

CAPÍTULO 11.1



O ensino da medicina de família e comunidade na graduação e residência médica

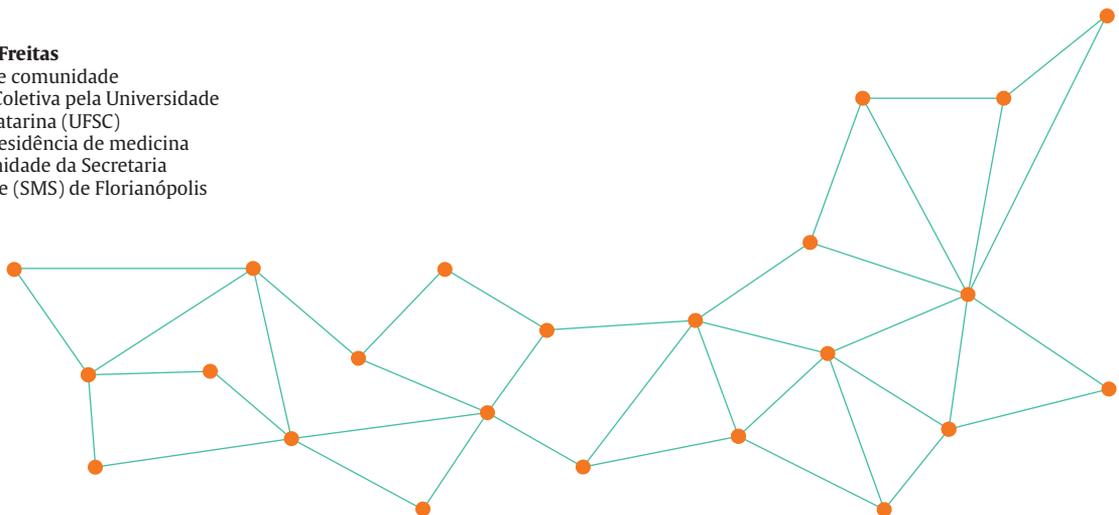


Andrea Taborda Ribas da Cunha

Médica de família e comunidade
Mestra em Saúde da Família pela
Universidade Federal do Rio Grande
do Norte (UFRN)/RENASF
Professora da Universidade do Estado do Rio
Grande do Norte (UERN) e da Universidade
Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)

Fernanda Lazzari Freitas

Médica de família e comunidade
Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade
Federal de Santa Catarina (UFSC)
Coordenadora da residência de medicina
de família e comunidade da Secretaria
Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis



1. INTRODUÇÃO E UM BREVE HISTÓRICO

A medicina de família e comunidade (MFC), em comparação às outras especialidades médicas, tem uma história recente e, gradativamente, vem ocupando espaço no currículo das escolas médicas brasileiras, concomitante à ampliação e consolidação dos programas de residência nessa área (PRMFC).

A história da especialidade se inicia em 1974 com a criação do projeto de um sistema de saúde comunitária no Centro de Saúde-Escola Murialdo, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Em 1976, os dois primeiros programas de residência com foco na comunidade originaram-se respectivamente no referido projeto gaúcho e no chamado “Subprograma de Internato e Residência em Hospital Regional Rural”, projeto da Universidade Federal de Pernambuco, em Vitória de Santo Antão (BORDIN; SILVA, 1988). Nessa fase, tanto a especialidade como a residência médica tinham a denominação de “Residência em

Saúde Comunitária”, mas não havia respaldo normativo ou legal (FALK, 2004).

No ano de 1979, foi criada a primeira residência multiprofissional em saúde comunitária, no Centro de Saúde Murialdo, derivada da residência em saúde comunitária dessa unidade de saúde. Em 1981, criou-se a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC), a qual permaneceu desativada até 1985, uma vez que membros da diretoria haviam declinado para formar a Associação Brasileira de Medicina de Família (ABRAMEF). A SBMGC foi reativada por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tendo como um dos objetivos conseguir o reconhecimento da especialidade pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) apresentou consulta ao CFM em 1986 (Processo Consulta nº 29/86), originando a Resolução CFM nº 1.232/86, a qual reconheceu a medicina geral comunitária como especialidade

médica, sendo atualizada pela Resolução CFM nº 1.634/2002, já com o novo nome da especialidade: “medicina de família e comunidade”. Os programas de residência médica (PRM) em medicina geral e comunitária (MGC) foram formalizados pela CNRM em 1981 (FALK, 2004) e adotaram o nome

atual da especialidade em 2002, por conta da publicação da lista de especialidades médicas elaborada pela Comissão Mista de Especialidades do CFM, da CNRM e da Associação Médica Brasileira (AMB).

O Quadro 1 sintetiza o histórico do surgimento da especialidade no Brasil.

Quadro 1. Evolução da especialidade medicina de família e comunidade no Brasil.

ANO	ACONTECIMENTOS
1974-1980	A especialidade e a residência médica ainda não tinham denominação definida, e não havia respaldo normativo ou legal como especialidade médica.
1981-1985	Resolução nº 07/81 da CNRM formaliza os PRM em MGC.
1986	Oficialização pelo CFM da MGC como uma especialidade no Brasil.
1986-1994	Em 1986, é reativada a SBMGC. Em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), e o então presidente da SBMGC é o primeiro a assinar o documento técnico que estabelece o que seria o PSF.
1995-2000	A partir do PSF, há franca expansão das áreas voltadas à atenção primária, incluindo a MGC. O mercado de trabalho para MGC começa a crescer, e são criados estímulos para mudanças no ensino de graduação nas áreas de saúde.
2001-2004	Em 2001, após amplos debates, em votação em dois turnos, decide-se mudar o nome dessa especialidade médica para “medicina de família e comunidade”. Inclusão da MFC na lista de especialidades elaborada pela Comissão Mista CFM-AMB-CNRM. Há grande expansão e consolidação da especialidade nesse período.
De 2004 até os dias atuais	Portaria nº 1.143 do Ministério da Saúde, que vem apoiar programas de residência em MFC. Sexto concurso para título de especialista em MFC em 2007, aplicado em dez cidades do país.

Fonte: Elaborado com base em Falk (2004) e Simas *et al.* (2018).

Como já mencionado, a MFC iniciou-se no Brasil com experiências diversas na década de 1970, tendo sido denominada de formas diferentes, como medicina comunitária e medicina geral, até que, em 1981, tornou-se “medicina geral comunitária” e, por fim, recebeu a denominação, em 2002, de medicina de família e comunidade (VALLADÃO JÚNIOR; GUSO; OLMOS, 2017).

A MFC pode ser definida como uma prática permeada por relações políticas e sociais, com distintas histórias e condições, relacionadas a seu aparecimento nos diferentes países e realidades (ANDRADE *et al.*, 2018). Isso se torna importante para entendermos as diferentes concepções sobre a especialidade, bem como a atuação do médico de família, a partir das construções históricas no

mundo e no Brasil, assim compreendermos quais as questões relacionadas à formação médica que permeiam a especialidade.

A Organização Mundial de Médicos de Família (WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS – WONCA), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e o Tratado de Medicina de Família e Comunidade (2019) concordam com a definição do médico de família como sendo um clínico, cuja prática está relacionada à promoção da saúde e à prevenção de agravos, contemplando os atributos da atenção primária à saúde (APS), com uma abordagem familiar e comunitária.

Na literatura de meados do século XVIII, existe uma contraposição ao entendimento de que conhe-

cer as doenças seria mais importante do que tratá-las e que o tratamento das pessoas não deveria ser focado somente na doença (PORTER, 2001 apud ANDRADE *et al.*, 2018). Essa assertiva está presente em distintas formulações discursivas sobre a MFC no Brasil e no mundo.

É importante conhecer a construção histórica da especialidade no Brasil, incluindo as divergências entre as denominações e sobre o papel do médico de família, para que sejam compreendidas as relações e interfaces entre a medicina preventiva, a saúde coletiva e o conceito de médico generalista, bem como o papel de cada área e especialidade na formação médica (DEMARZO *et al.*, 2012). Cabe também a discussão, no campo da educação médica, acerca da formação de um médico “generalista”. Afinal, há diferentes entendimentos sobre terminologia, conceituação e mesmo práticas de especialidades/áreas que devem atuar em prol da melhor formação na APS como preconizada hoje pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina (VIEIRA *et al.*, 2018).

O conceito de “médico generalista” pelo CFM ancora-se na não obrigatoriedade da existência de registro de especialidade (Registro de Qualificação de Especialista – RQE), consequente à formação por residência médica ou à obtenção de título de especialista por meio de prova aplicada por uma sociedade de especialistas, com o aval da ABM. Já no contexto mundial, países que têm a MFC como especialidade ordenadora da rede de atenção à saúde entendem *general practitioners* ou médicos generalistas como os médicos que atuam na base dos sistemas de saúde, avaliando e coordenando o cuidado aos pacientes na rede básica de saúde, referenciando-os a serviços secundários e/ou terciários, quando necessário (WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2002).

2. A ESPECIALIDADE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E SUA HETEROGENEIDADE

A figura do “médico familiar” muitas vezes é representada no imaginário, ocupando um lugar de proximidade às pessoas, e a MFC é frequentemente vista como “menos tecnológica” (BONET, 2014). Quando falamos de tecnologias relacionais, essa conceituação acerca do trabalho do médico de família e comunidade corresponde às “tecnologias leves” que, segundo Merhy e Franco (2003), são representadas pelo “modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o

cuidado”, enquanto as “tecnologias duras” são representadas por instrumentos e equipamentos estruturados para executar determinados produtos do trabalho em saúde.

O principal cenário de atuação do MFC é a APS. Esse é o nível que oferece a entrada ao sistema de saúde para todas as necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada à doença) no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outros pontos da rede de saúde (STARFIELD, 2002).

Portanto, a atuação do médico de família e comunidade se diferencia dos outros especialistas na medida em que a MFC, como principal nível de acesso ao sistema de atenção à saúde, envolve muitos problemas que, possivelmente, não contemplam uma nomenclatura padrão de diagnósticos (STARFIELD, 2002). Trata-se de um especialista em problemas comuns que muitas vezes se apresentam, inicialmente, indiferenciados. Esse profissional deve sentir-se confortável em estabelecer e manter um relacionamento com os pacientes, pois o foco de seu trabalho é a pessoa em seu contexto social e familiar; e não uma doença, exames, procedimentos, protocolos, técnicas ou ação programática. Além disso, uma atuação característica do especialista em MFC é a coordenação do cuidado, ou seja, ele mantém o acompanhamento do paciente de forma longitudinal. Mesmo que haja encaminhamentos para outros setores ou especialidades da rede de saúde, esse encaminhamento pressupõe vínculo, responsabilização e manutenção do cuidado.

As DCN para os cursos de graduação em Medicina determinam que a formação do médico deve visar a que o egresso seja um profissional generalista, com competências que lhe possibilitem atuar como profissional, desde a sua colação de grau. No Brasil, a formação em um programa de residência médica não é requisito obrigatório para o exercício da medicina. Faz-se necessário, então, apresentar alguns pontos específicos, como o fato de que, em países onde a formação básica em medicina é mais extensa e inclui a residência médica, os estudantes não têm acesso direto aos pacientes para examiná-los e assisti-los, como no Brasil, até que estejam no período equivalente à residência. Outro ponto a considerar é que o número de vagas anuais nesses programas, em nosso país, é inferior ao número de egressos de cursos de graduação em Medicina. Então, diante da autorização e do reconhecimento dos cursos de graduação pelo sistema oficial do país, todo médico que conclui sua gradu-

ação é generalista. Daí, a denominação de médico de família e comunidade estar sendo, atualmente, considerado pela população como equivalente a um “especialista em medicina geral”.

No Brasil, com o marco histórico da transformação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2005, a APS, como principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser a articuladora do acesso às redes de atenção à saúde (RAS) nos diferentes níveis de assistência e cuidado. A partir dessa estrutura, fez-se necessário modificar o perfil do profissional de saúde para atuar no sistema, valorizando a formação *na e para* a APS como ordenadora da rede. Nesse contexto, a formação dos profissionais, cujo campo de trabalho com maior oferta de vagas está na APS, precisa incluir atividades de treinamento, majoritariamente nos próprios serviços de APS, em vez de priorizar centros médicos de maior complexidade (STARFIELD, 2002). Um exemplo desse reconhecimento oficial reside o fato de que, nas DCN publicadas em 2014 e ainda vigentes, há atribuição de carga horária específica no internato para atividades a serem cumpridas na APS, priorizando a MFC e diferenciando-a da saúde coletiva.

Outro marco importante para a formação em MFC e para a atenção primária ou atenção básica (expressão utilizada no Brasil) corresponde às melhorias na estruturação de unidades básicas de saúde (UBS) que passaram a ocorrer em todo país, a partir de 2013, quando a Lei nº 12.871, a chamada “Lei do Programa Mais Médicos” (PMM), instituiu novas perspectivas para formação médica (da graduação à residência) e programas de provimento, articulando o PMM com o já existente Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) em 2012 (MOURÃO *et al.*, 2018). Permeado por apoios e críticas, o PMM foi alvo de estudos que concluíram que houve uma valorização da APS como campo de trabalho médico, bem como melhoria na estruturação das UBS em todo país (MOURÃO *et al.*, 2018). As vagas em PRM na área duplicaram entre 2009 e 2014, fato auxiliado pelo Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), articulado entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, para interiorização de residências em saúde, com foco em áreas prioritárias, entre elas a MFC (MOURÃO *et al.*, 2018). No entanto, é de conhecimento geral que, atualmente, há vagas ociosas nesses PRM, sendo necessário que haja diagnóstico situacional e reflexão para readequação e possível redistribuição dessas vagas.

Além do currículo baseado em competências da SBMFC de 2015, em 2020 a CNRM aprovou a Resolução nº 9, de 30 de dezembro de 2020, que versa sobre a matriz de competências dos PRM em MFC no Brasil.

Por tratar-se da modalidade de residência considerada o padrão-ouro para formação do médico de família e comunidade (BERGER *et al.*, 2017), com a expansão dos programas e da APS no Brasil, o mercado de trabalho para o MFC vem crescendo e se diversificando. Hoje, além da ESF, a MFC vem ocupando espaço também na rede de saúde suplementar e nas universidades, e é uma das especialidades protagonistas na assistência das populações invisibilizadas.

A estruturação da APS no país propiciou a consolidação da especialidade nas últimas décadas e, com isso, o estímulo e crescimento do ensino da MFC na graduação e a expansão e qualificação dos programas de residência. Nos próximos tópicos, vamos detalhar como vem se dando esse ensino tanto na graduação como na residência.

3. O ENSINO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA GRADUAÇÃO

A mudança proposta pelas DCN de 2014 para um perfil de egresso formado por competências e que atue para além de um modelo biomédico de atendimento traz a ideia de profissionais que utilizem uma abordagem centrada na pessoa e que tenham desenvolvidas também as competências colaborativas e de tomada de decisão associadas a um bom raciocínio clínico. Existe a necessidade de formar um profissional com perfil humanístico e reflexivo e que responda às necessidades do SUS.

O ensino da MFC na graduação possibilita a integração do currículo como um todo. A prática cotidiana da MFC, além da prática com foco na pessoa, na família e na comunidade, exercita a integração entre componentes curriculares básicos (como fisiologia, farmacologia, parasitologia, microbiologia) e clínicos (fisiopatologia, propedêutica e terapêutica). Também propicia ao estudante a vivência e a compreensão acerca do pertencimento da população assistida a realidades específicas e da relevância do SUS como rede pública, por meio da qual grande parte da população é cuidada pelos serviços públicos de saúde, reforçando a importância de que o processo de ensino-aprendizagem seja baseado nas necessidades da comunidade e articulado com as redes locais de saúde.

Outro aspecto importante é a variedade de cenários preconizados a partir da valorização da APS como espaço de prática essencial na formação do médico. A mudança de foco principal tem transformado o modelo de práticas na graduação, que era principalmente hospitalocêntrico, para um modelo que oportuniza a inserção em cenários diversos, com a priorização de espaços da APS, como já exposto. Tal fato pode ser embasado pelo estudo de White, de 1961, posteriormente revisado, sobre ecologia do cuidado médico (GREEN *et al.*, 2001). Esse estudo se inspirou em um relatório de atendimento de médicos generalistas britânicos (*general practitioners*) o qual informava que, em cada mil adultos atendidos em um mês, 750 reportavam alguma doença, dos quais 250 consultaram um médico, nove eram hospitalizados, cinco eram encaminhados a um especialista e um era referenciado a um serviço hospitalar universitário de alta complexidade. Esse estudo propicia a discussão acerca do perfil necessário do médico, cuja formação visa responder às demandas e necessidades de saúde da população, atuando nos diferentes cenários de atuação.

As DCN de 2001 já preconizavam a flexibilização curricular e a ampliação do ensino na APS. A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a SBMFC traçaram, então, as recomendações para o ensino da APS na graduação médica (DEMARZO *et al.*, 2012). As DCN publicadas traziam a razão e a importância de ensinar na APS, o que ensinar, como, quando, onde e quem deveria ensinar. O artigo de Demarzo *et al.* (2012) considerava que os núcleos do saber e do agir médico se encontram no aprendizado da clínica, principalmente nos raciocínios clínico e semiológico; que o ensino na APS, de acordo com estudos já desenvolvidos, seria importante cenário de treinamento longitudinal no decorrer curso, representando um núcleo de ensino semiológico e de prática clínica, com base na aprendizagem a partir do trabalho; e que o especialista em MFC era considerado o principal ator na docência e preceptoria do ensino na APS. Um artigo anterior, de 2010, sobre a satisfação de estudantes de Medicina quanto ao ensino da APS, mostrou que a integração com as equipes de saúde e o perfil do docente e sua atuação no cenário eram importantes (NEUMANN; MIRANDA, 2012).

A MFC é uma especialidade que trabalha integrando a clínica com a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde de indivíduos, suas famílias e comunidades, preconizando uma abor-

dagem, como já citado, centrada na pessoa e não na doença. Esses atributos a tornam uma área estratégica para ressignificar a prática médica, tendo em vista os novos paradigmas do trabalho/da produção em saúde e da formação ordenada pelo SUS (ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a WONCA já se posicionavam sobre o potencial da inclusão da MFC nos currículos de graduação, em um relatório produzido em 1994. Em um artigo de 1977, Byrne *et al.* (apud ANDERSON; DEMARZO; RODRIGUES, 2007) apontaram sete razões para a inclusão da MFC no currículo de graduação médica. Entre elas, destacam-se: a necessidade de vivenciar o cenário em que a maioria da população é atendida, a abordagem centrada na pessoa, a abertura do estudante para considerar a especialidade como uma opção de atuação, além do fato de que a atuação docente de médicos de família e comunidade na graduação oferece à escola médica novas possibilidades de ensino, pesquisa e extensão, ampliando o envolvimento da instituição de ensino superior com as necessidades e demandas de saúde da população, sobretudo de pessoas e das comunidades em que estão inseridas.

Em 2015, a SBMFC lançou o currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade, com o intuito de auxiliar e guiar a formação da especialidade no Brasil. O currículo agrupa as competências em quatro categorias: pré-requisitos, essenciais, desejáveis e avançadas, como veremos mais adiante. As competências “pré-requisitos” podem ser entendidas como competências desenvolvidas na graduação médica. O currículo por competências da SBMFC promove então, de forma indireta, a discussão sobre quais competências a área/especialidade de MFC poderia trazer como contribuição para a formação do médico.

Apesar de já haver alguns anos desde as DCN de 2014, ainda existem dificuldades nos cenários de prática de APS para que seja alcançada a incorporação do ensino com maior adequação. As dificuldades ocorrem também quanto ao entendimento das diferenças entre os atributos da área de saúde coletiva e da MFC como especialidade médica. Há grande heterogeneidade no cenário nacional quanto à organização das escolas no que se refere ao ensino na APS, o que também ocorre na definição do perfil de docentes que nela atuam, assim como em que períodos a APS e a MFC devem estar inseridas no currículo médico e que formato(s) de atividades deve(m) ser ofertado(s) (SILVA *et al.*, 2017).

A maioria das escolas aborda, nos períodos iniciais do curso médico, situações que envolvem temas de saúde coletiva e de MFC, tais como caracterização do território, indicadores de saúde, atributos da APS e trabalho em equipe (DEMARZO *et al.*, 2012). A partir do terceiro e quarto período, os aspectos clínicos da MFC, na prática da APS, começam a estar mais evidentes, por abrangerem abordagens familiar e comunitária, entrevista clínica centrada na pessoa, tomada de decisão e raciocínio clínico, evoluindo nos períodos seguintes para a prática clínica visando aos diferentes ciclos de vida e conjugando condições prevalentes na APS com os instrumentos e ferramentas utilizados na MFC (SILVA *et al.*, 2017).

A integração ensino-serviço nos cenários de práticas na APS configura um importante ponto de discussão, representando uma dificuldade em diversos territórios. Isso ocorre devido aos próprios problemas de estruturação da APS no país, e, diante da necessidade de que os serviços tenham condições para que possam ser campos de prática adequados e efetivos, como prevê a Lei nº 8.080/90, que criou o SUS, todo profissional de saúde precisa ser treinado dentro do sistema para que nele possa atuar com competência.

Ante as dificuldades, o uso da simulação pode ser uma ferramenta importante para o treinamento dessas competências a serem desenvolvidas, bem como na avaliação de aprendizagem de estudantes no escopo da MFC. A literatura demonstra que os estudantes que têm contato mais precoce com a prática simulada adquirem com facilidade as habilidades fundamentais em semiotécnica e comunicação, por tratar-se de uma aprendizagem mais realista e significativa (VIEIRA *et al.*, 2018).

Outra questão discutida na atualidade se refere à definição das ferramentas e competências da MFC que estão diretamente ligadas ao ensino da semiologia. Uma discussão interessante tem versado sobre o ensino de semiologia praticado apenas por especialistas focais nos cursos de graduação em Medicina. A MFC, que também é uma especialidade médica, mas, como já abordado, está intimamente ligada às competências relacionadas ao atual perfil de médico generalista, preconizado nas DCN para o egresso e que atua principalmente na APS, utilizando a prática clínica centrada na pessoa, certamente pode ter o desenvolvimento de habilidades propedêuticas entre suas atividades. A caracterização da especialidade, com base nas competências definidas pela SBMFC e CNRM, traz uma gama de conhecimen-

tos e habilidades diferenciados, tais como o trabalho colaborativo e as habilidades relacionadas às narrativas. A utilização de diferentes modelos de anamnese e semiologia possibilita a prática de entrevistas clínicas centradas na pessoa, na família e mesmo na comunidade, valoriza sintomas inespecíficos e amplia a capacidade de tomada de decisão baseada em observação cuidadosa e em evidências científicas. A MFC tem, afinal, um importante espaço na semiologia e na prática clínica, nos cursos de graduação médica.

4. O ENSINO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA RESIDÊNCIA

4.1. BREVE HISTÓRICO DA RESIDÊNCIA EM MFC

A residência médica, modalidade de pós-graduação *lato sensu*, cujos primeiros programas datam do final do século XIX, tem por finalidade precípua capacitar profissionais médicos para exercer uma especialidade, entre aquelas listadas pela Comissão Mista de Especialidades, reconhecida pelo CFM. No Brasil, os primeiros PRM tiveram início na década de 1940. Contudo, apenas em 1977 foi criada, por decreto presidencial, a CNRM com a função de regulamentar os PRM no país (GUSSO; LOPES, 2019).

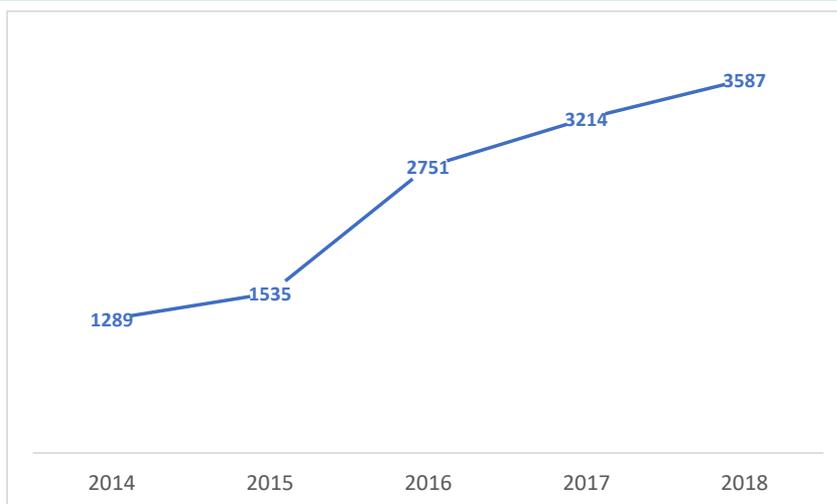
Como citado anteriormente, os primeiros programas de MFC no país datam da década de 1970 e estavam localizados em diferentes estados do país, com diferentes denominações: em 1976, no Centro de Saúde-Escola Murialdo, no Rio Grande do Sul, e em Vitória de Santo Antão, em Pernambuco. No mesmo ano, também foram iniciadas as atividades do Programa de Residência em Medicina Integral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Em 1980, criaram-se, em Porto Alegre, o Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária e o Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição (FALK, 2004). É importante ressaltar a vanguarda desses programas, pois foram seus egressos que desempenharam a importante tarefa de desenvolver a especialidade no país.

4.2. EXPANSÃO DOS PRMFC

Durante as décadas de 1980 e 1990, o número de vagas ofertadas em PRMFC foi pouco expressivo e de crescimento lento. A partir de 2002, houve aumento no número de vagas nesses programas, passando a ser bastante significativo desde 2014.

O Gráfico 1 demonstra a evolução, no Brasil, do número de vagas ofertadas para residência em MFC entre 2014 e 2018.

Gráfico 1. Evolução do número de vagas de residência médica autorizadas no Brasil de 2014 a 2018 (medicina de família e comunidade R1).



Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica.

Segundo o relatório *Demografia médica no Brasil 2020* (SCHEFFER *et al.*, 2020), em dez anos a especialidade que mais ampliou o número de médicos residentes foi a MFC, que passou de 181 vagas de residente de primeiro ano (R1) ocupadas, em 2010, para 1.031 vagas de R1 ocupadas, em 2019, representando um aumento de 469,6%. A MFC, que contabilizou 5,3% dos R1 de todos os PRM em 2019, cresceu quase cinco vezes mais do que a taxa de crescimento global das vagas de R1 (81,4%) no período analisado.

Esse aumento expressivo nas vagas e a respectiva ocupação têm explicação na implementação de políticas diversas, como:

- *Pró-Residência*: programa instituído pelo governo federal em 2009, com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, como a MFC.
- *Provab*: com objetivo de prover profissionais para áreas remotas, mediante supervisão e capacitação especializada.
- *PMM de 2013*: com intervenções em três dimensões: provimento emergencial de profissionais para municípios com áreas de vulnerabilidade, melhoria da infraestrutura da UBS e mudanças na formação de médicos, como a reordenação da oferta de cursos de Medicina e das vagas de residência médica, além da adoção de novos parâmetros curriculares para a graduação.

As normativas para a criação de novos cursos de Medicina, dentro dos movimentos de “provimento

de profissionais” e “mudança de formação/universalização da residência médica” do PMM, estabeleceram uma proporção do quantitativo de novas vagas em PRM das áreas básicas para cálculo de vagas de graduação em novos cursos. A criação de três novos PRM de áreas básicas, com quantitativo definido e bolsas mantidas pela instituição de ensino superior proponente da abertura de novo curso médico, foi estabelecida como requisito essencial para autorização de funcionamento de novos cursos (Lei nº 12.871/2013). Entre as áreas reconhecidas como básicas, destaca-se a MFC, considerada fundamental por integrar a APS e ser a mais requisitada pelos municípios, sendo contemplada pelo Provab e, muitas vezes, contando com remuneração adicional à bolsa de médico residente. A MFC passou a ser uma opção de muitos concluintes de cursos médicos.

Contudo, mesmo com a expansão de PRM, a proporção de médicos sem especialização, considerados “generalistas”, chega a 40%. Dentre os especialistas, grande parte concentra-se em quatro áreas: clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia. Juntas, essas quatro especialidades concentram 38% do total de especialistas. O número de especialistas em MFC foi de 1,7% (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Como já mencionado, além das políticas federais listadas, alguns municípios vêm realizando complementação de bolsa-residente, além de incentivo ao preceptor, o que também torna o PRMFC mais atrativo.

4.3. ESTRUTURA DO PRMFC

A residência médica é considerada padrão-ouro na formação de médicos especialistas (GUSSO; LOPES, 2019). No Brasil, a residência em MFC tem duração de dois anos, conforme a Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015, da CNRM.

O que diferencia a residência médica de outros processos de formação do profissional médico é o foco na prática e a supervisão (preceptoria) realizada por profissionais médicos de elevada qualificação. Esse treinamento centrado na prática, além da aquisição de novos conhecimentos, propicia o desenvolvimento de habilidades e atitudes que determinam o desempenho profissional.

Com a expansão dos PRMFC na última década, a SBMFC e CNRM têm elaborado vários documentos que norteiam a estruturação e a qualificação dos PRM em MFC. São eles:

- Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015, que, entre outras determinações, regulamenta os requisitos mínimos de cada um dos dois anos/períodos dos PRMFC.
- Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade, publicado em 2015 pela SBMFC.
- Recomendações para a qualidade dos PRMFC, publicadas em fevereiro de 2020 pela SBMFC.
- Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020, que aprova a Matriz de Competências dos PRMFC no Brasil.

Esses documentos têm em comum o interesse em apontar caminhos para qualificar e fortalecer a formação do especialista em MFC por meio da residência médica, respeitando as diversidades locais/regionais do país e buscando parâmetros mínimos de qualidade para os programas com diferentes configurações.

4.4. O ENSINO NAS RESIDÊNCIAS DE MFC

Na organização do ensino nos PRMFC, é importante a definição do perfil do profissional especia-

lista, ao concluir os dois anos do PRM. Conforme estabelece a WONCA (WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS, 2002), as competências centrais esperadas dos médicos de família e comunidade são representadas pelas capacidades de:

- Atuar no cotidiano de serviços de atenção primária;
- Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa;
- Demonstrar habilidades clínicas consistentes e suficientes para a resolução das situações mais comuns em sua prática;
- Pautar-se por uma prática que valorize uma visão integral das pessoas;
- Agregar uma orientação comunitária às práticas cotidianas;
- Priorizar um modelo holístico em sua concepção das circunstâncias do serviço.

As questões principais que envolvem o ensino nos programas de residência são: o conteúdo da formação, como deve ser esse processo, como os residentes aprendem e o que aprendem. Além disso, é imprescindível estar consciente de que, durante a residência, objetiva-se o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas (comportamentos e atitudes) em busca do profissionalismo (BOTTI; REGO, 2010).

Um ponto importante para o sucesso da aprendizagem durante a residência é a ênfase na metacognição. O residente deve desenvolver essa capacidade com base em suas atividades práticas, refletindo sobre elas e buscando novas competências que julgue necessárias para melhorar seu desempenho com médico, progressivamente, até que a ajuda do preceptor já não seja necessária (BOTTI; REGO, 2010).

Com relação ao conteúdo da formação nos PRMFC, como já referido, houve importante avanço a partir da publicação do currículo baseado em competências pela SBMFC e, mais recentemente, da matriz de competências dos PRMFC no Brasil.

O currículo baseado em competências para MFC tem como objetivo a qualificação do processo formativo dos profissionais atuantes na APS e foi divulgado em um momento de expansão dos PRMFC. Agrupa competências em campos subdivididos em grupos, áreas e níveis, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2. Estrutura do currículo baseado em competências MFC.

	Estrutura do currículo		
	Campo	Grupo	Área de competência
CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS PARA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	1. Fundamentos	1.1 Fundamentos teóricos	1.1.1 Princípios da Medicina de Família e Comunidade
			1.1.2 Princípios da Atenção Primária à Saúde
			1.3 Gestão e Organização de Serviços de Saúde
		1.2 Fundamentos da prática	1.2.1 Abordagem Individual
			1.2.2 Abordagem Familiar
			1.2.3 Abordagem Comunitária
			1.2.4 Raciocínio Clínico
			1.2.5 Habilidades de Comunicação
			1.2.6 Ética Médica e Bioética
			1.2.7 Educação Permanente
			1.2.8 Habilidades frente a pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência
		1.3 Gestão e Organização de Serviços de Saúde	1.3.1 Gestão e organização do processo de trabalho
	1.3.2 Trabalho em equipe multiprofissional		
	1.3.3 Avaliação da qualidade e auditoria		
	1.3.4 Vigilância em Saúde		
	2. Atenção à Saúde	2.1 Atenção Individual	2.1.1 Abordagem a problemas gerais e inespecíficos
			2.1.2 Abordagem a problemas respiratórios
			2.1.3 Abordagem a problemas digestivos
			2.1.4 Abordagem a problemas infecciosos
			2.1.5 Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão
			2.1.6 Abordagem a problemas de saúde mental
			2.1.7 Abordagem a problemas do sistema nervoso
			2.1.8 Abordagem a problemas cardiovasculares
			2.1.9 Abordagem a problemas dermatológicos
			2.1.10 Abordagem a problemas hematológicos
			2.1.11 Abordagem a problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta
			2.1.12 Abordagem a problemas metabólicos
			2.1.13 Abordagem a problemas relacionados aos rins e vias urinárias
			2.1.14 Abordagem a problemas musculoesqueléticos
			2.1.15 Cuidados paliativos
			2.1.16 Cuidado domiciliar
			2.1.17 Rastreamento
			2.1.18 Urgência e emergência
2.1.19 Realização de procedimentos ambulatoriais			
2.2 Atenção a grupos populacionais específicos ou situações específicas		2.2.1 Atenção à saúde da criança e adolescente	
		2.2.2 Atenção à saúde do idoso	
	2.2.3 Atenção à saúde da mulher		
	2.2.4 Atenção à saúde do homem		
	2.2.5 Atenção à sexualidade		
	2.2.6 Atenção ao ciclo gravídico-puerperal		
	2.2.7 Atenção às situações de violência e de vulnerabilidade		
	2.2.8 Atenção à saúde do trabalhador		
3. Formação optativa ou complementar	3.1 Medicina Rural	3.1.1 Fundamentos da Medicina Rural e de áreas isoladas (Estágio Optativo)	
		3.1.2 Aprofundamento em Medicina Rural e de áreas isoladas (R3)	
	3.2 Práticas Integrativas e Complementares	3.2.1 Introdução às Práticas Integrativas e Complementares (Estágio Optativo)	

Fonte: Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade. Organização: Nulvio Lermen Junior. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015.

Cada área de competência apresentada no Quadro 2 é categorizada por níveis:

- *Pré-requisito*: competências esperadas de um profissional ao ingressar no PRMFC.
- *Essenciais*: competências mínimas esperadas de todo profissional ao concluir o seu processo de formação como especialista em MFC.
- *Desejáveis*: competências esperadas de um residente diferenciado – aquele que consegue avançar para além das competências essenciais.
- *Avançadas*: competências esperadas de um profissional que tenha adquirido proficiência em uma área de atuação específica, dentro do campo de atuação da MFC. São competências a serem alcançadas, usualmente, após a conclusão do PRMFC e, muitas vezes, demandam outras formações específicas.

O foco dos PRMFC está nas *competências essenciais* que reúnem o que se espera do residente ao final do seu processo de formação.

O currículo baseado em competências deve ser contemplado em vários momentos. Os processos seletivos dos PRMFC podem ser estruturados com base nas competências pré-requisitos, que podem ser identificadas quando do ingresso do residente no programa. Conhecer as competências definidas para a especialidade, desde aquelas consideradas pré-requisitos, é uma estratégia importante para o residente acompanhar sua evolução, estimulando a capacidade de metacognição. Para os gestores e preceptores, tal conhecimento representa um guia nas tarefas de estruturação dos campos de prática, nas aulas teóricas, nos estágios e no processo avaliativo dos PRMFC.

Um próximo passo é incorporar a definição das atividades profissionais confiáveis (*entrustable professional activities* – EPA) ao currículo baseado em competências dos PRMFC. O conceito de EPA surgiu em 2005, concebidas como responsabilidades ou tarefas simples ou complexas que devem ser contempladas durante as ações de atenção ao paciente (TEM CATE, 2019). Uma EPA integra múltiplas competências de vários domínios que são mensuráveis e observáveis (COSTA *et al.*, 2018). As EPA representam as ações confiabilizadoras de uma atividade profissional, e, no caso das EPA que devem ser associadas às competências de médicos em formação como especialistas, duas características são primordiais: a realização de tarefas correspondentes às EPAs deve ser mediada pela atribuição de confiança do supervisor/preceptor (que, enfim, compartilha a responsabilidade técnica pelas ações pro-

fissionais do educando); e tais práticas devem ser objeto de devolutiva (*feedback*) e discussão conduzidas pelo supervisor/preceptor (FRANCISCHETTI; HOLZHAUSEN; PETERS, 2020).

Os objetivos das EPA seguem os mesmos do projeto *Canadian Medical Education Directions for Specialists* (CanMEDS), que visa aprimorar o treinamento médico no Canadá; e a primeira versão do *CanMEDS-Family Medicine* (CanMEDS-FM) foi publicada em 2009, com o intuito de os programas de pós-graduação em Medicina de Família responderem às necessidades da sociedade. Em 2015, o CanMEDS-FM incorporou os conceitos de EPA e os marcos de competências (*milestones*) no seu conteúdo, e a versão mais atual data de 2017 (SHAW; OANDASAN; FOWLER, 2017; COSTA *et al.*, 2018).

Outro ponto importante nos PRMFC reside na definição de como deve ocorrer esse processo de ensino-aprendizagem. A residência médica tem duas características que a diferenciam de outros processos formativos: ser uma modalidade de ensino eminentemente prática e ter a supervisão realizada por profissionais médicos de elevada qualificação – o preceptor.

A CNRM estabelece que, em um PRM, 80%-90% da carga horária total deve corresponder a atividades práticas, e 10%-20%, a atividades teóricas, de modo que os PRM são eminentemente pautados no treinamento em serviço. Assim, o processo de ensino-aprendizagem nos PRMFC tem como cenário os campos de prática da APS, e o preceptor é responsável pelo aprendiz no local de trabalho. O preceptor deve ensinar o aprendiz a clinicar, integrar valores à prática clínica, observar o exercício dessa prática, discutir e corrigir os erros, e revisar a própria prática. O preceptor pode realizar essas funções nos ambientes de trabalho da especialidade ou fora dele, como em situações simuladas (RIBEIRO, 2019). Dessa forma, ser preceptor em MFC significa ocupar um duplo papel no ambulatório: ser gestor e apoiador do cuidado dos pacientes e apoiador de aprendizagem dos residentes sob sua supervisão. O preceptor deve pautar a sua atuação pela segurança do paciente, buscando evitar danos decorrentes do cuidado (IZECKSOHN *et al.*, 2017).

Em uma analogia à maleta do médico, a “maleta do preceptor” deve conter ferramentas de ensino que propiciem esse aprendizado centrado no residente e na prática, e algumas das ferramentas de ensino que podem estar nessa maleta são: a chamada “técnica de Preceptoria em um Minuto” (CHEMELLO, 2009), habilidades de ensino por

meio de simulação, capacidade de utilizar vídeo-gravação de consultas para posterior análise com o aprendiz, com observação direta e reversa, *role play*, dentre outras.

Esse caminhar evolutivo da formação do residente deve ser acompanhado de um processo avaliativo que procure incluir (GUSSO; LOPES, 2019):

- Acompanhamento cotidiano das atividades do médico-residente pelo preceptor;
- Avaliação pelo residente – autoavaliação e de seus preceptores;
- *Feedbacks* específicos e oportunos, além dos já estabelecidos pelos PRMFC;
- Avaliações estruturadas de consultas e procedimentos a partir de observação;
- Avaliação feita pela equipe na qual o residente está inserido;
- Avaliação dos preceptores e dos locais de estágios.

4.5. DESAFIOS PARA ENSINO NA RESIDÊNCIA DE MFC

O panorama de formação do médico de família e comunidade avançou muito na última década com a expansão e qualificação dos PRMFC. Contudo, há alguns desafios a serem superados, como: tornar a residência médica universal e obrigatória para o exercício da profissão/especialidade – o que somente pode ocorrer a partir do momento em que a universalização das vagas seja uma realidade; a implementação pelos PRMFC de currículos locais (específicos) baseados em competências; avançar na determinação das EPA e dos marcos de competências, na definição de condições e infraestrutura mínimas a serem exigidas dos serviços de saúde, para que sediarem um PRMFC, além da ampliação da formação de preceptores para MFC.

5. MÉTODOS ATIVOS DE ENSINO E SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO MÉDICA NA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Vieira *et al.*, em 2018, baseando-se na discussão acerca das competências e do perfil esperado do egresso, de acordo com as DCN de 2014 e o currículo de competências da SBMFC, concluíram que ainda há muita heterogeneidade no processo de ensino-aprendizagem nos espaços de prática da APS e nos cursos de graduação em Medicina do Brasil. Nesse estudo, que analisou projetos pedagógicos e

realizou entrevista com coordenadores de cursos de Medicina, os autores apresentam a diversidade de cenários utilizados e de competências esperadas do concluinte da graduação. A maior parte dos entrevistados concordou que procedimentos e condições ligados à APS são muito importantes e devem ser focos da formação médica durante a graduação.

Um problema frequente é a disputa das escolas médicas e das profissões de saúde pela inserção em unidades de prática da APS. Some-se a isso, a diferença de realidades dos cenários da APS no Brasil, o que pode levar a dificuldades para exposição a certas situações e condições, prejudicando o desenvolvimento de determinadas habilidades e competências. A exposição precoce à prática clínica por meio da simulação pode ser uma alternativa para o aprendizado no início do curso e representar uma atividade de avaliação, que tem sido considerada muito importante, também no internato e na residência médica.

A simulação tem sido utilizada há mais de 40 anos na educação médica, tendo evoluído em suas técnicas e materiais. Universidades utilizam a simulação, principalmente por configurar um ambiente protegido de ensino da prática clínica e de competências em comunicação, bem como forma de avaliação, tais como o Exame Clínico Estruturado e Objetivo (*Objective Structured Clinical Examination – OSCE*) e provas de suficiência/acreditação (VARGA, 2009). Varga (2009) discute a importância do planejamento da estação de simulação, com adequação da situação-problema criada, bem como dos itens de avaliação do desempenho do avaliando, e o parâmetro considerado para avaliação.

Assim, é muito importante, no planejamento das atividades do residente, definir as competências esperadas para cada estágio nos diferentes espaços da APS e para cada período de prática, bem como a escolha da metodologia utilizada para treinamento, estabelecendo em quais atividades a simulação pode ser praticada. Idealmente, nos primeiros períodos de curso, a prática relacionada à MFC traduz-se principalmente por assuntos ligados aos fundamentos da especialidade, que são intrinsecamente ligados à saúde coletiva. Técnicas de simulação que traduzem situações-problemas ligadas ao trabalho em território podem ser utilizadas, como: abordagens familiar e comunitária, gestão de saúde e trabalho em equipe (FUZARO *et al.*, 2019). Há relatos da utilização de *role play* e técnicas similares para treinamento de visitas domiciliares. Por vezes, relatos de simulação têm sido descritos sob a denominação de técnicas de dramatização,

utilização de paciente simulado ou paciente padronizado, como métodos de ensino e/ou avaliação (NEGRI *et al.*, 2017).

A simulação para treinamento de residentes tem sido referida como uma possibilidade para alcançar a uniformização de certas habilidades relacionadas a procedimentos e à melhora de competências esperadas do residente de medicina de família. Na prática clínica, a simulação tem sido utilizada para treino de habilidades relacionadas à semiologia médica, ao raciocínio clínico, à tomada de decisão e à comunicação. Nesse contexto, é importante considerar as especificidades citadas anteriormente, relacionadas ao modo de fazer e pensar na APS, e as ferramentas utilizadas em MFC, como as abordagens familiar e comunitária, a entrevista clínica centrada no paciente e a organização de registros médicos por problemas.

Florea, Talu e Talu (2009) relataram uma experiência de residentes de MFC que utilizaram simuladores para treinamento no atendimento a pacientes com comorbidades. A grande maioria (88%) dos residentes considerou o treinamento excelente, e a experiência melhorou o desempenho do trabalho em equipe. Contudo, apenas 65% dos residen-

tes continuaram considerando o treinamento por meio da simulação excelente, quando comparada ao treinamento em pacientes reais, o que demonstra que, apesar das vantagens dos simuladores, eles não substituem o ensino à beira do leito.

A simulação pode ser utilizada para treinamento de diversas competências específicas da MFC. Há relatos da utilização dessa técnica há mais de 40 anos para treinamento em terapia familiar (BEHR, 1977), e existem vários exemplos da utilização de simulação para ensino-aprendizagem de médicos residentes no contexto atual, como no atendimento de pacientes com *coronavirus disease 2019* – Covid-19 (SHI *et al.*, 2020) e no treinamento de habilidades de comunicação para teleatendimento.

A estruturação das competências relacionadas à MFC é, na verdade, o grande determinante para a escolha de técnicas pedagógicas adequadas que tornem a aprendizagem mais efetiva. Entre essas técnicas, a simulação, que apresenta diferentes possibilidades, a depender do contexto, do cenário e da criatividade no planejamento, mostra-se uma opção importante tanto na graduação quanto na residência de MFC.

6. REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. P. P.; RODRIGUES, R. D. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. **REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, v. 3, n. 11, 157-172, 2007. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/334/221>. Acesso em: 28 jul. 2021.

ANDRADE, H. S. *et al.* A formação discursiva da medicina de família no Brasil. **PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA**, v. 28, n. 3, p. e280311, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329812178_A_formacao_discursiva_da_Medicina_de_Familia_e_Comunidade_no_Brasil. Acesso em: 28 jul. 2021.

BEHR, H. L. Introducing medical students to family therapy using simulated family interviews. **MEDICAL EDUCATION**, v. 11, n. 1, p. 32-38, 1977.

BERGER, C. B. *et al.* A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

BONET, O. **OS MÉDICOS DA PESSOA**: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.

BORDIN, R.; SILVA, J. O. Medicina geral comunitária: novos rumos. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 12, n. 1, p. 1-40, 1988.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. O ensino e a aprendizagem na residência. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 34, n. 1, p. 132-140, 2010.

BYRNE, P. S. The contribution of the general practitioner to undergraduate medical education. A statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 28, n. 189, p. 244-250, 1978.

BRASIL. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Evolução do número vagas de residência

médica autorizadas no Brasil 2014 a 2018. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Resolução CNRM no 9, de 30 de dezembro 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. Acesso em: 25 jul. /2021.

COSTA, L. B. *et al.* Competências e atividades profissionais confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma matriz curricular para residência em medicina de família e comunidade. **REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

CHEMELLO, D. *et al.* O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um minuto. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Vol. 33(4): 664-669;2009.

DEMARZO, M. M. P. *et al.* Diretrizes para o ensino na APS. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 36, n. 1, p. 143-148, 2012.

FALK, J. W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004.

FLOREA, M.; TALU, S.; TALU, M. Patient simulation experience in family medicine residents' education. In: IFMBE Proceedings MEDITECH 2009 "International Conference on Advancements of Medicine and Health Care through Technology", 23-26 Sept 2009, Cluj-Napoca, Romania: Springer-Verlag GmbH, Heidelberg, Germany. 26, 25-28. doi:10.1007/978-3-642-04292-8_6.

FRANCISCHETTI, I.; HOLZHAUSEN, Y.; PETERS, H. Tempo do Brasil traduzir para a prática o currículo médico baseado em competência por meio de Atividades Profissionais Confiáveis (APCs). **INTERFACE**, v. 24,1-13 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qwchcdrx4n3rxHLMFmgPPBM/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2021.

FUZARO, A. C. C. *et al.* Visita domiciliar simulada: uma nova abordagem no ensino médico do país. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 15., 2019, Cuiabá. **ANAIS...** Disponível em: <https://proceedings.science/cbmfc-2019/papers/visita-domiciliar-simulada--uma-nova-abordagem-no-ensino-medico-do-pais-2>. Acesso

em: 26 jul. 2021.

GREEN, L. A. *et al.* The ecology of medical care revisited. **NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE**, v. 344, p. 2021-2025, 2001.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **TRATADO DA MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptorial 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.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **SAÚDE EM DEBATE**, v. 27, n. 65,316-323, 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 26 jul. 2021.

MOURÃO NETTO, J. J. *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA**, v. 42, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e2/>. Acesso em: 26 jul. 2021.

NEGRI, E. C. *et al.* Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. **REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM**, v. 25, p. e2916, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626175/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

NEUMANN, C. R.; MIRANDA, C. Z. Ensino de atenção primária à saúde na graduação: fatores que influenciam a satisfação do aluno. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 36, p. 42-49, 2012. Supl. 2.

RIBEIRO, L. G. **OS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO: quem são? Onde estão? O que fazem?** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/181625>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SCHEFFER, M. *et al.* **DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL 2020**. São Paul: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.

SHAW E.; OANDASAN I.; FOWLER N. (ed.). **CANMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum**. Mississauga, ON: The College of Family Physicians of Canada, 2017

Disponível em: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Medical-Education/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

SHI, D. *et al.* A simulation training course for family medicine residents in China managing Covid-19. **THE ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS**, v. 49, n. 6, 364-368, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32464736/>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SILVA, A. T. C. *et al.* Medicina de família do primeiro ao sexto ano da graduação médica: considerações sobre uma proposta educacional de integração curricular escola-serviço. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 41, n. 2, p. 336-345, 2017.

SIMAS K. B. F. *et al.* A residência de medicina de família e comunidade no Brasil: breve recorte histórico. **REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, v. 13, n. 40, p. 1-13, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS PARA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**. Organização Nulvio Lermen Junior. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 25 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Recomendações para a qualidade dos programas de residência em medicina de família e comunidade. SBMFC, 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/gt-de-ensinagem-lanca-manual-de-recomendacoes-para-qualidade-dos-prmfc/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

STARFIELD, B. **ATENÇÃO PRIMÁRIA**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.

Brasília: Unesco, 2002.

STORTI M. M. T.; OLIVEIRA F. P.; XAVIER A. L. Expanding family and community medicine residency vacancies by municipalities and the More Doctors Program. **INTERFACE**, v. 21, p. 1301-1313, 2017. Supl. 1.

TEN CATE, O. Guia atualizado sobre Atividades Profissionais Confiáveis (APCs). **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 43, p. 721-730, 2019. Supl. 1

VALLADÃO JÚNIOR, J. B. R.; GUSO, G.; OLMOS, R. D. **MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**. São Paulo: Atheneu, 2017. (Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

VARGA, C. R. R. Simulações da prática profissional. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 33, n. 2, p. 291-297, 2009.

VIEIRA, S. P. *et al.* A graduação em Medicina no Brasil ante os desafios da formação para a atenção primária à saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 189-207, 2018.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **BULLETIN OF NEW YORK OF ACADEMIC OF MEDICINE**, v. 73, n. 1, p. 187-212, 1996

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. A description of the core competencies of the general practitioner/family physician. Wonca, 2002. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.