* Adaptado do documento “RESUMO CONCEITOS E ROTEIRO DE TERRITORIZAÇÃO EM SAÚDE” da São Leopoldo Mandic.

O Trabalho de Conclusão da Residência Médica em MFC

O Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) Médica é requisito obrigatório para certificação em MFC. Seu propósito é a produção e sistematização de conhecimento sobre a medicina de família e comunidade, sobre a APS no SUS e capacitar o residente em metodologia de pesquisa. Ele pode ser um projeto de pesquisa científica ou uma revisão bibliográfica com objeto definido pelo residente em função de seu interesse e implicação. Deve ser construído de forma compartilhada com a equipe e atores envolvidos no PMMC, sendo, também, entendido como legado de conhecimento produzido pelo residente e seu orientador para o PMMC. Será apresentado formalmente a uma banca de examinadores e entregue na forma de texto ou artigo científico para publicação.

A Avaliação Formativa e Somativa critério referenciada.

A avaliação deve ser tratada como uma atividade permanente, crítico-reflexiva no cotidiano das práticas dos residentes, preceptores, tutores, supervisores, profissionais dos campos de atuação e nas ações educacionais. Busca-se através dela possibilitar o desencadeamento de ações necessárias para a consolidação das conquistas e superação dos pontos frágeis da formação profissional e do PMMC (OLIVEIRA MS, et al., 2017).

O processo avaliativo deve ser ético, contínuo, dialógico e referenciado nos princípios e políticas estruturantes do SUS, nos atributos da APS, nos fundamentos da medicina de família e comunidade e no desenvolvimento de capacidades profissionais previstas na matriz de competências em MFC da Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020.

O processo periódico e sistemático de avaliação do PMMC deve ser centrado na avaliação formativa e usado para apoiar a aprendizagem dos residentes, preceptores, tutores e profissionais dos campos de prática. Visa orientar o processo de aprendizagem, fortalecer a cultura institucional de avaliação, desenvolver o profissionalismo e a corresponsabilização, aprimorar a qualidade do cuidado, garantir a segurança do usuário e dos profissionais. Deve, também, fornecer evidência fundamentada para apoiar o reconhecimento e manutenção dos pontos fortes do desenvolvimento profissional, do programa e dos pontos que precisam ser aprimorados, explicitando as conquistas e oferecendo oportunidades de melhoria com novos pactos e responsabilidades entre os participantes. Outro propósito é a sintetização e documentação adequada dos registros da avaliação para que possam ser utilizados na avaliação somativa final dos residentes, quando será julgada a sua habilitação e certificação ou não como MFC (SANTOS, L, 2016).

Assim, as avaliações de desempenho dos participantes do PMMC devem ser de caráter formativo e caráter somativo. Formativo objetivando a melhoria da aprendizagem, sendo atribuídos os conceitos: “satisfatório” e “precisa melhorar”. O caráter somativo cumpre o sentido de tornar visíveis as aprendizagens realizadas e o desenvolvimento das capacidades esperadas e indicar, no final do segundo ano da residência, a certificação como especialista em medicina de família e comunidade.

Destaca-se a responsabilidade dos participantes das avaliações em desenvolver estratégias conducentes com a operacionalização das iniciativas propostas, nas rodas avaliativas, para a superação das fragilidades e problemas observados, tanto no desempenho dos participantes, como na estruturação do PMMC, já que a avaliação formativa implica, necessariamente, em intervenção dos participantes em ações/tarefas relativas ao auto aprendizado, apoio ao aprendizado dos envolvidos e no aprimoramento do programa.

Esta avaliação deve usar as categorias de satisfatório e insatisfatório. Em caso de satisfatório, o residente deve continuar o programa previsto. Se insatisfatório deverá cumprir um plano singular de recuperação a ser elaborado pelo supervisor e tutor do programa. Entre outubro/dezembro ocorre a primeira avaliação somativa e, da mesma forma, os residentes que obtiverem o conceito insatisfatório, deverão cumprir um plano singular de recuperação nos meses de janeiro e fevereiro, quando, ao final, será aplicada novamente a avaliação somativa que definirá sobre a habilitação e certificação do residente como especialista em MFC.

O processo avaliativo

Cabe ressaltar a importância da avaliação cotidiana e contínua nas atividades práticas dos residentes pelos preceptores com “*feedbacks*” (reflexão) diários e oportunos, tanto individualmente como para um conjunto de residentes do mesmo serviço, no final de um período de atividade. É um potente dispositivo de aprendizado em ato, nos quais, também, podem estar envolvidos, quando oportuno, os coordenadores dos serviços, os tutores e supervisão dos programas.

No processo avaliativo mais estruturado poderão ser utilizados vários dispositivos de avaliação dos médicos residentes e do PMMC, o que irá possibilitar as 8 (oito) avaliações exigidas pela CNRM - uma a cada três meses. Essas deverão ser transformadas em notas sendo que a nota mínima para a certificação é 7 (sete).

O detalhamento operacional e o aprimoramento do processo avaliativo dos residentes e do PMMC será definido pelo Colegiado Interinstitucional com apoio do Grupo de Trabalho permanente, previsto no Regimento Interno responsável pela proposição da sistemática de avaliação do PMMC, em conformidade com as normas das respectivas COREMEs.

Os instrumentos avaliativos unificados são:

- Perfil de ingresso do residente no PMMC, utilizando-se modelo padrão, cujo objetivo é levantar a trajetória formativa, profissional e o perfil de habilidades dos novos R1, para orientar o processo de capacitação e apoio às suas atividades profissionais. A avaliação singular do perfil de ingresso de cada residente deve ser realizada pelo preceptor de

campo e matricial, e coordenação do CS, para orientar inserção adequada dos residentes nas atividades práticas;

- Instrumento de avaliação trimestral dos residentes nos campos de prática profissional nos CS, aplicado pelos preceptores para avaliar habilidades e postura nos âmbitos da: relação médico-paciente; exame físico, raciocínio clínico-epidemiológico; registro médico; gestão do cuidado; trabalho em equipe; comportamento ético e observação das normas da residência e de pactos estabelecidos nos serviços e o minixercício clínico avaliativo (minicex). Os progressos e conquistas no desenvolvimento profissional e os pontos que precisam ser melhorados, junto com as recomendações para tal, devem ser discutidos e analisados dialogicamente pelos preceptores com os residentes, serem devidamente registrados com ciência dos envolvidos. Este instrumento faz parte da avaliação formativa e junto com outros instrumentos, oferecerá as evidências para a avaliação somativa no final do R2;

- Portfólio das atividades de aprendizagem do residente no PMMC (do primeiro ao último dia da residência), sob sua responsabilidade, com acompanhamento e avaliação dos preceptores da unidade em que o residente está inserido;

- Questionário de avaliação global do PMMC: periodicidade semestral, a ser respondido pelos residentes, preceptores, tutores e coordenadores dos CS, contemplando a avaliação das atividades nos CS, a relação com a equipe, a autoavaliação, a programação teórica e a atuação dos preceptores. O produto desta avaliação deve ser trabalhado em rodas avaliativas nos CS/Distritos com a participação dos residentes, preceptores, coordenadores dos CS e apoiadores distritais para os devidos encaminhamentos de melhoria do programa;

- Instrumentos de avaliação dos estágios em outros serviços do SUS, que não os CS, como na rede de urgência, hospitalar, especialidades, atenção domiciliar e outros. Seus objetivos são de identificar questões que devem ser aprimoradas nos estágios externos e realizar a avaliação formativa do residente neste campo. O resultado da avaliação deve ser discutido entre os residentes e a supervisão do programa em que está inserido, para os devidos encaminhamentos;

- O Projeto de Saúde para o Território e o Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) Médica, são importantes dispositivos da sistemática de avaliação formativa e somativa do residente, já descrito acima; e

- TCR em forma de artigo científico ou texto para publicação. Deverá ser apresentado no espaço formativo para os demais colegas, preceptores, tutores, supervisores e profissionais interessados no tema mediante orientações e normas de elaboração e apresentação do TCR.

A critério do Colegiado Interinstitucional, ouvido o Grupo de Trabalho da avaliação, outras estratégias e instrumentos de avaliação poderão ser utilizados de modo unificado como:

- Teste semestral de verificação de conhecimentos em MFC, com 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha e uma ou duas questões abertas (discursivas), seguido de correção e discussão coletiva, sob responsabilidade dos supervisores e preceptores matriciais dos quatro programas das instituições parceiras; e

- O Exame Clínico Objetivo e Estruturado (em inglês “OSCE – Objective, Structured, Clinical Examination”) e as Atividades Profissionais Confiáveis (APC) (em inglês “EPA – Evaluation Professional Activities”) para avaliação da aquisição de capacidades profissionais (CHAVES JUNIOR N, 2021; FRANCISCHETTI I, 2020).

7. AÇÕES DOS VÁRIOS ATORES E EDUCADORES

Na reflexão sobre as ações dos profissionais que colaboram no processo de aprendizagem dos RMFC é relevante destacar a plêiade de "educadores" envolvidos, que vai desde a supervisão do programa junto às COREMEs, até o Agente Comunitário de Saúde da unidade que ele está vinculado. Assim, apesar da essencialidade dos preceptores, tutores e supervisores, é importante o reconhecimento do processo multirreferencial de aprendizagem que envolve os vários profissionais que interagem no cotidiano das práticas profissionais dos residentes. O reconhecimento da interdependência dos saberes e práticas na produção de saúde, a relação horizontal-dialógica, e a construção de confiança na grupalidade com as equipes em que os residentes estão inseridos, também, são fundamentais na formação dos futuros médicos de família e comunidade.

Outra questão relevante no processo educacional é a necessidade do reconhecimento: da auto aprendizagem na relação com os outros, da incompletude individual, da complementaridade do conhecimento na construção interdisciplinar, da importância da educação permanente de todos os atores envolvidos nos programas de RMFC para aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção no processo saúde-doença-cuidado, sobre as pessoas e sobre si mesmo. Esta questão requer investimento sistemático das instituições parceiras para que os implicados na formação de RMFC, aprimorem sua capacidade de elaborar compromissos, explicitar e avaliar suas responsabilidades com os processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional dos residentes (Lima V.V., et al, 2018).

Rol de atribuições esperadas dos tutores, supervisores, preceptores, coordenadores dos Centros de Saúde e Distritos, tendo como referência o marco legal do PMMC e a experiência prática acumulada nos dois primeiros anos de sua implementação:

Tutor Acadêmico

- Coordenar as atividades acadêmicas da integração ensino-serviço-comunidade, atuando em cooperação com os supervisores, preceptores e gestores do SUS Campinas;
- indicar, em plano de trabalho, as atividades a serem executadas pelos médicos residentes e preceptores, bem como a metodologia de acompanhamento e avaliação;
- monitorar o processo de acompanhamento e avaliação a ser executado pelos preceptores, garantindo sua continuidade;
- relatar à instituição à qual esteja vinculado a ocorrência de situações nas quais seja necessária a adoção de providência;
- implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço-comunidade, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico do Programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;
- organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação, avaliação e aprimoramento do Projeto Pedagógico;
- participar do planejamento e implementação das atividades de formação e de educação permanente em saúde para os preceptores;
- participar do processo de avaliação dos residentes.

Supervisor dos PRMFC

- Coordenar o programa de residência;
- acompanhar e fiscalizar o cumprimento do programa em conjunto com o gestor do Sistema Único de Saúde - SUS;
- representar formalmente o programa de residência; e

- as demais atribuições previstas na COREME.

Preceptorial matricial ou tutoria das instituições participantes

Fazer apoio matricial de forma regular e pactuada com a coordenação local, preferencialmente presencial e semanal, aos preceptores e residentes dos Centros de Saúde que sua instituição tem como campo de práticas, relativo a:

- Garantia da realização das atividades coerentemente com Programa Pedagógico conforme aprovado na CNRM e no âmbito do PMMC;
- observação da semana típica de atividades;
- discussão de casos clínicos, de vigilância à saúde e de gestão;
- apoiar a realização das tarefas pedagógicas de dispersão definidas na programação teórica, a elaboração e implementação do projeto de saúde do território e o trabalho de conclusão da residência;
- participar do processo de avaliação dos residentes, dos preceptores da SMS e do PRMFC nos CS que apoia;
- ser o interlocutor da instituição que faz parte junto à coordenação gestora dos Centros e Distritos de Saúde que apoia, no planejamento e avaliação de atividades, bem como no manejo de imprevistos e incidentes críticos; e
- participar dos Grupos de Trabalho definidos pelo Colegiado Gestor do PMMC.

Preceptor longitudinal da Secretaria Municipal de Saúde

- Acompanhar diretamente na prática assistencial o desenvolvimento da competência a formação do médico residente em todas as etapas;
- buscar excelência clínica e resolubilidade na oferta de serviços de APS, orientando-se pela medicina baseada em evidências e pelos princípios da prevenção quaternária;
- ter compromisso com o processo pedagógico da residência incluindo seu componente avaliativo, participando das reuniões pedagógicas regulares, fóruns e eventos programados,

bem como disponibilizando os instrumentos de avaliação relativos ao residente sob sua preceptoria;

- controlar a frequência dos Médicos Residentes sob sua preceptoria, justificar faltas e validar as folhas de frequência;

Coordenador dos CS dos campos de prática

- Planejar e viabilizar o cenário de práticas de acordo com a “semana típica”, seguindo as diretrizes do programa: atendimento a todo o ciclo vital, reuniões de equipe, visita domiciliar etc, de forma a compromissar-se com a instauração do modelo de atenção na lógica da Estratégia de Saúde da Família;

- organizar e propiciar outras participações do residente e do preceptor, como matriciamento da especialidade e capacitações;

- organizar e propiciar a agenda do preceptor de tal forma que haja um equilíbrio entre a função de preceptor, de acordo com o número de residentes, garantindo a assistência ao território quando os residentes estiverem fora da UBS;

- propiciar a participação do preceptor em encontros organizados pelo grupo condutor do programa;

- propiciar o acesso do residente ao Prontuário Eletrônico do Cidadão e planilhas de usuários crônicos, gestantes, saúde mental, puericultura, etc;

- organizar períodos de estágio na própria unidade com a Vigilância em Saúde e com o gestor local (organização das agendas, organização do acesso, indicadores do previne Brasil e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA, etc);

- cumprir as normativas da coordenadoria de informática no que se refere a inserção do residente na equipe e à produção da equipe;

- fazer o manejo dos imprevistos como ausência pontual de preceptor e conflitos, etc

- participar da avaliação dos residentes;

- articular apoio do preceptor matricial, tutor e do Distrito de Saúde na condução, organização e intercorrências do programa; e

- em conjunto com o preceptor, organizar plano de reposição de horas para situações especiais como pontos facultativos, de forma a garantir o cumprimento da jornada do Programa de Residência.

8. PARÂMETROS E REFERÊNCIAS ORGANIZACIONAIS PARA AS AÇÕES DE APRENDIZAGEM NOS CAMPOS DE PRÁTICA

Preceptores longitudinais dos CS da Secretaria Municipal de Saúde

Os preceptores deverão estar vinculados à Prefeitura Municipal de Campinas e, preferencialmente, possuir titulação para desempenho da função, ou seja, ter concluído programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, ou possuir Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade reconhecido pela Associação Médica Brasileira, ou ainda, observar os critérios estabelecidos no § 2º do Artigo 1º do Decreto nº 20.525 de 17 de outubro de 2019 que regulamentou o PMMC, a saber:

- ser médico especialista nas áreas de Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia ou Medicina Preventiva e Social, com experiência prática em APS;
- ser médico especialista focal em campos de prática definidos pelo Programa em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde no âmbito hospitalar ou ambulatorial.

Para seleção dos profissionais deverão ser observadas as seguintes características de perfil desejado:

- a. Ser profissional de saúde exemplar em seu meio de trabalho, respeitando normas das instituições e pactuações realizadas no serviço;
- b. Atuar de forma horizontal com sua equipe, desenvolvendo um trabalho integrado numa relação colaborativa;
- c. Ter compromisso e participação em atividades de educação permanente, integração assistencial e desenvolvimento dos serviços de APS.

A proporção considerada ideal para o funcionamento ótimo do PMMC é de um residente para um preceptor, devendo esta ser buscada sempre que possível. A proporção máxima de residentes por preceptor é de três residentes para um preceptor, a depender das condições estruturais, da conformação do serviço, da segurança para a interação entre preceptores, residentes e suas equipes no desenvolvimento de suas competências.

Os preceptores do PRM mantêm sua responsabilidade assistencial como médicos da instituição e deverão, como os demais membros da equipe, manter a oferta de serviços, porém de modo protegido, a fim de estarem disponíveis para as demandas de preceptoria dos

residentes; isso deve ser pactuado com a tutoria e coordenação local dos CS para que os preceptores de fato tenham agenda compatível com as responsabilidades da preceptoria longitudinal em serviço.

Orientações para a preceptoria longitudinal do PMMC

A agenda do preceptor longitudinal deve ser organizada em acordo com a coordenação gestora local e da tutoria, de forma a garantir supervisão e a realização das ações individuais e coletivas inerentes às equipes de APS e à formação do MFC, sendo que a partir de três residentes o preceptor deve ter sua agenda protegida.

Cabe ainda à coordenação do PMMC propiciar:

- ❖ Tempo de atualização para o preceptor: 90 minutos das 36 horas a cada 15 dias em atividades de educação permanente, organizadas pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) da SMS;
- ❖ Garantia de acesso a aulas teóricas do PMMC de interesse do preceptor;
- ❖ Proporcionar estratégias pedagógicas para aquisição de competências inerentes à preceptoria da formação em MFC: a coordenação do PMMC tomará as providências cabíveis para auxiliar os preceptores a se inscreverem nas ofertas de curso disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para a qualificação das ações de preceptoria e das competências do especialista em MFC, bem como deverá construir em conjunto com as instituições parceiras cursos de formação com especificidades da realidade local, visando a melhoria das práticas de preceptoria junto às Unidades de Saúde;
- ❖ Os preceptores podem ser destituídos de suas funções caso deixem de observar o cumprimento das atribuições definidas neste Projeto Pedagógico, mediante processo disciplinar realizado conduzido pela COREME.

Orientações para a inserção dos médicos residentes em MFC nos CS

Para o bom desempenho do PMMC a proporção máxima de população é de até 2.000 usuários cadastrados por residente, não ultrapassando 4.500 pessoas na equipe (em territórios com população vulnerável, recomenda-se o limite de 1.500 pessoas por residente). Considerando a diretriz do Ministério da Saúde (Programa Previne Brasil), indica-se que a base para o cálculo da população adscrita nas equipes pertencentes ao PMMC seja o número de usuários cadastrados naquela equipe, desde que não ultrapasse

os 4.500, conforme Portaria nº 3.510 de 18 de dezembro de 2019 do Ministério da Saúde. O(s) residente(s) deve(m) preferencialmente ser cadastrado(s) na mesma equipe do preceptor.

Os modelos preceptorial e inserção de residentes nas equipes podem ser das seguintes formas:

- 2 residentes na mesma equipe, idealmente um R1 e R2, supervisionados por 1 preceptor;
- 1 preceptor e 2 residentes em duas equipes, sendo que estas equipes deverão ter mais um médico;
- 1 preceptor e 3 residentes em 2 equipes sendo que estas equipes deverão ter mais um médico que pode ou não ser o preceptor.

A participação do RMFC no cuidado das queixas agudas (acolhimento), nos CS em que estão inseridos, constante na Matriz de Competências PRMFC, deverá ser realizado em rodízio com os demais médicos da unidade. Já o seguimento longitudinal aos pacientes de maior risco/vulnerabilidade, das condições crônicas e linhas de cuidado relacionadas aos ciclos da vida, deverá ser realizado respeitando-se a divisão por equipes, garantindo-se o seguimento ao longo do tempo e a coordenação dos casos com este perfil adscritos à sua equipe.

9. DEVERES E DIREITOS DOS MÉDICOS RESIDENTES DO PMMC

- Os médicos residentes e as instituições parceiras no PMMC devem cumprir integralmente todo o Ementário da Legislação Brasileira de Residência Médica (Leis, Decretos e Resoluções da CNRM) em vigor no país;
- Ao médico residente é concedida bolsa no valor estipulado pela CNRM, até o término previsto para a conclusão do programa de residência médica;
- há pagamento de complemento de bolsa e ajuda de custo, conforme Lei do PMMC, nele contido o auxílio moradia e alimentação;
- o residente faz jus a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso por ano de atividade, de acordo com a Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981 e atualizações;
- fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem reposição, nas seguintes hipóteses:
 - I.** Núpcias: cinco dias consecutivos;
 - II.** Óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, criança/adolescente sob sua guarda ou tutela: sete dias consecutivos;
 - III.** Nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos para o médico residente pai;
- será concedida licença maternidade 04 (quatro) meses para as médicas residentes por nascimento ou adoção de filho, devendo, porém, o mesmo período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total da atividade prevista no PRM;
- será concedida licença amamentação às médicas residentes, nos termos da Lei nº 11.770/2008, quando requerido com antecedência durante a licença maternidade em até 60 dias;
- o médico residente poderá interromper o PRM nas seguintes situações, além das já citadas:
 - a. licença médica, concedida pela SMS, quando necessário, por um período de até 15 (quinze) dias por ano, para tratamento de saúde, sendo assegurado o recebimento integral de sua bolsa;

- b. afastamento para participação em Congressos e Atividades Científicas na especialidade, fora da instituição, de até cinco dias úteis;
- c. afastamento para participação nas reuniões da Associação Nacional dos Médicos Residentes – ANMR – ou Associação Estadual de Médicos Residentes, para as quais o médico residente for designado como representante oficial;
- d. participação em eventos de caráter científico de interesse do PRMMFC, conforme pactuação com a coordenação do PRM;
- e. aperfeiçoar-se tecnicamente, de acordo com as atividades estabelecidas para o PRMMFC, com orientação e pactuação com os preceptores, tutores e coordenador do PRM.

- os residentes poderão eleger anualmente seus representantes (um titular e um suplente) junto ao grupo interinstitucional de cada instituição – PUC Campinas, FSLM Mandic, Unicamp e SMS-PMC, bem como representantes para os Grupos de Trabalho permanentes definidos no Regimento Interno do PMMC.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior. Ementário da Comissão Nacional de Residência Médica: Leis, Decretos e Resoluções. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/programa-mais-educacao/30000-uncategorised/68291-ementario-legislacao-residencia-medica>, acesso em 30/11/2021.

_____. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. CNE/ME. Brasil, 2014.

_____. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior, Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 01 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. Publicação DOU, 26/05/2015.

_____. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior, Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução 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. Publicação DOU 04/012021.

CAMPINAS. Lei nº 15.779, de 24 de junho de 2019. Institui, no âmbito do município de Campinas, o Programa Mais Médicos Campineiro e dá outras providências. Publicação DOM 27/06/2019, disponível em <https://bibliotecajuridica.campinas.sp.gov.br/index/visualizaratualizada/id/134321>, acesso em 30/11/2021.

_____. DECRETO Nº 20.525 DE 17 DE OUTUBRO DE 2019. Regulamenta a lei nº 15.779, de 24 de junho de 2019, que instituiu no âmbito do Município de Campinas, o "Programa Mais Médicos Campineiro". Publicação DOM 18/10/2019, disponível em <https://bibliotecajuridica.campinas.sp.gov.br/index/visualizaratualizada/id/134694>, acesso em 30/11/2021.

_____. PORTARIA Nº 16 DE 21 DE DEZEMBRO DE 2020. Dispõe sobre a nomeação do Colegiado Interinstitucional a que se refere o artigo 6º do Decreto nº 20.525 de 17 de outubro de 2019, que "Regulamenta a Lei nº 15.779, de 24 de junho de 2019, que institui no âmbito do Município de Campinas, o "Programa Mais Médicos Campineiro". Publicação DOM 22/12/2019, disponível em <https://bibliotecajuridica.campinas.sp.gov.br/index/visualizaratualizada/id/137315>, acesso em 30/11/2021.

_____. PORTARIA Nº 19 DE 29 DE DEZEMBRO DE 2020. Regimento Interno do Programa Mais Médicos Campineiro. Publicação DOM 30/12/2020, disponível em <https://bibliotecajuridica.campinas.sp.gov.br/index/visualizaroriginal/id/136588>, acesso em 30/11/2021.

_____. PORTARIA Nº 08 DE 26 DE JUNHO DE 2020. Altera a Portaria SMS nº 16 de 21 de dezembro de 2020 que dispõe sobre a nomeação do Colegiado Interinstitucional a que se refere o artigo 6º do Decreto nº 20.525 de 17 de outubro de 2019 e nomeia a supervisora do Programa Mais Médicos Campineiro. Publicação DOM 28 DE JUNHO DE 2021, disponível em

<https://bibliotecajuridica.campinas.sp.gov.br/index/visualizaroriginal/id/137314>, acesso em 30/11/2021.

CHAVES JUNIOR N, Souza MCA, Côrtes JUNIOR JCS, Côrtes PPR, Martins M A. Exame Clínico Objetivo Estruturado na avaliação formativa: percepção de estudantes de Medicina. Revista Docência do Ensino Superior, Belo Horizonte, v. 11, p. 1–16, 2021. DOI:10.35699/2237-5864.2021.24884. Disponível em <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/24884>, acesso em 30/11/2021.

FRANCISCHETTI I, Holzhausen Y, Peters H. Tempo do Brasil traduzir para a prática o Currículo Médico Baseado em Competência por meio de Atividades Profissionais Confiáveis (APCs). Interface (Botucatu). 2020; 24: e190455 <https://doi.org/10.1590/Interface.190455>

GONTIJO ED, Alvim C, Megale L, Mel JRC, Castro Lima MEC. Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 526 37 (4): 526-539; 2013 .

ISL-EP. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Faculdade de Saúde Pública-SP. Curso de especialização em educação na saúde para preceptores do SUS. – São Paulo, 2012

_____. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Curso Especialização em Processos Educacionais na Saúde com ênfase em aprendizagem significativa. - São Paulo, 2016.

LIMA VV, Otero Ribeiro EC, Padilha R Q, Mourthé Júnior CA. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1549-62.

OLIVEIRA MS, et al. Gestão de Programas de Residência em Saúde no SUS: aperfeiçoamento com ênfase em residência médica e residência em área profissional da saúde / Marilda Siriani de Oliveira ... [et al.]. - São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2017.

SANTOS, L. A articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: uma impossibilidade ou um desafio? Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v.24, n. 92, p. 637-669, jul./set. 2016.