



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (MPSF) – UFC/FIOCRUZ

ANDRÉ LUIS BENEVIDES BOMFIM

MACROCOMPETÊNCIAS PARA O CURRÍCULO DOS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE
FORTALEZA/CE

FORTALEZA

2014

ANDRÉ LUIS BENEVIDES BOMFIM

**MACROCOMPETÊNCIAS PARA O CURRÍCULO DOS PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE
FORTALEZA/CE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial e indispensável para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional, sob a orientação da Prof^a. Dra. Maria Vaudelice Mota e coorientação do Prof^o. Me. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

B683m Bomfim, André Luis Benevides.

Macrocompetências para o currículo dos programas de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza/CE. / André Luis Benevides Bomfim. – 2015.

60 f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação Saúde da Família; Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

Co-Orientação: Prof. Me. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Educação Médica. 3. Currículo. 4. Internato e Residência. I. Título.

CDD 616.024

ANDRÉ LUIS BENEVIDES BOMFIM

**MACROCOMPETÊNCIAS PARA O CURRÍCULO DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial e indispensável à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Vaudelice Mota (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC) / RENASF

Prof^º Me. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro (Coorientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC) / RENASF

Prof^ª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Escola de Saúde Pública do Ceará

Prof^º. Dr. José Batista Cisne Tomaz
Escola de Saúde Pública do Ceará

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à meu amigo e coorientador, o professor Me. Marco Túlio Ribeiro e à minha orientadora professora Vaudelice Mota.

À professora Ivana Barreto e ao professor José Batista Tomaz por aceitarem participar da banca de avaliação deste trabalho.

Agradeço ao grupo de pessoas que sonharam e concretizaram o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) em rede no nordeste do Brasil.

Ao corpo docente do MPSF por ter aceitado este desafio e nos ter apoiado durante esta jornada.

À coordenação do MPSF por nos ter conduzido de forma tão prazerosa.

À cada um dos meus 19 companheiros e amigos do MPSF por tudo que aprendi nestes 2 anos.

Ao professor Odorico Monteiro por me proporcionar o prazer de ingressar na vida docente como preceptor de medicina de família e comunidade da SMS de Fortaleza.

Aos meus amigos do Edmar Fujita pelo apoio e compreensão que recebi durante as minhas ausências para participar das atividades do mestrado.

Às minhas amigas e amigos da Célula de APS de Fortaleza que durante a escrita deste estudo me apoiaram enormemente.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e tiveram orgulho de ter um filho médico de família.

À minha esposa, pelo suporte e amor incondicional.

Ao meu filho, Lucas, por nos encher de alegria há 12 anos.

Às minhas filhas, Sara e Sofia, por renovar nossas vidas.

À minha família por entender minhas ausências e estar sempre ao meu lado.

A todos aqueles que colaboraram direta e indiretamente com este estudo.

"Educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que pouco sabem - por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais".

(Paulo Freire)

RESUMO

A falta de um currículo baseado em competências para nortear e qualificar o ensino dos residentes é uma realidade em vários os Programas de Residência no país. Esta vulnerabilidade foi problematizada por residentes, preceptores e coordenação do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), o que gerou a necessidade do desenvolvimento deste estudo. Este fato traz as seguintes vulnerabilidades: falta de clareza dos objetivos de aprendizado, das estratégias educacionais e de avaliação a serem abordadas. Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura sobre os currículos baseados em competência e uma análise dos documentos elaborados por associações, sociedades e entidades profissionais. Em seguida foi realizado um curso de formação docente para os preceptores do PRMFC, com discussões sobre as bases teóricas do currículo baseado em competência; metodologias ativas de aprendizagem; planejamento e condução de estratégias e atividades educacionais; e avaliação da aprendizagem. Após a capacitação foram realizadas oficinas de desenvolvimento de uma matriz de macrocompetências. Esta trabalho traz como produtos a capacitação de 12 preceptores do PRMFC e a construção de uma matriz de macrocompetências. Certamente irá para favorecer o processo de ensino-aprendizagem nos dois anos de programa, avaliando as competências dos residentes no final do curso, o que garante para a sociedade um profissional apto para desenvolver as suas ações. Com um currículo baseado em competências necessárias para MFC e APS desejamos reorientar os processos de ensino-aprendizagem dos residentes e preceptores para qualificar a prática.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Educação médica; Currículo; e Internato e Residência.

ABSTRACT

The lack of a skills-based curriculum to guide and qualify the residents' education is a reality in several Residency programs in the country. This vulnerability has been discussed by residents, preceptors and coordination of the residency program of family and community medicine (PRMFC), which generated the need of the development of this research. This fact brings the following vulnerabilities: lack of clarity of the learning objectives, educational strategies and the evaluation to be addressed to the residents. Initially, a literature review of the competency-based curricula and a review of documents prepared by associations, societies and professional bodies were conducted. Then we conducted a teacher training course for the preceptors of the PRMFC, with discussions on the theoretical bases of the competency-based curriculum; active learning methodologies; planning and conducting educational activities and strategies; and learning evaluation. After this training, workshops were held for the development of an array of macro competencies. This work trained 12 preceptors of PRMFC and allowed the construction of an array of macro competencies. It will surely facilitate the teaching-learning process in a two-year Residency Program, evaluating the skills of the residents at the end of the course, which guarantees to society a professional able to develop its actions. With a competency-based curriculum specific designed for Family Medicine and for Primary Health Care, we wish to reorient the teaching-learning processes of residents and preceptors to qualify clinical practice.

Keywords: Family Practice; Medical education; Curriculum; e Internship and Residency.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Gráfico 01	Análise comparativa do numero de vagas credenciadas pela CNRM de programas de residência em medicina de família no Brasil e do numero de vagas ocupadas. (2002-2014)	23
Figura 01	Eixos do currículo do Reino Unido	41

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 01	Distribuição de vagas de R1 em Programas de Residência em MFC, número de residentes matriculados e percentual de vagas ociosas em 2011, segundo Estado e Região do Brasil.	22
Quadro 01	Características centrais dos currículos tradicionais e inovadores.	29
Quadro 02	Classificação das competências para o domínio de aprendizagem Ouvido, nariz e garganta elaborada na I Oficina para construção de um currículo brasileiro baseado em competências da SBMFC, 2014.	32
Quadro 03	Estrutura básica do currículo elaborado na I Oficina para construção de um currículo brasileiro baseado em competências da SBMFC, 2014.	33
Quadro 04	Classificação das competências do currículo do PRMFC espanhol segundo nível de responsabilidade no sistema de saúde.	47
Quadro 05	Classificação das competências do currículo do PRMFC espanhol segundo local e tempo.	48
Quadro 06	Estrutura do curso de Atualização em metodologias de ensino para preceptores.	50
Quadro 07	Matriz de macrocompetências dos PRMFC de Fortaleza.	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice
GP	General Practitioner
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à saúde
RCPG	Royal College of General Practitioners
RM	Residência Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMGC	Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a infância
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Problema	13
1.2	Justificativa	13
1.3	Atenção Primária a Saúde	14
1.4	Medicina de Família e Comunidade	16
1.5	Residência Médica	17
1.6	Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil	20
1.7	O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza	23
1.8	Competência	25
1.9	Currículo	27
1.10	Currículo Baseado em Competência	27
2	OBJETIVOS	35
2.1	Objetivo Geral	35
2.2	Objetivos Específicos	35
3	METODOLOGIA	36
3.1	Tipo de estudo	36
3.2	Cenário da Intervenção	36
3.3	Sujeitos da Intervenção	36
3.4	Procedimentos da Intervenção	37
3.5	Avaliação da Intervenção	37
3.6	Considerações éticas	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA INTERVENÇÃO	39
4.1	Currículos para Residência em MFC baseados em competências de outros países	39
4.1.1	Canadá	39
4.1.2	Reino Unido	40
4.1.3	Espanha	44
4.2	Atualização em metodologias de ensino para a preceptoria dos PRMFC	50
4.3	Macrocompetências do PRMFC Fortaleza	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	56
	ANEXO I	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problema

Os supervisores e preceptores dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) de Fortaleza, se deparam frequentemente com o desafio de escolher o que os residentes necessitam aprender. Ao início de cada turma é definido um conteúdo diferente para ser abordado nas atividades teóricas durante o ano. O conteúdo teórico-prático que os residentes encontram nas Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) é extremamente heterogêneo, entre outros fatores, porque cada preceptor facilita o processo de ensino-aprendizado de forma distinta.

Não se trata de homogeneizar e inflexibilizar o que os residentes devem aprender, pois entendemos que o ensino necessita ser centrado no residente e portanto levar em consideração os conhecimentos prévios, no entanto um currículo baseado em competências torna-se necessário para qualificar a formação dos residentes nos PRMFC de Fortaleza.

1.2 Justificativa

Os programas de residência médica no Brasil não dispõe de diretrizes curriculares nacionais, como acontece com os cursos de graduação em medicina, que são guiados pelas diretrizes curriculares nacionais propostas pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2001).

O Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2005) e a resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) N° 02/2006 (BRASIL, 2006) são os únicos documentos nacionais que descrevem competências para orientar a formação dos residentes pelos PRMFC no Brasil. Esses documentos, entretanto, não detalham os objetivos de aprendizagem, as estratégias educacionais e os métodos de avaliação, listam as competências a serem aprendidas, sem especificar em que período do programa a competência deve ser alcançada.

O Ministério da Educação através da CNRM e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) não disponibilizam um currículo para os Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Uma proposta de currículo baseado em competências para os PRMFC do Brasil está em elaboração pela SBMFC.

Atuando há seis anos como preceptor e há quatro anos no papel de supervisor do PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, percebo a necessidade de um currículo que contemple as competências necessárias para a formação do aluno de pós-graduação médica (residência) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) com finalidade de reorientar os processos de ensino-aprendizagem dos residentes e preceptores e qualificando as suas práticas.

Diante dessas necessidades pretendo realizar um projeto de intervenção com a finalidade de elaborar as macrocompetências para subsidiar a construção de um currículo para os três PRMFC de Fortaleza: PRMFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, PRMFC da Universidade Federal do Ceará e PRMFC da Escola de Saúde Pública do Ceará, e conseqüentemente, proporcionar uma formação em consonância com os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente, fomentar uma discussão da formação por competências e da utilização de currículos nos programas de residência médica.

1.3 Atenção Primária a Saúde

O Relatório Dawson, em 1920, preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis, criando a concepção moderna de APS (MENDES, 2012). Em Alma-Ata, 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), representou um marco histórico da APS (GIOVANELLA, 2008).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como:

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (UNICEF, 1979).

Nos anos seguintes, houve um embate entre as concepções de APS abrangente e seletiva. A concepção de APS abrangente ou integral, defendida pela Declaração de Alma-Ata, foi questionada por órgãos internacionais por ser pouco propositiva. A APS seletiva prevaleceu nos países em desenvolvimento com ações organizadas em programas verticais focalizados utilizando recursos limitados e de custo reduzido com finalidade de combater as principais doenças (GIOVANELLA, 2008).

Na última década surgiu um movimento de renovação da atenção primária, estimulado pela OMS e OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), com objetivo de

alcançar os Objetivos do Milênio acordados nas Nações Unidas. Vários documentos foram publicados, entre eles, “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS, 2005) e “Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008), com uma atualização da concepção abrangente de APS, estratégia utilizada para reorganizar os sistemas de saúde (GIOVANELLA, 2008). Neste projeto adotaremos a concepção de APS abrangente ou integral.

A APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é compreendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, com objetivo de integrar todos aspectos desses serviços, a partir do ponto de vista da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Responde às necessidades de saúde da população, através de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção de saúde. A Atenção Primária integra os cuidados, lida com o contexto e influencia as respostas das pessoas a seus problemas de saúde. Essas perspectivas estão em harmonia com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (MENDES, 2012).

A Atenção Primária tem características diferentes dos outros níveis de atenção, como priorização dos problemas mais frequentes, simples ou complexos, que surgem em fases iniciais, portanto menos definidos; maior proporção de pacientes em tratamento continuado; maior variedade de diagnósticos e maior dedicação à prevenção de doenças e promoção à saúde (TAKEDA, 2004).

As quatro principais características da Atenção primária são: porta de entrada para o sistema de saúde, primeiro contato; continuidade do cuidado, longitudinalidade; integralidade da atenção e coordenação do cuidado às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade. Outras características são a centralização na família, orientação na comunidade e a valorização da cultura. Alguns elementos não são únicos da Atenção Primária, porem são essenciais, como registro adequado, continuidade de pessoal, a qualidade clínica e a comunicação dentro da equipe e com os pacientes. As suas três funções essenciais são: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização (STARFIELD, 2004).

No Brasil a Estratégia de Saúde da Família foi adotada como política de estado para expansão da APS, com um papel importante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF apresenta características únicas em relação à APS de outros países, como a presença de equipes multiprofissionais. O crescimento do número de equipes de saúde da família trouxe a medicina de família e comunidade para o centro da discussão da saúde no Brasil, principalmente no campo da formação médica (SAMPAIO, 2012).

Diante da grande cobertura populacional da estratégia de saúde da família e da necessidade de reformulação, fortalecimento e adequação de formação de recursos humanos para atuar na atenção primária, o governo brasileiro aprovou em outubro de 2013 a Lei 12.871, que tem como um dos eixos principais a formação médica brasileira.

A seguir segue alguns trechos desta lei que reforçam esta afirmativa:

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Brasil, 2013).

1.4 Medicina de Família e Comunidade

Nos Estados Unidos, em 1960, como contraponto à superespecialização existente na época, surge a especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC). Porém, antes disso, no final da Segunda Guerra, os países passaram a se preocupar com a reorganização dos Sistemas de Saúde, como no caso da Inglaterra, que implantou o Serviço Nacional de Saúde (NHS), com base na territorialização e adscrição da clientela, tendo um médico General Practitioner (GP) responsável por 2.000 a 3.000 pessoas (LOPES et al., 2009).

O referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação, no Brasil, dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início

de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos os movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde (RIBEIRO, 2009).

Em 1981, é criada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC). Após longo debate entre os associados da SBMGC, em 2001, ocorre decisão de alterar o nome da especialidade para “Medicina de Família e Comunidade”, e por consequência da Sociedade para Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (LOPES et al., 2009).

O médico de família e comunidade é caracterizado por prestar cuidados personalizados e continuados, a indivíduos e famílias de uma determinada população, independente de idade, sexo ou problema de saúde. É capaz de identificar as doenças e enfermidades em seus momentos iniciais, ainda com manifestações indiferenciadas e atípicas; manejar condições crônicas e estáveis, com momentos de agudização e problemas que configurem situações de urgência e emergência. A sua principal característica é resolver o maior número de problemas possível com qualidade. O compromisso do médico de família e comunidade não se encerra quando encaminha o paciente para especialistas, sendo o coordenador dos cuidados; como também não se restringi a existência de uma doença, bem como não termina com a cura (SBMFC, 2012).

A residência médica, em função de alguns aspectos pedagógicos que lhe são peculiares, é o modelo mais apropriado para o desenvolvimento das competências esperadas do médico de família e comunidade (AUGUSTO, 2012).

1.5 Residência Médica

A Residência Médica (RM) é uma forma de pós-graduação criada ao final do século XIX, na Escola de Medicina da Universidade de Johns Hopkins, Estados Unidos, pelo médico canadense William Osler. Naquele período o médico residente morava no hospital em que trabalhava em tempo integral e os programas poderiam durar vários anos. Como na atualidade a tutoria tinha um formato piramidal. Este modelo foi difundido nos Estados Unidos e posteriormente em vários países tornando-se padrão ouro da pós-graduação médica (AUGUSTO, 2012).

A Associação Médica Americana, em 1948, promoveu a residência médica como um sistema de educação baseada na utilização de hospitais, privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço (NUNES et al., 2011).

Os primeiros programas de RM no Brasil, surgiram em 1944, em São Paulo, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia e no Serviço de Física Biológica Aplicada (NUNES et al., 2011).

Em 1977, por meio de Decreto Presidencial, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica, com o objetivo de regulamentar esse modo de ensino no Brasil (NUNES et al., 2011).

Em 1981, por meio da Lei 6.932, a RM foi definida como modalidade de pós-graduação para médicos, caracterizada por treinamentos em serviço, funcionando e sob responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, com a orientação de profissionais de alta qualificação técnica e ética (NUNES et al., 2011).

A residência médica é uma pós-graduação, na qual os alunos aprofundam os conhecimentos e melhoram habilidades e atitudes, ou seja, desenvolvem competência específicas. O treinamento em serviço propicia uma articulação sólida entre o ensino e aprendizagem. O Ministério da Educação (MEC) é responsável pelas funções de regulação, supervisão e avaliação de Instituições e Programas de Residência Médica (NUNES et al., 2011).

Os programas de residência médica do Brasil tem os seus requisitos mínimos regulamentados pela resolução CNRM Nº 02/2006, de 17 de maio de 2006 (BRASIL, 2006). O conteúdo dos requisitos mínimos de cada especialidade é extremamente heterogêneo, alguns programas apresentam uma simples descrição da divisão da carga horária nos campos de estágio, enquanto outros apresentam o objetivo do programa, instalações e equipamentos necessários, programa teórico, procedimentos que devem ser realizados e avaliação do residente.

A residência médica é um programa de treinamento em serviço de longa duração reconhecido mundialmente como o melhor método de formação de médicos para o exercício profissional responsável e de qualidade (NUNES et al., 2011), portanto é considerada o padrão ouro na formação de especialistas e tem capacidade de fixação de profissionais, porém, vive no Brasil um momento de crise. Há escassez de vagas de residência médica, pois a oferta de vagas é menor que o número de graduados em medicina. Temos vagas ociosas em áreas prioritárias para o SUS e intensa disputa em determinadas especialidades, em virtude do mercado de trabalho da saúde suplementar. Também existe uma concentração de vagas na região sudeste (AUGUSTO, 2012).

A Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, em 2009, implantaram

uma nova modalidade de financiamento de Residências Médicas, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS (Pró-Residência). O objetivo desta estratégia é incrementar a formação de especialistas na modalidade residência médica em regiões e especialidades prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS. A medicina de família é uma das especialidades prioritárias do Pró-Residência.

A partir da publicação da Lei 12.871 a formação médica na modalidade residência fortalece a APS e a MFC, tornando estes eixos essenciais e norteadores. O capítulo III desta lei trata-se especificamente das diretrizes da reorientação da formação médica, que propõe a readequar os currículos das faculdades de medicina, fortalecer o internato de atenção primária e ampliar o número de vagas e programas de residência médica, principalmente da especialidade de medicina de família e comunidade que passar a ter papel central na formação dos médicos e essencial para a maioria das especialidades médicas.

CAPITULO III - DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.”

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e

II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina do Trabalho; Medicina Esportiva; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Legal; Medicina Nuclear; Patologia; e Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

I - Medicina Interna (Clínica Médica);

II - Pediatria;

III - Ginecologia e Obstetrícia;

IV - Cirurgia Geral;

V - Psiquiatria;

VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola (BRASIL, 2013).

1.6 Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil

Em 1976, em Porto Alegre/RS (Centro Saúde Murialdo), no Rio de Janeiro/RJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e em Vitória de Santa Antão/PE (Projeto Vitória) são criados os primeiros programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do Brasil, na época adotando nomenclaturas distintas para a especialidade. Em Porto Alegre/RS, 1980, inicia a residência em Medicina Geral do Grupo Hospitalar Conceição. Em 1981, a CNRM regulamentou através de resolução, a residência em Medicina Geral Comunitária. Somente em 2002 a especialidade passou a ser denominada Medicina de Família e Comunidade (AUGUSTO, 2012).

No Brasil os programas de residência em medicina de família e comunidade tem dois anos de duração. A carga horaria em serviços de atenção primária deve ter no mínimo 55%, já em outros níveis de atenção deve ter no mínimo 20% da carga horária total do programa. As atividades teóricas devem compor a carga horária do programa com 10 a 20 % (AUGUSTO, 2012).

Os objetivos gerais dos programas são formar Médicos de Família e Comunidade tendo as pessoas e suas famílias como centro do cuidado, buscando solucionar o maior número de problemas possíveis, com qualidade, por meio de uma prática integrada, continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades (SBMFC, 2012).

O supervisor do Programa de Residência Médica deve ser especialista em Medicina de Família e Comunidade com certificado de Residência Médica na área e/ou

Título de Especialista. Os preceptores de estágios em Atenção Primária, preferencialmente, também devem ter esta qualificação, deverão integrar a equipe da unidade de saúde que receberá o residente e ser, preferencialmente, da mesma equipe de saúde da família ou responsável pelo mesmo território no qual residente irá atuar. Poderão fazer parte do processo de aprendizagem do MFC outros médicos com formação acadêmica ou experiência que os qualifique a prestar preceptoria em sua área específica. A preceptoria em todos os campos de estágio, deve ser presencial e em tempo integral, qualificados para a função (SBMFC, 2012).

A infraestrutura física deve ser adequada para possibilitar o atendimento ambulatorial em pelo menos 6 turnos semanais, para atendimento de adultos, crianças, gestantes e idosos. A unidade docente-assistencial deve contar com equipe(s) de Saúde da Família completas. Considerando a especificidade docente-assistencial, cada equipe de Saúde da Família, preferencialmente, deve ter um máximo de 3.000 pessoas adscritas. Nas situações em que médicos residentes fiquem responsáveis pela equipe de Saúde da Família, recomenda-se que a relação seja de 2.000 pessoas adscritas por médico residente (SBMFC, 2012).

Os programas de residência em medicina de família e comunidade aumentaram o número de vagas ofertadas desde o início da última década, porém nos últimos três anos houve uma retração da oferta, em virtude da ociosidade de vagas. Em 2011, segundo a tabela 01, o percentual de vagas ociosas foi de 71% no Brasil e 87% na região Centro-Oeste, apresentando vários estados com 100% de vagas ociosas.

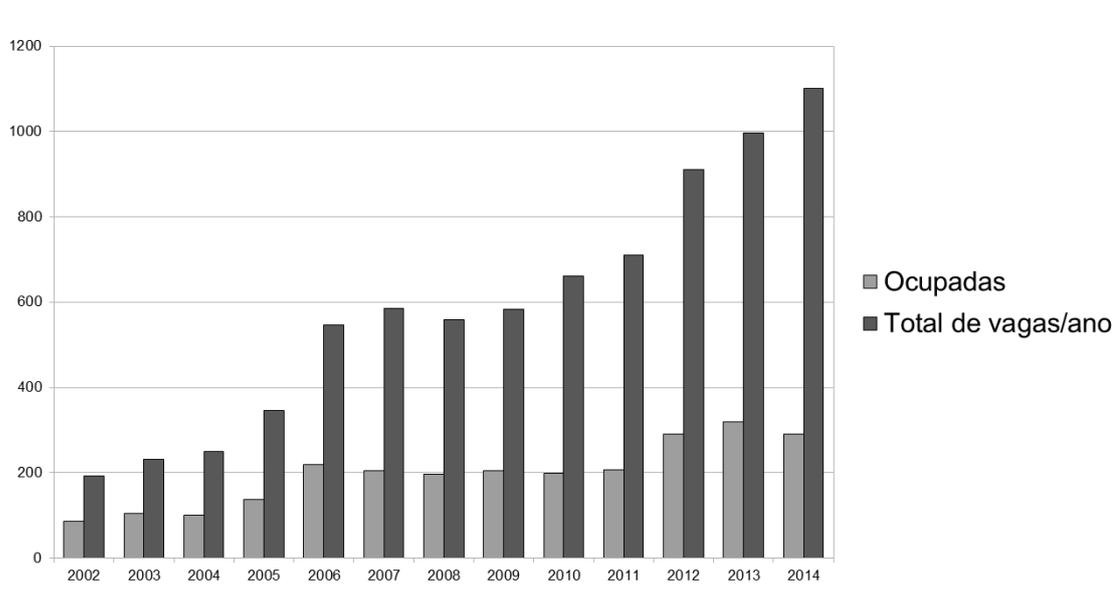
A baixa procura é um problema multifatorial, e pode ser explicado pela pouca valorização da especialidade entre os médicos, pela sociedade e pelos gestores; à necessidade de lidar com incertezas e complexidades da atenção primária; ao ensino na graduação de medicina desvinculado das necessidades do SUS; estrutura inadequada das unidades de saúde da família; inexistência de planos de cargos, carreiras e salários, entre outros fatores. Algumas estratégias complexas, de médio a longo prazo, poderiam trazer resultados positivos como estímulo financeiro aos residentes de MFC, mudanças curriculares na graduação, obrigatoriedade de residência médica para o exercício da profissão e a residência de MFC como pré-requisito para outros programas de residência (AUGUSTO, 2012).

Tabela 01: Distribuição de vagas de R1 em Programas de Residência em MFC, número de residentes matriculados e percentual de vagas ociosas em 2011, segundo Estado e Região do Brasil.

Estado	Número de PRM	Vagas oferecidas	Vagas preenchidas	Percentual de vagas ociosas
Região Centro-Oeste	6	30	4	87%
DF	2	9	0	100%
GO	1	6	0	100%
MS	2	7	0	100%
MT	1	8	4	50%
Região Norte	5	40	17	58%
AC	1	6	1	83%
AM	1	6	1	83%
PA	2	20	7	65%
RR	1	8	8	0%
Região Nordeste	22	159	42	74%
BA	4	27	1	96%
CE	5	62	18	71%
MA	2	3	0	100%
PB	3	10	6	40%
PE	4	28	12	57%
RN	4	29	5	83%
Região Sul	27	163	49	70%
PR	8	42	17	60%
RS	13	91	26	71%
SC	6	30	6	80%
Região Sudeste	53	319	92	71%
MG	18	91	30	67%
RJ	13	75	17	77%
SP	22	153	45	71%
Total	113	711	204	71%

Fonte: Cadernos ABEM, volume 7, outubro de 2011.

GRÁFICO 01: Análise comparativa do número de vagas credenciadas pela CNRM de programas de residência em medicina de família no Brasil e do número de vagas ocupadas. (2002-2014)



FONTE: CNRM, 2014

A baixa ocupação das vagas também é uma realidade nos PRMFC do Ceará com 71% de vagas ociosas em 2011. No programa da SMS de Fortaleza no mesmo ano o percentual de vagas ociosas foi de 66%.

1.7 O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

O Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza é uma política estruturante de organização e gestão do Sistema Único de Saúde desenvolvida e adotada pelo Município de Fortaleza. O Sistema de Saúde é aqui entendido como um espaço de aprendizagem permanente, reorientando o modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde, contextualizadas em uma vivência educacional que tem como protagonistas os gestores e os trabalhadores da saúde, as instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares. Para tanto, identifica três diretrizes: conceito de saúde como qualidade de vida, formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população e um sistema cujo eixo

central de desenvolvimento é o espaço do serviço e o seu território de abrangência (BARRETO et al., 2006).

Compreendendo toda a rede de serviços de saúde existente no município como espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional, reconhece-se no SMSE a necessidade de promover momentos de problematização de práticas e compartilhamento de saberes do território para o contínuo processo de ressignificação do trabalho e criação de novas realidades em saúde. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza tem desenvolvido, juntamente com os atores e parceiros do SMSE, diversos processos formativos, entre eles o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

O PRMFC de Fortaleza, foi criado em 2006, dentro da lógica da tenda invertida (BARRETO et al., 2006). Esta lógica defende o aprendizado significativo no contexto da vida real, onde ela acontece, no seu cotidiano e no fazer diário, saindo das cadeiras da universidade e inserindo-se nas comunidades. O PRMFC formou até a sétima turma 93 Médicos de Família e Comunidade. Inicialmente foi implantado nas seis regionais de Fortaleza, distribuído em 24 UAPS. Atualmente, a oitava turma tem 01 residentes no segundo ano (R2) e a nona turma 01 residentes no primeiro (R1) em 02 UAPS. A redução do número de UAPS faz parte de uma estratégia de concentrar um maior número de residentes de preceptores por unidade com finalidade de melhorar a qualidade do processo de ensino-aprendizagem. Os três PRMFC de Fortaleza (SMS de Fortaleza, UFC e ESP-CE) tem atualmente 06 residentes divididos em 03 R1 e 03 R2.

O programa tem dois anos de duração com carga horária semanal de 60 horas. O treinamento em serviço representa 86% da carga horária total do programa, realizada nas UAPS e território (60%) e em ambulatórios e pronto-atendimentos da rede de atenção secundária e terciária de Fortaleza (26%). As atividades teóricas representam 14% da carga horária. As UAPS e território são espaços fundamentais para o desenvolvimento de processos educativos que possam gerar novas práticas, posturas e saberes necessários à formação do profissional que vai desenvolver seu trabalho inserido numa equipe de saúde da família. Dessa forma, a unidade de saúde amplia as suas funções para além da assistência, constituindo-se um espaço de construção de conhecimentos.

As duas UAPS que são campo de estágio do PRMFC também recebem os alunos de graduação de medicina dos quinto e sexto anos (internato) das quatro IES de Fortaleza.

O propósito primordial do PRMFC de Fortaleza é formar especialistas em Medicina de Família e Comunidade com competências para atuar com eficácia, eficiência e

ética no trabalho em equipe e na rede de serviços e ações da Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde. Atuação essa, qualificada a partir da abordagem, do cuidado e da atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades sob a sua responsabilidade. (ANDRADE; BARRETO, 2005).

1.8 Competência

O modelo das competências profissionais teve sua discussão iniciada nos anos oitenta, no contexto da crise do capitalismo, expressada pelo esgotamento do padrão de acumulação e concentração do capital, pela desregulamentação do trabalho, globalização da economia e crescente competição, levando à flexibilização dos processos de produção e de trabalho. As competências profissionais passam a fundamentar os modelos de formação e a gestão da força de trabalho (DELUIZ, 2001).

O conceito de competência é polissêmico e tem sido utilizado tanto no mundo do trabalho como na educação, com diversos significados para os diferentes autores. Podemos descrever três abordagens conceituais sobre competência: a primeira considera a competência como um conjunto de tarefas, a segunda como um conjunto de atributos e a terceira propõem a noção de competência dialógica (ARAÚJO, 2007).

No primeiro conceito as competências são entendidas como um conjunto de tarefas (realizadas) independentes. No segundo as competências são compreendidas como um conjunto de atributos pessoais (conhecimentos, habilidades e atitudes) indispensáveis para um desempenho profissional efetivo, porém descontextualizadas da realidade. No conceito dialógico, mais amplo, combinam-se as tarefas e os atributos, em contextos específicos, com finalidade de atingir determinados resultados. Outras características do conceito dialógico são a utilização da experiência prévia, a reflexão sobre a própria prática e a capacidade de continuar aprendendo. Na concepção dialógica, infere-se competência com base na performance (ARAÚJO, 2007).

Diferentes matrizes teórico-conceituais orientam a identificação, definição e construção de competências, e guiam a formulação e a organização do currículo. As matrizes podem ser identificadas como condutivista ou behaviorista; a funcionalista; a construtivista e a crítico-emancipatória (DELUIZ, 2001).

A matriz condutivista tem seus fundamentos na psicologia de Skinner e em Bloom, seu objetivo é analisar o posto de trabalho e a tarefa para definir o currículo de

formação. Esta matriz, parte das pessoas que realizam bem o seu trabalho e define o posto de trabalho em função das características destas pessoas e de seu desempenho (DELUIZ, 2001).

A matriz funcionalista tem sua base no pensamento funcionalista da sociologia e tem como fundamento metodológico a Teoria dos Sistemas Sociais. Segundo esta matriz, os sistemas são analisados levando-se em conta o seu entorno, se descrevem os produtos e não os processos, ou seja, o importante são os resultados e não a forma como se fazem as coisas. A matriz condutivista e a funcionalista tem uma forte ligação com a ótica de mercado, restringem-se a descrição de funções e tarefas dos processos produtivos, limita autonomia dos sujeitos, tem uma perspectiva individualizadora e descontextualizada (DELUIZ, 2001).

A matriz construtivista, tem sua origem na França e um de seus principais representantes é Bernard Schwartz. As percepções e contribuições dos trabalhadores são valorizadas no estabelecimento das competências. A construção do conhecimento é encarada como um processo individual, subjetivo, sem enfatizar o papel do contexto social para além da área do trabalho (DELUIZ, 2001).

A matriz crítico-emancipatória está em processo de construção, fundamenta-se no pensamento crítico-dialético e pretende ressignificar o conceito de competência. A competência ganha uma noção multidimensional envolvendo aspectos que vão do individual ao sócio-cultural, situacional e processual, balizada por parâmetros históricos. A noção de competência ultrapassa a visão limitada ao desempenho (DELUIZ, 2001).

A competência não pode ser diretamente observada e sim aferida por meio de seu desempenho. Este fato valoriza os seus aspectos comportamentais, ou seja, no fazer (passível de observação objetiva), menosprezando as outras dimensões. Porém, para executar uma tarefa existe o processo de pensar e de conhecer, sob influência de seus valores e experiências prévias. Este processo de como chegar a um desempenho não é passível de observação (ARAÚJO, 2007).

Pode-se, então, concluir que a noção de competência, enquanto princípio de organização curricular, insiste na atribuição do “valor de uso” de cada conhecimento. Os conteúdos escolares desvinculados das práticas sociais são tratados como “sem sentido pleno” e os currículos não devem mais definir os conhecimentos a serem ensinados, mas sim as competências que devem ser construídas (Costa, 2005, p. 53).

1.9 Currículo

A palavra currículo se origina do latim *currere*, que significa correr (FERNANDES, 2012). Um currículo é um plano pedagógico e institucional para orientar de forma sistemática a aprendizagem dos alunos. Pode ser compreendido tradicionalmente como “grade curricular”, “conteúdos de ensino” ou “conjunto de disciplinas” (DOLORES, 2007).

O currículo deve ter como função primordial demonstrar as intenções e o plano de ação do projeto educacional, com informações sobre os conteúdos e objetivos (o que ensinar?), sobre a ordenação e sequência dos conteúdos e objetivos (quando ensinar?) e a maneira de estruturar as atividades para alcançar os objetivos propostos em relação aos conteúdos selecionados (como ensinar?). Também apresenta informações sobre o que, como e quando avaliar (DOLORES, 2007).

As diversas concepções do processo de ensino aprendizagem levam a diferentes formas de organização curricular. Os principais tipos de currículo são: o currículo baseado em resultados (baseado em competência) e o currículo baseado em processos (currículo tradicional) (SANTOS, 2011).

Os currículos tradicionais, que ainda encontramos frequentemente no Brasil, são centrados no professor, baseados em disciplinas e enfatizam a transmissão de conhecimentos. A aprendizagem é entendida como memorização de informações ou execução mecânica de procedimentos. O contexto social não é valorizado e há uma dissociação da teoria e prática, dificultando o conhecimento da realidade e a elaboração de soluções para problemas concretos. Os saberes prévios dos alunos são desconsiderados e a aprendizagem é verificada prioritariamente por meio da avaliação somativa (DOLORES, 2007).

1.10 Currículo baseado em competência

Os resultados a serem obtidos, em um currículo por competência, dirigem o processo educacional. Os resultados são definidos e em seguida os processos necessários para alcançá-los. O foco é dado ao que tem que ser aprendido pelo aluno e não ao que tem que ser ensinado. O fluxo e a organização do aprendizado dependem de uma relação não hierárquica estabelecida entre o professor e o aprendiz, que tem um papel fundamental na definição dos conteúdos. A aplicação do conhecimento é o ponto central dos encontros educacionais, em contraposição à sua simples aquisição. A avaliação formativa é enfatizada em detrimento da somativa. O quê e quanto o estudante sabe de determinado objetivo de aprendizado ou o

quanto ele realiza de determinado desempenho é mais importante do que sua classificação dentro de um grupo normativo (SANTOS, 2011).

A elaboração de currículos orientados por competência seleciona conteúdos legítimos que possam ser mobilizados em situações práticas de aprendizado. As atividades educacionais buscam refletir a vida profissional, considerando as múltiplas dimensões de seu exercício junto à sociedade. O desafio é trazer a prática e o desenvolvimento da identidade profissional para o cerne das atividades de aprendizado, preocupando-se com a identificação e adequação de processos que conduzam aos resultados previamente estabelecidos. O currículo baseado em competências não nega a organização por disciplinas do currículo tradicional, mas estabelece competências que são desenvolvidas no âmbito de diversas disciplinas ou nas diversas relações existentes entre elas (SANTOS, 2011).

Utilizar competências não exime o currículo de pensar sobre o conhecimento, sobre a sua assimilação e incorporação no cotidiano da vida acadêmica. Mas visa integrá-lo ao processo de formação do estudante de forma inovadora, criativa, instigante, crítica e reflexiva. O ensino por competência pressupõe uma organização curricular que, constantemente, equilibra e alterna a aquisição de conhecimento com o desenvolvimento das habilidades e atitudes importantes para uma boa prática profissional, procurando articular todos esses domínios do aprendizado. Com isso, teremos a integração e alinhamento de metodologias de ensino-aprendizagem, práticas educacionais, contextos de aprendizagem e métodos de avaliação, em uma nova perspectiva de orientação acadêmica e formação profissional (SANTOS, 2011).

O currículo é um plano para um determinado curso que tem os seguintes componentes: introdução, competências, objetivos de aprendizagem (gerais e específicos), metodologia (linha pedagógica, métodos e técnicas de ensino-aprendizagem), estrutura (módulos, unidades e sessões), cronograma, programação, sistema de avaliação do aluno e do curso, sistema de organização, gerenciamento e recursos de aprendizagem (TOMAZ, 2001).

Os currículos inovadores são centrados no estudante, orientados na comunidade, são baseados em problemas, enfatizam conhecimentos, habilidades e atitudes.

Quadro 01: Características centrais dos currículos tradicionais e inovadores.

Elementos	Programa Educacional	
	Baseado processo e estrutura	Baseado em competências
Força Propulsora do currículo	Conteúdo-Aquisição do conhecimento	Resultados-aplicação do conhecimento
Força condutora do processo	Professor	Aprendiz
Organização e fluxo do aprendizado	Hierárquica	Não hierárquica
Responsabilidade sobre o conteúdo	Professor	Professor e aprendiz
Objetivo do encontro educacional	Aquisição de conhecimento	Aplicação de conhecimento
Instrumento típico de avaliação	Medidas subjetivas simples	Múltiplas medidas objetivas
Tipo de avaliação	Normo-referenciada, caráter somativo	Critério-referenciada caráter formativo

Fonte: SANTOS, 2001.

O processo de desenho do currículo é uma atividade complexa e necessita de uma equipe capacitada e dedicada que deve seguir as seguintes premissas: currículo baseado em problemas, currículo baseado em competências e currículo orientado e baseado na comunidade. Um recurso que auxilia processo de desenho do currículo é o mapa conceitual. O grupo de elaboração do currículo deve ter em sua composição um coordenador, um relator, colaboradores e especialista em educação das profissões de saúde. Os dez passos, proposto por Ten Cate (1997), para desenhar um currículo são (TOMAZ, 2001).:

1. **Descrição da justificativa do currículo:** consiste em uma introdução contendo o contexto, a relevância e os propósitos: da sociedade, políticos, educacionais, institucionais e administrativos. O por quê da existência do curso precisa está explícita e pode ser baseada na necessidade dos alunos e/ou da sociedade. Deve conter os problemas que podem ser respondidos pelo curso.
2. **Elaboração dos objetivos gerais do currículo:** consiste na elaboração dos objetivos de aprendizagem, das competências, dos tópicos e do mapa conceitual.
3. **Análise do perfil da clientela:** definição de quem e quantos são os alunos, se já realizaram cursos anteriores, os conhecimentos e habilidades prévios dos estudantes, possíveis deficiências etc.
4. **Estabelecimento dos princípios educacionais aplicados ao currículo:** é uma etapa complexa e deve ser realizada com cautela. Seis aspectos devem ser levados em

consideração para tomada de decisão: centrado no aluno ou no professor, baseada em problemas ou em informações, integrada/multidisciplinar ou baseada em disciplinas, baseada na comunidade ou em hospital, eletivo ou padrão e planejado ou não planejado.

5. **Estruturação do currículo:** é uma etapa muito importante e que necessita de muito esforço da equipe. Existem várias maneiras de estruturar o currículo: por módulos, unidades, blocos, disciplinas etc. Deve-se responder a questão: como o conteúdo e as atividades educacionais serão organizados e sequenciados?
6. **Descrição das unidades do curso:** após a elaboração do Manual do Curso, cada unidade do curso deve ser desenhada, necessitando de grande esforço da equipe. Cada unidade deve ter um Guia do Facilitador e um Guia do Participante.
7. **Elaboração do sistema de avaliação dos alunos:** é um importante aspecto do desenho do currículo e normalmente é negligenciado em currículos tradicionais. As avaliações devem dar oportunidade ao aluno mostrar o que ele aprendeu, aplicar o conhecimento adquirido em situações reais.
8. **Descrição do modelo de organização do currículo:** esta etapa consiste na implementação do currículo. Dois fatores organizacionais são importantes para o sucesso: colocar a responsabilidade do desenvolvimento do currículo fora dos departamentos e a centralização dos processos de decisão.
9. **Estabelecimento do processo de gerenciamento do currículo:** esta etapa consiste na implementação do currículo. Para o gerenciamento adequado três fatores devem ser valorizados: boa comunicação entre os membros da equipe de desenho e implementação do currículo, intensivo desenvolvimento institucional e utilização dos sistemas de avaliação para servir de suporte no gerenciamento do currículo.
10. **Montagem do sistema de avaliação do curso:** a finalidade principal é proporcionar um próximo curso cada vez melhor.

A utilização de um currículo baseado em competências apresenta as seguintes vantagens: responde melhor às necessidades levantadas (problemas identificados), fica mais adequado ao contexto e à clientela, tem propósitos e objetivos de aprendizagem claros, tem uma maior coerência interna, fica mais fácil de ser implementado e gerenciado, tem um sistema de avaliação do aluno e do curso coerente com os propósitos e objetivos de aprendizagem, torna-se mais efetivo e eficaz, os docentes compreendem melhor a lógica do currículo, os docentes ficam mais motivados e têm melhor desempenho, os alunos ficam mais motivados e aprendem mais e é mais prazeroso (TOMAZ, 2001).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade realizou, de 03 a 07 de maio de 2014, a “I Oficina para construção de um currículo brasileiro baseado em competências”. O evento ocorreu no Rio de Janeiro e teve apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Estavam presentes aproximadamente vinte médicos de família de todas as regiões do país. O Ceará foi representado pelo Professor Dr. José Batista Cisne Tomaz, da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e por Emílio Rossetti Pacheco, então diretor de titulação da SBMFC.

A oficina foi conduzida por médicos de família do Canadá, Dra. Cynthia Whitehead, Dr. Karl Iglar e Dra. Perle Feldman, professores da Universidade de Toronto responsáveis pela elaboração e atualização do currículo baseado em competências desta Universidade. O objetivo do evento foi montar o espectro de competências a serem adquiridas durante a Residência em Medicina de Família, dando início ao processo de construção de um currículo brasileiro baseado em competências, que oriente a formação de especialistas nesta área no país.

O modelo de construção de competências adotado nesta oficina seguiu a mesma estrutura adotada na Universidade de Toronto. Os temas em Medicina de Família teriam que ser categorizados em “Domínios”. Para cada “Domínio”, deveriam ser elaboradas as competências a serem adquiridas durante as Residências no Brasil, que teriam de ser divididas em quatro grupos: “Pré-requisitos”, “Essencial”, “Desejável” e “Avançado”.

As competências pré-requisitos são as que o Residente deve ter aprendido antes do início da Residência, na graduação. As competências essenciais são as mais importantes do currículo e dizem respeito ao que o Residente deve demonstrar ao término da Residência. Com menor grau de relevância na formação em relação às essenciais, já que sua não aquisição não acarretaria em prejuízo no cuidado prestado aos pacientes, seguem-se as competências desejáveis e avançadas, que representam a aquisição de *expertise* mais aprofundada em cada “Domínio”. No quadro 02 estão descritas as competências atribuídas ao domínio de aprendizagem ouvido, nariz e garganta, elaborado durante a oficina.

Quadro 02: Classificação de competências para o domínio de aprendizagem Ouvido, nariz e garganta elaborada na I Oficina para construção de um currículo brasileiro baseado em competências da SBMFC, 2014.

Domínio	Pré- requisito	Essencial	Desejável	Avançado
Ouvido, nariz e garganta	Conhece atividades preventivas relacionadas a câncer de orofaringe, déficit auditivo	Realiza atividades preventivas relacionadas a câncer de orofaringe, déficit auditivo		
	Faz anamnese e exame físico adequados	Maneja problemas mais frequentes de ouvido , nariz e garganta		
	Conhece a anatomia das estruturas	Realiza procedimentos tais como: remoção de cerume, retirada de corpo estranho, frenectomia, tamponamento nasal anterior	Realiza tamponamento nasal posterior	Drena abscesso periamigdaliano
		Usa racionalmente medicações tais como corticóide, antibióticos em situações clínicas como otite media aguda e amigdalite.		
		Solicita criteriosamente os exames complementares tais como audiometria	Interpreta audiometria	Realiza laringoscopia indireta
		Realiza manobras de reposicionamento nas condições clínicas mais frequentes		

Fonte: SBMFC 2014.

Após a consensualização dos “Domínios” que deveriam estar presentes no currículo brasileiro e afinamento sobre o uso de alguns verbos na descrição de competências, a metodologia da oficina seguiu com a divisão dos participantes em grupos pequenos de trabalho, para a elaboração das competências de cada “Domínio”, conforme mostrado no exemplo acima. Após ser dado um período para esta tarefa, cada grupo apresentou posteriormente seus produtos para o grupo total. Com a discussão, surgiram sugestões de inclusão e retirada de algumas competências. Chegou-se então a uma estrutura básica para o currículo brasileiro, mostrada no quadro 03.

Quadro 03: Estrutura básica do currículo elaborado na I Oficina para construção de um currículo brasileiro baseado em competências da SBMFC, 2014.

Essenciais	Fundamentos teóricos	Princípios MFC
		Princípios APS
	Fundamentos da prática	1. Comunicação
		2. Abordagem individual
		3. Raciocínio clínico
		4. Abordagem Familiar
		5. Abordagem Comunitária
		6. Ética
	Gestão de Serviços de Saúde	Papéis: profissional, especialista, comunicador, colaborador, gestor, pesquisador, acadêmico
		7. Educação em Saúde (médico, equipe e usuário)
8. Gestão e organização do processo de trabalho		
9. Trabalho em equipe		
		10. Avaliação de qualidade e auditoria
Atenção ao indivíduo	11. Geral e inespecífico	12. Cardiovascular
	13. Respiratório	14. Dermatológicos
	15. Digestivo	16. Hematológicos
	17. Infecciosos	18. Ouvidos, nariz e garganta
	19. Olhos	20. Metabólicos
	21. Saúde mental	22. Rins e vias urinárias
	23. Sistema nervoso	24. Musculoesqueléticos
	25. Cuidado domiciliar	26. Cuidados paliativos
	27. Rastreamento	28. Procedimentos ambulatoriais
29. Urgência e emergência		
Grupos populacionais específicos ou situações específicas	30. Saúde da criança e adolescente	31. Saúde do idoso
	32. Saúde da mulher	33. Saúde do homem
	34. Sexualidade	35. Ciclo gravídico-puerperal
	36. Violência	37. Saúde do trabalhador

Fonte: SBMFC 2014.

Seguindo o cronograma estipulado ao término da oficina, as competências deverão ir a consulta pública, para sugestão de outros médicos de família que não estavam presentes e de membros da sociedade, antes da redação final e publicação do documento. Aguardamos a publicação do documento final pela SBMFC para análise e comparação com o produto deste estudo.

Uma das críticas ao modelo de construção de competências desta oficina, foi a não elaboração das estratégias educacionais necessárias para a aquisição de cada competência, a nosso ver um dos diferenciais positivos das matrizes de competências desenvolvidas na Holanda, com as quais tivemos contato nos cursos de formação sobre o tema ministrados pela ESP-CE.

Apesar disso, esta foi uma iniciativa histórica da SBMFC, já que foi a primeira realizada com o objetivo da elaboração de um currículo brasileiro baseado em competências, o que esperamos representará um salto de qualidade na formação de especialistas em Medicina de Família no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar as macrocompetências para a construção de um currículo para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Universidade Federal do Ceará e Escola de Saúde Pública do Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os modelos de currículos baseados em competências utilizados em Programas de Residência Medicina de Família e Comunidade da Espanha, Inglaterra e Canadá.
- Descrever o processo de elaboração das competências para o currículo.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O Projeto-intervenção fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, portanto a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. Essa modalidade de pesquisa é muito importante no campo educacional, em virtude do seu caráter pedagógico. O pesquisador assim como os pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 2005).

O estudo em questão será uma intervenção nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

3.2 Cenário da Intervenção

O cenário do estudo serão os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, da Universidade Federal do Ceará e da Escola de Saúde Pública do Ceará. O cenário é formado pelos campos de estágio de treinamento em serviço dos residentes, salas de aulas, auditórios e biblioteca da SMS de Fortaleza, UFC, ESP-CE e instituições de ensino parceiras. Os locais de atuação em serviço dos residentes são as duas UAPS e seus territórios; ambulatórios de nível secundário e terciário; e Hospitais secundários e terciários de Fortaleza.

3.3 Sujeitos da intervenção

Os sujeitos envolvidos na intervenção serão os 10 preceptores e 3 supervisores dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS de Fortaleza, UFC e ESP-CE. Os preceptores são divididos em 06 de MFC, 1 de Clínica Médica, 1 de Ginecologia/Obstetrícia e 2 de pediatria.

3.4 Procedimentos da Intervenção

Para atingir o primeiro objetivo específico, foi realizada leitura e descrição dos currículos dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Canadá, Reino Unido e Espanha. Os currículos destes países foram selecionados seguindo os seguintes critérios: ofertarem ampla formação em MFC na modalidade residência médica, dispor de currículos nacionais para os PRMFC, ter currículo elaborado com base em competências, disponibilizarem os currículos para consulta, ter um sistemas de saúde com a APS exercendo papel central na rede de atenção com médicos de família atuando amplamente na APS.

Após conhecer o currículo de outros países foi realizado um curso de atualização em metodologias de ensino para preceptores dos PRMFC de Fortaleza, cujos objetivos foram: compreender as principais teorias e princípios da aprendizagem no adulto; os princípios e características das principais metodologias ativas de aprendizagem; utilizar os passos para o desenho de um currículo baseado em competências; utilizar técnicas para o planejamento e condução de estratégias e atividades educacionais para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes. Ao final do curso observou-se que o grupo de preceptores adquiriu conhecimentos para iniciar a elaboração do currículo baseado em competências.

O passo seguinte foi a constituição de um grupo de trabalho para elaboração do currículo baseado em competência, composto por coordenador, vice-coordenador, relator, correlator, colaboradores e um consultor educacional. Este grupo de trabalho participou de seis oficinas realizadas no período de junho a dezembro de 2013. O objetivo inicial destas oficinas foi a elaboração de um currículo baseado em competência para os PRMFC de Fortaleza. No entanto, durante o desenvolvimento das oficinas observou-se a complexidade no cumprimento deste primeiro objetivo no tempo disponível. O grupo realizou reflexões e optou pela elaboração das macrocompetências do currículo como primeiro produto.

Foram utilizadas metodologias participativas, com mini-exposições, grupos de discussão e debates. Todos os momentos da oficina foram registrados para posterior descrição e análise do processo de construção das macrocompetências do currículo.

3.5 Avaliação da Intervenção

A avaliação da intervenção ocorrerá na validação das macrocompetências pelo colegiado de preceptores e supervisores. Após essa etapa será apresentado aos residentes e gestores para sua implantação e monitoramento.

3.6 Considerações éticas

O presente estudo respeita todos os procedimentos éticos, os quais estão em conformidade com a norma do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Cabe esclarecer que o presente estudo é considerado uma investigação sem riscos, já que não se realizará nenhuma intervenção que possa afetar fisiológica, psicológica ou socialmente os sujeitos participantes.

Em virtude de implicações legais, e a fim de manter princípios éticos, as identidades dos sujeitos serão mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. Os sujeitos serão informados verbalmente dos objetivos e receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (anexo I). A utilização de seus depoimentos, conforme acordado, só será feita em trabalhos de caráter exclusivamente científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados somente pelos pesquisadores.

A pesquisa obedecerá às orientações e normas éticas da Resolução 466/12, a qual não será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição pesquisada. Ao final do projeto, as informações geradas, serão encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, sob forma de relatório.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Currículos para Residência em MFC baseados em competências de outros países

4.1.1 Canadá

No Canadá, o *The College of Family Physicians of Canada* elaborou em 2011 um documento intitulado *Triple C Competency Based Curriculum*. O termo triplo C refere-se a *Comprehensive Care and Education* (Cuidados abrangentes e integrais), *Continuity of Education and Patient Care* (Educação continuada do médico de família) e *Centred in Family Medicine* (Centrado na Medicina de Família).

O *Triple C Curriculum* está em consonância com o perfil de médico egresso definido pelas Diretrizes Curriculares Canadenses para o Ensino de Graduação em Medicina, ou *CanMEDS*, de 2005. Elas são o que no Brasil equivaleria às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina. Em 2009, as *CanMEDS* foram modificadas, dando origem às *CanMEDS-FM*, que são diretrizes específicas para o ensino da Medicina de Família no Canadá, em cenários de graduação e Residência.

O *Triple C Curriculum*, apesar do nome, não é um currículo *per se*, mas a representação de como os currículos dos diferentes Programas de Residência em Medicina de Família do Canadá devem ser construídos. Neste país, há um total de dezessete Programas de Residência em MFC, todos ligados a Universidades (em contraste com o Brasil, que conta também com Programas ligados à Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde).

Ao contrário do que ocorre no Reino Unido e da Espanha, que contam com um único currículo baseado em competências para o ensino da MFC, cada uma das dezessete Universidades no Canadá tem seu currículo para a Residência de Medicina de Família. Todos devem, no entanto, basear-se nos três pilares do *Triple C Curriculum* acima mencionados.

O currículo da Residência em MFC da Universidade de Toronto apresentado pelos professores canadenses durante a oficina no Rio de Janeiro, por exemplo, conta com 140 competências centrais e suas ramificações. Não há competências por doenças, pois segundo eles isso culminaria na tarefa de ter que elaborar *guidelines* para cada uma, o que, além de já existirem, produziria um documento muito extenso, desencorajando seu uso. Estas competências, conforme descrito anteriormente, são divididas em “Pré-requisitos”, “Essencial”, “Desejável” e “Avançado”.

Os currículos das Universidades do Canadá, no entanto, não estão disponibilizados nos sites das Universidades, sendo acessíveis somente para os Residentes e Preceptores dos Programas, o que dificulta uma descrição mais pormenorizada dos mesmos.

4.1.2 Reino Unido

Para praticar Medicina de Família na Inglaterra, não basta que o médico tenha completado os três anos de Residência. Além disso, ele deve ser aprovado em uma prova de títulos, que neste país é organizada pelo *Royal College of General Practitioners* (RCPG), entidade que congrega os médicos de família no Reino Unido. Desta forma, o RCPG avalia todos os Residentes egressos dos Programas ingleses.

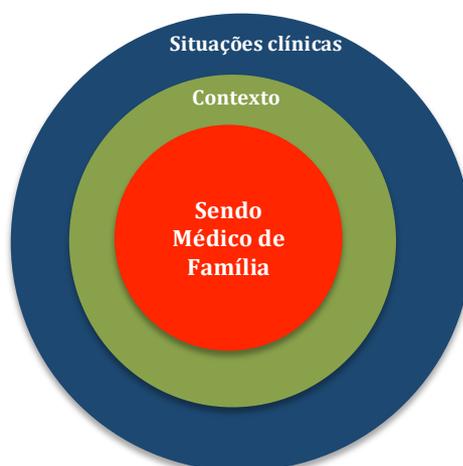
Uma vez que o RCPG realiza esta avaliação, seria coerente pensar que a entidade também deveria ser responsável por pautar o ensino da Medicina de Família no país. É exatamente isto que ocorre. O RCPG dispõe de um currículo baseado em competências que determina o que é requerido para atuar como médico de família no sistema de saúde do Reino Unido, o *National Health Service* (NHS).

O currículo inglês, criado em 2006, define os conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas de um médico de família e descreve atividades que facilitam o processo de ensino-aprendizagem nesta área, fornecendo os pilares do treinamento e avaliação em Medicina de Família no Reino Unido. O mesmo é relevante para o MFC não só no início da carreira, mas ao longo desta, incluindo a preparação para revalidação do título obtido junto ao RCPG após a Residência, que ocorre a cada 5 anos.

A cada ano, o currículo é revisado pelos membros do RCPG, em resposta ao *feedback* de quem o utiliza (em seu site, o RCPG fornece endereço eletrônico para envio de *feedback* sobre o currículo) e para assegurar que seu conteúdo permaneça atual. As devidas alterações são então realizadas, sendo as últimas feitas em Agosto de 2014.

As competências não foram desenvolvidas por médicos de família ingleses somente, mas por meio de encontros com generalistas do mundo todo, em particular da Europa. Nesse contexto, a “Definição Européia de Medicina de Família e Comunidade”, elaborada em 2005 por professores membros da EURACT (*European Academy of Teachers in General Practice*), um grupo de trabalho vinculado à regional européia da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), definiu as características gerais da MFC. As competências do currículo do RCPG foram derivadas destas características. O currículo inglês é estruturado em três eixos conforme a figura 01.

FIGURA 01: Eixos do currículo do Reino Unido



Fonte: adaptado pelo autor do currículo do Programa de Residência em Medicina de Família no Reino Unido.

O eixo central é o “coração” do currículo e fornece uma descrição completa dos conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos exigidos de um MFC no manejo de pacientes e seus problemas. Abrange todos os aspectos gerais da prática da Medicina de Família, incluindo as principais habilidades para lidar com a incerteza e com pacientes que sentem-se doentes sem uma patologia orgânica identificável, assim como o gerenciamento de encaminhamentos para a atenção secundária.

O eixo central reúne seis áreas de competências, além de três características essenciais de “você como médico”. As áreas de competências são:

1. Manejo em Atenção Primária:

Diz respeito a como gerenciar seus contatos com os pacientes, com competência a lidar com quaisquer problemas que são apresentados a você.

2. Cuidado Centrado no Paciente:

Dizem respeito à compreensão e são relativas ao contexto de seus pacientes como indivíduos e ao desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe.

3. Habilidades de soluções de problemas clínicos:

São os aspectos do contexto específico da clínica geral, como lidar com doenças precoces e indiferenciadas e as habilidades que você precisa ter para tolerar a incerteza, sem medicalizar a normalidade.

4. Cuidados “Integrais”:

Dizem respeito a como os generalistas devem ser capazes de gerir pacientes com co-morbilidades, doença agudas, crônicas, e a como realizar promoção da saúde e prevenção de doenças no cenário da clínica geral.

5. Orientação para a comunidade:

Dizem respeito ao ambiente físico da população atendida e a necessidade de compreender a interrelação entre saúde e aspectos sociais do processo de adoecimento e as tensões que possam existir entre as diferenças de necessidades e desejos dos indivíduos e das comunidades.

6. Abordagem holística:

Refere-se à capacidade de compreender e respeitar os valores, culturas, crenças e estruturas familiares e entender as maneiras que estas afetarão o processo saúde-doença na comunidade.

As três características essenciais de “você como médico” são:

1. Características contextuais:

Dizem respeito a como compreender o seu contexto de trabalho como médico e como isto pode influenciar a qualidade de seu atendimento. Fatores importantes são o ambiente em que você trabalha, incluindo suas condições de trabalho, a comunidade em que vive, sua formação cultural e os recursos e limitações que você tem que lidar no trabalho.

2. Características atitudinais:

Dizem respeito às suas capacidades profissionais, valores, sentimentos e ética e o impacto que estes podem ter no atendimento aos seus pacientes.

3. Características científicas:

Referem-se à necessidade de adotar uma abordagem crítica e baseada em evidências em sua prática clínica e em como manter isto ao longo da vida como médico, assumindo um compromisso de melhoria da qualidade.

Nesta parte do currículo, merecem destaque as habilidades para lidar com a incerteza, por dois motivos. O principal é que a incerteza está frequentemente presente no dia-a-dia da prática de uma especialidade em que 25 a 50% das consultas, a depender do tempo de acompanhamento do paciente, não têm um diagnóstico preciso (MCWHINNEY, 2010). Quando trazemos este tema para nossa prática clínica, concordamos com sua relevância, já que a incapacidade de lidar com a incerteza é o fator que mais motiva a solicitação de exames complementares e tratamentos desnecessários, que podem ser perigosos para os pacientes. O segundo motivo é que as habilidades para lidar com a incerteza não estão presentes nos outros

currículos que pesquisamos.

O segundo eixo do currículo (Contexto) é composto por quatro tópicos, que abordam aspectos específicos da prática da MFC com uma maior profundidade. Estes são: 1. A consulta em Medicina Família; 2. Segurança do paciente e qualidade do cuidado; 3. O Médico de Família em um ambiente multiprofissional e 4. Aumentando conhecimentos profissionais.

O terceiro e último eixo do currículo diz respeito às situações clínicas mais frequentemente encontradas na prática. Reúne vinte e um tópicos, como “Saúde do Homem”, “Cuidados de pessoas com problemas mentais”, “Cuidados de pessoas com problemas musculoesqueléticos”, “Saúde Sexual”, “Saúde Cardiovascular”, “Genética em Atenção Primária” e “Promoção e prevenção de doenças”. Para cada um, há regras gerais sobre esses temas, os objetivos de aprendizagem para adquirir cada competência, as estratégias educacionais para aprender estes objetivos, além de fontes bibliográficas para aprofundamento dos temas.

Na prática, cada tópico clínico do terceiro eixo do currículo é interpretado sob a ótica das seis áreas de competência e das três características essenciais de “você como médico”, descritas no eixo central, conforme o exemplo de caso clínico que daremos a seguir, sobre “Saúde Cardiovascular”, que ilustra bem como utilizar e integrar o currículo no manejo das dúvidas que surgem no dia-a-dia da prática clínica.

Black é um homem de 58 anos de idade, que se apresenta em sua clínica com uma história de dor no peito irradiando para o braço esquerdo. Isto ocorre com os esforços e é aliviado por repouso. Começou há cerca de um mês e não vem apresentando piora. Que você saiba, ele não tem histórico de hipertensão, diabetes ou dislipidemia, mas ele raramente procura serviços de saúde. Ele fuma. Não há nenhuma história familiar de doença cardíaca isquêmica, mas sua mãe desenvolveu diabetes a partir dos 65 anos. No exame físico, ele encontra-se bem. A pressão sanguínea é 155x95 mmHg e o pulso é regular, de 85 b.p.m. Seu IMC é 32 kgm². (McWHINNEY, 2010)

Você então se faz as seguintes perguntas:

1. Manejo em Atenção Primária:

De qual informação adicional eu preciso? Como devo me conduzir para realizar um diagnóstico?

2. Cuidado Centrado no Paciente:

O que mais eu deveria discutir com o paciente nesta consulta?

3. Habilidades de soluções de problemas clínicos:

Um teste da ergométrico seria útil neste caso? Qual suporte eu poderia dar ao

paciente para cessação do tabagismo?

4. Cuidados “Integrais”:

O encaminhamento a um outro nível de atenção traria algum benefício adicional?

5. Orientação para a comunidade:

Qual investigação voltada especificamente para esta comunidade eu deveria realizar? Que tipo de apoio de serviços pode estar disponível para o Sr. Black? Qual é a relevância de temas sociais, étnicos e de questões de gênero para a prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares?

6. Abordagem holística:

O que eu falaria para a esposa do paciente? Qual é o impacto da doença cardiovascular em pacientes, física, psicológica e socialmente (incluindo ocupação e empregabilidade)? Qual o impacto das doenças cardiovasculares sobre suas famílias?

1. Características contextuais:

Quais desafios como MFC eu enfrento para a prestação de cuidados eficazes neste caso?

2. Características atitudinais:

Quais são meus sentimentos pessoais sobre doenças cardiovasculares?

3. Características científicas:

Quais são os *guidelines* nacionais disponíveis para diagnóstico e seguimento neste caso? Eu deveria calcular o risco cardiovascular deste paciente? Qual o meu plano para me manter atualizado sobre doenças cardiovasculares?

Para cada tópico clínico há um exemplo como o caso acima. Após os exemplos, são listadas as competências a serem adquiridas, que também são divididas sob os nove ângulos acima.

Desta forma, os problemas clínicos são abordados sob várias perspectivas, o que aumentará as chances de um manejo apropriado e de uma abordagem integral dos casos, o que faz este currículo ser bastante interessante. Por fim, após as competências, são fornecidas regras gerais sobre os temas, os objetivos de aprendizagem para adquirir cada competência, as estratégias educacionais para aprender estes objetivos, além de fontes bibliográficas para aprofundamento dos assuntos.

4.1.3 Espanha

A Medicina de Família na Espanha é muito valorizada, pois desde 1996 a

Residência em MFC é exigida para o médico que deseja trabalhar em Atenção Primária. Além disso, em 2002, a *Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria* aprovou o *Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*, um currículo baseado em competências a serem adquiridas durante os quatro anos de Residência em MFC, tempo de duração dos Programas de Residência nesta área no país.

Colaboraram para o desenvolvimento deste currículo vários especialistas em MFC espanhóis, selecionados por sua ampla experiência em formação. Ainda assim, o documento também foi revisado por algumas Universidades, pela Sociedade Espanhola de MFC (semFYC) e suas sociedades federadas, assim como pela Sociedade Espanhola de Médicos Rurais e Generalistas (SEMERGEN).

Inicialmente, foram definidos os valores profissionais específicos dos médicos de família: 1. Compromisso com a pessoa; 2. Compromisso com a sociedade; 3. Compromisso com a melhora profissional contínua; 4. Compromisso com a própria especialidade; 5. Compromisso com a formação de novos médicos de família e 6. Compromisso ético.

Em sequência, foram definidas as cinco áreas de competências que formam a estrutura do currículo espanhol:

1. Área de competências essenciais, subdividida em quatro tópicos:

- Comunicação clínica;
- Raciocínio clínico;
- Gerenciamento da atenção;
- Bioética.

2. Área de competências relacionadas com a Atenção ao Indivíduo. Nesta parte, estão descritas as situações clínicas mais frequentemente encontradas na Medicina de Família. Está subdividida de duas formas:

- Abordagem por problemas de saúde das pessoas (prevenção primária, secundária e terciária); esta parte contém as situações clínicas separadas por órgãos/sistemas do corpo humano, como “Problemas metabólicos e endocrinológicos”, “Fatores de risco e problemas cardiovasculares”, “Problemas de pele”, “Problemas dos olhos”, além de “Traumatismos, acidentes e intoxicações” e “Atenção às Urgências e Emergências”, etc.

- Abordagem para grupos de população e grupos com fatores de risco. Esta parte é dividida por grupos populacionais e grupos vulneráveis, como “Atenção à mulher”, “Atenção ao adulto”, “Atenção à criança”, “Atenção ao paciente imobilizado”, “Atenção às situações de risco familiar e social”, etc.

3. Área de competência em relação à Atenção à Família;
4. Área de competência em relação à Atenção à Comunidade
5. Área de competência em relação à Formação e Investigação

Para cada tema presente no currículo, há os objetivos de aprendizagem e depois um quadro contendo as competências necessárias para cada tema, subdivididas em três níveis de prioridade, de forma semelhante ao que descrevemos no currículo da Universidade de Toronto:

- **Prioridade I:** Indispensável: as competências devem ser adquiridas por todos os Residentes. Sua ausência põe em cheque a formação dos mesmos.
- **Prioridade II:** Importante: as competências devem ser adquiridas pela maioria dos Residentes.
- **Prioridade III:** Não prioritário: a aquisição destas competências, se as descritas acima estiverem presentes, pode ser consideradas como padrão de excelência dos Residentes.

Para cada competência, é apontado qual nível do sistema de saúde (primário, secundário ou terciário) tem a responsabilidade pela transmissão da mesma ao Residente. Vejamos um exemplo de como este currículo é estruturado:

Área: Atenção ao paciente restrito ao leito.

Objetivos: Ao final da Residência, o médico demonstrará/será capaz de:

1. Realizar corretamente uma avaliação multidimensional do paciente imobilizado;
2. Fazer corretamente em domicílio o monitoramento de pessoas com doenças crônicas em fases avançadas;
3. Reconhecer sinais indicativos de mau prognóstico;
4. Saber ensinar o cuidador do paciente;
5. Coordenar a atenção de pacientes acamados junto a profissionais de enfermagem e assistência social;
6. Conhecer e utilizar racionalmente os recursos sócio-sanitários da área.

Quadro 04: Classificação das competências do currículo do PRMFC espanhol segundo nível de responsabilidade no sistema de saúde para atenção ao paciente restrito ao leito.

Atividades agrupadas por prioridade	Nível de responsabilidade
Prioridade I	
Saber realizar uma anamnese do estado orgânico, mental, funcional e social do paciente acamado	Primária
Realizar corretamente o manejo terapêutico do paciente com AVC	Primária/Secundária
Realizar corretamente o manejo terapêutico do paciente com DPOC em fase avançada	Primária/Secundária
Realizar corretamente o manejo terapêutico do paciente com ICC em fase avançada	Primária/Secundária
Manejar corretamente a síndrome confusional	Primária/Secundária
Conhecer e saber prevenir as úlceras de decúbito	Primária
Conhecer e saber prevenir as complicações respiratórias	Primária
Conhecer e saber prevenir trombose venosa	Primária
Conhecer e saber prevenir as complicações músculoesqueléticas	Primária
Conhecer e saber prevenir as complicações genitourinárias	Primária
Conhecer e saber prevenir os riscos da polifarmácia	Primária/Secundária
Abordar corretamente a deterioração nutricional	Primária/Secundária
Saber tratar corretamente as úlceras de decúbito	Primária/Secundária
Utilizar de forma racional os testes diagnósticos	Primária
Saber fazer um plano de reabilitação para o tratamento da imobilidade e evitar sua progressão	Primária/Secundária
Saber realizar a troca de sonda vesical	Primária
Saber realizar sondagem nasogástrica	Primária
Conhecer os critérios de encaminhamento para o hospital	Primária
Saber treinar o cuidador do paciente acamado	Primária
Conhecer, informar a família e utilizar corretamente os recursos sóciossanitários para cada situação	Primária
Abordagem familiar e psicossocial das famílias com pacientes acamados	Primária
Prioridade II	
Saber realizar o tratamento de úlceras de decúbito complexas	Primária/Secundária
Prioridade III	
Saber trocar uma sonda de gastrostomia	Primária/Secundária
Saber realizar paracentese	Primária/Secundária
Saber utilizar aspiradores	Primária/Secundária

Posto isso, é determinado o cenário específico em que a competência deve ser aprendida (se no Posto de Saúde, em uma rotação externa, no hospital terciário, etc.) e o tempo para ela ser adquirida:

Quadro 05: Classificação das competências do currículo do PRMFC espanhol segundo local e tempo.

Área	Local de aprendizagem	Tempo
Atenção ao paciente restrito ao leito	Posto de Saúde (para aquisição das Prioridades I)	Durante todo o tempo previsto para esta rotação, compartilhado com outras atividades do currículo
	Recursos assistenciais específicos (para aquisição das Prioridades II e III)	1 mês (optativo)

As estratégias educacionais para aquisição de competências são fornecidas por vezes em um quadro localizado após este descrito acima. Para algumas áreas, não há este quadro, mas sim uma forma geral, conforme descrito a seguir:

1. Autoaprendizagem:

Consiste no estudo e no uso ferramentas individuais e é indicada principalmente na aquisição de novos conhecimentos, manutenção da competência e aquisição de habilidades no uso de ferramentas básicas. Podem ser divididas em:

- Estudo cotidiano sob iniciativa do Residente;
- Visualizações recomendadas (CD-ROM, vídeos, páginas na internet);
- Aprendizagem baseada em problemas;
- Cursos a distância.

2. Aprendizagem em campo:

Consiste em colocar o residente em situações reais e é indicada principalmente para aquisição de habilidades de tomada de decisões profissionais. Podem ser realizadas por:

- Observação direta: Residente observa o preceptor atendendo;
- Intervenções com a presença do preceptor: Residente realiza atividades sob supervisão direta do preceptor;
- Intervenções diretas, não supervisionadas diretamente pelo preceptor, onde se obtêm informações por vias diferentes das observações diretas, como a passagem de casos e opiniões dos pacientes e de outros membros da equipe sobre a *performance* do Residente;
- Vídeo-gravação das consultas (com a permissão do paciente) para posterior análise.

3. Aulas:

Consiste na transmissão unidirecional de informações sobre temas específicos e é indicada principalmente para transmissão de informações complexas. Podem ser aulas tradicionais ou aulas participativas, devendo-se dar preferência a estas últimas.

4. Trabalhos em grupo:

Indicada preferencialmente para trabalhar atitudes e para aproveitar a interação entre os diferentes membros do grupo. Podem ser realizados em forma de:

- Seminários;
- Representação de papéis (*role playing*);
- Trabalho de campo;
- Visualização de vídeos;
- Outros.

5. Oficinas:

Consiste na aprendizagem de habilidades em pequenos grupos e é indicada principalmente para aquisição de habilidades na realização de procedimentos, que devem seguir um padrão definido. Podem ser realizadas com:

- Pacientes reais ou simulados;
- Manequins (bonecos);
- Programas informatizados (simuladores).

Na sequência, são fornecidas no currículo as referências bibliográficas para cada área, com a indicação dos artigos, livros e recursos de internet sobre o tema.

Por fim, são fornecidas, de maneira geral, sem ligação com cada competência especificamente, as formas de avaliação dos Residentes, que utilizam-se de métodos (diretos e indiretos) que, seguindo a pirâmide de Miller, permitam identificar o nível de apreensão da competência em “Sabe”, “Sabe como”, “Mostra como” e “Faz”.

4.2 Atualização em metodologias de ensino para a preceptoria dos PRMFC

O curso de atualização em metodologias de ensino foi realizado em 2013 com uma carga horária total de 80 horas. Os Módulos, conteúdos curriculares e carga horária foram distribuídos conforme o quadro abaixo.

Quadro 06: Estrutura do curso de Atualização em metodologias de ensino para preceptores.

Módulos	Conteúdos curriculares	Carga horária
1 A– Teorias e princípios da aprendizagem aplicados à educação dos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tendências na educação dos profissionais de saúde ➤ Fundamentos cognitivos da aprendizagem ➤ Aprendizagem do adulto: princípios da Andragogia 	8h
1 B - Introdução ao desenho de currículo baseado em competências	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação de necessidades educacionais ➤ Etapas para o desenho de currículo ➤ Como elaborar a matriz de competências x objetivos de aprendizagem x estratégias educacionais 	8h
2 – Introdução às Metodologias Ativas de Aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Histórico ➤ Fundamentos ➤ Características ➤ A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL, Problematização) 	16h
3 - Planejamento e condução de estratégias e atividades educacionais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planejamento e condução de estratégias e atividades educacionais para desenvolvimento de conhecimentos ➤ Planejamento e condução de estratégias e atividades educacionais para desenvolvimento de habilidades ➤ Planejamento e condução de estratégias e atividades educacionais para desenvolvimento de atitudes 	16h
4 – Treinamento em ambiente ambulatorial	O ensino-aprendizagem no ambulatório: conceitos básicos A consulta ambulatorial Abordagens para o ensino-aprendizagem no ambulatório A organização do ensino-aprendizagem no ambulatório Introdução à avaliação do aluno em ambiente ambulatorial	16h
5 - Introdução à avaliação da aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conceitos básicos ➤ Tipos e instrumentos de avaliação da aprendizagem 	16h
	Total	80h

FONTE: Tomaz, 2013.

O curso apresentou como estratégias educacionais, metodologias ativas como atividade em grupos, simulações, dramatizações e mini-exposições para compartilhamento e sistematização de informações. Participaram desta atividade doze preceptores de medicina de família e comunidade, que obtiveram bom aproveitamento e avaliaram o curso de forma positiva.

4.3 Macrocompetências dos PRMFC Fortaleza

Após a realização das oficinas com os preceptores obteve-se a matriz de macrocompetências conforme sintetizada no quadro abaixo.

Quadro 07: Matriz de macrocompetências dos PRMFC de Fortaleza.

Macrocompetências	Tópicos	
Aplicação dos Fundamentos na prática da Medicina de Família e Comunidade	Sistemas de Saúde e Sistema Único de Saúde	
	Princípios e ações da Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família	
	Princípios da Medicina de Família e Comunidade	
Utilização das Ferramentas da Medicina de Família e Comunidade	Gestão da Clínica	Promoção de saúde
	Método Clínico Centrado na Pessoa	Medicina baseada em evidencia
	Abordagem familiar	Comunicação clínica
	Abordagem comunitária	Vigilância em saúde
	Atenção Domiciliar	Epidemiologia clinica
	Educação Popular	Sistemas de informação
	Prevenção de doenças	
Utilização os princípios da Andragogia na APS		
Desenvolvimento de pesquisa na APS		
Capacidade de trabalhar em equipe interprofissional		
Capacidade de aperfeiçoar o desenvolvimento pessoal	Entrando em um ambiente diferente	
	Auto-conhecimento	
	Arte	
	História	
	Ética	

Capacidade de gestão de problemas frequentes e indiferenciados na prática em Atenção Primária à Saúde	Geral e Inespecífico	Problemas do Olho
	Problemas Hematológicos	Problemas do Aparelho Reprodutor
	Problemas da Pele	Problemas Músculo-Esqueléticos
	Problemas das Vias Urinárias	Problemas Neurológicos
	Problemas Respiratórios	Problemas de Saúde Mental
	Problemas Cardiovasculares	Problemas com Risco de Morte: Urgências e Emergências
	Problemas Gastrointestinais	Doenças Emergentes e Infecto-Contagiosas Sistêmicas
	Problemas Metabólicos	Problemas de Ouvido, Nariz e Garganta
	Problemas Cirúrgicos e Procedimentos Ambulatoriais em APS	
Capacidade de gestão de problemas de Grupos Populacionais, Ciclos de Vida e Grupos com Fatores de Risco	Atenção à Criança	Saúde do Homem
	Atenção do Adolescente	Saúde do Idoso
	Saúde da Mulher	Saúde do Trabalhador
	Atenção ao Paciente com vulnerabilidade extrema, Luto e Cuidadores	
	Atenção ao Paciente com Mobilidade Restrita	
	Atenção a Situações de Risco Familiar e Social: Pessoas em um contexto de Violência, Pessoa com Deficiência e Exclusão Social	

FONTE: Autor

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste projeto de intervenção foi possibilitado uma reflexão sobre o currículo, ou ausência deste, para programas de residências em medicina de família e comunidade, assim como a comparação com currículo baseado em competências de experiências internacionais. A leitura e descrição das experiências do Canadá, Reino Unido e Espanha serviu como base para um modelo que foi proposto pelo grupo de preceptores durante as oficinas.

A formação dos preceptores com o curso de atualização em metodologias de ensino para preceptoria foi de grande relevância para a sensibilização e percepção da necessidade da construção de um currículo baseado em competências para os PRMFC de Fortaleza. A partir deste momento o grupo se motivou a enfrentar este desafio desencadeando as oficinas para elaboração da matriz de macrocompetências, que proporcionaram uma reflexão ampla de todo processo de ensino aprendizagem.

Foi dado o primeiro passo para elaboração de um currículo baseado em competências, um projeto extremamente importante e complexo. Esta construção deverá dar continuidade a este trabalho e necessitará do empenho e dedicação de todos envolvidos nos programas de residência de medicina de família e comunidade de Fortaleza, incluindo os residentes.

Certamente este produto irá para favorecer o processo de ensino-aprendizagem nos dois anos de programa, avaliando as competências dos residentes no final do curso, o que garante para a sociedade um profissional apto para desenvolver as suas ações. Com um currículo baseado em competências necessárias para Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde desejamos reorientar os processos de ensino-aprendizagem dos residentes e preceptores para qualificar a prática. Pretende-se realizar um seminário como finalidade de validar as macrocompetências com representantes da sociedade, da gestão e dos profissionais.

Os desafios futuros desse projeto são validar as macrocompetências e competências com todos integrantes dos programas de residência médica, gestão do SUS e a sociedade, transformar os tópicos em objetivos de aprendizagem, definir as estratégias educacionais necessárias e o método de avaliação dos residentes, preceptores e dos programas. Dessa forma teremos uma matriz de competências para guiar o processo de ensino aprendizagem.

Este trabalho poderá ajudar outros programas de residência em medicina de família e de outras especialidades médicas na elaboração de um currículo baseado em competências, assim como contribuir com a SBMFC na elaboração de uma proposta de um currículo nacional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. Projeto da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Fortaleza, 2005.

ARAÚJO D. **Noção de Competência e Organização Curricular**. Rev. Baiana de Saúde Pública, v. 31, supl. 1, p.32-43, jun. 2007.

AUGUSTO, D. K. Residência em Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G. D. F. et al. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2222 p.

BARRETO, I. C. H. C. et al. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza-CE. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Londrina, n. 34, p.31-46, maio 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Resolução CNRM N° 02/2006, de 17 de maio de 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.

BRASIL. Lei 12.871 de 23/10/2013. Disponível em:
www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/L12871.htm

CASTRO V. S. **Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da formação**. 2007. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

COSTA T. A. **A noção de competência enquanto princípio de organização curricular**. Rev. Bras. Educ., n. 29, p. 52-62, maio/ago. 2005.

RIBEIRO E. C. O.; Lima V. V. **Competências profissionais e mudanças na formação.** Olho Mágico, Londrina, v. 10, n.2, p. 47-52, abr./jun. 2003.

DELUIZ N. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação:** Implicações para o Currículo. Boletim Técnico do Senac, 2001.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (UNICEF/OMS). Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef; 1979.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M.H. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L., Escorel S., Lobato L.C.V., Noronha J.C., Carvalho A.L., org. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2008. P 575-625.

LOPES, J. M. C. et al. **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade.** Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. 184 p.

McWHINNEY, I. R. Manual de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: ARTMED, 2010. 471p.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Curso de Especialização em Gestão Escolar. Disponível em:<http://escoladegestores.mec.gov.br/site/2-sala_projeto_vivencial/pdf/projetointervencao.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2014.

NUNES, M.P.T.; MARTINS, A.C.S.; MACHADO, V.R. **Avaliação do sistema RM:** Instituição, Programa, Residente, Corpo Docente. Cadernos da ABEM, Rio de Janeiro, v. 7, p. 41-45, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atenção primária à saúde:** Agora mais do que nunca. The World Health Report 2008. Genebra: OMS; 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: OPAS/OMS, 2005.

RIBEIRO, M. T. A. M. **Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em capital do Nordeste**. 2009. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Competency Based Curriculum. Disponível em: : <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview.aspx>. Acesso em 15/11/2014.

SAMPAIO, L. F. R. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, G. D. F. et al. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2222 p.

SANTOS W. S. **Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica**. Rev. Bras. Educ. Med., v. 35, n. 1, p. 86-92. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Revisão da Resolução 02/2006 da Comissão Nacional de Residência Médica**. Brasília, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Projeto de expansão de Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade**, 2005. Disponível em:

<http://sbmfc.org.br/media/file/documentos/projeto_de_expansao_das_residencias_em_mfc.pdf>. Acesso em: 5 março 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2 ed., 2004.

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B.

et al. **Medicina Ambulatorial**: Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p.

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA. Triple C Competency Based Curriculum, 2011 Disponível em: http://www.cfpc.ca/Triple_C/ . Acesso em 15/11/2014

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TOMAZ J. B. O Desenho do Currículo. In: MAMEDE, S. et al. **Aprendizagem Baseadas em Problemas**: Anatomia de uma Nova Abordagem Educacional. Fortaleza: HUCITEC, 2001. 232 p.

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em um projeto de intervenção intitulado “Elaboração de um Currículo baseado em competências para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade”. Você não deve participar contra a sua vontade. O projeto limita-se à coleta e avaliação de dados pessoais e desta forma não causa nenhum prejuízo ou risco à sua integridade física. Sua identidade será mantida em absoluto sigilo, sendo os dados utilizados apenas para fins científicos. Você tem garantido o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais do projeto em questão ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Não há despesas pessoais para a sua participação, ou seja, você não pagará nada para participar, assim como não há compensação financeira relacionada à sua participação, isto é, também não receberá nenhum pagamento por contribuir com a pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é: Andre Luis Benevides Bomfim, que pode ser encontrado no endereço profissional – Sistema Municipal Saúde Escola- Rua Antônio Augusto, 1571, bairro Meireles. Telefone para contato: 3131-1694 Em caso de dúvida ou consideração sobre ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do da Universidade Federal do Ceará, localizado rua coronel Nunes de Melo, 1127, bairro Rodolfo Teófilo (3366-8338).

Eu, _____, _____ anos

RG _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário do projeto de intervenção. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a projeto e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Assinatura do participante no projeto

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo projeto

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do profissional que aplicou o TCLE

Data ____ / ____ / ____