



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA FACENE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA FERNANDES

**MANUAL DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:  
REVISITANDO OS CAMINHOS QUE ESTRUTURAM A FORMAÇÃO**

JOÃO PESSOA-PB  
2021

DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA FERNANDES

**MANUAL DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:  
REVISITANDO OS CAMINHOS QUE ESTRUTURAM A FORMAÇÃO**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, nível Mestrado Profissional, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

**Área de concentração:** Gestão e Tecnologias do Cuidado em Saúde da Família.

**Linha de pesquisa:** Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Vilma Felipe Costa de Melo

F123m

Fernandes, Denise Mota Araripe Pereira

Manual da residência em medicina de família e comunidade: revisitando os caminhos que estruturam a formação / Denise Mota Araripe Pereira Fernandes. – João Pessoa, 2021.

158f.; il.

Orientadora: Profª. Dª. Vilma Felipe Costa de Melo.

Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Medicina de Família e Comunidade. 4. Residência Médica. 5. Tecnologia em Saúde. I. Título.

CDU: 614

DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA FERNANDES

**MANUAL DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:  
REVISITANDO OS CAMINHOS QUE ESTRUTURAM A FORMAÇÃO**

Dissertação apresentada pela aluna Denise Mota Araripe Pereira Fernandes do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Vilma Felipe Costa de Melo - Orientadora Faculdade de Enfermagem  
Nova Esperança – FACENE

---

Prof. Dr. Felipe Proenço de Oliveira – Membro Externo Faculdade de Ciências  
Médicas da Paraíba – Afya

---

Profa. Dra. Vagna Cristina Leite da Silva Pereira – Membro Interno Faculdade de  
Enfermagem Nova Esperança – FACENE

## **DEDICATÓRIA**

A meu esposo Thomaz, tradução mais sublime de cuidado e companheirismo. Estivemos ombro a ombro na construção desses escritos, partilhando desafios e alegrias. Obrigada por me sustentar quando caí, por me reparar quando quebrei e por tanto amor partilhado em nossa casa.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** que me permitiu em um golpe de graça ser médica em um país de tamanho continental: grande, rico e permeado por desigualdades sociais como o Brasil. Enquanto escrevo essas linhas, nosso país perdeu hoje 4.195 vidas para a COVID-19. Rogo a Deus: tenha piedade de nós.

À minha **mãe Estefania Mota Araripe Pereira**, mulher mais forte e delicada que pude conhecer, médica mais humana e compassiva que pude acompanhar, professora mais sublime e encantadora que tive. Obrigada por tanto, aqui está em registro a marca indelével do nosso laço de alma, abriu-se espaço em mim e transcendi.

A **meu pai José Flávio** que guiou nossa formação com dedicação exclusiva a nos criar, assim como à Nice e todos os que compõem nossa família estendida dando laivos de carinho e amor.

Às **minhas irmãs** que tanto amo e que são também um pouco minhas mães:  
**Karine, Fabianne, Angélica e Inah.**

Às **minhas sobrinhas e sobrinhos Davi, Vitória, João, Melissa e Pietra** que me inspiram a ser uma pessoa melhor, a deixar sempre um carinho, um doce, uma palavra de amor. Que vocês cresçam em tamanho e generosidade, que tenham a certeza absoluta que vossa tia vos ama com tudo o que tem. Espero ser também a vocês educadora que os liberta no conhecer e os acompanha por toda vida.

A **todos os residentes** que conheci nessa jornada, em especial **Anne, Lana e Marina** (médicas de família e comunidade que entrego a vida em mãos); aos residentes do presente: **Melissa, Marília, Matheus e Vinicius** - obrigada pelo apoio, carinho, dedicação e parceria, pelas revisões de fluxogramas e pausas - as risadas largas, ombro a ombro, foram bálsamo aos dias mais duros, perdoem ausências espirituais de corpo presente que me traziam ao texto. Por fim, aos residentes do

futuro - obrigada por existirem, vocês são a razão de minha dedicação docente e do empenho em (re)formar-me educadora.

A **Danyella Barrêto, Alexandre Alemão, Eduardo Simon, Alexandre Medeiros, Felipe Proenço de Oliveira e André Sassi**, por terem me descoberto professora antes que eu mesma me desse conta de que ser professora era tudo o que eu queria ser.

Aos **meus amigos e amigas, médicos e médicas de família** e comunidade que dedicam suas vidas a cuidar da saúde de pessoas e famílias do Oiapoque ao Chuí. Nas Unidades de Saúde da Família, nas periferias das grandes cidades, nas favelas, lado a lado com as populações ribeirinhas de difícil acesso, nas comunidades indígenas e rurais, nos consultórios na rua, nas casas de pau a pique e onde for preciso.

À **minha orientadora Vilma Felipe**, às **professoras Vagna Leite e Débora Raquel** e aos **professores Felipe Proenço e Alexandre Medeiros**, membros da banca, pelas contribuições generosas e pacientes para que meus escritos ganhassem formato acadêmica.

“Nunca esqueci uma breve experiência que tive quando era estudante de medicina. Quando estava em casa (durante as férias da faculdade), costumava fazer visitas a pacientes com o cirurgião do hospital local. Um dia, ele foi chamado para ver um velho mendigo que apresentava dor abdominal. Aquela experiência me marcou de forma profunda e duradoura. A pessoa era exatamente como se esperaria: sua face, avermelhada e manchada; uma barba de vários dias no rosto. Durante aqueles poucos minutos, esse mendigo parecia ser a pessoa mais importante do mundo para o médico. Toda a sua atenção estava concentrada naquele senhor, a quem ele tratava com o máximo respeito, um respeito percebido pela sua forma de falar, escutar e examinar. A palavra que talvez melhor descreva essa situação seja “presença”, pois, naqueles poucos minutos, o médico era uma presença real na vida daquela pessoa.

Ian McWhinney

## RESUMO

A Residência Médica é mais do que uma ferramenta de educação continuada, visto ser considerada o padrão pedagógico mais adequado para formação de especialistas. Em face de tal premissa, o objetivo geral desse estudo foi elaborar um manual para as residências médicas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP) e os específicos foram: realizar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) como suporte teórico para formulação da tecnologia; conhecer os focos de interesse dos residentes para justificar a escolha dos itens que compõem o Manual de Residência Médica de MFC e descrever as etapas de elaboração do manual da residência médica em MFC para o município de João Pessoa. Trata-se de uma pesquisa metodológica com abordagem qualitativa desenvolvida em três etapas, a saber: uma RIL embasando a estrutura e desenho técnico necessários à elaboração de manuais; uma sondagem diagnóstica destinada a compreensão dos temas de interesse do público, apontando os itens que viriam a compor o manual e a última etapa que foi dedicada a elaboração do manual enquanto produto tecnológico. Os dados foram sumarizados obedecendo o rigor metodológico de cada uma das etapas do estudo. Na primeira, durante a RIL, foram lidos dezoito artigos e três manuais de programas de residência médica obtidos por diferentes bases de dados e a partir dos quais construiu-se o corpúsculo teórico sobre a elaboração de manuais. Tal revisão permitiu o entendimento sobre a construção técnica deste produto, assim como a estruturação pertinente. Na segunda etapa foi feita uma sondagem diagnóstica para definir os itens que viriam a compor o manual considerando a análise temática da fala dos sujeitos – 09 residentes - a partir das respostas a duas perguntas norteadoras. As respostas foram lidas exaustivamente até possibilitarem o desenho das análises categóricas: Aspectos relacionados ao preenchimento de documentos e ao processo de trabalho e Pontos relacionados à estruturação do programa de residência. A terceira e última etapa se deu para desenvolvimento da tecnologia, um manual didático, visual, descritivo e ilustrado, desenvolvido em etapas sendo planejado desde as construções textuais até as elaborações gráficas obedecendo normas propostas pela ABNT. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com CAAE: 46389021.3.0000.5178, conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do CNS. Foi elaborado um manual capaz de dialogar com todas as IES que ofertam vagas de residência em MFC vinculadas à SMS/JP apresentando elementos que fomentam estruturação do processo. A formação em MFC do município de João Pessoa é histórica e pode ganhar projeção ainda maior ao sumarizar e publicar a estruturação dos PRMFC. Ademais, a despeito da construção do produto, segue a necessidade de reeditá-lo conforme surjam novas demandas e preenchimento das lacunas oportunizadas pelo estudo.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Medicina de Família e Comunidade; Residência Médica; Tecnologia em saúde.

## RESUMÉN

La Residencia Médica es más que una herramienta de educación continua, ya que se considera el estándar pedagógico más adecuado para la formación de especialistas. Dada esta premisa, el objetivo general de este estudio fue desarrollar un manual para las residencias médicas en Medicina Familiar vinculada al Departamento Municipal de Salud de João Pessoa y los específicos fueron: realizar un Revisión de la literatura intergrativa como soporte teórico para la base de la tecnología; conocer los intereses de los residentes para justificar la elección de los elementos que componen el Manual de Residencia Médica y describe los pasos en la elaboración del manual de Residencia Médica em Medicina Familiar en la ciudad de João Pessoa. Se trata de una investigación metodológica con enfoque cualitativo desarrollada en tres etapas, a saber: un Revisión de la literatura intergrativa que sustenta la estructura y el diseño técnico basado en manuales; una encuesta de diagnóstico dirigida a comprender los temas de interés para el público, que además de ser relevante para el formato de los manuales, podría generar un compromiso con los residentes en progreso de 2020 a 2021 - los manipuladores - colocando los ítems que conformarían el manual y la última etapa que se dedicó a la construcción del manual como un producto tecnológico que puede orientar el proceso de capacitación en el programa. Los datos se resumieron según el rigor metodológico de cada una de las etapas del estudio. En el primero, durante la Revisión de la literatura intergrativa, se leyeron dieciocho artículos y tres manuales de programas de residencia médica, utilizados por diferentes bases de datos y a partir de los cuales se construyó el corpus teórico sobre la elaboración de manuales. Dicha revisión es obligatoria para comprender la construcción técnica de este producto, así como la estructura relevante. En la segunda etapa, se discutieron los ítems que conformarían el manual, considerando el análisis temático de las discusiones de los sujetos - los residentes - desde las respuestas a dos preguntas orientadoras. Las respuestas fueron exhaustivas hasta que permitieron el diseño de análisis categóricos. La tercera y última etapa utilizó la separación categórica del discurso de los sujetos y la comprensión del diagnóstico situacional como lemas para la elección de temas transformados en ítems listados por los residentes como importantes para la composición del manual y seguidos estrictamente para la construcción de este producto. eran posibles. La estructura actual del manual de residencia tiene limitaciones en cuanto a la validación externa del instrumento. Sin embargo, a medida que se fueron construyendo los capítulos y figuras del material, se consultó al grupo de participantes para la comprensión y reajuste de los capítulos. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con CAAE: 46389021.3.0000.5178, según lo recomendado por la Resolución nº 466/12 del CNS. La formación en FCM en el municipio de João Pessoa es histórica y puede ganar una proyección aún mayor al resumir y publicar la estructura del programa. Además, a pesar de la construcción del producto, aún existe la necesidad de reeditarlo a medida que surjan nuevas demandas y se llenen los vacíos que el estudio hizo posible.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud de la Familia; Medicina Familiar y Comunitaria; Residencia Médica; Tecnología de la salud.

## ABSTRACT

Medical Residency is more than a continuing education tool, as it is considered the course with the most adequate pedagogical standard for training specialists. Given this premise, the general objective of this study was to develop a manual for medical residencies in Family Medicine linked to the Municipal Health Department of João Pessoa (SMS/JP) and the specific ones were: to carry out a Review Integrative of Literature (RIL) as theoretical support for the formulation of technology; know the interests of residents to justify the choice of items that make up the Family Medicine Medical Residency Manual and describe the steps in the preparation of the Family Medicine medical residency manual in the city of João Pessoa. This is a methodological research with a qualitative approach developed in three stages, namely: RIL supporting the structure and technical design necessary for the preparation of manuals; diagnostic survey aimed at understanding the issues of interest to the public, relevant and propelling the formatting of manuals, generating engagement with residents of 2021 - in order to point out the items that would make up the manual and the last step that was dedicated to the construction of the manual as a technological product that could guide the training process in the programs. Data were summarized following the methodological rigor of each of the stages of the study. In the first, during the RIL, eighteen articles and three manuals of medical residency programs in Family Medicine were read, obtained from different databases and complementary searches, and from which the theoretical body on the preparation of manuals was built. This review allowed the understanding of the technical construction of this product, as well as the adequate structuring. In the second stage, the items that would make up the manual were discussed, considering the thematic analysis of the subjects' speech - the residents - from the answers to two guiding questions. The answers were read exhaustively until they made it possible to design categorical analyses. The third and last stage used the categorical separation of the subjects' speech and the understanding of the situational diagnosis as mottos for the choice of themes transformed into items listed by residents as important to the composition of the manual and strictly followed for the construction of this product. were possible. The present structure of the residency manual has limitations regarding the external validation of the instrument. However, as the chapters and figures of the material were built, the group of participating residents was consulted for understanding and readjustment of the chapters. The research was approved by the Research Ethics Committee with CAAE: 46389021.3.0000.5178, as recommended by Resolution nº 466/12 of the CNS. Training in Family Medicine in the municipality of João Pessoa is historic and can gain even greater projection by summarizing and publishing the structure of the PRMFC. Furthermore, despite the construction of the product, there is still a need to reissue it as new demands arise and filling in the gaps made possible by the study.

**Key words:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Family and Community Medicine; Medical Residency; Health Technology.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
<b>CBC</b>	Currículo baseado em competências
<b>CNAR</b>	Consultório na Rua
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DCN</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>EURACT</b>	European Academy of Teachers in General Practice
<b>GES</b>	Gerência de Educação na Saúde
<b>DGTES</b>	Diretoria de Gestão do Trabalho
<b>FACENE</b>	Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
<b>FAMENE</b>	Faculdade de Medicina Nova Esperança
<b>MCCP</b>	Método Clínico Centrado na Pessoa
<b>MFC</b>	Medicina de Família e Comunidade
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SBMFC</b>	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>P4</b>	Prevenção Quaternária
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>CNRM</b>	Comissão Nacional de Residência Médica
<b>PPP</b>	Projeto Político Pedagógico
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>WONCA</b>	World Organization of Family Doctors
<b>PNGTS</b>	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Revisão Integrativa sobre a elaboração de Manuais em Saúde dos artigos da Biblioteca Virtual em Saúde.....	48
<b>Tabela 2</b> - Revisão Integrativa sobre a elaboração de Manuais em Saúde Dos artigos do <i>PubMed</i> .....	52
<b>Tabela 3</b> - Itens que compõem o manual da residência.....	58

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Sequência ilustrada das fases necessárias para elaboração de Manuais de acordo com Júnior e Mendes (2015) .....	33
<b>Figura 2 -</b>	Sequência ilustrada das etapas da pesquisa .....	35
<b>Figura 3 -</b>	Sequência ilustrada de esquematização das etapas percorridas para o desenvolvimento da tecnologia .....	36
<b>Figura 4 -</b>	Sequência ilustrada das vagas ofertadas de residência médica divididas por IES.....	39
<b>Figura 5 -</b>	Construção da Logo para Manual de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.....	44
<b>Figura 6 -</b>	A árvore da sabedoria (WONCA/EURACT) .....	45
<b>Figura 7 -</b>	Sequência ilustrada dos critérios de exclusão e inclusão dos artigos da RIL (BOTELHO, 2011) .....	48
<b>Figura 8 -</b>	Capa do Manual .....	65
<b>Figura 9 -</b>	Sumário do Manual .....	66
<b>Figura 10 -</b>	Primeiro capítulo do Manual.....	67
<b>Figura 11 -</b>	Segundo capítulo do Manual .....	67
<b>Figura 12 -</b>	Terceiro capítulo do Manual.....	69
<b>Figura 13 -</b>	Quarto capítulo do Manual.....	69
<b>Figura 14 -</b>	Quinto capítulo do Manual .....	70
<b>Figura 15 -</b>	Sexto capítulo do Manual.....	70
<b>Figura 16 -</b>	Sétimo capítulo do Manual.....	71

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
1.1	OBJETIVOS .....	21
1.1.1	Objetivo geral .....	21
1.1.2	Objetivos específicos.....	21
<b>2</b>	<b>QUADRO TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
2.1	REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	22
2.2	FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA ...	24
2.3	POLÍTICA CIÊNCIA, INOVAÇÃO E TECNOLOGIA EM SAÚDE.....	28
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>42</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	42
3.2	ETAPAS DA PESQUISA .....	42
3.2.1	Primeira etapa: Revisão Integrativa da Literatura.....	44
3.2.2	Segunda etapa: sondagem diagnóstica.....	45
3.2.3	Terceira etapa: desenvolvendo o manual.....	48
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
4.1.	ESTADO DA ARTE DA CONSTRUÇÃO DE MANUAIS.....	47
4.1	DESENVOLVENDO OS ITENS DO MANUAL SOB A ÓTICA DOS RESIDENTES.....	55
4.1.1	Aspectos relacionados ao preenchimento de documentos e ao processo de trabalho.....	55
4.1.2	Pontos relacionados à estruturação do Programa de Residência .....	59
4.2	PRODUTO FINAL: Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade .....	64
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>94</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>

## APRESENTAÇÃO

Manuais nascem com intuito de orientar, são compilados por subsídios que se dispõem a informar, norteando. A raiz da palavra manual vem do latim *manualis*, “relativo à mão”, de manus, “mão”, pois se caracteriza por constituírem apontamentos levados às mãos. É simbólico pensar nos termos de construção que os trabalhos manuais sugerem, visto que o presente Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que vos será apresentado foi elaborado parte a parte. Trata-se de um documento vivo – sem a pretensão de finitude e sob o prospecto de mudar conforme necessidade - feito a muitas mãos, nascido da lida diária com residentes de Medicina de Família e Comunidade – dentro do “lócus” em que habitam: as Unidades de Saúde da Família.

Assim, por mais que vos seja intuitivo compreender que todo processo de formação precisa ter um documento norteador, bem como todos os docentes vinculados ao processo precisam entender o que vai ser revisitado no arcabouço teórico que forma o campo do saber sob seus cuidados – o registro aqui descrito como um *Manual* se propõe ao passeio em mãos de residentes do presente e do porvir que se proponham ao desafio de se tornarem médicos e médicas de família e comunidade. De tal forma, esses aprendizes também precisam ser guiados durante o processo formativo – independente da área em que pleiteiam atuar. Para que um bom *Manual* seja confeccionado precisamos conhecer o público que irá percorrer em páginas conosco, assim como o assunto a ser tratado. Por isso construí-lo a partir da perspectiva dos residentes parece caminho apropriado para alinhar a teoria com a prática.

Para tal, é premente visitar o conhecimento contemplado de ser a residência não só o melhor sistema de formação de especialistas na área médica, motivo suficiente para que estejamos atentos e dispostos à construção de um documento norteador, mas também será o residente formado – o especialista em questão - a referência de atuação médica em tal área. Dentro das relações estreitadas no momento de tornar-se especialista, é preciso destacar que não seremos capazes – a despeito do fôlego da pesquisa - de dar cabo de todas as necessidades dos residentes no território vivo de atuação, visto que cada comunidade, cada paciente, representa a micropolítica de um universo.

Será aqui representado, porém, o personagem João da Silva, um usuário do dia a dia comum que nos procura em um posto de saúde, um legítimo paciente do Sistema Único de Saúde, assim abriremos o parêntese de resgate ao seu criador, Rubem Braga, que cruamente lhe descreve nos escrevendo: "...nenhum de nós esquecerá seu nome, você não possuía sangue azul, o sangue que saía da sua boca era vermelho – vermelhinho da silva". A consulta real, o cuidado concreto, acontece na vivência e será com o enlevo do caso autêntico que transbordaremos das nossas próprias práticas para nos firmarmos enquanto profissionais convidados a individualizar nossas atuações médicas, baseadas em evidência, entrelaçadas com o método clínico centrado na pessoa, para que possamos nos entregar ao movimento de alteridade necessária à prática médica biopsicossocialmente orientada.

Portanto, ao preparar o presente *Manual da Residência*, buscou-se narrar uma experiência docente e em preceptoria enraizada na Medicina de Família e Comunidade pessoense, visto ter nascido de uma egressa do programa de residência e atual docente responsável por colher as realidades locais e levá-las às aulas teóricas para capacitar os residentes sob cuidados durante dois anos, o corte temporal do estudo. Além da inserção na academia, sigo com o privilégio de ser uma trabalhadora do SUS vinculada à Secretaria Municipal de João Pessoa/PB. Assim, a todo momento em que procuro discutir alguma abstração teórica do adoecimento, a fonte de inspiração são os paraibanos de que cuido, lado a lado com os residentes; ou seja, em suporte clínico dado em tempo real, respondendo à demanda dos usuários, enquanto as questões inerentes aos pactos gestores municipais também fazem parte do processo de trabalho.

A consonância da inserção dupla, ou seja, uma preceptora de campo que é docente facilitadora dos momentos teóricos, me deu a oportunidade de caminhar facilmente pelos requintes acadêmicos e misturá-los aos laivos da educação que acontece dentro dos espaços de atendimento. Assim a construção de uma prática real com os residentes foi viabilizada. Estudávamos quem atendíamos; quem atendíamos nos edificava em habilidades profissionais, e toda a mistura dessas vivências resultou em múltiplos projetos publicados em diferentes periódicos que potencializaram a construção do manual.

Desse modo, para além de um *Manual*, tentei escrever aquilo que chamamos de documento vivo, porque foi feito a partir das falas dos residentes que vivenciam o

território que compõem as unidades de saúde. Não existiam dúvidas de que um *Manual* nos ajudaria a consolidar o programa no município de João Pessoa, mas a criação deste pela “mão” dos residentes e o cuidado da academia, aqui representados pelo programa de pós-graduação da residência e pelo mestrado profissional em Saúde da Família da FACENE gerou o material textual que vamos apreciar.

## 1 INTRODUÇÃO

*“Temos uma dívida muito grande com os desassistidos e eles têm pressa...”*

(David Capistrano)

Existem dois marcos à consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS): o relatório Dawson (MINISTRY OF HEALTH, 1920), documento publicado há mais de cem anos e primordial para a história da APS; e a declaração de Alma Ata, publicada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O relatório Dawson propôs um modelo de atenção em que os serviços de saúde estariam orientados segundo níveis de complexidade, cabendo ao primeiro nível ser o núcleo e a porta de entrada do sistema de saúde. A declaração de Alma-Ata resgatou as ideias do relatório Dawson, reacendendo o debate internacional sobre os princípios e os potenciais da atenção primária, recuperando experiências e reflexões teóricas de diferentes países e realidades, orientando os passos fundamentais à sua implantação. Ambos são importantes e trazem possibilidades para o exercício da APS, sendo ainda utilizados na contemporaneidade (STARFIELD, 2002; CONILL, 2008).

Apesar do hiato temporal entre as duas publicações, no Brasil houve andamento no setor da saúde antes da declaração de Alma Ata. Vivia-se sob estado de exceção e foi o movimento da Reforma Sanitária, contextualizado nos primeiros anos da ditadura militar, o mais significativo dos encaminhamentos. O termo reforma faz referência às transformações necessárias à área da saúde que abarcavam todo o setor, buscando melhoria das condições de vida da população. Foi liderada entre profissionais com objetivo de minorar o desigual acesso das pessoas a serviços públicos de saúde. Esses profissionais desenvolveram teses e integraram discussões que atingiram clímax na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com propostas que fomentaram a ideia de universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PENSESUS, 2021).

O SUS, fruto das lutas pela redemocratização e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, assume o desafio de ofertar cuidado universal orientando-se pela APS (BRASIL, 1990; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Paralelamente ao seu estabelecimento, têm-se experiências municipais em parceria com as universidades, promovendo integração dos serviços. Estas impulsionaram programas de orientação

comunitária: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), seguido pelo Programa de Saúde da Família (PSF), encaminhando o modelo que o SUS viria a escolher para se orientar enquanto sistema de saúde (VIANA; PÓZ, 2005).

Um dos expoentes de significação do SUS foi o PSF, que emergiu em 1994. O programa se consolidou enquanto planejamento político-assistencial, pois predominavam estratégias hospitalares curativas, uso exagerado dos recursos tecnológicos duros<sup>1</sup> e pouco espaço para construções coletivas de cuidado, gerando insatisfação para gestores, profissionais de saúde e população. Tal programa foi posteriormente reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), discutindo clínica e comunitariamente o cuidar dentro dos territórios (MOTTA; BATISTA, 2015; PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000).

A estruturação permitida pela Saúde da Família afirma que a ESF é de fato a própria incorporação da APS à política de saúde brasileira, mudando o modelo assistencial e ampliando o acesso aos serviços (ESCOREL *et al.*, 2007; PINTO; GIOVANELLA, 2018). No Brasil, os termos APS e Atenção Básica (AB) são sinônimos e o primeiro documento que valida a APS/AB enquanto política estratégica para a organização do SUS é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, reformulada em 2011, tendo na edição de 2017 a versão mais atual (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; CASTELO-BRANCO, 2019).

A PNAB estabeleceu a composição das equipes de Saúde da Família (eSF) de aspecto essencialmente multiprofissional, havendo, em comum, o desempenho territorial dos atores que aí operam (BRASIL, 2017). Diante desse cenário, surge o questionamento a respeito da formação. Tenciona-se aqui a formação médica, visto ser hospitalar em grande monta. Se o formato de cuidar no território deve ser centrado na pessoa, nas famílias e nas comunidades e não limitado a sistemas, aparelhos e adoecimento - e a graduação em medicina forma generalistas biomédicos, e as mudanças para adequá-las são morosas - como estarão preparados os médicos para inserção na comunidade?

A pós-graduação encontra na Saúde da Família dispositivos que se afastam, em parte, da aprendizagem elaborada nos hospitais, necessitando, nesse sentido, de debates inerentes ao processo. A centralidade na pessoa, pesquisada por

---

<sup>1</sup> Segundo Mehry (1997) as tecnologias envolvidas nos processos de trabalho em saúde podem ser de três tipos: dura, leve-dura e leve. No que tange às tecnologias duras o autor se refere ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e até mesmo estruturas organizacionais.

Stewart e colaboradores (2017), tem como pressuposto o compartilhamento de poder decisório nos planos terapêuticos dos usuários e é contra-hegemônica, porque rompe com o modelo biomédico tradicional de viés paternalista (CASTELO-BRANCO, 2019). Na ESF, os profissionais conhecem onde e como vivem as pessoas e como se dão os demais aspectos relacionados à subjetividade (VASCONCELOS; RUIZ, 2015). Tal integralidade possibilita observar experiências de cuidado na Unidade de Saúde da Família (USF) que não são possíveis nos hospitais, mas que são necessárias ao profissional que atua no território (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

O aprofundamento desse debate é importante, porque o perfil dos profissionais gera impacto no processo de trabalho, direcionando as competências e habilidades na perspectiva de atenção à saúde integral, considerando os aspectos biopsicossocioambientais e a prestação de cuidados equânimes, que deverão compor a eSF (COSTA *et al.*, 2012). O questionamento de como preparar o profissional para oferecer tal cuidado mobiliza a necessidade de treinamento; e a residência médica vem se estabelecendo como o melhor formato de pós-graduação na área (MARTINS, 2005).

Tais preocupações contribuem para a formação com qualidade, entendendo que o fortalecimento dos programas de residência são estruturantes ao SUS (JUNIOR *et al.*, 2015; SOARES *et al.*, 2018; QUEIROZ, 2020; MARANHÃO, 2020). Na Medicina de Família e Comunidade, a especialidade se constrói entrelaçando humanismo, técnica e vínculo, e a ESF almeja tais características, pois médicos sem especialização tendem a apresentar maior instabilidade nas eSF (MEDEIROS *et al.*, 2010). Destarte o município é o responsável por administrar a Saúde da Família e deve manter interesse em melhorar a performance dos trabalhadores, podendo fornecer instância de cogestão aos programas de residência vinculados às Instituições de Ensino Superior (IES). Na Residência Médica (RM), atinente às técnicas pedagógicas, a prática clínica é um dos pilares do aprendizado, pois fornece proximidade dos médicos aos que são por eles cuidados sob observação de um especialista, mas não cabe apenas ao aprendizado observar alguém mais experiente, classicamente a estrutura da pirâmide de Miller é o fundamento à aprendizagem médica que incorpora profissionalismo, valores e atitudes do aspirante a especialista. Na base de tal estrutura temos o que o estudante precisa saber, depois como deve saber (as competências), para que então possa demonstrar e

enfim possa executar atividades médicas. A orientação da preceptoria na RM possibilita que os três níveis superiores da pirâmide de Miller modificada possam ser adquiridos (CRUESS *et al.*, 2016). Cabe destacar que nas RM que se dão âmbito da APS são sobrepostas as pressimas também aplicadas à educação em saúde da família no sentido da educação pelo trabalho, apontando um grau maior de aproximação teórica e prática (VIANA; PÓZ, 2005; MORELLI *et al.*, 2020).

Especificamente em MFC os programas municipais de RM vêm proporcionando uma reforma da APS, como por exemplo no Rio de Janeiro. Em tal cidade houve oferta de vagas a partir de 2009 e nos quatro primeiros anos a cobertura pela ESF passou de 3,5% para 48%, correspondendo a mais de 2,5 milhões de cariocas incluídos na ESF. Além da cobertura assistencial o programa conta com grupos de trabalho que garantem formação adequada para os pós-graduandos (PRADO JR, 2015). Os programas ofertados pelos municípios provam ter capacidade de expandir a ESF, porém precisam garantir seguimento da matriz de competências necessárias à formação. Ademais, se não forem bem estruturados poderão sofrer fragmentações pedagógicas, visto que a falta de conhecimento sobre a residência na APS, as mudanças da gestão e a poucas inserções de ensino e aprendizagem dentro do arcabouço pedagógico do programa podem fragilizar o processo. Leite *et al.* (2021) relatam que a participação da gestão no planejamento colabora com a consolidação dos PRMFC, porém muitos municípios ainda não possuem publicações de seus planos ou estratégias específicas para a melhoria da dos serviços, assim como da organização dos processos de trabalho com modelagem pensadas para o residente, integrando o ensino-serviço necessários à aquisição de competências clínicas.

Em alguns PRMFC é possível que o residente assuma função é médico responsável pela equipe, configurando-se enquanto trabalhador da eSF. Em tais modelos são ressaltados os fatores de confusão possíveis: de ser o médico o profissional que toma decisões e prescreve e, ao mesmo tempo, aluno avaliado e orientado. As atribuições dos residentes podem gerar sobrecarga, e a abordagem na ESF requer capacitação para enfrentá-las de modo satisfatório (SILVEIRA *et al.*, 2020). O preceptor, médico de família e comunidade especializado, deve provocar de maneira autônoma a prática, visto que ensinar não é somente transferir conhecimento, mas facilitar os caminhos, criando as possibilidades à produção de

saberes, nos quais a teoria e a prática são vividas de forma concreta com espaço aos questionamentos e curiosidades (JUSTINO *et al.*, 2016; FREIRE, 2017).

A garantia de espaço que permita educação em serviço é apenas parte do processo. Os programas devem dialogar com as necessidades das USF, mas também devem propor as bases para a formação, cabendo às IES e ao SUS implementá-las. Algumas tecnologias podem ser desenvolvidas para contribuir com a realização do trabalho. Dentre elas, destacamos os manuais, por proporcionarem, quando seguidos, uma melhor atuação, norteados o processo, quando elaborados por todos os atores que interagem no cenário (SILVA *et al.*, 2016; MARTINS, 2005; HAJE, 2019; OLIVEIRA; FERNANDES, 2021).

Portanto, este estudo foi desenvolvido para elaborar uma tecnologia específica para o programa de residência médica em MFC no município de João Pessoa a partir da perspectiva dos residentes, os manuseadores, visto não haver semelhante publicação que possa subsidiar o processo municipal. Foi escolhido o formato manual pela tradição do uso de tal dispositivo pelos programas brasileiros e também pela carência de publicações formais destes nas bases de dados. O programa de João Pessoa tem portarias que o estabelecem com normas de atuação, mas o arcabouço dos artigos apresenta linguagem técnica que afasta os residentes da leitura pormenorizada e não dá aos gestores o entendimento prático do funcionamento pedagógico do processo.

Tendo em vista a escassez de materiais específicos para orientar e coordenar a trajetória acadêmica de residentes em MFC no município de João Pessoa, este estudo busca responder o seguinte questionamento? “A elaboração de um manual subsidiaria o processo de formação dos discentes do curso de residência médica em Medicina de Família e Comunidade?”

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar um manual para as residências médicas em Medicina de Família e Comunidade vinculadas à secretaria municipal de saúde de João Pessoa.

### 1.1.2 Específicos

- Realizar uma revisão da integrativa da literatura como suporte teórico para formulação da tecnologia;
- Conhecer os focos de interesse dos residentes para justificar a escolha dos itens que compõem o Manual de Residência Médica de MFC;
- Descrever as etapas de elaboração do manual da residência médica em MFC no município de João Pessoa.

## 2 QUADRO TEÓRICO

### 2.1 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A revolução sanitária que impulsionou o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) almejava a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, implicando profunda mudança cultural, política e institucional, com o objetivo de viabilizar a saúde como bem público (SOUTO; OLIVEIRA, 2016; PAIM, 2008). Coincidente com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a RSB é fruto da concepção dialógica entre saberes que articulam Medicina e Saúde Pública, visto o reconhecimento da insuficiência de tais ciências isoladamente. Neste contexto, surge um novo campo: a Saúde Coletiva (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Tais saberes defendem a ideia de que a saúde não é um bem comercial, logo não deveria ser regulada pelo mercado. A saúde é reafirmada como um direito de cidadania, uma condição básica para viver a vida (PUSTAI; FALK, 2013).

Reformas são mudanças no curso da história que podem alterar a sociedade (PAIM, 2008). A ambiência dos movimentos que estavam em desacordo com a RSB era a de que o Sistema de Saúde não precisava mudar, apesar da pungente necessidade assistencial requerida pela comunidade. Existiam clínicas privadas e planos de saúde, então bastava mudar a mentalidade do médico, que venderia seus produtos a grupos selecionados. Assim, este movimento promoveu uma análise do conceito de saúde doença através de uma perspectiva social, introduzindo a noção de estrutura em um sistema, que, ao negligenciar cuidados, é capaz produzir adoecimento (AROUCA, 2003).

A institucionalização do SUS, segundo Fleury (2021), coincide com a emergência do RSB e é parte de três processos (sucessivos e entrecruzados): subjetivação, constitucionalização e institucionalização. A partir desta ótica, o movimento não terminou com a promulgação da constituição, mas subsiste no enfrentamento e descentralização do sistema que resiste às tentativas de seu desmonte, através das contradições que remontam há décadas e nunca foram resolvidas. O sucesso da reforma sanitária deu espaço também para a possibilidade de discutir processos de formação adequados para a atuação profissiona no SUS e

também fortaleceu a Saúde Coletiva enquanto campo do saber (PAIM, 2018). Assim, para pensar a formação discursiva da MFC no Brasil é preciso conhecer os atravessamentos do contexto histórico da luta de redemocratização, como também da prática médica generalista, familiar e comunitária; da estruturação da APS; da criação dos programas de Medicina Comunitária e de outros espaços de formação em Saúde Coletiva (ANDRADE *et al.*, 2018).

A Constituição brasileira de 1988 definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Objetivava-se a cobertura universal do acesso à saúde. Assim nasceu, em 1990, o SUS, ancorado nas leis orgânicas. A criação deste foi inspirada nos valores de igualdade, democracia e emancipação e está inserida na Constituição. A RSB que lhe sustenta é composta por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde, tais como a CEBES e a ABRASCO. O SUS conta com o apoio de outras organizações, como a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), a Rede-Unida, os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONSASEMS), o movimento popular de saúde, entre outras (PAIM, 2018; CASTRO *et al.*, 2019).

Trata-se de um jovem adulto sistema de saúde com 33 anos de idade, descentralizado por diretriz e em resposta anterior à centralização político-administrativa dos governos militares. Tem caráter universal, ou seja, destinado à toda população, com redistribuição do poder, repassando competências e instâncias decisórias para esferas mais próximas à população. O sistema de saúde não se restringe às práticas ambulatoriais; é considerado mais abrangente porque contempla agências e agentes que informa, educa, comunica, financia e agencia. Diferente da concepção popular, o SUS não é o posto de saúde e nem o hospital universitário, a despeito da crença, é uma revolução da racionalidade na assistência que reformulou os saberes e as práticas em saúde no Brasil. É financiado com recursos das três esferas de poder no governo brasileiro, mas o percentual orçamentário federal vem sendo menor que o necessário. A falta de prioridade e os ataques visando ao desmonte do SUS o ameaçam. Reforçados pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congelou o orçamento público durante vinte

anos, concretizam o fato de que o SUS foi implantado, mas ainda carece de consolidação (PUSTAI; FALK, 2013; PAIM, 2018; MENDONÇA, 2018).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), procurou caminhos para universalizar a assistência que até então só beneficiava trabalhadores da economia formal e dependentes. A proposta de descentralização surgiu com a criação do SUDS, em 1987, e seus princípios incorporados da RSB de 1986: universalização, integralidade da atenção, regionalização, hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e políticas integradas de recursos humanos (SOUSA, 2008).

O SUS é a maior política pública de inclusão social em execução no território brasileiro, pensada enquanto um projeto civilizatório, cooperativo e racional, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde do povo. Foi regulamentada através de duas leis ordinárias, Lei 8.080/90 e Lei 8.192/90, chamadas de Leis Orgânicas da Saúde de 1990, promulgadas para operacionalizar - no âmbito do poder executivo - o mando constitucional de saúde enquanto direito de todos e dever do estado (Parágrafo Único do Art. 198 da Constituição Federal), garantindo a ordenação de acesso dos serviços de saúde de maneira universal, integral e equânime através da APS (a porta de entrada e a instância organizativa para a efetivação da hierarquização e regionalização da saúde) (STARFIELD, 2002; SOUZA, 2008; MARTINS, 2009; PUSTAI; FALK, 2013; BRASIL, 2017).

## 2.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

As residências médicas foram instituídas em 1977, antes da criação do SUS, por meio do decreto de nº 80.281 (Ministério da Educação, 2021). Por definição, a residência médica é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* com carga horária específica, realizada por meio da formação em serviço, vinculada ou não às escolas médicas. O modelo também possui tutorias e um programa teórico compatível com a prática e com a necessidade de confecção de trabalho final no formato de monografia (CESUPA, 2016; CNRM, 2020). Apenas em 1981 as residências médicas foram regulamentadas pela Lei Federal nº 6.932 como uma modalidade de pós-graduação destinada a médicos, pautada pelo treinamento em

serviço, em regime de dedicação exclusiva, sob preceptoria/tutoria de profissionais qualificados para tal atividade, especialistas na área em questão (MENEZES *et al.*, 2018). A residência em MFC, precedendo esses movimentos, se iniciou no Brasil em 1976, com três programas. Era conhecida por: “Medicina Geral e Comunitária”, termo usado para nomear a formação médica no âmbito da APS. Com a Declaração de Alma Ata houve expansão dos programas de residência nesta especialidade, e, em 1981, a CNRM reconheceu a Medicina Geral Comunitária como especialidade médica, possibilitando o credenciamento. Em 2002 o nome da especialidade mudou para Medicina de Família e Comunidade por decisão dos médicos gerais e comunitários (FALK, 2005).

Destarte, o SUS pode potencializar o provimento de trabalhadores com atribuições ressignificadas em seus espaços de atuação pela capacidade de prover formação de recursos humanos pertinentes para o serviço (PAIM, 2018). Os PRMFC singularizam a formação centrada no aprendiz, mas em proximidade com o cuidado em saúde - fruto da necessidade gregária das pessoas. Assim o componente comunitário é próprio do campo teórico e prático da APS. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, idealmente deve acontecer dentro da perspectiva multiprofissional (BRASIL, 2017).

Os avanços da construção da especialidade se deram paulatinamente com o PSF, depois modificado para ESF, mostrando a necessidade de organização de residências multiprofissionais, orientando o tratamento e a promoção à saúde, com base nas comunidades e territórios. As residências multiprofissionais entram na agenda do governo brasileiro apenas em 2003 como estratégia complementar à formação e ampliam os cuidados prestados pelas equipes, transformando a realidade dos serviços de saúde ao problematizarem o modelo biomédico focado no procedimento, no tratamento individualizado e biologizante. Ainda existe um fosso que distancia a residência médica da multiprofissional a despeito da significativa contribuição que as outras profissões trazem ao questionarem ações médico-centradas. As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade e a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade têm semelhanças de carga horária, atuam na APS dentro da perspectiva da ESF, mas a residência em área profissional da saúde não alterou a Lei de Residência Médica, o que impede a presença de médicos nas residências multiprofissionais (GUERRA; COSTA, 2017). São caminhos distintos dentro da mesma seara, mas que não devem distanciar os

atores dos processos. Nessa presente pesquisa será dada ênfase à discussão em torno da residência médica e, de maneira mais específica, da residência médica em MFC.

As residências médicas funcionam em Instituições de Saúde, sob a orientação de profissionais médicos de qualificação ética e profissional. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao Médico Residente o título de especialista frente às principais entidades certificadoras, como o Conselho Federal de Medicina, a Comissão Nacional de Residência Médica, a Associação Médica Brasileira e o Ministério da Educação. Trata-se de uma responsabilidade legal e ética expedir certificados, de validade nacional, que conferem ao médico residente que terminou a formação predeterminada pelo programa o título de especialista (CNRM, 2020). A Residência Médica em MFC é um programa de especialização na área médica, que objetiva formar especialistas para atuação na APS, tendo como diretrizes a excelência clínica e o cuidado integral e longitudinal de determinada população (PMJP, 2019). Também aproxima o profissional à realidade das comunidades, estimulando, em parceria com equipes multidisciplinares, a formação de profissionais para o SUS, ao tomar para si os desafios e potenciais da aprendizagem através do serviço com dificuldades muito semelhantes no âmbito da rede de assistência à saúde no município de João Pessoa (SOARES *et al.*, 2018).

Cabe destacar que segundo à Comissão Nacional de Residência Médica os programas podem ou não estar vinculados à IES, mas todos deverão conhecer a matriz de competências da especialidade e no caso da MFC houve a publicação desta em 2019. A matriz de competência será usada para guiar o processo formativo em âmbito nacional e foi construída com anuência da SBMFC, objetivando engajar o residente na aquisição de competências para ser resolutivo em cenários de prática que contemplem os atributos da APS, sendo eles, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação Familiar, orientação comunitária e competência cultural (BRASIL, 2019).

Em João Pessoa a residência médica em Medicina de Família e Comunidade da SMS/JP é recente, inaugurada em 2010, precede à publicação do Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (JÚNIOR *et al.*, 2014). Ela conta com regimentos internos das Comissões de Residência Médica

(COREME) da Universidade Federal da Paraíba, do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e da Faculdade de Medicina Nova Esperança. Tais instâncias têm pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde há 7 anos (PMJP, 2019). É chegado tempo de formalizar as muitas experiências formativas que a compõem, necessitando de um documento vivo, advindo dos preâmbulos da academia, mas que dialogue com a realidade local daqueles que estão no ambiente de trabalho, o serviço prestado enquanto trabalhadores do SUS, pelos residentes de MFC nas comunidades periféricas de João Pessoa.

No site da SMS de João Pessoa tem-se um *link* dedicado à Gerência de Educação na Saúde (GES). Nele encontram-se editais dos concursos de 2016 a 2019 e a descrição de serem as residências em saúde uma das principais estratégias adotadas pela gestão para a mudança das práticas e da organização nos serviços através da Educação Permanente em Saúde. Ademais, há consideração da parceria com Instituições de Ensino Superior (IES) na construção da aprendizagem pelo trabalho (PMJP, 2019). A Diretoria de Gestão do Trabalho (DGTES), a GES e as IES desenvolveram (com a equipe gestora, os profissionais do serviço, os estudantes e os docentes da Rede Escola) um dispositivo que estabelece parcerias na construção e efetivação da aprendizagem pelo trabalho na rede de serviços, favorecendo a melhoria da qualidade do serviço e humanização da atenção prestada, e contribuindo para a formação dos futuros profissionais com perfil de que a população necessita (Rede Escola, 2021).

A formação em serviço, que as residências propõem, contempla a atribuição do SUS de prover formação de recursos humanos pertinentes para atuação profissional; a qualificação dos recursos humanos para trabalhar na ESF é baixa (ANDERSON *et al.*, 2007). Os bons resultados do Programa Mais Médicos (PMM), determinado pela Lei 12.871/2013, indicam potencial para o reordenamento da formação médica, ou seja, possibilitam resposta a um problema estrutural do SUS. A Lei do Mais Médicos, em um de seus eixos, trata da formação de recursos humanos para o SUS. Segundo esta Lei, a partir de 2019, a residência em Medicina de Família e Comunidade passaria a ser uma etapa obrigatória para a formação de médicos na maioria das especialidades o que deveria cumprir a previsão legal da ampliação dos programas, aumentando o número de novos preceptores, assim como propiciar a sua qualificação (BRASIL, 2013; KEMPER, 2016).

A expansão das residências foi potencializada pelo PMM de forma histórica e expressiva. O impacto foi não só o crescimento da possibilidade de formação de especialistas em MFC no Brasil, mas principalmente da capacidade de contribuição deste processo para a expansão qualificada da APS, ao facilitar o acesso da população a uma rede de qualidade. Justino *et al.* (2016), sugerem e enfatizam a necessidade de se realizarem estudos que sinalizem os impactos gerados pelos programas de residência ao longo do tempo (RODRIGUES, 2012; PAIM, 2018; BRASIL, 2017).

Ainda assim é possível instrumentalizar para a residência alguns modelos pedagógicos conceituais da área da graduação nos quais o aprendizado é influenciado por aspectos contextuais do cenário real de trabalho, desde que entrelaçado com metodologias de ensino. As estratégias de aprendizado devem incluir uma aproximação integradora ao conhecimento, motivadas pelo desejo e pela necessidade de aprender com preceptores (SHAKE, 2012). A proximidade do preceptor com o médico residente é importante para a significação do processo de aprendizagem das ferramentas e do profissionalismo necessários ao médico de família e comunidade. Ademais permite o ensino e a capacidade de reconhecimento da comunidade enquanto parte viva e mais importante da formação comunitária, reformulando a valoração do trabalho. Tal proximidade, além de fomento pedagógico, é uma forma reconhecida de fortalecer a oferta dos cuidados desde que se construa no educando a liberdade de atuar *per se* como ferramenta à manutenção do cuidado, formando tais sujeitos de maneira individualizada como recursos da comunidade (FERNANDES *et al.*, 2021).

Bonet (2014) se refere aos Médicos de Família e Comunidade como "outros médicos", aqueles que não se especializam nos hospitais, que não seguem modelos biologicistas, classicamente contra-hegemônicos por formação, mas sim nas unidades de saúde da família, ou seja, espaços "marginais" aos hospitais escola. Assim, tais médicos não tinham a consideração de atuação especializada, a despeito de possuí-la (BONET, 2014). Tal visão reducionista não é verdadeira e é hoje rechaçada, visto que é sabido que Médico de Família e Comunidade vem se consolidando como um profissional estratégico para a garantia de atenção às necessidades em saúde das populações. No Brasil, a MFC tem força necessária como também alberga o grande desafio de qualificar o SUS para que os princípios

ético-doutrinários (equidade, integralidade e universalidade) se consolidem na vida que pulsa dentro das capilaridades mais intrincadas dos territórios.

Hoje o Brasil conta com 7.149 médicos especializados em medicina da família e comunidade segundo o CFM, representando um crescimento de 30% em dois anos e 171% na última década; a SBMFC projeta crescimento ainda mais expressivo nos próximos anos, haja vista a demanda da rede particular de saúde por estes profissionais (FREITAS; LAFORÉ, 2021). Assim, movimentos organizativos e proposições tecnológicas que facilitem os caminhos formativos de tais especialistas - dos médicos de gente, que se especializam nas pessoas (BONET, 2014) - são necessidades prementes que podem ser norteadas com a proposta da construção de um manual que oriente o processo. Ganhos podem ser demonstrados como por exemplo na pesquisa de Simon *et al.* (2021) na qual médicos residentes em MFC na cidade de João Pessoa, vinculados à processos formativos da SMS/JP às 4 IES que lhes resguardam, encaminharam menos pacientes aos serviços especializados de angiologia quando ensinados à avaliar o índice tornozelo-braquial dos pacientes com insuficiência venosa, garantindo coordenação do cuidado e adequados desfechos em saúde.

Atualmente os programas de residência médica convivem com por mudanças na forma de interação preceptor/residente, pertinentes a todas as especialidades, mas especialmente cara à medicina de família e comunidade, visto que a prática destes profissionais é definida pelas relações com as pessoas, prescindindo mais fortemente de tal adequação. Tais mudanças estão em diálogo mais próximo àquilo que se deseja dos profissionais com formação especializada e para transformar este processo o ensino-aprendizagem houve uma migração dos moldes passivos-observacionais para os formatos mais ativos, centrados no residente, objetivando desenvolver competências que tornem este profissional capaz de alcançar os anseios da sociedade atual (CARVALHO *et al.*, 2013).

### 2.3 POLÍTICA, CIÊNCIA, INOVAÇÃO E TECNOLOGIA EM SAÚDE

Etimologicamente a tecnologia significa “a razão do saber fazer”. Ela se vale do conhecimento técnico-científico vigente e aplica os saberes no uso de ferramentas, processos e instrumentos. É um recurso que envolve dimensões distintas, do qual resulta um produto, um bem durável, uma teoria, um novo modo de

fazer algo ou proveito simbólico. Assim, tecnologia não é sinônimo de equipamento por compreender conhecimentos e habilidades mais plurais; sendo o equipamento uma expressão de si viabilizada em produto (SANTOS, 2016).

A construção e o uso das tecnologias iniciam na pesquisa - importante para responder questões sobre promoção da saúde, causa, prevenção, diagnóstico, tratamento e impacto das doenças nos serviços de saúde e na sociedade. A pesquisa então contribui, então, com a economia do país e com a sustentabilidade do SUS, tornando-o pronto para responder a desafios futuros em relação à saúde da população. Ademais, há responsabilização do governo, das instituições de ensino e pesquisa e do setor produtivo para o desenvolvimento de novas tecnologias com vistas à melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2020).

A expansão e desenvolvimento da ciência e das indústrias, em paralelo ao crescimento dos sistemas de atenção à saúde, proporcionam ampliação dos processos diagnósticos e terapêuticos utilizados, gerando uma ampla variação das tecnologias incorporadas ao SUS. As políticas de desenvolvimento são responsáveis por estabelecer ou não a incorporação de tais incrementos; sejam eles tecnologias moleculares duras ou tecnologias leves para aquisição da integralidade, da humanização do cuidado, através do diálogo, do vínculo e da escuta ativa entre o usuário do serviço e o profissional de saúde (JORGE *et al.*, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

O entendimento dos caminhos que produzem as tecnologias em saúde no Brasil perpassa algumas políticas e departamentos, estando a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) elencada enquanto nuclear. Aprovada em 2009, a PNGTS é o instrumento que orienta os atores envolvidos na gestão dos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento, utilização e retirada de tecnologias em dois eixos, a saber: o eixo de produção, sistematização e difusão de estudos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e o eixo de adoção de um fluxo para incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias pelo SUS.

Tais eixos têm como objetivo maximizar os benefícios em saúde obtidos com os recursos disponíveis pelo Ministério da Saúde (MS), assegurando o acesso equânime da população a tecnologias efetivas e seguras (BRASIL, 2010; SANTOS, 2016). Já o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) presta serviços ao desenvolvimento da pesquisa em saúde com programas e projetos realizados com as agências de fomento e outros componentes organizacionais. Dentre as inúmeras

iniciativas lideradas pelo DECIT, destaca-se o programa “Pesquisa para o SUS”. Este programa é a incorporação das tecnologias que, atualmente, se destacam no aumento dos custos dos sistemas nacionais de saúde, em particular aquelas relativas a produtos industriais. Cabe, portanto, à Política de Ciência, Inovação e Tecnologia em Saúde a visão estratégica e constitutiva da conformação do SUS, de modo a garantir autonomia e soberania para a definição de uma política nacional que garanta os direitos e o bem-estar sem estrangular o sistema no âmbito orçamentário (GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Na APS, diversas formas de aplicação de tecnologia são executáveis, a exemplo das tecnologias de informação, que favorecem a ampliação dos princípios da APS, promovendo o acesso a serviços de qualidade e reduzindo custos operacionais desnecessários, questão de discussão dentro da PNGTS. A própria trajetória de desenvolvimento e expansão do SUS oferece lições sobre dimensionamento da cobertura universal de saúde em um país altamente desigual, com recursos relativamente baixos, alocados para serviços de saúde pelo governo, em comparação com os de países de renda média e alta. As tecnologias leves<sup>2</sup>, utilizadas nos serviços de APS do SUS, por sua vez, foram definidas por englobarem o gerenciamento de relações entre trabalhador-usuário e fomentar a elaboração de vínculos e acolhimentos, desconstruindo a visão tecnocrata do trabalho em saúde que não se refere ao termo tecnologia apenas para trazer à tona o uso das máquinas nas ações de intervenção realizadas. A tais modelos tecnológicos, são atribuídos resultados efetivos a baixos custos, pois perpassam pelas tecnologias leve/duras, com saberes estruturados, teorias, como também a intervenção profissional e seu raciocínio clínico, definindo leveza ou sua dureza, a depender da necessidade apresentada (MERHY, 2007; CASTRO *et al.*, 2019; TASCA, 2020).

As competências almejadas ao residente em MFC (JÚNIOR *et al.*, 2015) são próximas à aquisição do entendimento de vínculo, contempladas enquanto tecnologias leves e norteadoras das relações com os pacientes e com as equipes. Assim, tais profissionais deverão estabelecer responsabilização pela área adstrita, necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que nortearão as práticas. O acolhimento também irá direcionar

---

<sup>2</sup> Segundo Mehry (1997) as tecnologias leves são frutos das relações, perpassando os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral.

estratégias de atendimento além de envolver trabalhadores, gestores e usuários (COELHO, JORGE, 2009).

A PNGTS segue processo de evolução, analisando e recomendando propostas, que considerem as evidências científicas e as necessidades em saúde da população. Alguns aspectos relacionados à política ainda são desafiadores, a saber: necessidade de levar as atividades de ATS às esferas subnacionais do SUS, e criar uma cultura de evidência científica entre os gestores estaduais e municipais de saúde (SILVA, 2012).

Os sistemas de saúde que investem na atenção primária geram melhores perfis e desfechos à saúde da população, tais como: aumento da expectativa de vida e menor necessidade de internação hospitalar, visto o cuidado oportuno de condições sensíveis à APS; além de menores custos e maior grau de satisfação entre os usuários. Para o alcance da resolubilidade almejada pela APS são necessários recursos financeiros e humanos, embora estes gerem custos, mesmo que pequenos. São tais bases empíricas que justificam os investimentos voltados para os cuidados primários (PUSTAI; FALK, 2013).

Nesta perspectiva de tecnologias da saúde este estudo tem como proposta o desenvolvimento de um manual, uma tecnologia leve dura, para contribuir com o processo de formação de profissionais médicos residentes em PRMFC.

Segundo Júnior e Mendes (2015) a elaboração de manuais segue sequenciamento pré-estabelecido. A primeira etapa para elaboração é o diagnóstico situacional; a segunda etapa é a determinação dos assuntos que irão compor o manual; a terceira etapa é a estruturação e confecção do instrumento; a quarta e quinta etapas são a implantação e a avaliação, respectivamente conforme a Figura 1.

**Figura 1** - Sequência ilustrada das fases necessárias para elaboração de Manuais de acordo com Júnior e Mendes (2015).



Fonte: elaborada da autora (2021).

A primeira etapa apresentada na figura 1 mostra a composição estruturada de um manual. Após a finalização do diagnóstico situacional, tem-se levantados dados que irão subsidiar a construção de itens que poderão compor os manuais. Esta fase tensiona quais as necessidades dos futuros manuseadores, o que pode estar faltando para compreensão dos processos de trabalho e aprendizagem e o que pode ser produzido para melhorar, logo é através do investimento em análise do diagnóstico que poderemos cumprir a primeira etapa metodológica para elaboração de um manual (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

As informações podem ser obtidas por meio de questionários, entrevistas, observações e discussão em grupo. Escolhas que ficarão a critério do(s) elaborador(es) do manual. O envolvimento de todos os participantes do grupo ao qual se destina o manual é fundamental para que a sua qualidade seja atingida (ECHER, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

A segunda etapa diz respeito à determinação dos assuntos. É nessa etapa que iremos analisar o que foi colhido na fase anterior através da delimitação e análise do que será abordado; explorar-se-ão dados coletados anteriormente para que sejam usados posteriormente (OLIVEIRA *et al.*, 2008; TELES *et al.*, 2014).

Cabe à terceira etapa a estruturação e confecção do instrumento, momento oportuno para analisar a forma de disponibilizar e sequenciar os assuntos estruturando o manual. Determina-se o que vem primeiro, o que tem mais relevância e o que tem menos relevância, que itens podem anteceder e quais devem suceder.

Também é na terceira fase que ficará decidido o formato de disponibilização do manual (livro impresso, revista ou e-book); o material que foi confeccionado até o momento deverá ser visto por aqueles que farão uso. A presente etapa - de confecção e estruturação - é importante essencialmente porque os usuários do futuro manual poderão ver o que está sendo feito, para que possam dar parecer, quanto mais opiniões, supõe-se que melhor será a qualidade do manual (TELES *et al.*, 2014).

A quarta etapa é destinada à implantação do manual. É na presente etapa que será ofertada a implementação do material, e merece destaque o elemento estrutural da tecnologia: os manuais devem ser manuseáveis, ou seja, deverão ser posicionados em locais estratégicos para que todas as pessoas possam visualizá-lo. Essa fase é determinante para que seja obtida a finalidade do manual, visto que manuais guardados fogem à finalidade para a qual se propuseram, ou seja, gerar conhecimento, sanar dúvidas e até mesmo potencializar a solução de conflitos emergentes (OLIVEIRA *et al.*, 2008; TELES *et al.*, 2014; MENDES e JÚNIOR, 2015).

A última fase de elaboração do manual é a fase de avaliação. Tem-se nesta etapa final o ponto central da elaboração deste tipo de produto: manuais desatualizados serão obras desacreditadas. Ademais, é premente que o material seja atualizado e reformulado sempre que surgirem mudanças e tensões estruturantes, visto que os manuais são produtos do tempo presente, assim, com o passar dos anos, as teorias que o fomentaram ficarão obsoletas. Apesar do manual ser de caráter normativo, é também flexível, ou seja, precisa estar suscetível a modificações a qualquer momento (ECHER, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2008; TELES *et al.*, 2014; MENDES e JÚNIOR, 2015).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, com abordagem qualitativa, que teve por fim o desenvolvimento de um manual para curso de residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

Foi realizada em três etapas, apresentadas cronologicamente: (1) revisão integrativa, para compreensão técnica e estrutural do que são compostos os manuais e o que é necessário para que sejam elaborados; (2) sondagem diagnóstica com os residentes – através de um questionário simples e semiestruturado – acessado mediante assinatura do TCLE, no qual as respostas foram categorizadas para possibilitar e entender quais temas deveriam ser contemplados, apoiando a definição dos itens que o conformam; e, por fim, (3) a elaboração do manual da residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, utilizando-se do *corpus* de conhecimento adquirido sobre a construção de manuais, partindo da perspectiva de necessidade dos residentes.

**Figura 2** - Sequência ilustrada das etapas da pesquisa



Fonte: elaborada pela pesquisadora (2021)

Optou-se por uma pesquisa metodológica por compreender que nessa modalidade busca desenvolver, avaliar e aperfeiçoar instrumentos ou estratégias a serem implantadas no contexto prático profissional (POLIT, 2019). Para tanto, considerou-se as possibilidades e potencialidades da abordagem qualitativa para explorar, analisar e apresentar os tópicos a serem expostos no manual proposto.

### 3.2 ETAPAS DA PESQUISA

De acordo com Echer (2005), o primeiro passo para elaboração de um manual é a revisão bibliográfica do tema, seguido por escolha adequada do conteúdo a ser descrito a partir de uma lacuna existente entre os potenciais manuseadores, para que, ao final, seja feita a validação no que tange à adequabilidade. Assim, podemos observar o organograma feito para demonstrar as etapas de elaboração do manual (Figura 3).

**Figura 3** - Sequência ilustrada de esquematização das etapas percorridas para o desenvolvimento da tecnologia.





Fonte: elaborada pela autora (2021).

### 3.2.1 Primeira etapa: Revisão Integrativa da Literatura

O ponto de partida para realização desse estudo foi um levantamento bibliográfico, a partir da Revisão Integrativa da Literatura (RIL), método que apresenta notável penetração na área da saúde na última década, associado à tendência de compreensão ampliada do cuidado em saúde, individual ou coletivamente (SOARES *et al.*, 2014).

Segundo Botelho *et al.* (2011), para a construção da revisão integrativa, faz-se necessário percorrer seis etapas, entrelaçando as fases com a pesquisa em questão, quais sejam:

- 1) elaboração da questão de pesquisa (como construir um manual?);

- 2) busca na literatura dos estudos primários com base nos critérios de inclusão e exclusão (inclusão por ano e língua e exclusão por não compor o painel de artigos sobre construção de manuais na área da saúde e educação);
- 3) organização dos estudos pré-selecionados (extração de dados que versam sobre a construção metodológica de manuais);
- 4) análise crítica dos estudos selecionados (através da leitura exaustiva dos resumos e busca no texto dos elementos metodológicos);
- 5) síntese dos resultados (resumida nas tabelas 1 e 2);
- 6) apresentação da revisão integrativa.

A RIL na íntegra é apresentada como o primeiro tópico do capítulo destinado aos resultados. Este capítulo descreve a tecnologia alicerçada e fundamenta através da construção do estudo.

### 3.2.2 Segunda etapa: sondagem diagnóstica

Na segunda etapa, foi realizada uma sondagem diagnóstica para justificar a escolha dos itens que compõem o Manual de Residência. Participaram dessa etapa residentes que têm em comum o vínculo sem caráter empregatício de dois anos com o município de João Pessoa/PB, mas estão sob responsabilidade teórica e organizacional de quatro diferentes Instituições de Ensino superior (IES) que ofertam vagas em MFC no referido município.

Em 2021 havia 59 residentes do primeiro ano vinculado às 4 IES nos PRMFC de João Pessoa vinculados à SMS. Assim, a proposta de pesquisa foi apresentada aos 20 residentes do primeiro ano da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB-Afya). Desses, foram incluídos 9 residentes, pois foram estes sujeitos que assinaram e enviaram o TCLE. Todos os participantes eram pós-graduandos do primeiro ano da residência e estavam vinculados institucionalmente à FCM/PB-Afya, visto que tal IES ofertou o maior número de vagas em 2021 e a pesquisadora em questão, além de preceptora do programa do município, foi elencada enquanto docente responsável por ministrar as aulas teóricas e facilitar a aprendizagem das competências da especialidade, dispostas enquanto matriz de competência a ser adquirida (Figura 4).

Utilizou-se da amostragem por conveniência, não probabilística, considerando a facilidade de acesso aos investigados. Nessa etapa da pesquisa, o interesse foi na opinião (ação, intenção etc.) dos participantes (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

**Figura 4**

- Sequência ilustrada das vagas ofertadas de residência médica divididas por IES.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

A pesquisa de campo foi realizada em 2021, e a coleta aconteceu entre os meses de abril a junho, por meio de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora e disponibilizado de forma *on-line* através da ferramenta do *google forms*, após assinatura do TCLE (APÊNDICE B). Nessa etapa do estudo, para apresentação e discussão dos resultados, utilizou-se da abordagem da categorização das falas proposta por Minayo (2016). Os itens construídos a partir das falas dos investigados foram agrupados em quatro (4) eixos categóricos de forma simplificada. Considerou-se o meio de expressão supracitado para categorizar as unidades de texto de acordo com sua repetição no discurso dos residentes participantes da pesquisa, a saber:

1. preenchimento dos documentos;
2. carga horária;
3. como estudar medicina de família e comunidade;
4. papéis dos diferentes atores que compõem a residência médica.

Para a coleta, foi aplicado um roteiro com 2 perguntas elaboradas pela pesquisadora seguindo os preceitos de Gil (2019) que preconiza a escolha das questões em proximidade com a natureza da informação desejada e ao problema de pesquisa. No mesmo sentido, utilizou-se também linguagem simples, clara, precisa para evitar ambiguidade.

As perguntas formuladas foram:

1. Você acredita ser necessária a criação do material que possa direcionar o percurso formativo da Residência Médica em MFC, tal qual um Manual da Residência?
2. Quais são os itens que você acredita serem indispensáveis para a confecção do Manual?

A coleta de dados se deu em ambiente virtual. Dessa forma, os participantes foram convidados, mediante contato via *WhatsApp*, e, ao aceitarem o convite, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), reenviando-o digitalizado. Na sequência, receberam um *link* com acesso às perguntas via formulário *Google Forms*. Por conseguinte, quando preenchido pelos investigados, as respostas imediatamente ficavam disponíveis à pesquisadora em plataforma digital.

Para tratamento e composição de observações pertinentes aos dados, optou-se pela análise categórica com saturação de amostra proposta por Minayo (2016). Nesse tipo de análise, busca-se identificar afirmações acerca de determinado assunto/tema. Sendo assim, essa etapa foi elaborada considerando os preceitos propostos pela autora: a pré-análise, momento no qual o pesquisador organiza o material a ser utilizado; exploração do material, momento no qual se identificam os temas a serem trabalhados; e, por último, o tratamento e interpretação dos resultados obtidos, no qual o pesquisador destaca as informações alcançadas.

Estudos que envolvem a abordagem qualitativa se beneficiam da análise de dados para orientar estratégias futuras da adequação da realidade pesquisada (MARCONI; LAKATOS, 2021). Dessa forma, as falas dos residentes foram colhidas e moldaram o Manual apresentado. Para garantir o anonimato dos participantes, eles passaram a ser identificados por R1 a R9.

À medida em que as respostas iam sendo lidas, eram separadas pelo conteúdo, oportunidade em que os itens do manual foram sendo planejados, organizados e estruturados paralelamente, assim como os fluxogramas e figuras.

Segundo Polit (2019), pesquisadores que se utilizam de abordagem qualitativa elaboram o projeto ao passo em que o colocam em prática, ou seja, perfazem a utilização de um modelo emergente. Assim, identificou-se, através da saturação das respostas dadas pelos residentes, os itens que deveriam compor o manual. Em um segundo momento, os pesquisados foram convidados a contribuir

com a elaboração textual, visto que eram consultados sobre adequabilidade à medida em que o manual foi se estruturando.

Para esse momento, foi criado um grupo de *WhatsApp* e foram adicionados os nove residentes entrevistados. Todos os participantes concordaram em contribuir com essa etapa do estudo. Dessa forma, a pesquisadora foi elaborando os itens textuais e enviando o material, parte a parte, para releitura e adequações de forma que atendesse ao consenso da totalidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Por se tratar de uma etapa que envolve seres humanos, a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, instituição de vínculo dos residentes, seguindo os trâmites determinados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, vinculando os atores mediante assinatura do TCLE. Todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram cumpridos, tendo a pesquisa sido aprovada sob CAAE: 46389021.3.0000.5178 em 04/05/2021.

### 3.2.3 Terceira etapa: desenvolvimento do Manual

O manual foi construído através das falas dos investigados, escolhidas para basear a confecção dos itens do material. Para que a ferramenta fosse capaz de traduzir as necessidades dos seus manuseadores, sua elaboração seguiu algumas etapas.

Elaborou-se um manual didático, visual, descritivo e ilustrado sobre a residência médica em Medicina de Família e Comunidade no município de João Pessoa. Trata-se de um projeto piloto, mas com intuito de seguir evoluindo ano a ano. Será ofertado em formato e-book e impresso aos residentes da SMS/JP, mediante interesse dos programas e da Secretaria Municipal de Saúde, devendo ser assinalada a intenção da presente pesquisadora em aprimorá-lo em pesquisas futuras. A criação dos manuais didáticos facilita os processos de ensino, demonstrando maior índice de satisfação dos aprendizes quando vinculados às suas necessidades (PANOBIANCO *et al.*, 2009).

A fase de editoração do presente material se deu por etapas, sendo planejada desde as construções textuais até as elaborações gráficas, e foi possível

uma participação ativa dos pesquisados com envio de sugestões sobre cada etapa elaborada.

Para efetivação dessa etapa, foram adotadas as normas estruturais da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), NBR 6029:(2006), que regulamenta a elaboração de trabalhos científicos do tipo livros e folhetos.

Como dito outrora, o processo de construção de um manual envolve uma identidade visual daquilo que se deseja informar. A simbologia ajuda no propósito de identificar visualmente elementos grafados de forma particular e criativa. Quanto à adequação do formato visual, escolheu-se a orientação retrato, a fim de preservar o conforto para leitura e manuseio, design que também foi respeitado na versão impressa.

Para esse tipo de elaboração, as decisões devem ser tomadas a partir da necessidade apresentada pelos dados. Dessa forma, são seguidos dois passos: o primeiro é diagnosticar o problema e responder às lacunas apresentadas, ou seja, parte-se da constatação das ausências a um material elaborado a contento, vencendo as lacunas que se mostraram no processo de compreensão do diagnóstico (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O segundo momento diz respeito à determinação dos assuntos apresentados pelo manual. Nesta fase, foi analisado o material coletado anteriormente e foram organizados os tópicos a serem explorados para elaboração da tecnologia.

Para desenvolvimento do material didático, além do planejamento, fez-se necessária uma apropriação dos dados e do arcabouço teórico, objetivando maior conhecimento e aproximação com contexto que envolve o objeto de estudo. Sendo assim, deve-se encontrar articulação entre o que se produz e o que se faz, visto que os conhecimentos devem ser produzidos socialmente em conexão com as práticas profissionais (TARDIF, 2012).

Partindo dessa lógica, deu-se a elaboração da tecnologia em saúde, “Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade”, a ser ofertado enquanto subsídio aos programas de residência médica conduzidos dentro das Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB), apoiados por quatro IES distintas, mas que conservam um ideal comum: formar trabalhadores comprometidos com o cuidado, ou seja, especializados e preparados para cuidar e potencializar a saúde dos paraibanos que serão amparados por estes diferentes atores sociais.

A logo proposta para o manual da residência foi construída pela presente pesquisadora, representada por duas imagens sobrepostas (Figura 5). A primeira imagem representa o residente de braços abertos à aquisição de competências e em convivência com as demandas que o processo lhe pede, posicionado ao centro, fazendo referência ao Método Clínico Centrado na Pessoa, proposto por Stewart (2017) que sugere também que os aprendizes sejam o centro do processo. Tal método é reforçado pela PNAB enquanto modelo de atendimento ideal prestado pelo médico da ESF (BRASIL, 2017). A escolha da árvore ao fundo, complementar à imagem, foi escolhida em referência à “árvore da sabedoria”, inspirada na árvore da WONCA (World Organization of Family Doctors), referida também pelas formações docentes em MFC pelo EURACT (European Academy of Teachers in General Practice).

A árvore da sabedoria da WONCA tem 11 grandes folhas, de mesmo tamanho, afastadas do centro, mas em iguais fases de crescimento. As folhas que estruturamos na logo da residência apresentam diferentes tamanhos, significando a diversidade comunitária de João Pessoa, porque a situação de equidade não nos é natural, precisando ser fabricada, a fim de que os desiguais tenham acesso desigual ao serviço, com maiores ofertas aos que de mais ofertas precisam.

As folhas da árvore estão em diferentes tamanhos na logo do manual e simbolizam os diferentes usuários que têm acesso à mesma raiz, ao mesmo SUS, mas que retiram da terra os nutrientes ideais à fase de desenvolvimento em que se encontram – a semelhança do que ocorre no SUS com o acesso universal ao solo e equânime à necessidade. A imagem também intenciona demonstrar o crescimento pessoal diverso, com toques de individualidade, porque a MFC, enquanto disciplina, é responsável pelo cuidado longitudinal do recém-nascido ao paciente em senectude, ou seja, algumas folhas estarão maiores, mais vivas e verdes, outras menores, em fase de se destacar do centro. A definição da disciplina acadêmica que ensina MFC deve conduzir a experiências clínicas nucleares, ou seja, essenciais. Tal disciplina apresenta as 11 características referidas como 11 aptidões essenciais. Na árvore da WONCA, são as 11 folhas de mesmo tamanho, que todos os especialistas de MFC devem dominá-las, assim indispensáveis ao domínio do residente em formação. Dadas as suas inter-relações, agrupam-se em seis categorias independentes de competências nucleares que se encontram mais

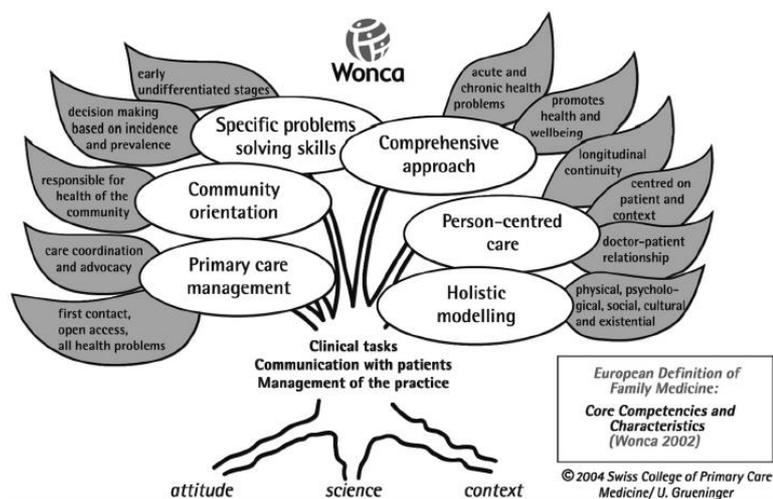
próximas ao tronco, ou seja, ao cerne do processo formativo (ANDERSON *et al.*, 2007; GRUNINGER, 2009).

**Figura 5** - Construção da Logo para Manual de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

**Figura 6** - A árvore da sabedoria (WONCA/EURACT).



Fonte: GRUNINGER, U. The WONCA Tree (2009).

A árvore da sabedoria diagrama elementos essenciais da MFC: 11 (onze) características que deverão ser dominadas ao cabo da residência porque devem ser conhecidas por especialistas na área. São elas: (GRUNINGER, 2009, p. 278)

01. Primeiro contato/fácil acesso/sem distinção dos problemas de saúde da comunidade;

02. Coordenação do cuidado/apoio;
03. Responsabilização pela saúde de uma população definida;
04. Tomada de decisões baseadas em prevalências e incidência;
05. Estados iniciais indiferenciados dos processos;
06. Problemas de saúde agudos ou crônicos;
07. Promoção da saúde e bem-estar;
08. Longitudinalidade e continuidade;
09. Centralidade no paciente e no contexto;
10. Relação médico-paciente;
11. Relações físico-psicológico-cultural-existenciais.

Após consolidação dos dados, foram definidos como itens a serem apresentados no Manual (Tabela 3):

**Tabela 3** - Itens que compõem o manual da residência.

1.	A Residência Médica (panorama geral da modalidade de pós-graduação e aspectos específicos da Medicina de Família e Comunidade)
2.	Cenários da Residência em Medicina de Família e Comunidade no Município de João Pessoa
3.	O Residente em Medicina de Família e Comunidade (atribuições e competências)
	3.1 Carga Horária 3.2 Currículo Baseado em Competências
4.	Demais atores que compõem o processo formativo
5.	Avaliação dos Residentes
6.	Trabalho de Conclusão de Curso
7.	Apresentação de entidades médicas pertinentes à Medicina de Família e Comunidade

Fonte: elaborada pela autora (2021).

As imagens gráficas e metafóricas apoiam a apresentação de um material atrativo à leitura. Foi necessário produzir um material rico em informações e ilustrado com objetivo de informar sem tornar a leitura cansativa. A impressão personalizada foi realizada para causar a atratividade, podendo dessa maneira manusear-se o material, a despeito do aparelho eletrônico que se tenha em mãos (PADILHA *et al.*, 2017).

Assim, apresentaremos os itens elaborados no manual, a partir das análises categóricas, com os complementos didáticos e visuais construídos, expondo as figuras, fluxogramas e informações relevantes organizadas, de forma clara e objetiva, com linguagem acessível sendo verificadas parte a parte pelos residentes durante o processo de construção.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem como proposta apresentar os resultados da RIL, da sondagem diagnóstica para definição dos temas a serem apresentados no manual e por fim a etapa de desenvolvimento do Manual da Residência de Medicina de Família e Comunidade, percurso que exigiu da autora organização e análise de informações colhidas, para, então, divulgar o produto tecnológico ao qual o presente estudo se propõe.

### 4.1 ESTADO DA ARTE DA CONSTRUÇÃO DE MANUAIS

A busca na literatura por referenciais teóricos que apoiassem a construção de manuais nas bases de dados levou à percepção da escassez de estudos que descrevessem o processo de produção de tais instrumentos apesar, de como colocam Oliveira *et al.* (2008) e Durante e Costa (2017), da utilização destes materiais subsidiarem a educação em saúde nos programas formativos com frequência. Assim, o que foi possível apreciar nos bancos de dados sobre manuais acessíveis foram aqueles voltados para o cuidado dos pacientes e não dedicados aos processos formativos tais quais ensejamos na presente pesquisa. Destarte, Bertolo *et al.* (2014) resgatam a ideia de sistematização para a desempenho das atividades com contribuições para o treinamento e supervisão.

Ademais, os elaboradores de manuais se valem de técnicas diversas para a construção destes instrumentos, a saber: diagnóstico situacional, problematizações para lidar com dificuldades no âmbito da educação ou do trabalho, divulgação de informações gerais sobre o ambiente, esclarecimentos de dúvidas mais frequentes ou instituições normativas consideradas padronizadas a serem seguidas para que a melhor forma de realizar atividades específicas sejam dominadas, e fomento de discussões em grupo sobre os temas pertinentes as atividades que se destinam (HAACK *et al.*, 2016). Guimarães e colaboradores (2015) e Junior e Mendes (2015) reforçam que manuais informativos podem estimular a adesão a tratamentos resignificando a experiência do adoecimento e não meramente funcionando como uma fonte de transferência de saber. A escassez de um ideário técnico para a construção de manuais pode suscitar avaliações por experts e/ou juízes para adequação do material (OLIVEIRA *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2012).

O diagnóstico situacional aparece como elemento nuclear desta RIL, uma vez que é a primeira aproximação com a realidade que se pretende transformar. A publicação de manuais deverá sempre almejar passos futuros, pois as redições fazem parte dos processos de elaboração. Qualquer manual publicado pela primeira vez em determinada área será um projeto piloto a testar a adequação em uso na realidade dos sujeitos a que se destina e permitindo correções futuras das incongruências com mecanismos avaliativos apropriados (SOUZA *et al.*, 2012). Além do diagnóstico situacional é imprescindível que sejam adicionados aos manuais informações atualizadas com a literatura corrente sobre o tema, mas que siga capaz de atingir públicos diversos caso se destine a tal objetivo de forma sistemática. Os manuais de residência não existem ou são poucos (dependendo da realidade – encontrou-se poucos ou não se encontrou disponíveis), pois a forma didática de um manual deve apresentar valor de instrução com intenção também pedagógica e não apenas de normatização técnica a respeito do processo formativo da RM – fomentos pouco contemplados em bases de dados (NOGUEZ, 2011; SCHIAVINATTO; PATACA, 2016; MCMASTER *et al.*, 2021).

A busca das instruções para construção do manual foi guiada por um ou mais dos seguintes termos-chave: manual, elaboração de manuais, residência médica em medicina de família e comunidade para reunir todo o conteúdo. Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os descritores booleanos e os seguintes termos-chave - “manual da residência médica” E “Medicina de Família e Comunidade” levaram a dois (2) artigos sem correlação com o tema; utilizamos, então, a estratégia de mudar os termos-chave para “elaboração de manuais” E “Medicina de Família e Comunidade”, mas ainda sem êxito, visto que levaram apenas ao site de uma organização não governamental de gestão de secretarias de saúde, sem correlação com o tema. Ainda na BVS, ao pesquisar o termo "elaboração de manuais" em português, inglês e espanhol, nos últimos 10 anos, encontramos cinquenta e um (51) artigos. Após a leitura de todos os resumos.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos últimos 10 anos, nas línguas selecionadas (português, inglês e espanhol) e que compunham o painel de pesquisas sobre a construção de manuais na área da saúde e educação. Os critérios de exclusão foram: materiais de pesquisa que não foram desenhados para contribuir metodologicamente para a confecção de manuais em saúde. Assim foram excluídos 20 (vinte) artigos, 04 (quatro) teses, 01 (uma) monografia, 07 (sete)

artigos duplicados e 04 (quatro) manuais. Foram adicionados ao corpo teórico, de forma complementar, manuais dos programas de residência médica de outros municípios brasileiros, a saber: 1 Manual da Residência do Pará, 1 Manual da Residência de Blumenau e 1 Manual da Residência Estadual de Florianópolis (NETO 2014; LERMEN, 2014; PMB, 2015; CESUPA, 2016; PULGA *et al.*, 2018). No PubMed, a pesquisa através do termo "*writing manuals*" nos títulos encontrou 5 (cinco) artigos nos últimos 10 anos. Após a leitura de todos os resumos, foram incluídos 2 (dois) artigos por tratar de manuais educativos e 1 (um) artigo sobre a práxis de elaborar manuais. Foram excluídos 2 (dois) artigos: um por não tratar de manuais voltados à saúde e outro artigo sobre validação bioanalítica de amostras laboratoriais (BIREME; OPAS; OMS, 2021; TELES *et al.*, 2014). Como pode ser apreciado na figura abaixo (Figura 7).

**Figura 7** - Sequência ilustrada dos critérios de exclusão e inclusão dos artigos da RIL (BOTELHO, 2011).



Fonte: elaborada pela autora (2021).

**Tabela 1** – Revisão Integrativa sobre a elaboração de Manuais em Saúde dos artigos da BVS.

	Título	Revista, ano de publicação e autores	Achados significativos das publicações
1.	Manual educativo para criação de hábitos e ambientes sonoros saudáveis	Costa, A.S.; Durante, A.S.  Audiol., Commun. res ; 22: e1721, 2017	A elaboração do manual requer adequar o conteúdo, a linguagem e as atividades utilizadas ao público-alvo, facilitando a aprendizagem, fomentando a reflexão. Utilizam-se práticas educativas focadas na resolução de problemas, partindo de um processo de discussão em grupo (rodas de conversa, construções coletivas, apresentações de trabalhos) e autoavaliação, objetivando transformação e resultados efetivos e duradouros, seguindo pressupostos de educação em saúde.
2.	Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação.	Oliveira, M.S. <i>et al.</i>  Pesquisa • Texto contexto - enferm. 17 (1): 2008.	Ilustrações explicativas, facilmente incorporados à vida diária, com linguagem de fácil compreensão para tornar o uso frequente. A análise de juízes pode indicar sugestões sobre a adequação da linguagem, dos aspectos técnicos, das imagens e da apresentação. Após a devolutiva de cada juiz foi feita uma análise qualitativa das sugestões e agrupadas em áreas comuns de interesse, sendo as mesmas incorporadas ao manual. Após as correções, os manuais foram impressos e enviados para os usuários. Há escassez na literatura sobre a construção e metodologia de manuais para serem usados na área da saúde, apesar desse instrumento ser cada vez mais usado como subsídio à educação dos pacientes e familiares. A maioria dos artigos referentes a este tema relatam a má qualidade das informações e orientações, que não explicam as etapas de construção.
3.	Elaboração e avaliação de manual educativo sobre estimulação neuropsicomotora : estratégia de conhecimento para pais e/ou cuidadores de crianças com fissuras labiopalatinas e/ou síndromes associadas	SOUZA, C.D.R. <i>et al.</i> SALUSVITA, Bauru, v. 36, n. 4, p. 983-998, 2017.	O manual elaborado foi submetido à análise de juízes para a indicação de sugestões sobre a adequação da linguagem, dos aspectos técnicos, das imagens e da apresentação. Primeiramente foi realizada a identificação junto à comunidade científica de seis profissionais de diferentes áreas da saúde, com conhecimento e experiência em desenvolvimento infantil. Os profissionais selecionados assinaram o TCLE e receberam um manual e uma ficha de avaliação com o intuito de construir um material de qualidade, optou-se pela elaboração do manual e submetê-lo a análise de juízes, que sugerem revisão da apresentação do manual a fim de torná-lo mais adequado.
4.	Manual de cuidados para as pessoas com diabetes e pé diabético: construção por scoping study	PADILHA, A.P <i>et al.</i> Texto contexto - enferm. 26 (4); 2017.	Os manuais devem ter <i>layout</i> e a diagramação que priorize atratividade e o fácil manuseio. Para tanto, definiu-se o tamanho (148 mm x 210 mm) e o formato do manual (número de páginas, tipo e tamanho da letra, títulos e ilustrações (56 imagens). Utilizam formas lúdicas de transmitir o máximo de orientações possíveis, sem cansar o leitor. A impressão em <i>Portable Document Format</i> (PDF) foi realizada para causar a atratividade do leitor ( <i>experts</i> , pacientes e familiares), podendo dessa maneira manusear o material, avaliando física e estruturalmente durante a consulta realizada.

5.	Elaboração e implementação do manual de boas práticas nas cozinhas das escolas da rede estadual de ensino de Três Passos RS	HAACK, D. K. <i>et al.</i> Higiene Alimentar - Vol.30 - nº 256/257 - Maio/Junho de 2016	Manuais informativos em saúde são facilitadores da adesão ao tratamento e estimulam que pacientes e cuidadores assumam papel ativo. A incorporação de ilustrações desperta o interesse pela leitura, pode complementar as informações contidas no texto e favorecer a memorização da mensagem. Conhecimento e experiência dos profissionais que elaboram o Manual possibilitam o refinamento do conteúdo, importante para garantir que a informação especializada, seja traduzida com linguagem acessível, a pessoas de diferentes contextos.
6.	Elaboração de manual de orientações para pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil	GUIMARÃES, M.L.L. <i>et al.</i> Mudanças ; 23(2): 59-67, jul.-dez. 2015.	Manuais informativos em saúde são facilitadores da adesão ao tratamento e estimulam que pacientes e cuidadores assumam papel ativo. A incorporação de ilustrações desperta o interesse pela leitura, pode complementar as informações contidas no texto e favorecer a memorização da mensagem. Conhecimento e experiência dos profissionais que elaboram o Manual possibilitam o refinamento do conteúdo, importante para garantir que a informação especializada, seja traduzida com linguagem acessível, a pessoas de diferentes contextos.
7.	Qualis de produção técnica: desenvolvimento de métricas manuais	JUNIOR, A.M.P.; MENDES, C.J.P. Rev. Col. Bras. Cir. 2015; 42(Suplemento 1): 87-88	Os primeiros manuais provavelmente foram artes e pinturas rupestres e a escrita cuneiforme, produzindo poemas, códigos, leis, fábulas, mitos e outras narrativas, "manualizando" o dia-a-dia. A elaboração de um manual deverá conter: definição metodológica, das premissas e do modelo de manual; escolha dos processos, normas e condutas baseadas em evidências ou experiências sólidas; transferência de conhecimento aos envolvidos e acompanhamento da aplicabilidade e validação. Vantagens dos manuais: se atualizados e reeditados são importante e constante fonte de informação; facilitam efetivação das normas, procedimentos e funções; possibilidade de adequação, coerência e continuidade nas normas e nos procedimentos; diminuição de contradições e equívocos porque possibilitam a capacitação; representam um instrumento eficaz de consulta, orientação e capacitação da instituição; previnem improvisações inadequadas; pode ser revisado, atualizado e avaliado de forma objetiva, utilizando as instruções, normas e notas técnicas; visibilidade e padronização das funções. É uma ferramenta importante que pode minimizar erros, consolidar conduta e otimizar recursos.
8.	Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto	TELES, L.M.R. <i>et al.</i> Rev Esc Enferm USP 2014; 48(6):977-84	Na literatura há consenso a respeito da necessidade de elaboração de manuais de trabalho e a nomenclatura varia de acordo com a fonte consultada: manuais de rotinas, de normas, de procedimentos, de técnicas, de processos ou de procedimentos operacionais padrão. Instrumentos administrativos que organizam as orientações dos serviços e sistematizam a execução das atividades. Dão subsídios para o treinamento e supervisão dos procedimentos as pessoas produzem melhor quando seguem uma rotina padronizada e o manual deve servir como documento que operacionaliza o trabalho, viabilizando a disseminação do conhecimento institucional.
9.	Construção do	BERTOLO, M.B.	Na literatura há consenso a respeito da necessidade de

	manual de processos de trabalho e técnicas do Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CEDMAC) do Hospital de Clínicas da Unicamp	<i>et al.</i> Revista Brasileira de Reumatologia [online]. 2014, v. 54, n. 3	elaboração de manuais de trabalho, e a nomenclatura varia de acordo com a fonte consultada: manuais de rotinas, de normas, de procedimentos, de técnicas, de processos ou de procedimentos operacionais padrão. Instrumentos administrativos que organizam as orientações dos serviços e sistematizam a execução das atividades, dão subsídios para o treinamento e supervisão dos procedimentos. Os profissionais produzem melhor quando seguem uma rotina padronizada e o manual deve servir como documento que operacionaliza o trabalho, viabilizando a disseminação do conhecimento institucional.
10.	Estratégias e desenvolvimento de garantia e controle de qualidade no ELSA-Brasil	SCHMIDT, M.I. <i>et al.</i> Rev. Saúde Pública 47 (Suppl 2) Jun 2013	Os manuais de operação descrevem, clara e minuciosamente todas as atividades desenvolvidas, sendo "mapa de navegação" do estudo, uma referência escrita para a equipe executora e para os investigadores.
11.	Para entender o controle social na saúde	BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.	Um manual nasce com o intuito de difundir conhecimentos, de ser uma ferramenta útil ao intercâmbio de ideias e de experiências.
12.	Elaboração de um manual ilustrado de exercícios domiciliares para pacientes com hemiparesia secundária ao acidente vascular encefálico (AVE)	SANTOS, A.M.B. <i>et al.</i> Fisioterapia e Pesquisa [online]. 2012, v. 19, n. 1	A elaboração de um manual piloto que sirva de teste para adequação dos usuários é capaz de corrigir incongruências dos objetivos educativos desse manual. A aplicação do manual piloto permitiu retirar ou modificar itens propostos que se mostraram ineficazes na prática. Mecanismos avaliativos, como: índice de aprovação dos itens e outros permitem comparar a frequência de aprovação observada com a esperada.
13.	Elaboração do manual de boas práticas para as copas de distribuição de refeições do serviço de nutrição e dietética do Hospital da Criança Conceição	PEREIRA, V.B.; Porto Alegre; s.n; 2012. 17 p.	A construção de um Manual de Boas Práticas (MBP) é um processo delicado por tratar-se de um documento que descreve as operações realizadas pelo estabelecimento para o controle higiênico-sanitário. O MBP deve ser revisto e atualizado periodicamente para que mudanças pertinentes sejam realizadas. O desenvolvimento e execução de um manual pode melhorar a qualidade do serviço prestado, baseado na pesquisa científica e tecnológica em saúde e legislação vigente.
14.	Los Manuales Administrativos de Enfermería:	NOGUEZ, D.T. Rev. mex.	Os manuais são ferramentas administrativas que enfocam, de forma ordenada e sistemática, uma série de elementos administrativos para transmitir informações de uma organização para orientar, padronizar e orientar a prática

	herramienta útil en la práctica diaria en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	enferm. cardiol; 19(2): 83-85, mayo-ago.2011.	diária. Ligam os aspectos organizacionais, pessoal, administrativo e técnicos. São instrumentos que contém de forma ordenada e sistemática, informações sobre a história, organização, políticas e procedimentos considerados necessários para a melhor execução do trabalho, visto que orientam, analisam e divulgam informações, também reiteram a importância para estabelecer uma comunicação eficaz através da expressão escrita. São classificados pelo conteúdo em manuais de: organização, normas e procedimentos.
15.	Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular	ZOMBINI, E.V.; PELICIONI, M.C.F.  21(1): 51-58, jan. -abr. 2011.	No processo de elaboração de manuais destinados à educação em saúde é importante que haja avaliação pelo público receptor a que o material seja destinado para alcançar o objetivo proposto. A técnica de Grupo Focal foi eficaz na presente experiência.

Fonte: elaborada pela autora (2021).

**Tabela 2** - Revisão Integrativa sobre a elaboração de Manuais em Saúde dos artigos do PubMed.

	<b>Título</b>	<b>Revista, ano de publicação e autores</b>	<b>Resumo do artigo</b>
1.	A review of treatment manuals for adults with an eating disorder: nutrition content and consistency with current dietetic evidence. Eating and Weight Disorders	MCMASTER, C. M. <i>et al.</i> - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.  Eat Weight Disord  Feb; 26(1):47-60; 2021	A pesquisa objetivou avaliar o grau em que as recomendações das diretrizes e da literatura foram incorporadas aos manuais de tratamento atuais dos distúrbios alimentares, resumindo os manuais de nutrição e alimentos relacionados. Manuais são comumente aplicados na prática clínica de profissionais de saúde mental, mas podem ser aplicados em outras áreas desde que baseados diretrizes práticas atuais.
2.	Between images and texts: manuals as a praxis of knowledge	SCHIAVINATTO, I.L.; PATACA, E.M.  História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2016, v. 23, n. 2	Manuais têm a finalidade de facilitar a leitura e atingir públicos abrangentes. São pequenos livros levados às mãos. Assim, o formato do livro demonstra praticidade e facilidade de leitura. O gênero, que até a metade do século XVIII na Europa, era utilizado preferencialmente para a divulgação de textos religiosos, passa a ser utilizado progressivamente para a instrução científica e artística. Esses manuais não se restringiam à produção de material didático para um público inculto, como se fossem somente um texto introdutório e facilitador para um leitor inexperiente e tolo, o ensino se efetiva por meio desses manuais, porque corria com eles, quase de maneira inerente, a produção do

			conhecimento.
3.	Perceptions of educators regarding the implementation of the health promotion programme manuals for children in schools in Makapanstad, South Africa.	PEU, D. <i>et al.</i> Curationis. 38(2):1529: 1-8; 2015.	Implementou-se um manual educativo sobre infecções sexualmente transmissíveis nas escolas através de grupos focais para sondagem diagnóstica. Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva e contextual foi usada para exibir e descrever as percepções dos educadores antes e depois do manual. O tema do manual, após a fase de sondagem diagnóstica, se baseou nos problemas infecciosos que mais afligiam a comunidade.

Fonte: elaborada pela autora (2021).

Nota-se que materiais manualisáveis sobre a residência médica não se encontram nestes espaços de pesquisa porque provavelmente não são publicados enquanto artigos em periódicos, mas sim sob formato de documentos técnicos, justificando a quase ausência de publicações na educação em saúde. Tais manuais em saúde, entretanto, são instrumentos clássicos usados na enfermagem e na medicina e objetivam instrumentalizar o conhecimento (ECHER, 2005; TELES *et al.*, 2014). A construção destes deverá fomentar a busca do conhecimento científico corrente acerca da estruturação, como também do tema a ser trabalhado (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Esse tipo de material tem a finalidade de facilitar a leitura e atingir públicos abrangentes. São pequenos livros levados às mãos. Assim, o formato do livro demonstra praticidade e facilidade de leitura.

Materiais do gênero, que até a metade do século XVIII na Europa, eram utilizados preferencialmente para a divulgação de textos religiosos, passaram a ser utilizados progressivamente para a instrução científica e artística, mas datam da época em que manuais se restringiam à produção de material didático para um público inculto, corroborando com as ideias de Echer (2005), como se fossem somente um texto introdutório e facilitador para um leitor inexperiente, porque o ensino pode se efetivar por meio desses manuais, visto a capacidade de permanecer com os usuários de maneira inerente e assim viabilizar a produção do conhecimento (SCHIAVINATTO; PATACA, 2016).

No Brasil, o primeiro manual publicado que se tem conhecimento é do Século XIX, informando sobre medicina para leigos, de caráter civilizador e higienista. Atualmente, em pleno século XXI ainda existem poucos estudos que se debruçam a discutir os critérios necessários à elaboração de manuais - ou seja - conjunto de normas e orientações essenciais, orientando as atividades a serem desenvolvidas (JUNIOR; MENDES, 2015).

A elaboração de manuais é um procedimento estruturado que deve conter: definição metodológica e premissas que motivem a sua construção; definição do modelo; escolha dos processos e normas, baseados em evidências, ou em experiências sólidas; transferência de conhecimento ao público ao qual se destina, além de acompanhamento da aplicabilidade e validação (JUNIOR; MENDES, 2015).

Deverá também suscitar escolha de uma linguagem acessível e informações relevantes, da participação dos profissionais envolvidos, ou mesmo pacientes e familiares e, por fim, da necessidade constante de atualização, além da convicção de que o rigor científico é indispensável para garantir a sua qualidade. Por definição, são instrumentos orientadores dos profissionais para desenvolvimento de suas funções. Diferentes autores apoiam a descrição de ser o manual algo manuseável, fácil de conduzir, oportunamente ao alcance das mãos. É uma ferramenta imprescindível à execução de atividades profissionais (ECHER, 2005). A incorporação de ilustrações ao material pode despertar o interesse pela leitura, pode complementar as informações contidas no texto e favorecer a memorização da mensagem (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

No âmbito da APS/MFC, os manuais apresentam caráter normativo, visto contemplar, como um todo, a organização na qual o indivíduo está inserido com a finalidade de tirar dúvidas ao reunir de forma sistemática normas, rotinas e procedimentos que auxiliem nas ações profissionais (CESUPA, 2016).

Médicos residentes em MFC devem estar atentos aos procedimentos de suas ações dentro da Unidade de Saúde da Família, esses profissionais, além de vivenciarem serviços que dialogam diretamente com a realidade da Atenção Primária à Saúde devem experimentar os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e com isso qualificar a gestão do cuidado, reafirmando a autonomia no processo de aprendizagem e participar de construções coletivas capazes de aumentar a compreensão pedagógica da formação em serviço e gerar segurança norteadora sobre o processo de aprendizagem (FERREIRA; CUNHA;

DIAS; 2018). Ademais, o Manual da Residência de Medicina de Família e Comunidade deve ser manuseável e estratégico para que os médicos residentes possam bem realizar as tarefas que competem às suas funções.

Os manuais são classificados pelo conteúdo em organização, normas e procedimentos (NOGUEZ *et al.*, 2011). Existem "Manuais Educativos" que requerem adequar o conteúdo, a linguagem e as atividades utilizadas ao público-alvo, facilitando a aprendizagem, fomentando a reflexão (COSTA; DURANTE, 2017). Os operacionais conhecidos como "Manuais de Boas Práticas" (PEREIRA, 2012; HAACK *et al.*, 2016) que conformam um documento descritivo sobre atividades executado no ambiente de trabalho e a forma mais apropriada de fazê-lo; podem conter informações gerais sobre o fim ao qual se destina, procedimentos que orientem os funcionários na execução das atividades do dia a dia, além da capacidade de analisar e diagnosticar o ambiente. Ademais, têm-se os "Manuais de Operação" que descrevem, clara e minuciosa, todas as atividades desenvolvidas, sendo "mapa de navegação" do estudo, uma referência escrita para a equipe executora e para os investigadores (SCHMIDT *et al.*, 2013).

Como descrito por Escher (2005) e Oliveira *et al.* (2008) a elaboração do manual prescinde do diagnóstico realizado, devendo ser planejado a partir do mesmo, tornando-se de fácil entendimento, possibilitando a participação da população à qual se destina, esclarecendo dúvidas. A entrega poderá ser feita pelos autores, engajando explicações do diagnóstico feito, do que se trata o manual e como utilizá-lo no dia a dia. Para o sucesso do manual faz-se necessário que ocorra acompanhamento contínuo dos usuários (HAACK *et al.*, 2016). Embora diversos manuais sejam utilizados como subsídio à educação dos profissionais dos pacientes e familiares que prestam cuidado, pouco se encontra escrito sobre como elaborá-los (ECHER, 2005).

#### 4.1 DESENVOLVENDO OS ITENS DO MANUAL SOB A ÓTICA DOS RESIDENTES

Para desenvolvimento dessa etapa, foram definidas duas categorias de análise: a primeira engloba os aspectos relacionados ao preenchimento de documentos e ao processo de trabalho; e a segunda, os pontos relacionados à estruturação do programa de residência em medicina de família e comunidade.

A fase de diagnóstico situacional permitiu a divisão das falas dos residentes em quatro tópicos principais: preenchimento dos documentos; carga horária; como estudar; e os papéis dos diferentes atores que participam e compõem o programa, os quais podem ser apreciados abaixo.

#### 4.1.1 Aspectos relacionados ao preenchimento de documentos e ao processo de trabalho

O primeiro tema elencado pelos investigados diz respeito à necessidade de informações relacionadas ao preenchimento da ficha de atendimento individual (e-SUS), número de atendimentos por turno e construção da sala de situação. Foram elencadas abaixo as falas acerca do e-SUS:

*[...] até hoje eu me vejo errando, preencho o e-sus incompleto ou deixo de notificar algo [...] (Médico Residente 1).*

*[...] Como preencher os papéis .... Sinceramente passa muita coisa da papelada batida, a gente passa na residência e já esperam que a gente seja médico de família (Médico Residente 7).*

Os profissionais que atuam na ESF, assim como o médico residente, precisam estar habilitados para o preenchimento correto do e-SUS a cada consulta ou procedimento. Trata-se de uma estratégia para reestruturar as informações da APS em nível nacional, alinhada com a proposta de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (Estratégia e-SUS Atenção Primária, 2021).

Ao atender o paciente, os profissionais (médico e enfermeiros) devem registrar na ficha de atendimento individual (como é chamada a ficha do e-SUS) de preenchimento manual ou automatizado, o número do cartão SUS, a modalidade da consulta, rastreios ofertados, patologias em curso, vulnerabilidades, referências e processos de cuidados na rede, assim como solicitações ou análises de exames e procedimentos, como também se houve necessidade de observação ou se o paciente recebeu alta do episódio, sempre em conformidade com os parâmetros éticos e legais vigentes. É através do registro dos dados de maneira acurada que poderemos compreender as necessidades dos usuários do SUS, ou seja, a clientela adscrita do território em que atuamos micropoliticamente e na macropolítica de todos

os territórios cobertos pela estratégia na força-valor território, pois é também através dessa produção de dados que poderemos assegurar qualidade e garantir repasses de recursos para as equipes (BRASIL, 2016).

O cuidado produzido é um instrumento de vigilância epidemiológica, quantificado e qualificado que se chama “sala de situação”. Essa ferramenta não deve ser vista apenas como uma tabulação de dados, mas devemos compreendê-la como um instrumento de análise que fornece informações para a elaboração de diagnósticos situacionais de forma executiva e gerencial que podem auxiliar na tomada de decisões, além de transmitir informações de forma clara à população sobre os indicadores da área de abrangência. Esta sistematização deve ser feita por todos os profissionais que compõem a equipe, discutida em conjunto, mês a mês, pois possibilita, à gestão administrativa, transparência da assistência, projeções, planejamento de ações e construção de projetos de intervenções a serem aplicados na realidade documentada (FEITOSA *et al.*, 2014).

As equipes devem atender toda a população sem cortes etários ou de gênero, sem fragmentar os sistemas e processos de adoecimento, pois são o recurso ideal para o enfrentamento de agravos mais prevalentes. Tal oferta exige elaboração e prática de estratégias de diagnósticos situacionais que irão permitir conhecer epidemiologicamente o território e as condições mais prevalentes que atingem as pessoas, adoecendo-as e/ou causando-lhes sofrimento. Os dados que as equipes produzem são garantias do percurso de estruturar as ofertas e colher os produtos de tal atuação, garantindo fundos (BRASIL, 2017). Existe assim um amplo espectro de doenças e condições que devem ser de domínio dos profissionais que atuam na APS. Starfield (2002) e Freeman (2018) versam sobre a impossibilidade de ofertar cuidados primários sem entender a vida emocional dos pacientes. Assim, o preenchimento de documentos não deve ser mecânico e irracional, pois, além de ser uma produção de dados, é capaz de traduzir como as pessoas estão, e como vivem suas vidas. Sabemos que na APS é preciso abordar os pacientes em suas subjetividades, por isso devemos apoiar o residente para esse entendimento. Assim, o preceptor e a gerência da unidade de saúde devem liderar diálogo com a equipe para entender os dados que produzem no território (BRASIL, 2017). Tais produções se valem de baixa densidade tecnológica, mas de alta complexidade, pois se aproximam da perspectiva da experiência do adoecimento e do impacto dos determinantes sociais em saúde sobre os pacientes (MEHRY *et al.*, 2019).

Na perspectiva do atendimento que fornecem, surge a questão do número de atendimentos considerado ótimo ou ideal para o residente em MFC:

*[...] as vezes me sinto sobrecarregado, mas cada dia tem um fluxo de atendimento e uma necessidade diferente, uma espécie de movimento próprio e de certa forma tentar padronizar é como se fosse um olhar de fora pra dentro (Médico Residente 5).*

*[...] não acho que tem como aplicar na prática o número ideal de atender, cada unidade tem uma dinâmica, nem mesmo a gente mesmo definindo limite com a equipe (seja mais ou menos) é “respeitado” (Médico Residente 6).*

*[...] alguém poderia explicar para gente quantos pacientes atender por turno, a gerente pensa que eu sou um robô [...] (Médico Residente 7).*

A APS ainda carece de literatura técnica específica sobre o número ótimo de pacientes a serem atendidos por turno em um dia de trabalho na ESF. Por ter características de primeiro contato e acesso facilitado, a agenda dos profissionais deve se adequar (e entender) às demandas locais do território, uma vez que não só o médico, mas também a equipe, são responsáveis pela saúde das pessoas a partir da clientela adscrita (BRASIL, 2017).

Ademais, não existem leis que delimitem o número de pacientes a serem atendidos por jornada de trabalho. Subentende-se que o médico deverá dispor do tempo que julgar necessário a cada um dos sujeitos em suas complexidades, que não podem ser mensuradas levemente (CEM, 2019). A estreita relação médico-paciente e da equipe-paciente pode equacionar o problema da superlotação das unidades, inclusive através de medidas administrativas e do apoio dos agentes comunitários de saúde, sempre assegurando o atendimento dos casos de urgência/emergência através do acolhimento pela equipe.

O Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM/PB, 2002) se posiciona a respeito do número de atendimentos e tempo de consulta médica alinhando-se à premissa de uma construção estreita da relação médico-paciente para oferta de cuidado e não prefixando um número ótimo de consultas-dia ou uma meta a ser alcançada. Em 2010, respondendo a outro parecer, o conselho se coloca favorável à realização de quatro consultas eletivas a cada hora, ou seja, dezesseis atendimentos para cada turno de quatro horas, mas no mesmo documento são apresentados elementos sobre como nenhum órgão ou entidade tem competência para definir este tempo, considerando ainda que não existe tal normatização no âmbito do CRM-PB. Stewart (2017) corrobora com a PNAB do mesmo ano,

contrapondo-se à massificação dos atendimentos e às filas que jocosamente definem os ambulatorios públicos. Já o CRM de Pernambuco versa sobre o limite de catorze pacientes, atendidos por médico, em quatro horas de jornada de trabalho, respeitando-se a decisão do médico de ultrapassar ocasionalmente este número de acordo com sua capacidade de trabalho, mas dentro dos ditames de padrões éticos (CREMEPE, 2017).

Médicos residentes aprendem sobre a especialidade no serviço. Muito do que fazem está sendo ensinado, acompanhado e validado pelos preceptores através da imersão cotidiana com metodologias de ensino centradas na convivência e observação (IZECKSOHN *et al.*, 2017). Experiências mostram que a pressão das relações com os pacientes, outros profissionais, o sistema de referência e os estatutos municipais e federais que regulam as práticas, incluindo as exigências de produtividade, são inerentes ao processo, mas podem ser fontes potenciais de sofrimento se não forem ajustadas. É importante contrapor as limitações do atendimento individual a ser apenas centralizado na figura do médico, tornando a dinâmica do cuidado em equipe menos potente. Um só profissional não consegue dispor da multiplicidade do cuidado plural que o adoecimento pode exigir, ainda que o médico consiga atender o número “ideal”. A integralidade é um atributo do cuidado que se faz presente na prática desenvolvida entre profissionais, e é esta pluralidade que rompe com a priorização hegemônica da medicina ante outras atividades fundamentais da APS (CASTELLS *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

A formação nos cenários da APS exige que os preceptores sejam treinados especificamente para orientar os residentes na prática. Não apenas o conhecimento clínico do processo saúde-doença, mas a complexidade sociocultural que permeia a vida das pessoas exigindo do formador (o preceptor) a atribuição de ensino que faça pontes entre a teoria e a prática (IZECKSOHN *et al.*, 2017). Os médicos que ocupam as posições de preceptores devem desempenhar o modelo formativo na perspectiva da aprendizagem significativa dos adultos, visto que tais atores devem estimular inúmeras competências de conhecimentos, habilidades e atitudes nos residentes (LAWALL, 2019). A Academia Europeia de Professores em Medicina de Família (EURACT) é um espaço internacional voltado à capacitação docente que define ao bom formador não apenas as competências clínicas que este é capaz de exercer, mas principalmente as aptidões para docência, assim como os atributos pessoais do preceptor (IZECKSOHN *et al.*, 2017).

O diagnóstico situacional permitiu explorar os temas supracitados no manual. Segundo Mendes e Junior (2015), a construção de um manual é vantajosa se atualizada e feita a partir do diagnóstico situacional. Tal premissa coaduna com o objetivo da pesquisa, visto que se partiu do diagnóstico situacional, deflagrando as necessidades dos residentes, e utilizaram-se as recomendações da SBMFC e da matriz de competências da CNRM. O produto, porém, carece de validação externa e deve ser pensado na perspectiva de reedição. Apesar da construção oportuna, as revisões são condições impostas aos manuais de qualidade. Tais tecnologias leveduras serão importantes e constante fonte de informação por facilitarem efetivação das normas, procedimentos e funções, diminuindo contradições e equívocos, fundamentais a um programa de residência (BERTOLO *et al.*, 2014; MORELLI *et al.*, 2020; CNRM, 2020). Por fim, representam um instrumento eficaz de consulta, orientação e capacitação que previnem improvisações inadequadas. Os manuais podem, ainda, ser atualizados, permitindo visibilidade e padronização das funções.

#### 4.1.2 Pontos relacionados à estruturação do programa de residência

Para melhor estruturação do programa, foi elencada a necessidade, clareza na divisão e atuação profissional de todos os atores envolvidos no processo. Foi referenciada a importância de aspectos relacionados à atuação do residente, do preceptor, dos docentes e dos gerentes de saúde. Saber sobre os papéis/atribuições profissionais foram falas que emergiram nos relatos, a saber:

*[...] eu não entendo bem a quem me reportar se temos um preceptor, mas precisamos falar com gerente, se eu devo obedecer ao gerente ou ao meu preceptor ou ao docente [...]* (Médico Residente 9).

*[...] acho que um manual seria importante para eu saber sobre meus deveres* (Médico Residente 7).

*[...] o preceptor tem outras funções na unidade, queria entender melhor minhas funções e as dele* (Médico Residente 5).

Em João Pessoa - PB, o médico residente assume a função de médico da eSF na maior parte das equipes com inserção da residência na rede. Se houver grande demanda assistencial - seja pelo perfil ou tamanho da população adscrita quando acima de 4.000 pessoas - dois residentes são inseridos em uma mesma equipe para divisão das responsabilidades, ambos devendo cumprir integralmente a carga horária. Os residentes são assistidos pelo preceptor, médico de família

especializado contratado pela SMS/JP, capacitado para apoiá-los. Esse profissional mobiliza o trabalho em equipe, atuando em diferentes frentes conforme a necessidade, sendo responsável por promover integração e ofertar Educação Permanente, proporcionando suporte clínico ao atender, discutir casos e observar residentes em ação (PMJP, 2019).

A depender do modelo da equipe, o residente ou o preceptor assume função de médico da eSF, promovendo integração dentro da Unidade de Saúde da Família. Cabe ao preceptor também facilitar as relações com o Distrito Sanitário e, caso haja ponto de tensão que não consiga ser superado, poderá acionar a supervisão do programa, além da responsabilidade de avaliar os residentes e participar do colegiado gestor da residência, levando problemas a serem discutidos em plenária (PMJP, 2019; SOARES *et al.*, 2018).

Cabe aos docentes mediar o ensino da matriz de competências do Programa aprovado pela CNRM (2021), assim como considerar o Currículo Baseado em Competências para nortear a organização da grade teórica dos encontros teóricos semanais em horário oportuno e espaço protegido (SBMFC, 2014). Os dois documentos citados acima sinalizam uma relação de temas fundamentais, considerados mínimos/essenciais para a formação que foram contemplados no manual. Os papéis dos residentes, elencados pela PMJP (2019), apresentam semelhança às suas atribuições em outros municípios. Em Florianópolis, tem-se a necessidade de todas as atividades previstas serem executadas, - concernentes às tarefas, trabalhos científicos e pesquisas - assim como participar do sistema de avaliação de desempenho, prezando pela pontualidade, assiduidade e bom desempenho no cumprimento dos planos de ensino e trabalho previstos (PULGA *et al.*, 2018). No Pará, a avaliação de assiduidade, pontualidade, interesse, comprometimento e participação será realizada no final de cada semestre, com cada residente, de forma individual (CESUPA, 2016).

A atuação gerencial é prevista pelo programa Gerente Saúde, ferramenta de gestão com o objetivo de potencializar a APS, embasada por dados de indicadores predeterminados, obtidos por meio de entrevistas para avaliar desempenhos e ofertas nos serviços que são a porta de entrada na rede municipal (SECOM, 2019). Iniciada em João Pessoa em 2017, prevê a destinação de um profissional para o gerenciamento e o acompanhamento de cada USF. Prevista em portaria da PNAB, a figura do gerente foi pactuada como norma em reunião com a OMS e o MS,

referência para todos os municípios brasileiros. O programa se propõe inovador ao ouvir a população e acompanhar os resultados alcançados por meio do Índice de Satisfação do Usuário (ISU). O gerente deve estimular as boas práticas nas unidades, dando melhor padrão aos serviços ofertados. A partir da chegada dos gerentes, houve mudança também no funcionamento em João Pessoa: abre das 7h às 16h, sem fechar para o horário do almoço. O gerente está sempre lá para acolher, respeitando o horário dos médicos e demais profissionais, mas o usuário fica esperando acomodado no interior da USF (AZÊVEDO, 2017; JOÃO PESSOA, 2018).

Não existe uma delimitação formal que componha a jurisprudência da atuação do gerente sob a formação do residente, mas, em se tratando do processo de formação em serviço, o residente deverá estar submetido às formalidades administrativas, à semelhança dos profissionais da USF. A PMJP (2019) não elenca na PORTARIA Nº. 028 as atribuições específicas do gerente, mas pontua atribuições da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

No que se refere à carga horária do programa, algumas falas mostram mobilização dos residentes para compreendê-la:

*[...] eu não sei nem quantas horas eu passo na unidade, a gente parece não ter direito a nada, nem adoecer [...] (Médico Residente 5)*  
*[...] tempo de permanência na unidade, falaram no primeiro dia, mas nem dá pra absorver [...] (Médico Residente 7).*

Segundo a CNRM, os programas de Residência Médica respeitam o mínimo de sessenta horas semanais, incluindo até vinte e quatro horas de plantão e de 10% e máximo de 20% de sua carga horária em atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos. As atividades em serviço nas USF são de no mínimo 70 a 80% da carga horária total do PRM, ou seja, trinta e duas horas de permanência no posto distribuídas entre consultas, atenção domiciliar, abordagem familiar e comunitária, atividades coletivas e escuta qualificada por ocasião do acolhimento e organização do cuidado. Atividades em outros níveis de atenção - mínimo de 10% da carga horária total do PRM – são distribuídas entre estágios em unidades de urgência e emergência, enfermarias, atividades de gerenciamento, atendimentos em ambulatórios de atenção secundária e terciária,

em atividades que poderão englobar outras especialidades médicas, mas que devem se relacionar à atenção primária (CNRM, 2020).

A participação dos residentes foi a condição central para a construção do manual. A motivação não foi avaliada através de métodos específicos, mas se destaca quanto à possibilidade que existe na recomendação da primeira etapa para construção de manuais, quando Junior e Mendes (2015) descrevem sobre a importância da participação da população-alvo para que o instrumento seja produzido adequadamente. Os nove residentes que participaram da pesquisa aceitaram o convite e responderam ao questionário. Houve sugestões de formatação do texto, para deixá-lo mais curto e conciso.

Outro tema que emergiu foi referente às ferramentas de aprendizagem:

*“Como estudar MFC para não ter desespero de olhar para o paciente e não saber o que fazer, aprendendo a usar materiais de consulta rápida” (Médico Residente 2)*

*“[...] é desesperador estar de frente pro paciente e não saber o que fazer. (Médico Residente 1)*

O processo de ensino na residência médica é fundamentado na aprendizagem significativa, utilizando prioritariamente a problematização. Ainda se discute muito sobre o ensino médico e o equilíbrio entre conhecimento científico, raciocínio clínico, desenvolvimento de habilidades práticas, formação do caráter e profissionalismo (MARTINS, 2005). A construção do conhecimento se dá de forma integrada, na interdisciplinaridade, articulando a teoria com a prática. Os residentes têm papel ativo tanto nas atividades educacionais como no cuidado da saúde de indivíduos e famílias. Assim, são encorajados a desenvolver seus próprios métodos e estilos de aprendizagem, tomando a co-responsabilidade da avaliação de seu desempenho pessoal. O processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante torna-os mais ativos, independentes, criativos, pensadores críticos, cooperativos e não competitivos, capazes de avaliarem os seus progressos, com desenvolvimento de boa capacidade de comunicação, relacionamento interpessoal, atitudes, hábitos e técnicas para continuar aprendendo ao longo da vida com a maturação da responsabilidade pela auto-aprendizagem (BOTTI; REGO, 2011).

O aprendizado vertical, mais aprofundado, está associado à percepção das escolhas e sentimento de independência, mas tal caminho requer um clima de trabalho receptivo. A capacidade de dosar o grau de supervisão exercida versus o

grau de independência de atuação deve ser treinada cuidadosamente. O excesso de liberdade na prática profissional pode levar o residente a se sentir abandonado, a supervisão muito próxima do preceptor pode interferir com a sensação de liberdade, e prejudicar o desenvolvimento de habilidades que devem durar o resto da vida (SKARE, 2012).

A formação médica brasileira é terminal, ou seja, quando o médico sai da escola poderá atuar e assumir as mesmas responsabilidades que um médico residente, mas a procura pela residência médica acontece, via de regra, para o estabelecimento de um guia ao processo formativo (MARTINS, 2005). A formação profissional durante a residência médica é um processo educacional. Para tal é preciso considerá-la algo maior do que um simples treinamento. É um processo que se baseia no desenvolvimento coordenado de diversas formas de conhecimentos e habilidades, e na aquisição de atributos técnicos e relacionais. Ademais, outro fator importante para o êxito da aprendizagem durante a residência é a ênfase na metacognição - ou seja - o processo de pensar sobre o pensamento, visto que tal exercício reflete hábitos pessoais, construção do conhecimento e caminhos para o aprendizado. Assim, o residente vai adquirindo atributos técnicos e relacionais que lhe permitem se responsabilizar progressivamente pelos atos profissionais, até que não precise mais da ajuda do preceptor (BOTTI; REGO, 2011).

#### 4.2 PRODUTO FINAL: Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Nesse tópico será apresentado o Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pensado para os quatro (4) PRMFC do município de João Pessoa. A construção do manual se deu através do trabalho de uma preceptora engajada com o processo formativo dos residentes. Os itens que o compõem estão dispostos em sete (7) capítulos ao longo de cinquenta e três (53) páginas se manuseado sem diagramação e no formato word, mas conta com cinquenta e nove páginas (59) se diagramado no formato *e-book* pelo CanvaPro ([www.canva.com](http://www.canva.com)). O produto foi prefaciado por uma residente cursando o segundo ano do programa da SMS/JP e foi apresentado pela autora. Os sete (7) capítulos serão aqui apresentados um a um, mas é pertinente ressaltar que foram criados a partir das necessidades manifestas pelos manuseadores (residentes em curso no PRMFC em

2021), que, além de sugerirem o conteúdo do manual, revisaram os itens e imagens à medida em que tais estruturas foram criadas, este movimento revisor proporcionou melhor adequação do material que será apresentado.

Para elaboração estética visual do manual foram usadas cores neutras na colorimetria terrosa, em alusão ao território de atuação dos PRMFC, também se optou por estilo minimalista evitando excessos e/ou distratores para que a leitura e manuseio do produto fosse fácil e intuitiva, assim como *hiperlinks* dos capítulos para acesso, facilitando direto e a escolha do formato *e-book* para disponibilização do material em celulares e tablets.

A capa do manual (Figura 8) enfatiza a logomarca (todo o processo de escolha dos elementos que a compõem podem ser apreciados nesse capítulo, criado para apresentação do produto final, uma vez que, ressalta a sinergia de elementos que compõem a MFC e aponta para a necessidade de recrutar várias habilidades, não apenas aquelas voltadas para o exercício biológico da profissão médica, que potencializam o encontro com os pacientes e permitem consultas mais significativas para profissionais e usuários.

**Figura 8** - Capa do Manual.

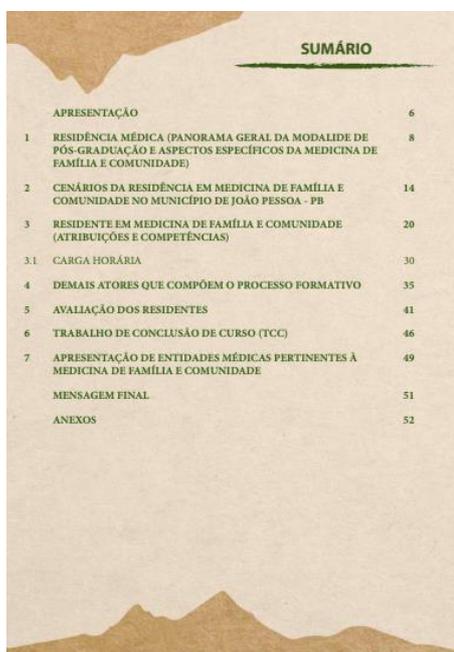


Fonte: elaborada pela autora (2021).

A construção dos capítulos foi pensada na perspectiva dos itens sugeridos pelos residentes, assim foram criados sete (7) capítulos metodologicamente organizados e dispostos cronologicamente em: a residência médica (panorama geral

da modalidade de pós-graduação e aspectos específicos da Medicina de Família e Comunidade), cenários da residência em Medicina de Família e Comunidade no Município de João Pessoa, o residente em Medicina de Família e Comunidade (atribuições e competências) – carga horária e currículo baseado em competências, diferentes atores que compõem o processo formativo, avaliação dos residentes, trabalho de conclusão de curso e apresentação das entidades médicas pertinentes à Medicina de Família e Comunidade. O sumário do manual pode ser observado abaixo (Figura 9).

**Figura 9** - Sumário do Manual.



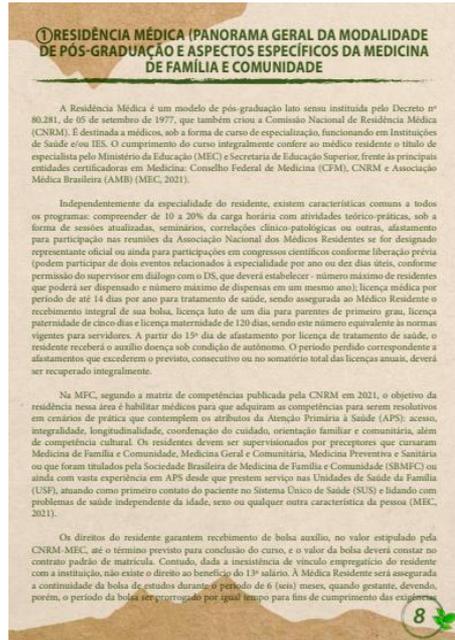
The image shows a table of contents on a textured, light brown background with a mountain silhouette at the top and bottom. The title 'SUMÁRIO' is centered at the top. The table lists the following items and their page numbers:

SUMÁRIO	
APRESENTAÇÃO	6
1 RESIDÊNCIA MÉDICA (PANORAMA GERAL DA MODALIDADE DE PÓS-GRADUAÇÃO E ASPECTOS ESPECÍFICOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE)	8
2 CENÁRIOS DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	14
3 RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS)	20
3.1 CARGA HORÁRIA	30
4 DEMAIS ATORES QUE COMPÕEM O PROCESSO FORMATIVO	35
5 AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES	41
6 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)	46
7 APRESENTAÇÃO DE ENTIDADES MÉDICAS PERTINENTES À MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	49
MENSAGEM FINAL	51
ANEXOS	52

Fonte: elaborada pela autora (2021).

O primeiro capítulo apresenta-se em nove (9) páginas e descreve a residência médica enquanto modelo de pós-graduação acreditado por entidades certificadoras da área médica, recupera elementos comuns a todos os programas de residência, independente da especialidade, versa sobre direitos e deveres dos residentes e verticaliza o conteúdo no que concerne à atuação desses estudantes especificamente no cenário da Medicina de Família e Comunidade. Segue um esboço inicial de apresentação do capítulo 1 na figura 10.

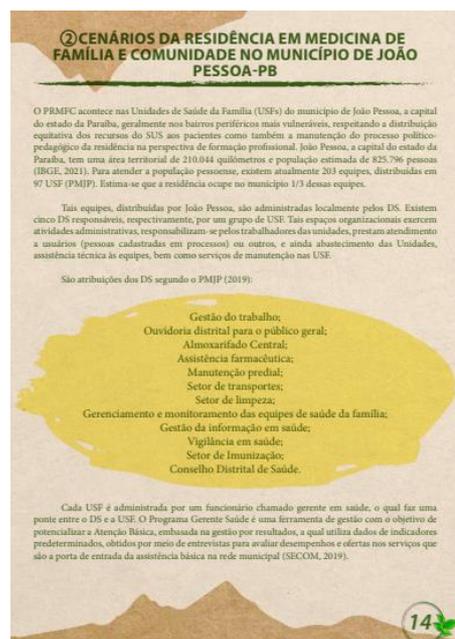
**Figura 10** – Primeiro capítulo do Manual.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

O segundo capítulo tem sete (7) páginas e foi pensado para descrever os cenários da residência no município de João Pessoa, destacando alguns elementos estruturais da gestão municipal na SMS/JP nos territórios que compõem as USF vinculadas ao PRMFC. Segue esboço inicial na figura 11.

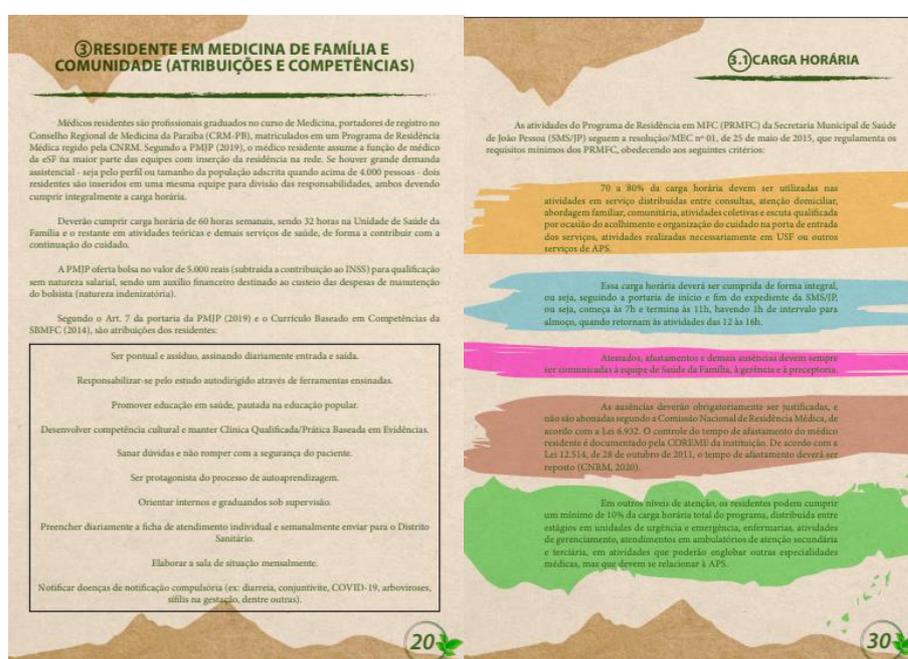
Figura 11 – Segundo capítulo do Manual.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

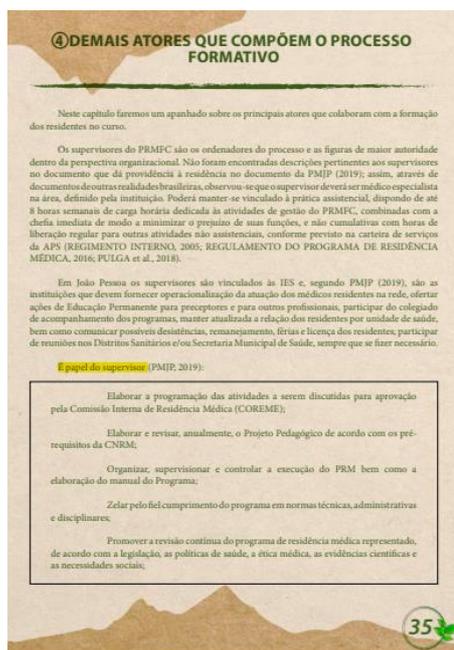
O terceiro capítulo tem dezessete (17) páginas e pode ser considerado o elemento nuclear do manual, pois é neste espaço que foram descritos e sanados os questionamentos que mais intensamente surgiram nas falas colhidas dos residentes na segunda etapa do estudo, apresentadas anteriormente. Além das atribuições destes atores previstas pela PMJP (2019), foram encontrados elementos teórico-práticos de instrumentos essenciais à prática da MFC. É o único capítulo do manual com subtópicos: carga horária e currículo baseado em competências. A figura 12 representa a ideia de apresentação inicial do capítulo.

Figura 12 – Terceiro capítulo do Manual.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

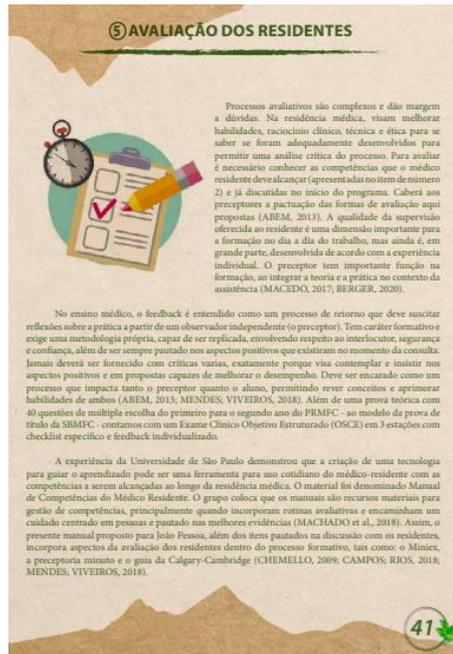
O quarto capítulo tem seis (6) páginas e contempla os diversos atores que compõem do processo formativo do PRMFC em atribuições determinadas pela PMJP (2019) como também pela PNAB (BRASIL, 2017): supervisor, docente e preceptor. Ver Figura 13, a seguir:

**Figura 13** – Quarto capítulo do Manual.

Fonte: elaborada pela autora (2021).

O quinto capítulo, intitulado “Avaliação dos Residentes”, tem seis (6) páginas e contempla três (3) instrumentos: o Miniex, a preceptoria minuto e o guia de Calgary-Cambridge. Assim como orienta sobre o processo de avaliação do primeiro para o segundo ano da residência, que idealmente deverá ser feita em dois momentos: uma prova teórica à semelhança da prova de título em MFC pela SBMFC e um circuito de estações práticas no modelo Exame Clínico Objetivo Estruturado. Esboço inicial representado pela figura 14.

**Figura 14** – Quinto capítulo do Manual.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

O sexto capítulo elenca orientações acerca do TCC, uma obrigatoriedade para conclusão do PRMFC, mas que poderá ser substituído por um artigo publicado em periódicos pertinentes à MFC no decurso da residência do aluno. Apresenta-se em quatro (4) páginas. A figura 15 mostra ideia inicial desse item textual.

Figura 15 – Sexto capítulo do Manual.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

O sétimo e último capítulo apresenta algumas entidades médicas que são importantes para a MFC, como representado na figura 16.

**Figura 16** – Sétimo capítulo do Manual.



Fonte: elaborada pela autora (2021).

O manual se encerra com uma mensagem final e deixa claro que não é possível que apenas uma edição encerre o assunto de todos os elementos necessários para orientar um processo de especialização tão significativo como é o da residência médica.

A construção de um Manual de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa foi importante por ter nascido a partir das necessidades dos médicos residentes de João Pessoa. Contempla informações atuais e com o prospecto de serem reeditadas conforme necessidade; objetivou também facilitar o entendimento dos papéis de diversos atores envolvidos no processo e auxiliar na efetivação de normas da CNRM e da COREME da SMS/JP, fixando padrões e uniformização, com intuito de diminuir as contradições e equívocos entre o residente e sua equipe; representa um instrumento de consulta, mas que ainda carece de validação formal através de metodologia adequada para assegurar eficácia. Demonstrou nessa etapa inicial de elaboração, através da revisão por pares, propriedades de orientação e capacitação, mas necessita de visibilidade e padronização das funções. Emerge a possibilidade de

apresentação à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa no colegiado Gestor da Residência Médica, caso haja validação dos supervisores dos programas de MFC no município, visto que responde a uma demanda dos residentes, facilitando o processo de tornar-se especialista em Medicina de Família e Comunidade.

O Estudo objetivou fomentar os caminhos de estruturação de um Manual em que se pesem as recomendações das diretrizes e da literatura incorporadas para a construção de tal ferramenta educacional (McMaster *et al.*, 2020).

Como relata Oliveira *et al.* (2008), existe uma escassez na literatura sobre a construção de manuais a serem utilizados na área da saúde, apesar destes instrumentos serem cada vez mais usados como subsídios à educação dos pacientes e familiares. Souza e colaboradores (2017) reforçam que a carência de literatura específica e atualizada para a construção destes materiais leva os pesquisadores, com o intuito de construir um material de qualidade, a optarem por elaborar manuais segundo as premissas apenas técnicas e submetê-los à análise de juízes capazes de sugerir revisões para que o produto tecnológico se apresente de maneira adequada.

Os itens que compõem o manual construído para os PRMFC, além de resgatarem tecnicamente os autores elencados na RIL, feita no capítulo dois (2), dialogam com a matriz de competências para a residência em MFC da CNRM (2021). Este diálogo pode ser observado principalmente no que diz respeito ao objetivo de formar médicos na área com competências, de resolubilidade em cenários de prática que contemplem os atributos da APS, como também na descrição das competências que os residentes devem adquirir. As competências descritas pela CNRM se aproximam do item 3.2 do manual que se dedica a pormenorizar o currículo baseado em competências a ser ministrado aos residentes durante os dois anos de especialização no município de João Pessoa.

Ao discutirmos o capítulo, temos que os dois primeiros darão subsídios ao entendimento do processo de formação na residência médica, trazendo o panorama geral da especialização e as especificidades da MFC. Segundo Ribeiro *et al.* (2021), as residências de MFC sofreram grande expansão após a Lei dos Mais Médicos (12.871/13) e necessitam de instrumentos próprios e constantes processos de avaliação para que as condições de formação dos residentes não sofram grandes variabilidades. Em João Pessoa, um manual que possa dialogar com as quatro (4)

IES parece oportuno para que informações adequadas possam garantir formas mais pertinentes que supram a formação em um padrão predeterminado, buscando falhas e corrigindo-as a contento em diálogo com os residentes.

O terceiro capítulo é nuclear ao manual, pois é voltado para o residente, colocando-o ao centro do processo educativo. Stewart e colaboradores (2017) relatam que este modelo é pertinente com as práticas educativas que enfatizam a autoaprendizagem e a aprendizagem significativa, uma vez que o conhecimento será construído através da experiência subjetiva de vivenciar a realidade nas diferentes USF, com diferentes preceptores, supervisores e docentes nos diferentes PRMFC que o município João Pessoa apoia.

A educação dos residentes em MFC é multifacetada. Além dos conhecimentos técnicos do processo, eles devem adquirir competências docentes específicas ao serem preparados para conseguir ministrar aulas em metodologias ativas de ensino-aprendizado. Estimula-se o uso das competências em habilidades de comunicação e contextualização da teoria com a prática. Também é papel do residente aprender a supervisionar alunos de graduação, facilitando os processos de aprendizagem (IZECKSOHN *et al.*, 2017). A formação do médico generalista no Brasil está orientada ao trabalho no SUS - o que combina com as necessidades do residente, mas não dá cabo de garantir a aquisição de todas as competências, apesar de a formação em cenários de APS exigir habilidades específicas, logo a residência deverá ser bem conduzida para complementar e fortalecer as necessidades e lacunas do médico (SOARES *et al.*, 2018).

Tal premissa foi abordada no manual, trazendo à tona o destaque do residente enquanto professor e que poderá ser analisada no capítulo dedicado ao residente. O texto apresentado aponta para a necessidade de treinar esses profissionais, que, ao receberem preceptoria devem aprender a lidar com casos complexos, dentro das perspectivas das competências a serem adquiridas e dos papéis assumidos por esse grupo. No momento em que passam a ser preceptores dos graduandos, serão também capacitados para compreensão das técnicas que regem o processo de ensino-aprendizagem no campo da prática, atentos à segurança do paciente para evitar danos decorrentes do cuidado (MORELLI *et al.*, 2020).

O quarto capítulo incentiva o residente a conhecer os diferentes atores que margeiam o processo do PRMFC, a saber: o supervisor, o docente e o preceptor.

Todos estes, em suas diferentes atuações vão contribuir e guiar o residente no processo formativo. O preceptor ensina realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos, o docente é o profissional que domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela, transformando-a em ambiente e momento educacionais propícios e o supervisor é o responsável por manter todos os profissionais no exercício de suas atribuições (BOTTI; REGO, 2011).

O processo de avaliação, presente no quinto capítulo do manual, poderá favorecer a criação de um instrumento mais didático. O manual como estratégia de capacitação em saúde deve ter seu fundamento em termos científicos, englobando propostas que auxiliem no desenvolvimento e reforço das capacidades deficitárias. Por meio do manual em questão, acredita-se que seja possível um enriquecimento do repertório pessoal de cada médico residente em Medicina de Família e Comunidade sobre os assuntos abordados nos diferentes tópicos do manual da presente pesquisa. O Grupo de Trabalho de “ensinagem” da SBMFC (MORELLI *et al.*, 2020) recomenda que sejam definidas diretrizes e orientações práticas sobre o papel do residente na supervisão de alunos de graduação no serviço, ponto contemplado no Manual da Residência de MFC da SMS/JP.

A experiência da Universidade de São Paulo demonstrou que a criação de uma tecnologia para guiar o aprendizado pode ser uma ferramenta para uso cotidiano do médico-residente com as competências a serem alcançadas ao longo da residência médica. O material foi denominado Manual de Competências do Médico Residente. O grupo coloca que os manuais são recursos materiais para gestão de competências, principalmente quando incorporam rotinas avaliativas e encaminham um cuidado centrado em pessoas e pautado nas melhores evidências (MACHADO *et al.*, 2018). Assim, o presente manual proposto para João Pessoa, além dos itens pautados na discussão com os residentes, incorpora aspectos da avaliação dos residentes dentro do processo formativo, tais como: o miniex, a preceptoria minuto e o Guia da Calgary-Cambridge (Chemello, 2009; Campos; Rios, 2018; Mendes; Viveiros, 2018).

Zombini e Pelicioni (2011) problematizam o processo de avaliação de um manual educativo através da metodologia do grupo focal. Reiteram que, para o processo de elaboração de manuais destinados à educação em saúde, é importante que haja avaliação pelo público receptor - a que o material se destina - para que se consiga alcançar o objetivo proposto. A técnica de grupo focal, eficaz na experiência

relatada, não foi utilizada na presente pesquisa, mas a autora se valeu do diálogo através do aplicativo de comunicação *WhatsApp* com os residentes, que, mediante assinatura do TCLE, participaram da pesquisa de construção do Manual de Residência Médica.

Ademais, seguem alguns pontos de tensão do PRMFC a que o manual não conseguiu dar cabo. A exemplo das recomendações de inserção dos residentes em equipes, existem algumas possibilidades descritas de inserção de médicos residentes e preceptores nas equipes pela SBMFC (2020). Dentre as possibilidades, a que mais se adequa à semelhança da realidade de João Pessoa é o modelo de um preceptor volante com 3 residentes, em diferentes equipes, na mesma unidade de saúde ou clínica da família. Rememora os condicionantes da PMJP de 2019, mas difere da inserção de 2016, que recomendava 1 preceptor para 2 residentes com maior potencial de vincular uma experiência passível a mais momentos de avaliação, visto maior presença do preceptor ombro a ombro.

O conhecimento e a experiência dos profissionais que elaboram manuais possibilitam o refinamento do conteúdo, importante para garantir que a informação especializada seja traduzida com linguagem acessível a diferentes pessoas (GUIMARÃES *et al.*, 2015). Assim, a construção do material feito por uma Médica de Família e Comunidade docente e preceptora - egressa do Programa de Residência Médica em Medicina e Família e Comunidade da Secretaria de Saúde de João Pessoa - permitiu, não só a partilha a empatia para com as questões apresentadas pelos residentes, como também a oferta de alguns caminhos que possam solucionar tais questões.

Como elenca Araújo (2000), os manuais, assim como qualquer método de organização e sistema, podem apresentar algumas desvantagens, a saber: informações desatualizadas, caso não seja revisado; indicação de ações a serem executadas de forma menos flexível; caso muito sintéticos são pouco úteis e, quando muito detalhados, podem se tornar obsoletos diante de mudanças pequenas; se mau escrito pode gerar confusão quanto aos procedimentos a serem seguidos e se não for aplicado, não será acessível. Cabe ressaltar, porém que foram as vantagens os motivadores perenes à construção deste produto, visto que podem os manuais serem fontes de orientação e informação, facilitando a implantação de normas, procedimentos e funções, determinando critérios e padrões; podem, também, evitar duplicidade de ações, conflitos ou atividades sem especificação de

responsáveis e são instrumento de consulta permanente, acessível a todos o tempo todo.

A orientação e a instrumentalização que os manuais podem proporcionar, principalmente quando construídos a partir das premissas da análise situacional dos manuseadores, são recursos possíveis e pertinentes para orientar o caminho de tornar-se especialista MFC, no contexto da formação de trabalhadores para o SUS e em uma área com alto grau de resolubilidade como a APS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência médica em MFC, para ser potente caminho de formação de especialistas na área, precisa ser capaz de estruturar e construir saberes a partir das necessidades dos educandos (os residentes) que se dispõem a mergulhar no processo com criticismo e engajamento. Ela deve também alcançar alguma capitalidade com os estudantes menos engajados ao prever uma sequência de elementos estruturais indispensáveis à obtenção do título. Ainda segue mais significativa, caso dialogue fortemente com as necessidades do povo, parte fundamental das equipes de Saúde da Família que singularizam cuidados plurais.

É um período de imersão, bastante exigente por conta da extensa carga horária e atribuições dos envolvidos. Assim, o desenvolvimento do manual, aqui apresentado, foi intencionalmente criado para facilitar o processo. Destarte, o produto vem também preencher um espaço lacunar no município de João Pessoa, ofertando aos PRMFC um material orientador dos eixos pedagógicos. Trata-se de um documento vivo, ou seja, com capilaridade para ser modificado pelos próximos residentes em congruência com as pesquisas de território que vierem a ser realizadas.

Por educar no trabalho, a residência é capaz de fornecer ao pós-graduando a possibilidade de formação especializada no sistema público com a orientação ombro a ombro de um especialista. Esta organização tem sido uma iniciativa importante, que forma especialistas para o SUS, vivenciando até mesmo as iniquidades em saúde enquanto determinantes sociais à manutenção de parcas ou potentes performances em qualidade de vida das pessoas no cotidiano das USF. O treinamento em serviço ofertado pretende formar profissionais conforme as características da comunidade e as necessidades do SUS e, ainda assim, endereçar materiais para academia, desenvolvendo perfil pesquisador aos atores envolvidos.

O presente manual descreveu as atribuições de todos os atores envolvidos no processo formativo, documentou as funções que devem ser desenvolvidas e mostrou aos residentes como preencher documentos essenciais, cuidando de partes importantes do processo em algumas competências a serem executadas ao cabo dos dois anos de formação, acompanhados através da aquisição de conhecimentos do CBC. É uma ferramenta que se propõe a ajudar aos residentes, visto que foi

construído a partir da perspectiva de tais atores para alinhar a teoria com a prática, mas sem a pretensão de finitude e sob o prospecto de mudar conforme necessidade. Dentro das relações estreitadas no momento de tornar-se especialista, é preciso destacar que um manual não é capaz de dar cabo de todas as necessidades dos residentes no território vivo de atuação, visto que cada comunidade, cada paciente, representa a micropolítica de um universo.

Manuais tecnicamente adequados devem ser construídos a partir da análise situacional enquanto recurso diagnóstico e precisam de validação externa para adequação do conteúdo normativo a que se propõem. Existe emitente necessidade de novas análises situacionais e novas edições no porvir - o que pode determinar um processo dispendioso em tempo e análise que, se não contemplado, tem potencial danoso sobre a formação ou processo normativo ao qual se pretende estruturar.

O processo formativo em João Pessoa tem possibilitado configurações criativas de tornar-se especialista em MFC, principalmente pelo corpo docente dedicado e militante histórico do SUS, em tempos tão desgovernadamente difíceis. Recebe também destaque a qualidade dos egressos formados e que atuam espalhados por todo Brasil em diversas frentes: docentes, gestoras e assistencialistas de qualidade com *sui generis* compreensão do espaço social em que habitam. Porém o PRMFC da SMS/JP ainda carece de estruturação formal pragmática em publicação que aponte caminho de reedições perenes a dialogar com públicos distintos que desejem imersão formativa. A presente estrutura do manual da residência tem limitações no que tange à validação externa do instrumento fazendo-se necessário novos estudos para continuidade do processo.

Assim, apresenta-se um manual capaz de dialogar com todas as IES que ofertam vagas de residência em MFC vinculadas à SMS/JP com entrega de elementos que fomentam estruturação do processo, gerando pesquisa das vivências nos territórios do município, projetando o espaço para além do espaço locoregional paraibano em pesquisas por definição, para dar possíveis respostas e caminhos, sob a premissa de cuidar dos residentes e da saúde das pessoas que adentrem ou permaneçam em território.

A formação em MFC do município de João Pessoa é histórica e pode ganhar projeção ainda maior ao sumarizar e publicar a estruturação dos PRMFC com o desenvolvimento de tecnologias para fortalecimento do processo. Ademais, a

despeito da construção do produto, segue a necessidade de reeditá-lo conforme surjam novas demandas e preenchimento das lacunas oportunizadas pelo estudo.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6029**: (2006). Informação e documentação – livros e folhetos – Apresentação [Information and documentation - books and brochures - Presentation]. Rio de Janeiro, Brazil: ABNT, 2006.

ANDERSON, M. I. P. *et al.* A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, v. 3, n. 11, p. 157-171, 2007.

ANDRADE, H. S. *et al.* A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 03, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280311>. Acesso em: 29 jun. 2021.

ARAUJO, L. C. G. **Organização, sistemas e métodos e as modernas ferramentas de gestão organizacional**. São Paulo: Atlas, 2000.

AROUCA, S. Entrevista. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 355-361, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000200010>. Acesso em: 29 jun. 2021.

BERTOLO, M. B. *et al.* Construção do manual de processos de trabalho e técnicas do Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CEDMAC) do Hospital de Clínicas da Unicamp. **Rev. Bras. de Reumatol.**, v. 54, n. 3, p. 185-191, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.10.004>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BIREME. OPAS. OMS. **Biblioteca Virtual em Saúde** [base de dados da internet]. São Paulo, 1982. Disponível em: [https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u\\_filter%5B%5D=fulltext&u\\_filter%5B%5D=db&u\\_filter%5B%5D=mj\\_cluster&u\\_filter%5B%5D=type\\_of\\_study&u\\_filter%5B%5D=la&fb=&output=&lang=en&from=1&sort=&format=&count=&page=1&skfp=&index=&q=%28elabora%C3%A7%C3%A3o+de+manuais%29&where=&years=on&range\\_year\\_start=2011&range\\_year\\_end=2021&filter%5Bla%5D%5B%5D=pt&filter%5Bla%5D%5B%5D=en&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&years=on&range\\_year\\_start=2016&range\\_year\\_end=2021](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=la&fb=&output=&lang=en&from=1&sort=&format=&count=&page=1&skfp=&index=&q=%28elabora%C3%A7%C3%A3o+de+manuais%29&where=&years=on&range_year_start=2011&range_year_end=2021&filter%5Bla%5D%5B%5D=pt&filter%5Bla%5D%5B%5D=en&filter%5Bla%5D%5B%5D=es&years=on&range_year_start=2016&range_year_end=2021). Acesso em: 24 jun. 2021.

BONET, O. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. 1. ed. Rio de Janeiro: 7 letras, 2014.

BOTELHO, L. L. R. *et al.* O método a revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v. 05, n. 11, p. 121–136, 2011.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 132-140, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000100016>. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 80.281**, de 05/09/1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 set. 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ginecologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada**, v. 4. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Plano de ação de pesquisa clínica no Brasil** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Matrizes de Competências Aprovadas pela CNRM. Ministério da Educação, 2018.

CARVALHO, E. T. M. *et al.* Estratégias para Melhorar a Logística e a Formação do Preceptor de Residência Médica. **Cadernos ABEM**, Volume 9, outubro 2013, p. 102.

CAMPOS, C. F. C; RIOS, I. C. Qual Guia de Comunicação na Consulta Médica É o Mais Adequado para o Ensino de Habilidades Comunicacionais na Atenção Primária à Saúde Brasileira? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 03, p. 108-118, 2018.

CASTELLS, M. A. *et al.* Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 461-469, 2016.

CASTELO BRANCO, S. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Princípios e Diretrizes**. Curso de especialização em saúde da família: produção do cuidado e atenção integral. Belém: UNA-SUS, UFPA, 2019.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CECÍLIO, L. *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS**, v. 1, p. 200-207, 2007. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/903>. Acesso em: 02 jul. 2021.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA (UNIPÊ). Programas de Residência Médica: confira o resultado final. **UNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa**, João Pessoa, 02 de março de 2021. Disponível em: <https://www.unipe.edu.br/detalhe-noticia/?r=residencia-medica-2021>. Acesso em: 27 ago. 2021.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (CESUPA). **Manual Do Programa De Residência - Medicina De Família e Comunidade**. Belém: CESUPA, 2016.

CHEMELLO, D. *et al.* O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptoria em um minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 664-669, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000400018>. Acesso em: 29 jun. 2021.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1523-1531, 2009.

COMENIUS, I. A. **Didática Magna (I Grandi dell'Educazione)** (eBook Kindle), 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução do 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. 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](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: 29 jun. 2021.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. S7-S27, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Profissionais de Saúde e Cuidados Primários. **Coleção COVID-19**, v.4, 2021. 346p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA PARAÍBA (CRM PB). **Processo consulta nº 36/2010**, protocolado em 10/11/2010. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PB/2010/36>. Acesso em: 27 jun. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO (CREMEPE). **Processo-Consulta Nº 000009/2017 – PARECER CREMEPE Nº 17/2017**. Disponível em:

[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PE/2017/17\\_2017.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PE/2017/17_2017.pdf).

Acesso em: 26 jun. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA (CRMPB). **Processo-consulta nº. 18/2002**. Disponível em:

[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PB/2002/18\\_2002.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PB/2002/18_2002.pdf).

Acesso em: 27 jun. 2021

COSTA, J. R. B. *et al.* Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 03, p. 387-400, 2012.

COSTA, A. M. *et al.* Editorial. **Divulg. Saúde debate**, v. 51, p.14-29, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2021.

COSTA, A. S.; DURANTE, A. S. Manual educativo para criação de hábitos e ambientes sonoros saudáveis. **Audiology - Communication Research**, v. 22, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1721>. Acesso em: 28 ago. 2021.

CRUESS, R.L., CRUESS, S.R., STEINERT, Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. **Acad Med**, v. 91, n. 2, p.180-5, 2016.

CURY, A. **Organização e métodos: uma visão holística**. 9. ed. São Paulo: **Atlas**, 2017.

ECHER, I. C. Elaboração de Manuais de Orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p.754-7, 2005.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 02, p. 164-176, 2007.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA – FCMPB-Afya *et al.* Processo Seletivo Simplificado Para A Residência Médica, Comissão De Residência Médica –

COREME. **Assets Ciências Médicas**, 13 de outubro de 2020. Disponível em: <https://assets.cienciasmedicas.com.br/arquivos/old/anexos/arquivo/Edital%20Residencia%20Medica%202021%20-%20Versao%20Final.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

FACULDADES NOVA ESPERANÇA. FACENE. RESIDÊNCIA MÉDICA. RESIDÊNCIA MÉDICA 2021. **PROGRAMAS OFERECIDOS, NÚMERO DE VAGAS, DURAÇÃO E PRÉ-REQUISITOS**. Disponível em: <http://www.facene.com.br/processo-seletivo/residencia-medica/>. Acesso em: 27 ago. de 2021.

FALK, J. W. **A especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais**. 2005. 194 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FERNANDES, D.M.A.P. *et al.* A preceptoria em medicina de família e comunidade e as estratégias de organização da atenção primária frente à COVID-19. **Res. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 6, n. 43, p. 28-32, 2021.

FERREIRA, N. M.; CUNHA, G. T.; DIAS, N. G. O desafio da mudança: a transformação curricular de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.13, n. 40, p. 1-12, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1600](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1600). Acesso em: 29 jun. 2021.

FLEURY, S. Sônia Fleury resgata a história e potência do SUS. **Outras palavras**, São Paulo, 24 de jun. 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/resgatebrasil/sonia-fleury-resgata-a-historia-e-potencia-do-sus>. Acesso em: 29 jun. 2021.

FREEMAN, T. R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 55. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 1, p. 84-89, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100013>. Acesso em: 23 jun. 2021.

FREITAS, D.; LAFORÉ, B. O número de médicos da família cresceu 30% no Brasil nos últimos dois anos. **CNN**, São Paulo, 04 de mar. de 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/04/numero-de-medicos-da-familia-cresceu-30-no-brasil-nos-ultimos-dois-anos>. Acesso em: 03 jul. 2021.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 02, p. 200-205, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200008>. Acesso em: 2 jul. 2021.

GIANINI, R.J. Os 25 anos da Saúde da Família na Saúde Pública no Brasil. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 20, n. 1, p.1-2, 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 248p.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 2543-2556. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Acesso em: 2 jul. 2021.

GIRARDI, S. N. *et al.* Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *In*: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.

GRUNINGER, UELI. The Wonca Tree. **Primary Care**, v. 09, n. 15, p. 218, 2009.

GUERRA, T.M.S.; COSTA, M.D.H. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. **Textos & Contextos**, v. 16, n. 02, p. 454 - 469, 2017.

GUIMARÃES, A. C. O. **Uso e abuso de benzodiazepínicos**: Revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da Atenção Primária. 2013. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4255.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

GUIMARÃES, M. L. L. *et al.* Elaboração de manual de orientações para pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil. **Mudanças**, v. 23, n. 02, p. 59-67, 2015.

GUIMARÃES, R. *et al.* Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 03, p. 881-886, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34652018>. Acesso em: 27 jun. 2021.

HAACK, D. K. *et al.* Elaboração e implementação do manual de boas práticas nas cozinhas das escolas da rede estadual de ensino de Três Passos RS. **Higiene Alimentar**, v. 30, n. 256-257, p. 66-70, 2016.

HAJE, L. MEC afirma que um terço das vagas de residência médica estão ociosas. **Agência Câmara de Notícias**, Brasília, 20 de ago. de 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/573483-mec-afirma-que-um-terco-das-vagas-de-residencia-medica-estao-ociosas>. Acesso em: 06 abr. 2021.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE (1978: ALMA-ATA, USSR), World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1978). **Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978/jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund.** Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>. Acesso em: 20 jun. 2020.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p.737-746, 2017.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>. Acesso em: 27 jun. 2021.

JÚNIOR, H.P. **Organização, sistemas e métodos.** Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2013.

JUNIOR, N. L. (org.). **Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro: SBMFC, 2014.

JUSTINO, A. L. A. *et al.* Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 05, p. 1471-1480, 2016.

KEMPER, E. S. *et al.* Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09, p. 2785-2796, 2016.

LAWALL, P. Z. M. **A formação do preceptor médico em Medicina de Família e Comunidade: uma proposta de diálogo com a Andragogia.** 2019. 109 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2019.

LEITE, A. P. T. *et al.* Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2119-2130, 2021.

LERMEN, N.J. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 09, n. 32, p. 300-303, 2014.

LIMA, D. V. M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Online braz. J. nurs**, v. 10, n. 2, 2011.

MACHADO, L. B. M. *et al.* O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-16, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1602](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1602). Acesso em: 27 jun. 2021.

MARANHÃO, R. R. *et al.* Como se relacionam o escopo de práticas profissionais, a formação e a titulação de médicos de Família e Comunidade? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190640>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2021. 242p.

MARTINS, A. L. A. **O Sistema Único de Saúde: contingências e metacontingências nas leis orgânicas da saúde**. 2009. 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Comportamentais) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

MARTINS, L. A. N. **Residência Médica: estresse e crescimento**. 1. ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo (coleção temas de psicologia e educação médica), 2005. 201 p.

McMASTER, C. M. *et al.* A review of treatment manuals for adults with an eating disorder: nutrition content and consistency with current dietetic evidence. **Eat Weight Disord**, v. 26, n. 1, p. 47-60, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32002827/>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MENDES, A. O.; VIVEIROS, L. B. O uso do Miniex como ferramenta de feedback continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.13, n. 40, p. 1-9, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1580](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1580). Acesso em: 23 jun. 2021.

MENESES, J. R. *et al.* Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. *In*: CECCIN, R. B. *et al.* (Orgs.). **Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva [recurso eletrônico]**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 33-48.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: **Hucitec**, 1997.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2.ed. São Paulo: **Hucitec**, 2002. p. 113-150.

MINAYO, M. C. S. (org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade** (Série Manuais Acadêmicos). Petrópolis: Editora Vozes, 2018.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London: Ministry of Health, 1920.

MORELLI, J. B. *et al.* Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2509, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2509](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509). Acesso em: 2 jul. 2021.

MOROSINI, M.V.G.C.; et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 3 jul. 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. e00206316, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 jul. 2021.

MOTTA, L. C. S.; BATISTA, R. S. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. Bra. De Edu. Médica**, v. 39, n. 02, p. 196 – 207, 2015.

MUNHOZ, D. R. M. **Manual de identidade visual: guia para construção**. Rio de Janeiro: 2AB, 2009.

NETO, P. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 09, n. 31, 2014.

NOGUEZ, D.T. Los Manuales Administrativos de Enfermería: herramienta útil en la práctica diaria en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. **Rev. mex. enferm. Cardiol**, v. 19, n. 02, p. 83-85, 2011.

OLIVEIRA, F. P.; FERNANDES, D. M. A. P. **Reformulação do Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade e sua aproximação com o Internato**. In: FÓRUM INTERNACIONAL DE INOVAÇÃO ACADÊMICA DO CONSÓRCIO STHM DO BRASIL. 6. 2021, São Paulo (online). No prelo. Aceito como case/artigo em 02/03/2021. Disponível em: <https://www.sthembrasil.com/7forum/#trabalhos-aprovados>. Acesso em: 2 jul. 2021.

OLIVEIRA, M. C.; LUCENA, A. F.; ESCHER, I. C. Sequelas neurológicas: elaboração de um manual de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. enferm. UFPE**, v. 08, n. 6, p.1597-603, 2014.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto**

– **Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100013>. Acesso em: 24 jun. 2021.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 26-36, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100005>. Acesso em: 24 jun. 2021.

PADILHA, A P. *et al.* MANUAL DE CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DIABETES E PÉ DIABÉTICO: CONSTRUÇÃO POR SCOPING STUDY. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 4, e2190017, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002190017>. Acesso em: 25 jun. 2021.

PAIM, J. S. **O que é o SUS** [e-book interativo]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. 93p.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? **Planejamento e políticas públicas**, n. 49: 1-33, 2017.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1723-1728, 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 20, n. 2, p. 653-673, 2013.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, p. 992-9, 2009.

PANOBIANCO, M. S. *et al.* Construção do conhecimento necessário ao desenvolvimento de um manual didático-instrucional na prevenção do linfedema pós-mastectomia. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 18, n. 3, 2009.

PENSESUS. A reforma sanitária brasileira. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 05 set. 2019. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 27 jun. 2021.

PEREIRA, V. B. **Elaboração do manual de boas práticas para as copas de distribuição de refeições do serviço de nutrição e dietética do Hospital da Criança Conceição**. Porto Alegre: s.n, 2012.17 p.

PEU, D. *et al.* Curationis. Perceptions of educators regarding the implementation of the health promotion programme manuals for children in schools in Makapanstad, South Africa. **Curationis**, v. 38, n. 02, p.1529, 2015.

PINTO, I. C. M. *et al.* Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação.

In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1903-1913, 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PRADO JR, J. C. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 34, p.1-9, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. SECRETARIA DE SAÚDE. **Manual do Residente. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC)**. Blumenau: RP, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **REGULAMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/20\\_01\\_2016\\_13.54.43.6c44e1afd0c5a2426aab14a383c54065.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/20_01_2016_13.54.43.6c44e1afd0c5a2426aab14a383c54065.pdf). Acesso em: 27 jun. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA (PMJP). **Portaria nº. 016/2018**. Estabelece normas regulamentares aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito da rede municipal de saúde de João Pessoa-PB e dá outras providências. Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA (PMJP). **Portaria nº. 018.2016**, de 06 de maio de 2016. Estabelece normas para a atuação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito do município de João Pessoa – PB e dá outras providências. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA (PMJP). **Portaria nº. 028/2019/SMS**, de 22 de abril de 2019. Estabelece normas para a atuação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito do município de João Pessoa – PB e dá outras providências. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. REDE ESCOLA. **Gerência de Educação na Saúde (GES)**. Disponível em: <http://antigo.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/ges-rede-escola>. Acesso em: 24 jun. 2021.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>>. Acesso em: 8 jul. 2021.

PULGA, C. M. T. *et al.* **Manual do Programa de Residência Médica da Secretaria do Estado de Saúde (SES)**. Comissão Central de Residência Médica Da Ses – Ccrm. Florianópolis: CCRMSC, 2018. 20 p.

PUSTAI, O. J.; FALK, J. W. O Sistema de Saúde no Brasil. *In: DUNCAN, B. B. et al* (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

QUEIROZ, A. C. M *et al.* Estudos de custi-efetividade na Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Essentia (Sobral)**, v.21, n. 1, p. 32-38, 2020.

RIBEIRO, L *et al.* O que é esperado de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade? SciELO Preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2987>. Acesso em: 10 out. 2021.

RODRIGUES, E.T. **Egressos de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do estado de São Paulo, 2000-2009**. 2012. 147p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SANTOS, A. M. B. *et al.* Elaboração de um manual ilustrado de exercícios domiciliares para pacientes com hemiparesia secundária ao acidente vascular encefálico (AVE). **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 1, p. 02-07, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502012000100002>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SANTOS, Z. M. S. A Tecnologia em Saúde – Aspectos Teórico-Conceituais. *In: SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T.* **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado** [livro Fortaleza: EdUECE, 2016. p. 23-24.

SCHIAVINATTO, I. L.; PATACA, E. M. Between images and texts: manuals as a praxis of knowledge. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 2, p. 551-566, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200013>. Acesso em: 27 jun. 2021.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Estratégias e desenvolvimento de garantia e controle de qualidade no ELSA-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 02, p. 105-112, 2013. Acesso em: 27 jun. 2021

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SILVA, A. P. S *et al.* Manual educativo para a prevenção secundária do câncer de mama: uma intervenção tecnológica. *In: SANTOS, Z. M. S. A; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T.* **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado** [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE, 2016. P. 399-410.

SILVA, H. P. *et al.* Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 83-90, 2012.

SILVEIRA, L. *et al.* Síndrome de Burnout em Preceptores e Residentes Vinculados a Programas de Residência em Saúde da Família. **Cogitare enferm.**, v. 25, p. e67248, 2020.

SIMON, E. *et al.* Prevenção quaternária e a redução do fluxo de encaminhamentos à angiologia e pedidos de ultrassonografia Doppler. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 16, n. 43, p.1.-10, 2021.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do médico residente**, v. 14, n. 2, p. 1-4, 2012.

SOARES, C. B. *et al.* Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 2, p.335-45, 2014.

SOARES, R. S. *et al.* Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.13, n. 40, p. 1-8, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629). Acesso em: 27 jun. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Recomendações da SBMFC para a APS durante a Pandemia de COVID-19**. 4. ed. Rio de Janeiro: SBMFC, 2021.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em: 29 jun. 2021

SOUZA, A. A. A. Manuais Didáticos: formas históricas e alternativas de superação. *In*: BRITO, S. H. A.; LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D. (orgs.). **A organização do trabalho didático**: na história da educação. Campinas, SP: HISTEDBR, 2010.

SOUZA, C. D. R. *et al.* Elaboração e avaliação de manual educativo sobre estimulação neuropsicomotora: estratégia de conhecimento para pais e/ou cuidadores de crianças com fissuras labiopalatinas e/ou síndromes associadas. **SALUSVITA**, v. 36, n. 04, p. 983-998, 2017.

SOUZA, R. R. O SUS e os desafios da terceira década. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 02 n. 01, p. 125-136, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária à Saúde**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEWART, M *et al.* **A medicina centrada na pessoa** – transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre. Artmed, 2017.

VASCONCELOS, R. N. C.; RUIZ, E. M. R. Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família - Revisão Integrativa. **Rev. Bras. de Edu. Méd.**, v. 39, n. 04, p. 630-638, 2015.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 225-264, 2005.

ZOMBINI, E. V.; PELICIONI, M. C. F. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**; v. 21, n. 1, p. 51-58, 2011.

**APÊNDICE A – RESPOSTA DOS RESIDENTES ÀS QUESTÕES FORMULADA  
PARA O DESENVOLVIMENTO DO MANUAL**

	<b>Você acredita ser necessário a criação material que possa direcionar o percurso formativo da Residência Médica em MFC, tal qual um Manual da Residência?</b>	<b>Quais são os itens que você acredita serem indispensáveis para a confecção do mesmo?</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de formatura</b>	<b>Por que você escolheu a residência de medicina de família e comunidade?</b>
1.	Sim, me sinto perdida porque a gente é mais acostumado a entender que as residências são nos hospitais. Um manual ia incentivar a gente a transformar elementos da realidade do residente em publicações, além de trazer artigos para discussão e análise.	Direitos e deveres dos residentes e preceptores. Como estudar e por onde. São primordiais itens que versem sobre as competências esperadas do médico de família e comunidade, o que o programa tem a oferecer ao residente, a bibliografia pertinente e as instruções para elaboração do TCR.	26 anos	1 ano	Complementar minha formação, fiz uma parte do internato na pandemia
2.	Sim, lá no hu a gente tem o manual do interno, não dá conta de tudo, mas ajuda a saber minimamente o que vai acontecer.	Regras de trabalho, eu cheguei aqui e sai fazendo, até hoje eu me vejo errando, preencho o e-sus incompleto ou encaminhamentos inadequados. Metas de aprendizado que fossem pensadas pra gente, não algo jogado. Podiam fazer reuniões científicas, juntamente com levantamento de temas e cronograma definido da residência, o que fazer em cada ano.	27 anos	1 ano e 6 meses	Por ter tido um internato bom em APS
3.	Normal, acho que todo programa devia ter msm.	Grade curricular da residência, as habilidades que o residente iria desenvolver nesses 2 anos, como são estágios, e aulas teóricas. Dando ideias de temáticas para se fazer junto com o residente, estimular a buscar estudos sobre diversas temáticas da	24 anos	6m	Era um emprego bom e eu queria ficar em João Pessoa

		residência. Como preencher os papéis, a quem devo me reportar: preceptor ou gerente da unidade? Preceptor ou professor? Sinceramente passa muita coisa da papelada batida, a gente passa na residência e já esperam que a gente seja médico de família.			
4.	Sim, é primordial.	Eu me sentia bem perdida no começo da residência, largada e pensei em sair várias vezes, trabalhar por trabalhar eu trabalhava já. Na minha unidade a sala de situação quem preenchia era a enfermeira, e meio que ela nem queria tanto dialogar como os professores sugerem é tanto que quando o professor pediu para ver meus atendimentos do mês eu nem sabia como mostrar, apesar de ter atendido muita gente.	31 anos	6 anos	Estabilidade e carreira
5.	Muito necessário porque eu quase surtei no começo se  alguém poderia explicar para gente quantos pacientes atender por turno, a gerente pensa que eu sou um robô de fazer receita, receita azul solta, assim	Estimulação Orientação Itens: Organização da residência Carga horária Docência/ Preceptoría Campos de atuação Competências e atividades do residente Estágios Principais temas a serem abordados Patologias mais frequentes na AB Como estudar MFC para não ter desespero de olhar para o paciente e não saber o que fazer Promoção/ Prevenção/ Rastreamento na AB Material de consulta TCC	25 anos	6m	Aprender e me especializar

6.	Sim.	A principio, propondo temas devido a maior vivência na especialidade. Direitos/ deveres dos residentes, papel do preceptor, lista de professores para tcc, trazendo claramente as normas da residencia que por vezes parece pouco acessível	26 anos	6m	Salário e estar perto de casa
7.	Sim.	Rotina da semana porque é complicado trabalhar com saúde sem cronograma eu não sei nem quantas horas eu passo na unidade, a gente parece não ter direito a nada, nem adoece Como ler artigos pra orientar nossa prática, o que devo estuar e discussão clínica e o que eu devo sair da residência sabendo	26 anos	6m	Ainda não sabia o que queria fazer e a mfc é bem abrangente
8.	Com certeza.	Tive a sorte de ter uma preceptora altamente dedicada à arte de ensinar, que sempre me impulsionou, mas algumas coisas como tempo de permanência na unidade, estágios e congressos que eu posso ir poderiam ter no manua e outras como orientações quanto aos direitos e deveres do residente, além de informações relativos a produção científica (TCC e artigos para publicação), organização de trabalho e principais condutas na atenção básica seriam interessantes também.I. Acredito que o apoio, a orientação e o exemplo dela me levaram a conseguir publicar três	27 anos	6m	Melhorar minha atuação médica

		artigos no período da residência. Docentes/Preceptores assim levam seus residentes longe.			
9.	Sim.	Sobre horários, organização de demanda, preceptoria de internos porque somos nós que ficamos a maior parte do tempo com eles. Discutindo sobre confecção de artigos, a estrutura, temas relevantes	29 anos	2a	Melhorar condutas

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Manual para a residência em medicina de família e comunidade: revisitando caminhos que estruturam a formação

Pesquisadora: Denise Mota Araripe Pereira Fernandes

Prezado (a) residente,

Eu gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: MANUAL PARA A RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: REVISITANDO CAMINHOS QUE ESTRUTURAM A FORMAÇÃO

Este estudo tem como objetivos: construir um manual para facilitar o processo de cuidado durante a formação dos residentes de medicina de família e comunidade de João Pessoa, a partir de pesquisas/construção de revisões que componham o compilado de direcionamentos da formação do residente. Destaco que esta investigação poderá subsidiar os profissionais de medicina no planejamento e implementação de ações e estratégias voltadas o aperfeiçoamento da formação no âmbito da residência médica em medicina de família e comunidade, contribuindo assim, para o direcionamento de um atendimento mais humanizado. Para a realização desta pesquisa, solicito sua colaboração participando deste estudo, mediante resposta a um questionário semiestruturado, onde o registro das informações será através do *googleforms*. Os dados obtidos serão extraídos na íntegra e de maneira anônima.

Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos, os danos eventuais que este estudo poderá ocasionar é relacionado a um possível desconforto psicológico com relação ao questionário. O risco também pode ocorrer devido ao tempo de duração da entrevista. Se o mesmo ocorrer todo suporte lhes será dado, com o encaminhamento do participante a Fundação Otacílio Gama, onde todo suporte lhes será dado.

Ressalta-se que o pesquisador irá promover a garantia do anonimato, sigilo das informações, fidedignidade na análise dos dados e o direito à liberdade de participar ou declinar do estudo em qualquer momento do processo da pesquisa. O questionário e as respostas serão apagados para minimizar a possibilidade de vazamento de dados.

Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto, você não é obrigado a fornecer informações e/ou colaborar com atividades

solicitadas pela pesquisadora, podendo requerer a sua desistência a qualquer momento do estudo, fato este que não representará qualquer tipo de prejuízo relacionado ao seu trabalho nesta instituição. Vale ressaltar que esta pesquisa não trará nenhum dano previsível a sua pessoa, visto que sua participação consistirá em uma entrevista com a pesquisadora a respeito de tema em destaque.

Considerando a relevância da temática no cenário da saúde, solicito a sua permissão para disseminar o conhecimento que será produzido por este estudo em eventos da área de saúde e em revistas científicas da área. Para tanto, por ocasião dos resultados publicados, sua identidade será mantida no anonimato, bem como as informações confidenciais fornecidas.

É importante mencionar que você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que a pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Diante do exposto, caso venha a concordar em participar da investigação proposta, convido o (a) você conjuntamente comigo, a assinar este Termo.

## CONSENTIMENTO

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, bem como da minha participação como entrevistada, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, bem como concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Informo que recebi uma cópia deste termo.

Em virtude de o TCLE encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pelo pesquisador e sujeito da pesquisa.

João Pessoa, / / 2021.

---

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora:

Telefones para contato com o pesquisador: (83) 98122-8826.

- Coordenação de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – CEP/FCM/PB. Endereço: Campus II, nº16 – Centro – João Pessoa-PB. CEP: 58010-740. Fone: (83) 3044-0402.

- Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – CEP/FCM/PB. Endereço: Campus II, nº16 – Centro – João Pessoa-PB. CEP: 58010-740. Fone: (83) 3044-0313.

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MANUAL PARA A RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: REVISITANDO CAMINHOS QUE ESTRUTURAM A FORMAÇÃO

**Pesquisador:** DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 46389021.3.0000.5178

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCM/PB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.814.810

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de escopo qualitativa, analítica e descritiva e o conteúdo desses encontros será transcrito e analisados mediante a técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (2011). Acredita-se que o Manual da Residência poderá dar ao residente possibilidades de melhor condução do processo de trabalho, traduzindo o ensino em serviço formado por vários pilares, transpondo os limites para além do benefício exclusivo àqueles que participaram do encontro, visto que documentaremos os ganhos em um Manual. Além da inserção na academia os residentes e a pesquisadora são trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilita devolver à sociedade paraibana pesquisas locais específicas das comunidades com atuação da residência. Espera-se que sejam produzidos artigos de revisão que serão submetidos à periódicos de Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade. Assim, o Manual do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB-Afya) além de documentar o Processo Político Pedagógico do programa poderá trazer ganhos que sedimentam um processo formativo de especialistas para trabalharem no SUS.

O Modelo do TCLE está de acordo com a pesquisa e com as informações contidas no projeto.

**Recomendações:**

Recomendamos atenção as normas da ABNT no texto do projeto e no CRONOGRAMA (as datas precisam ser corrigidas).

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

O projeto foi APROVADO. Porém necessita de ajustes no CRONOGRAMA (datas e prazos a partir da coleta) e inserção dos objetivos da pesquisa no projeto anexado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Caberá a pesquisadora atentar para a atualização do cronograma de execução da referida proposta de pesquisa, assim como a inserção dos objetivos da pesquisa no projeto anexado.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1746687.pdf	26/05/2021 16:20:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetosimples.docx	26/05/2021 16:20:00	DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	26/05/2021 16:19:15	DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.docx	26/05/2021 16:18:19	DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia.docx	02/05/2021 16:50:27	DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	02/05/2021 16:49:03	DENISE MOTA ARARIPE PEREIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

## ANEXO B – O MANUAL

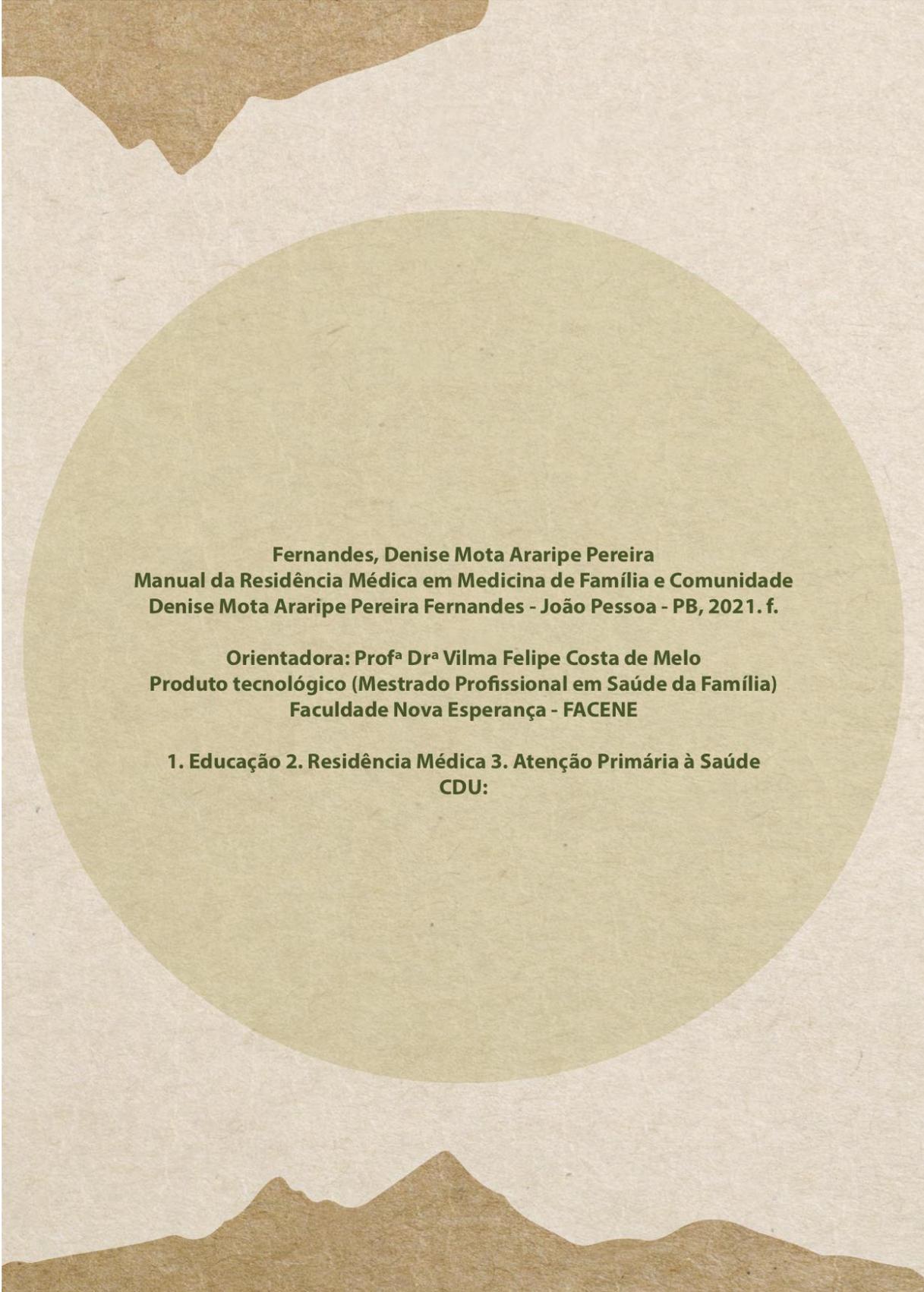
# Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade



Programa de Residência Médica  
em Medicina de Família e  
Comunidade

*Secretaria Municipal de João Pessoa*

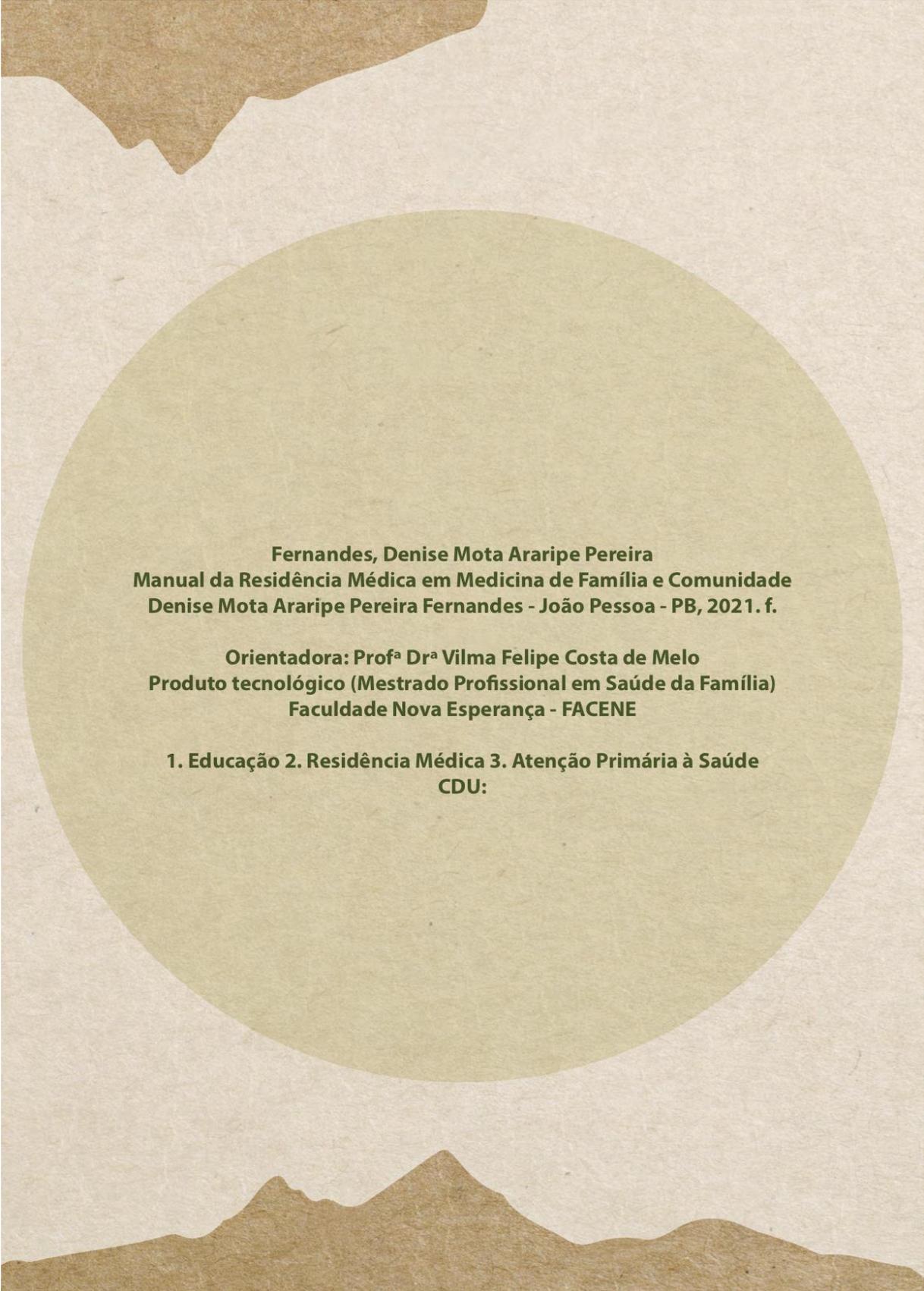
**Denise Mota Araripe Pereira Fernandes**



**Fernandes, Denise Mota Araripe Pereira**  
**Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**  
**Denise Mota Araripe Pereira Fernandes - João Pessoa - PB, 2021. f.**

**Orientadora: Profª Drª Vilma Felipe Costa de Melo**  
**Produto tecnológico (Mestrado Profissional em Saúde da Família)**  
**Faculdade Nova Esperança - FACENE**

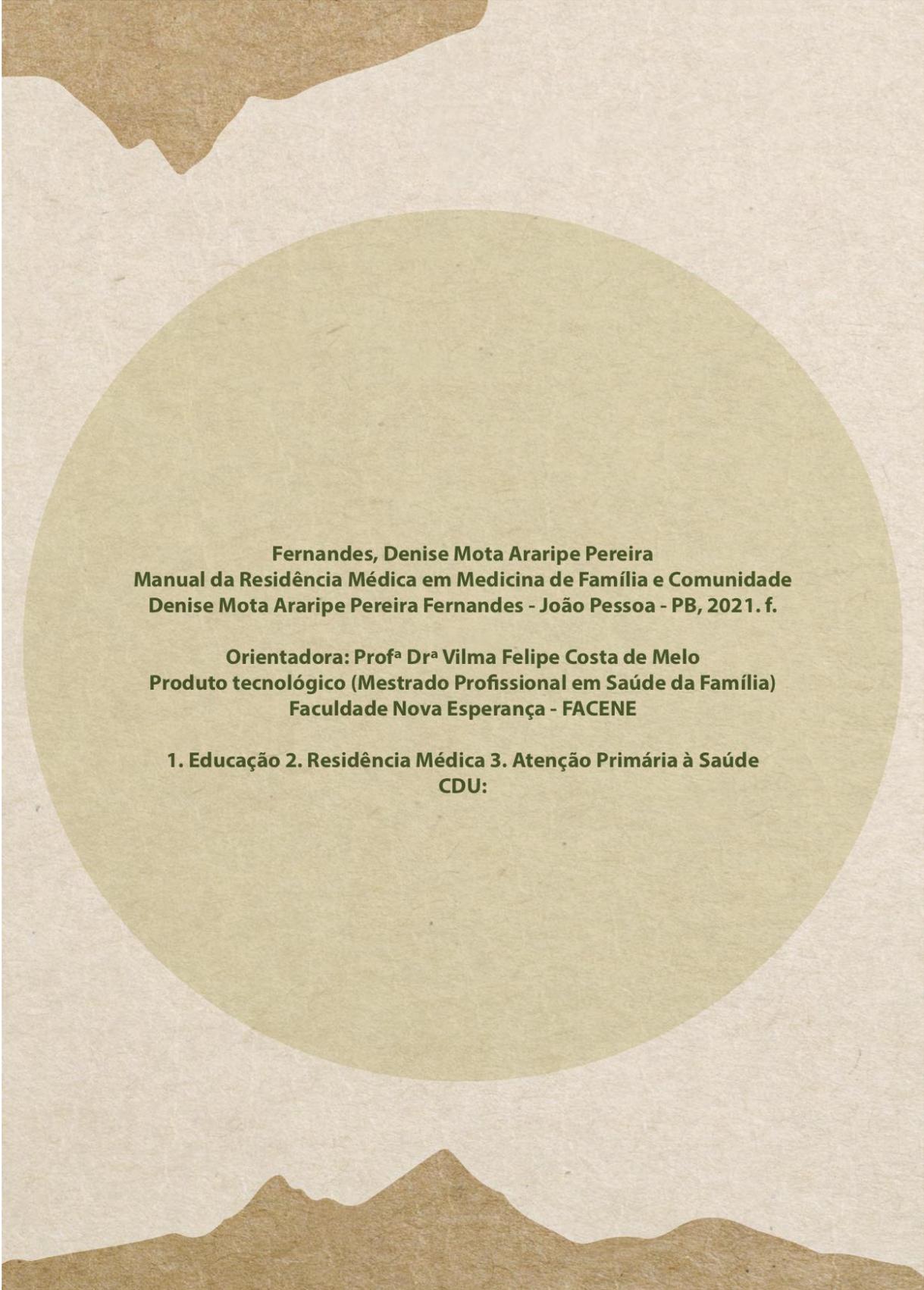
**1. Educação 2. Residência Médica 3. Atenção Primária à Saúde**  
**CDU:**



**Fernandes, Denise Mota Araripe Pereira**  
**Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**  
**Denise Mota Araripe Pereira Fernandes - João Pessoa - PB, 2021. f.**

**Orientadora: Profª Drª Vilma Felipe Costa de Melo**  
**Produto tecnológico (Mestrado Profissional em Saúde da Família)**  
**Faculdade Nova Esperança - FACENE**

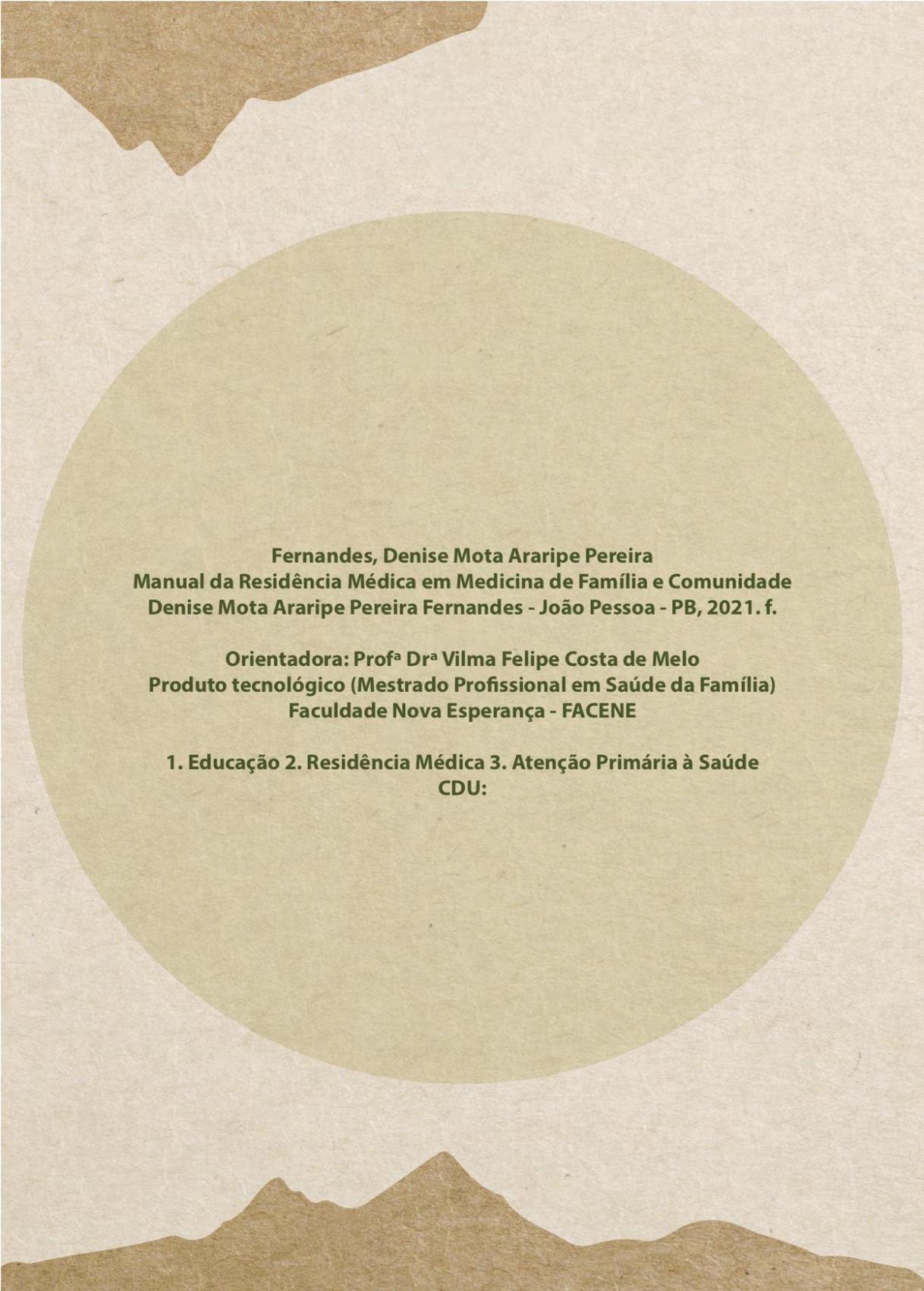
**1. Educação 2. Residência Médica 3. Atenção Primária à Saúde**  
**CDU:**



**Fernandes, Denise Mota Araripe Pereira**  
**Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**  
**Denise Mota Araripe Pereira Fernandes - João Pessoa - PB, 2021. f.**

**Orientadora: Profª Drª Vilma Felipe Costa de Melo**  
**Produto tecnológico (Mestrado Profissional em Saúde da Família)**  
**Faculdade Nova Esperança - FACENE**

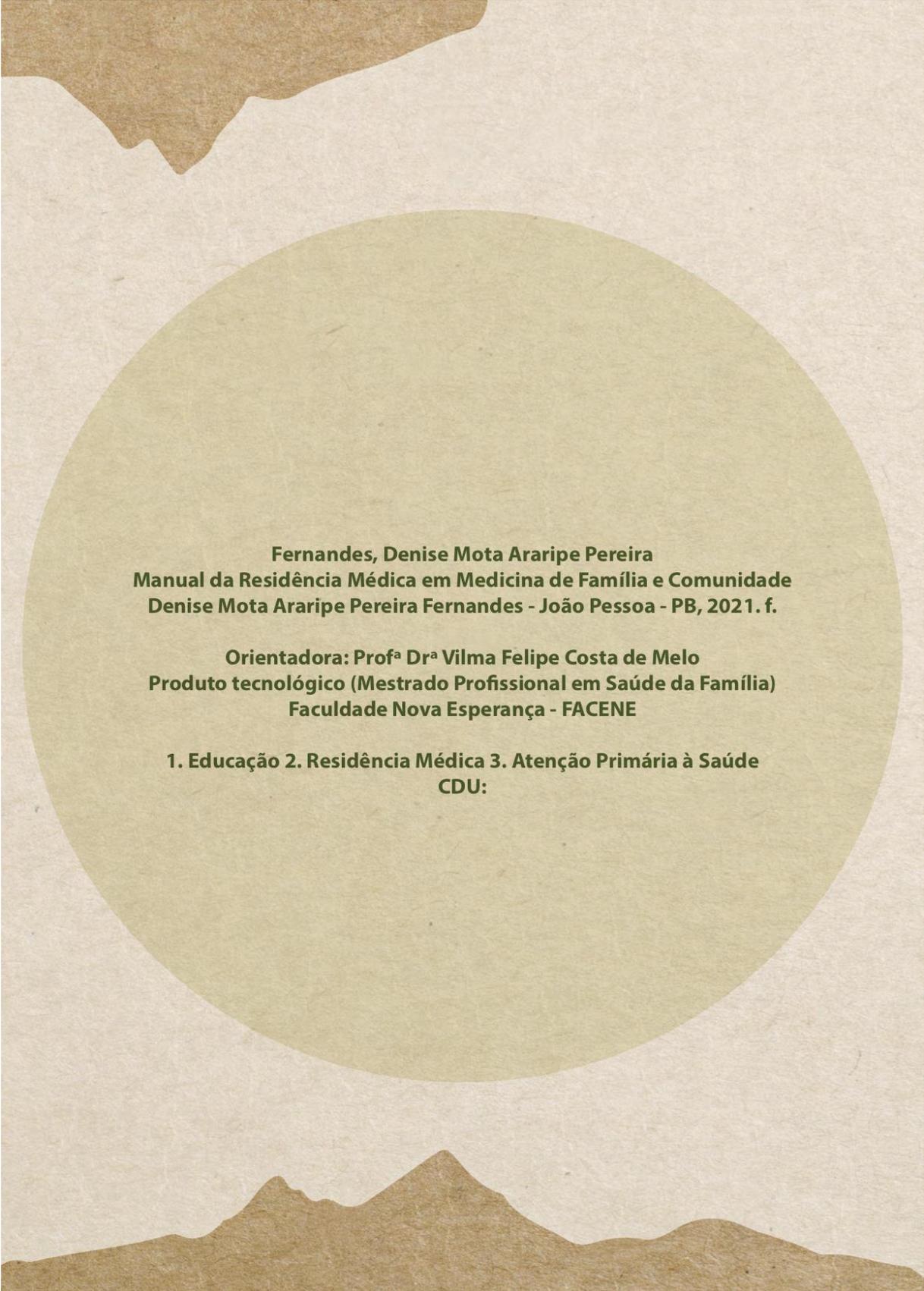
**1. Educação 2. Residência Médica 3. Atenção Primária à Saúde**  
**CDU:**



**Fernandes, Denise Mota Araripe Pereira**  
**Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**  
**Denise Mota Araripe Pereira Fernandes - João Pessoa - PB, 2021. f.**

**Orientadora: Profª Drª Vilma Felipe Costa de Melo**  
**Produto tecnológico (Mestrado Profissional em Saúde da Família)**  
**Faculdade Nova Esperança - FACENE**

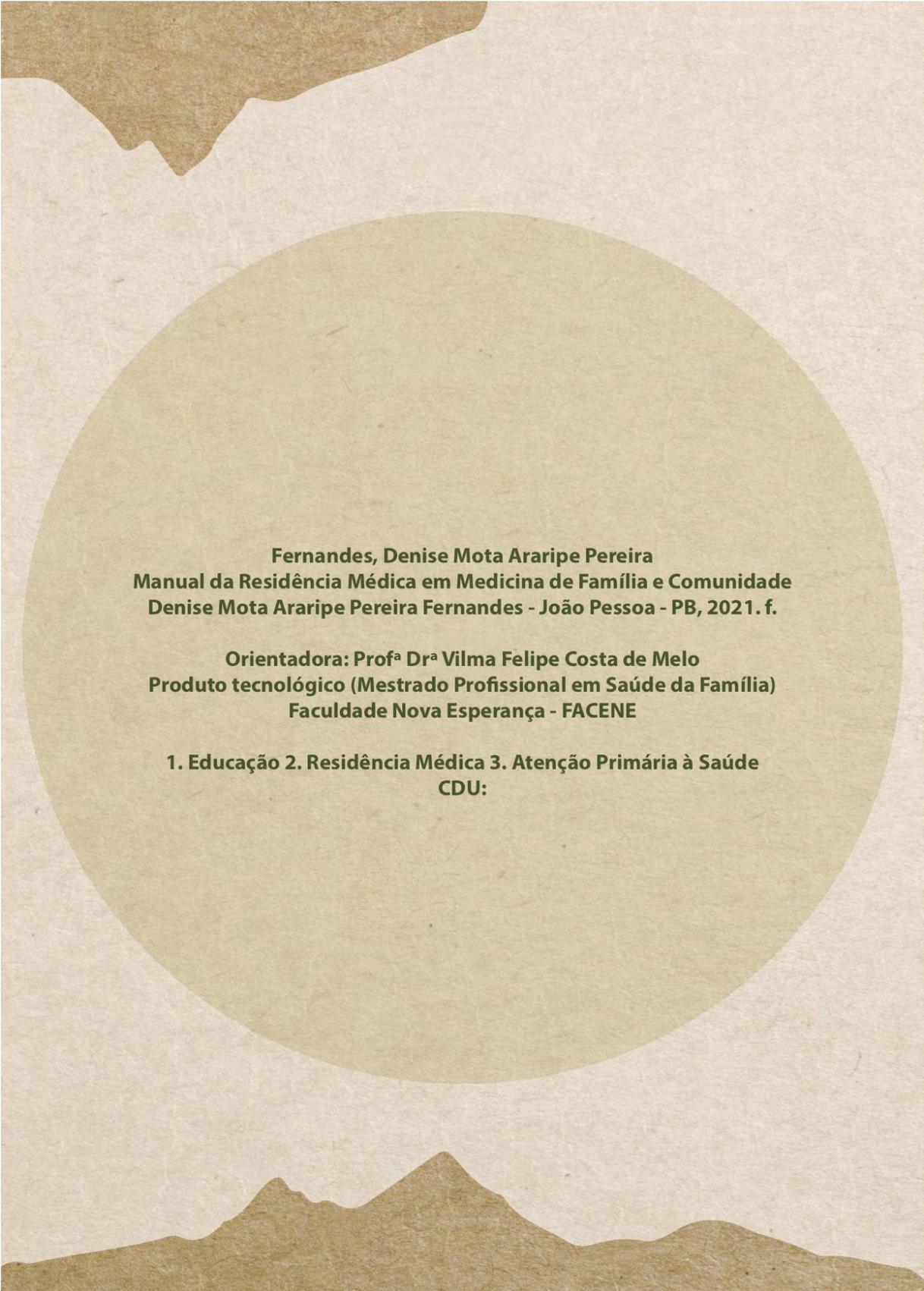
**1. Educação 2. Residência Médica 3. Atenção Primária à Saúde**  
**CDU:**



**Fernandes, Denise Mota Araripe Pereira**  
**Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**  
**Denise Mota Araripe Pereira Fernandes - João Pessoa - PB, 2021. f.**

**Orientadora: Profª Drª Vilma Felipe Costa de Melo**  
**Produto tecnológico (Mestrado Profissional em Saúde da Família)**  
**Faculdade Nova Esperança - FACENE**

**1. Educação 2. Residência Médica 3. Atenção Primária à Saúde**  
**CDU:**



**Fernandes, Denise Mota Araripe Pereira**  
**Manual da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**  
**Denise Mota Araripe Pereira Fernandes - João Pessoa - PB, 2021. f.**

**Orientadora: Profª Drª Vilma Felipe Costa de Melo**  
**Produto tecnológico (Mestrado Profissional em Saúde da Família)**  
**Faculdade Nova Esperança - FACENE**

**1. Educação 2. Residência Médica 3. Atenção Primária à Saúde**  
**CDU:**