

O ENSINO DE SAÚDE DA CRIANÇA NAS RESIDÊNCIAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO CEARÁ

TEACHING CHILD HEALTH IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE RESIDENCIES IN CEARÁ, BRAZIL

LA ENSEÑANZA DE LA SALUD INFANTIL EN RESIDENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CEARÁ

Izabella Tamira Galdino Farias Vasconcelos ¹

Como Citar:

Vasconcelos ITGF. O ensino de saúde da criança nas residências de medicina de família e comunidade no Ceará. *Sanare*. 2025;24(2).

Descritores:

Educação Médica; Saúde da Criança; Medicina de Família e Comunidade.

Descriptors:

Medical Education; Child Health, Family and Community Medicine.

Descriptores:

Educación Médica; Salud Infantil; Medicina Familiar y Comunitaria.

Submetido:

02/09/2025

Aprovado:

12/09/2025

Autor(a) para Correspondência:

Izabella Tamira Galdino Farias
Vasconcelos
End: Av. Cmte. Maurocélvio Rocha
Pontes, 100 - Jocely Dantas de
Andrade Torres, Sobral - CE,
CEP: 62042-250
E-mail: izabellatamira@ufc.br

RESUMO

Este estudo analisou os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) das Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) em funcionamento no Ceará, com foco na formação de competências em saúde da criança. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e documental, realizada a partir da coleta e análise dos PPC disponibilizados por sete programas, selecionados por efetivamente ofertarem vagas em 2024. A análise temática reflexiva permitiu identificar padrões, potencialidades e lacunas na forma como a saúde da criança é contemplada nos documentos. Os resultados revelaram heterogeneidade na organização curricular: alguns programas apresentaram propostas pedagógicas mais estruturadas, com definição de competências, conteúdos e metodologias específicas, enquanto outros se limitaram a descrições genéricas, sem detalhamento de carga horária teórica ou prática voltada à pediatria. Observou-se ainda escassa utilização de instrumentos avaliativos formais e baixa padronização entre os programas. Conclui-se que, embora existam avanços na integração da saúde da criança na formação em MFC, persistem lacunas significativas que podem comprometer a uniformidade da formação. Recomenda-se maior clareza nos PPC quanto à definição de competências, conteúdos e estratégias avaliativas, a fim de fortalecer a qualidade do ensino e a preparação dos residentes para o cuidado infantil na Atenção Primária à Saúde.

1. Médica Pediatra. Mestra em Saúde da Família. Professora efetiva do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral. E-mail: izabellatamira@ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0908-7355>

ABSTRACT

This study analyzed the Pedagogical Course Projects (PPC) of Family and Community Medicine Residencies (FCMR) in Ceará, Brazil, focusing on the development of child health competencies. It was a qualitative, exploratory, descriptive, and documentary study based on the collection and analysis of PPC made available by seven programs that effectively offered residency positions in 2024. Reflexive thematic analysis was used to identify patterns, strengths, and gaps in the way child health is addressed in these documents. The results revealed significant heterogeneity: some programs presented more structured pedagogical proposals, with defined competencies, contents, and methodologies, while others offered only generic descriptions, without specifying theoretical or practical workloads dedicated to pediatrics. A limited use of formal assessment tools and a lack of standardization across programs were also observed. The findings suggest that, despite advances in integrating child health into Family and Community Medicine training, important gaps persist, which may compromise the uniformity of education. It is recommended that PPC provide clearer definitions of competencies, content, and evaluation strategies in order to strengthen the quality of training and ensure residents are better prepared for child health care in Primary Health Care.

RESUMEN

Este estudio analizó los Proyectos Pedagógicos de Curso (PPC) de las Residencias de Medicina Familiar y Comunitaria (RMFC) en Ceará, Brasil, con énfasis en el desarrollo de competencias en salud infantil. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio, descriptivo y documental, basada en la recopilación y análisis de PPC disponibles de siete programas que efectivamente ofertaron plazas en 2024. Se utilizó el análisis temático reflexivo para identificar patrones, fortalezas y vacíos en la forma en que la salud infantil es contemplada en dichos documentos. Los resultados mostraron una notable heterogeneidad: algunos programas presentaron propuestas pedagógicas estructuradas, con competencias, contenidos y metodologías claramente definidos, mientras otros se limitaron a descripciones generales, sin detallar la carga horaria teórica o práctica destinada a pediatría. También se observó un uso limitado de instrumentos formales de evaluación y baja estandarización entre los programas. Se concluye que, aunque existen avances en la integración de la salud infantil en la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, persisten vacíos significativos que pueden comprometer la uniformidad de la formación. Se recomienda una mayor claridad en los PPC respecto a competencias, contenidos y estrategias de evaluación para fortalecer la calidad del proceso formativo y preparar mejor a los residentes para la atención infantil en la Atención Primaria de Salud.

.....

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como eixo estruturante no redesenho das políticas públicas de saúde, ao mesmo tempo que desafia os modelos tradicionais de formação profissional. Esse contexto exige não apenas a consolidação de práticas que integrem os princípios da integralidade e da acessibilidade, mas também a reformulação dos currículos e das estratégias pedagógicas, de modo a alinhar o perfil dos egressos às demandas crescentes e dinâmicas da saúde coletiva^{1,2}.

Nesse cenário, a formação médica, historicamente centrada no modelo hospitalocêntrico, mostrou-se insuficiente para responder às demandas da APS, o que levou à criação de novos arranjos formativos, entre eles as Residências de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Instituídas no Brasil em 1976, as RMFC constituem espaço privilegiado de formação

em serviço e desempenham papel estratégico na consolidação da APS³⁻⁶.

No estado do Ceará, a implantação da RMFC em diferentes macrorregiões representou uma oportunidade singular de ampliar a qualificação profissional voltada à Atenção Primária. Considerando que a saúde da criança constitui uma das prioridades sanitárias no estado⁷, torna-se relevante compreender como os programas de residência estruturam, do ponto de vista pedagógico, essa formação.

Nesse sentido, os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) configuram-se como documentos centrais, pois expressam a intencionalidade política e a organização pedagógica dos programas, além de orientarem os processos de ensino-aprendizagem, contemplando competências, objetivos de aprendizagem, conteúdos, metodologias e estratégias avaliativas⁸.

Este estudo analisa os PPC das RMFC no Ceará, com foco na forma como planejam o desenvolvimento

de competências em saúde da criança para atuação na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória, descritiva e documental. A abordagem qualitativa possibilita captar significados, motivos e valores relacionados ao objeto de investigação, explorando dimensões que não se reduzem à simples operacionalização de variáveis⁹.

Foram analisados os PPC das Residências de Medicina de Família e Comunidade em funcionamento no estado do Ceará no ano de 2024. Para inclusão, consideraram-se apenas as instituições que efetivamente ofertaram vagas nesse período, de modo a assegurar a representatividade da realidade formativa.

Como os PPC não estavam publicizados nos sites das instituições, a coleta de dados ocorreu por meio de solicitação direta às instituições participantes e orientou-se por um roteiro previamente elaborado, contemplando: carga horária total e dedicada à saúde da criança; competências propostas; conteúdos e metodologias de ensino; cenários e cargas horárias práticas; e estratégias de avaliação.

A análise foi conduzida a partir da técnica de análise temática reflexiva¹⁰, desenvolvida em seis etapas: familiarização com os dados; geração de códigos; identificação de temas; revisão dos temas; definição e nomeação dos temas; e elaboração do relatório. O objetivo foi identificar padrões, potencialidades e lacunas nos PPC em relação à formação em saúde da criança.

Para preservar a identidade institucional, os programas foram codificados e apresentados de forma anônima. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú e respeitou os princípios éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para este estudo, foram consideradas apenas as instituições que ofertaram vagas no ano de 2024, de modo a refletir contextos ativos de formação. Essa decisão assegura que os dados analisados sejam representativos da realidade em curso e aplicáveis ao desenvolvimento de competências na prática das RMFC.

De acordo com o último edital do Exame Nacional de Residência (ENARE), organizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), foram ofertadas 53 vagas em Medicina de Família e Comunidade no Ceará. A distribuição contemplou: 2 vagas para a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral (ESP-VS); 6 para a AIAMIS/UNINTA em Itapipoca; 7 para o Complexo Hospitalar da UFC; 9 para a Escola de Saúde Pública do Ceará (2 em Tauá e 7 em Caucaia/Fortaleza); 19 para a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; e 10 para a Universidade Federal do Cariri^{12,13}.

Como já referido, existem 10 centros formadores de Médicos de Família e Comunidade no estado do Ceará, vinculados a sete programas de residência médica. Para fins de análise dos PPC disponibilizados com preservação do anonimato, nomear-se-ão os programas em uma sequência numérica de PRMFC-1 a PRMFC-7, atribuídos de forma aleatória através de sorteio.

O PRMFC-1 disponibilizou seu Projeto Pedagógico de Curso. O PRMFC-2 apresentou sua proposta pedagógica no formato de “Manual do Residente”. O PRMFC-3 forneceu o Projeto Pedagógico de Curso juntamente com o anexo “Caderno do Residente: Módulo Saúde da Criança”. Os demais PRMFC compartilharam as informações por meio do “Relatório de Dados do Processo”, extraídas do processo de credenciamento no Sistema Nacional de Residência Médica (SISCNRM), descrito no tópico anterior. Neste sentido, as sessões discursivas que seguem adotarão o termo “Proposta Pedagógica” como designação genérica para englobar os diversos formatos apresentados pelos programas de residência.

Assim, apresenta-se uma análise geral das propostas pedagógicas e o alinhamento destas com as diretrizes e normativas nacionais sob lente da formação de competências em saúde da criança.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-1

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

Na sequência, apresenta-se a qualificação do corpo

docente, incluindo preceptores e supervisores, com informações sobre titulação, funções e experiência na especialidade. A matriz curricular é organizada em atividades práticas e teóricas. As práticas abrangem atendimentos em atenção primária, urgência e especialidades, além de estágios em maternidade e nas clínicas médica e pediátrica. Essas experiências são complementadas por discussões de casos e seminários semanais.

A metodologia de ensino-aprendizagem adota abordagem freiriana, com ênfase na problematização e no aprendizado ativo por meio de grupos tutoriais, seminários e estudos de caso clínico. O processo avaliativo é contínuo e formativo, incluindo provas teóricas, desempenho prático, estudo de caso, fóruns anuais e sessões de *feedback*. Há, ainda, atividades transversais em bioética e ética médica, além de uma semana padrão que equilibra teoria e prática.

No que se refere à saúde da criança, o PPC contempla atendimentos de forma longitudinal na APS e, de modo específico, quatro meses anuais de atividades: no primeiro ano, 12 horas semanais em plantão de emergência pediátrica e, no segundo, a mesma carga em enfermagem pediátrica. Entretanto, não há detalhamento sobre a carga horária mínima voltada à infância na rotina das UBS, o que poderia auxiliar na padronização. Situação semelhante ocorre em relação à abordagem teórica, pois os conteúdos não são especificados, nem o tempo destinado a cada tema. Ressalta-se que, embora a sazonalidade e os contextos locais devam ser considerados, isso não inviabiliza a definição de conteúdo mínimos e essenciais¹⁴.

De forma geral, o PPC integra teoria e prática, apresentando coerência com os princípios da Medicina de Família e Comunidade. Contudo, as lacunas relacionadas ao detalhamento da carga horária e dos conteúdos em saúde da criança comprometem a uniformidade da formação. Ajustes nesse sentido seriam fundamentais para fortalecer a longitudinalidade e a integração do cuidado infantil, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica e a Linha de Cuidado de Puericultura e Hebicultura^{15,16}, proporcionando melhores condições para o desenvolvimento das competências requeridas na APS.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-2

O PRMFC-2 disponibilizou o documento intitulado “Manual do Residente”, que apresenta uma introdução

contextualizando a Residência Médica no Brasil e a função do programa na formação de médicos para a Atenção Primária. O documento inclui informações sobre *campus*, regulamentação, bem como direitos e deveres do residente. O manual apresenta um cronograma semanal que organiza atividades práticas e teóricas, com horários destinados a estudo, descanso, sessões teóricas e estudos dirigidos.

O processo avaliativo é descrito de forma limitada, contemplando avaliações formativas e somativas: avaliações trimestrais realizadas pelos preceptores, avaliação cognitiva anual, portfólio mensal e elaboração de um projeto de pesquisa desenvolvido ao longo dos dois anos. Apesar disso, os objetivos do programa são apresentados de forma sucinta, sem detalhamento das competências teóricas, atitudinais e de habilidades, nem planejamento pedagógico explícito. Também não há estrutura curricular pormenorizada com definição de carga horária, sendo apresentada apenas a rotina semanal.

Embora o Manual do Residente constitua recurso útil para a condução prática da residência, não substitui um Projeto Pedagógico de Curso (PPC), documento mais amplo e fundamental para o planejamento e reconhecimento do programa. A ausência de um PPC compromete o atendimento às diretrizes pedagógicas exigidas pelo Ministério da Educação, limita a articulação entre teoria e prática e reduz a possibilidade de revisões sistemáticas que assegurem qualidade.

Esse problema estrutural, caracterizado pela ausência de detalhamento das metodologias de ensino e estratégias de avaliação, também foi apontado como entrave à adequação dos programas às necessidades do Sistema Único de Saúde¹⁷. Um PPC completo deve integrar todos esses aspectos, promovendo uma formação sólida, centrada nas competências essenciais para a Medicina de Família e Comunidade¹⁸.

A construção de um PPC não representa apenas um requisito burocrático, mas constitui uma ferramenta indispensável para organizar, planejar e monitorar os resultados do curso, promovendo ciclos contínuos de melhoria e excelência. A ausência desse documento no PRMFC-2 gerou desafios à organização e sistematização das informações, que precisaram ser extraídas do Caderno do Residente para atender, ainda que parcialmente, aos critérios de análise da proposta pedagógica.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-3

Os documentos analisados do PRMFC-3 compreenderam o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) e o anexo Caderno do Residente – Módulo Saúde da Criança, citado no próprio texto do projeto. O PPC inicia com uma visão geral do programa, destacando seu alinhamento com os princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde. Em seguida, apresenta informações sobre a carga horária total e semanal, a distribuição entre atividades teóricas e práticas, diretrizes pedagógicas, competências a serem desenvolvidas e objetivos de formação, com detalhamento das habilidades e atitudes esperadas dos egressos.

O documento descreve, de forma detalhada, o perfil dos preceptores, suas atribuições e competências, a infraestrutura de ensino e as metodologias de avaliação do desempenho dos residentes. Nos apêndices, além de instrumentos destinados ao acompanhamento do residente pela equipe multiprofissional, há material destinado à avaliação do próprio preceptor. A organização do PPC é sistemática e minuciosa, abordando desde o contexto institucional até a especificação das competências clínicas e pedagógicas, em consonância com as normativas nacionais.

O Caderno do Residente – Módulo Saúde da Criança complementa o PPC ao evidenciar a relevância do tema, listar habilidades esperadas, explicitar conteúdos programáticos, as metodologias ativas e as estratégias de avaliação, organizadas em cronograma semanal. Sua estrutura clara e didática favorece a prática clínica na APS e fornece referências específicas para o estudo da saúde da criança. Outros cadernos complementares, voltados a áreas como Saúde da Mulher, Saúde do Idoso e Saúde Mental, reforçam a abrangência da proposta e a integralidade da formação.

Apesar da organização detalhada, o PPC-3 carece de maior especificação quanto ao tempo de treinamento em serviço na área pediátrica. Consta apenas a padronização de um ambulatório especializado em pediatria, compatível com nível secundário, com carga de quatro horas semanais, sem definição da periodicidade. No que se refere ao conteúdo teórico, a carga destinada à saúde da criança é limitada a 24 horas, concentradas em duas semanas de módulo no primeiro ano.

Assim, embora o PPC-3 demonstre coerência pedagógica, clareza metodológica e esforço em

contemplar a saúde da criança na formação, persistem lacunas relacionadas à carga horária prática e teórica dedicada à área. Diante da demanda pediátrica nas UBS do Ceará⁷, a ampliação desses aspectos pode fortalecer a qualificação dos residentes e potencializar sua atuação no cuidado integral infantil.

Nota-se um esforço de adequação às demandas da APS, embora persista a necessidade de maior proteção de tempo e aprofundamento dos conteúdos e avaliações para o desenvolvimento pleno de competências pediátricas.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-4

O PRMFC-4 disponibilizou o relatório de credenciamento do SISCNRM, que apresenta a identificação do programa e sua articulação com instituições parceiras para apoio acadêmico. Entre os objetivos, estão listadas as competências a serem desenvolvidas pelos residentes: primeiro contato com o paciente; coordenação do cuidado; abordagem centrada na pessoa; e habilidades em gestão, comunicação e tomada de decisão baseada em evidências, em consonância com diretrizes nacionais.

O documento detalha carga horária semanal e anual das atividades práticas, realizadas em UBS, pronto-socorro e ambulatórios de especialidades, incluindo pequenos procedimentos cirúrgicos, cuidados paliativos e práticas integrativas. As atividades teóricas envolvem aulas e discussões de casos clínicos para fundamentar o conhecimento em temas da Atenção Primária.

O programa adota metodologias ativas, priorizando a integração ensino-serviço, como simulações realísticas, estudos de caso, telemedicina e ambientes virtuais de aprendizagem. O sistema avaliativo contempla tanto o programa quanto os residentes. Para estes, são utilizadas avaliações formativas (*feedback* contínuo e autoavaliação) e certificativas, com provas teóricas e exames práticos, como o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), que avalia habilidades clínicas em cenários simulados¹⁹, e o *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (mini-CEX), aplicado em atendimentos reais, para observar competências como entrevista médica, exame físico, julgamento clínico e comunicação²⁰. Exige-se, ainda, a defesa de um Trabalho de Conclusão de Residência.

O relatório apresenta também lista de preceptores

e supervisores, com qualificações e experiência, demonstrando corpo docente diversificado e alinhado às necessidades da APS. O programa evidencia estrutura sólida, metodologias inovadoras e avaliações consistentes, fortalecendo a formação integral. Contudo, não traz detalhamento específico sobre a saúde da criança, o que representa uma lacuna diante da relevância dessa área na APS. O aprimoramento desse aspecto poderia ampliar a abrangência e garantir maior alinhamento do currículo às demandas pediátricas.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-5

De forma semelhante à maioria dos documentos recebidos, o PRMFC-5 apresentou sua proposta pedagógica no formato de relatório cadastrado no Sistema Nacional de Residência Médica. Os objetivos do programa estão alinhados às expectativas nacionais: formar médicos com habilidades técnico-científicas e humanísticas, aptos a atuar na APS com foco na integralidade e regionalização do cuidado; desenvolver competências em atenção individual, familiar e comunitária; preparar para gestão e liderança nas redes de atenção; e estimular pensamento crítico, autodesenvolvimento e prática reflexiva.

A carga horária é dividida em 10% de atividades teóricas e 90% de práticas. As atividades teóricas incluem metodologias ativas, como sessões clínicas, estudos de caso, simulações realísticas, telemedicina e grupos tutoriais. Estes últimos são amplamente utilizados na educação médica, favorecendo raciocínio crítico, autonomia e aplicação prática do conhecimento, especialmente em abordagens como a Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning*)²¹. As 2.592 horas anuais de atividades práticas abrangem UBS, ambulatórios, plantões e visitas domiciliares, integrando teoria e prática no ambiente de trabalho, com supervisão contínua.

O processo avaliativo combina dimensões formativa e certificativa. A avaliação formativa ocorre de forma longitudinal, com autoavaliação e *feedback* dos supervisores, embora os instrumentos não sejam detalhados. Já a certificativa inclui provas teóricas e práticas nos modelos *OSCE* e *mini-CEx*, além da exigência de um Trabalho de Conclusão de Curso.

O documento faz referência ao desenvolvimento de competências em saúde da criança, mas não especifica carga horária, cenários ou recursos

destinados a essa formação. Assim, o PRMFC-5 demonstra alinhamento consistente com as diretrizes nacionais e valoriza a integração ensino-serviço, mas carece de maior detalhamento sobre instrumentos avaliativos e sobre a estrutura voltada especificamente à saúde infantil. Avanços nesse sentido fortaleceriam a proposta pedagógica e o compromisso com a integralidade e regionalização do cuidado.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-6

O PRMFC-6 forneceu documento semelhante ao do programa anterior, com dados extraídos do Sistema Nacional de Residência Médica. Os objetivos gerais destacam as competências desejadas para a atuação em Atenção Primária, enfatizando acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária, competência cultural, abordagem centrada na pessoa e tomada de decisão baseada em evidências, em consonância com o direcionamento da SBMFC²². Já os objetivos intermediários estão organizados por ano, incluindo competências clínicas e administrativas no primeiro ano e aprofundamento teórico e prático no segundo, visando assegurar formação ampla e resolutiva.

O documento apresenta a lista o corpo docente, incluindo qualificação, carga horária e experiência, bem como as atividades práticas realizadas em UBS, ambulatórios e plantões. As atividades teóricas englobam seminários e discussões de casos, porém descritas de forma genérica. A análise da semana padrão e dos rodízios por ano foi limitada pelo formato abreviado do relatório. As metodologias de ensino são descritas de forma resumida como atividades supervisionadas por preceptores, com discussão de casos clínicos e aulas práticas, mas sem detalhamento dos fundamentos pedagógicos que sustentam essas escolhas²³.

O processo avaliativo prevê portfólio anual, autoavaliação, avaliação trimestral em 360° e avaliação somativa anual, porém sem maior especificidade. Em relação à saúde da criança, o documento não define padrões mínimos de carga horária, conteúdos ou habilidades, o que evidencia lacunas na construção de competências para essa área.

Assim, o PRMFC-6 demonstra compromisso com a formação de médicos de família centrados na pessoa e embasados em evidências, mas carece de

detalhamento pedagógico quanto a métodos de ensino, critérios avaliativos e, sobretudo, à formação em saúde da criança. Esses aspectos indicam a necessidade de aprimoramentos para garantir maior consistência e integralidade do processo formativo na Atenção Primária.

A Proposta Pedagógica do PRMFC-7

A proposta pedagógica do PRMFC-7 inicia-se com a descrição dos convênios que viabilizam a residência e com o registro da produção científica do programa, evidenciando o incentivo à pesquisa. Os objetivos gerais, em consonância com os demais programas, enfatizam a formação de competências clínicas, administrativas e pedagógicas para atuação integral na APS. Essas competências são distribuídas em esferas, como assistência individual, familiar e coletiva, gestão e ensino/pesquisa, contemplando habilidades específicas de diagnóstico, tratamento e promoção da saúde comunitária.

O documento apresenta a composição do corpo docente, incluindo qualificação, dedicação semanal e tempo de experiência, além de detalhar a infraestrutura disponível, composta por UBS, serviços de urgência e hospitais de atenção secundária. As atividades práticas e teóricas são especificadas por tipo, local e carga horária. No primeiro ano, incluem atividades comunitárias, atendimentos ambulatoriais especializados, urgência, emergência e internação clínica. No segundo ano, mantêm-se os atendimentos em APS e são introduzidos estágios em saúde mental, atendimento pré-hospitalar e saúde materno-infantil.

As atividades teóricas abrangem aulas expositivas, seminários e clube de revista, além de métodos colaborativos, como *Case Learning*, que promove raciocínio clínico, pensamento crítico e habilidades interpessoais, e *Team-Based Learning*, que estimula o estudo prévio, a realização de testes individuais e em equipe, e aplicação de conceitos em cenários clínicos²⁴. A avaliação dos residentes combina teoria e prática, com *mini-CEEx*, avaliação 360 graus, autoavaliação, trabalho de conclusão e incentivo à produção científica.

Em relação à saúde da criança, o PRMFC-7 apresenta um maior detalhamento, incluindo competências e conteúdo específicos, bem como o tempo de estágio destinado à área, embora não explicita o percentual de dedicação pediátrica nas UBS. Dessa forma, a proposta pedagógica destaca-se pelo enfoque estruturado e abrangente, pelo uso de metodologias inovadoras e pelo compromisso com a formação integral. Ainda assim, maior clareza quanto à carga horária dedicada à pediátrica fortaleceria a consistência curricular e consolidaria o programa como referência na formação em Medicina de Família e Comunidade.

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

Quadro 1 – Síntese comparativa dos PPC dos PRMFC do Ceará sobre ensino de saúde da criança

Programa	Competências em saúde da criança	Carga horária específica	Conteúdos principais	Cenários de prática	Metodologias / Avaliação
PRMFC-1	Competências gerais descritas, sem detalhamento específico	Não especificada	Puericultura, crescimento e desenvolvimento	APS (UBS)	Metodologias ativas citadas; avaliação pouco detalhada
PRMFC-2	Listadas de forma genérica	Não especificada	Atenção básica em pediatria, vacinação	UBS e hospital	Avaliação formativa citada, sem instrumentos específicos

PRMFC-3	Bem detalhadas no Caderno do Residente	24h teóricas + 1 ambulatório pediátrico por semana (4h)	Saúde da criança, prevenção de agravos, puericultura	APS + ambulatório secundário	Cronograma definido; avaliação de residente e preceptor
PRMFC-4	Competências descritas de forma geral	Não especificada	Saúde da criança inserida em módulos transversais	APS + cenários hospitalares	Avaliação global, sem foco pediátrico
PRMFC-5	Descritas em linhas gerais	Não especificada	Crescimento e desenvolvimento, imunização	UBS	Relata uso de metodologias ativas; critérios avaliativos pouco claros
PRMFC-6	Competências gerais	Não especificada	Atenção integral à criança e ao adolescente	APS + outros níveis	Avaliação prevista, mas sem detalhamento
PRMFC-7	Competências descritas de forma ampla	Não especificada	Atenção pediátrica básica, prevenção de agravos	UBS + cenários hospitalares	Relata acompanhamento contínuo, mas sem instrumentos específicos

Fonte: Elaboração própria a partir da análise documental dos PPC dos PRMFC do Ceará.

A análise dos Projetos Pedagógicos de Curso dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Ceará, sistematizada no Quadro 1, evidenciou uma significativa heterogeneidade em sua organização e no nível de detalhamento, particularmente no que se refere à formação de competências voltadas para a saúde da criança e do adolescente. Esse cenário possibilita a identificação de importantes avanços, ao mesmo tempo em que revela hiatos consideráveis quando os PPC são confrontados com as diretrizes e normativas da Comissão Nacional de Residência Médica e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

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

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

Os PPC apresentaram variação quanto à explicitação dos locais de atuação destinados à formação pediátrica. Enquanto alguns destacaram a presença de UBS, visitas domiciliares e serviços secundários, outros

mencionaram apenas de forma genérica a APS como cenário principal, sem esclarecer de que maneira a saúde da criança seria contemplada nesses espaços.

As metodologias ativas recomendadas pela SBMFC, como *Team-Based Learning* e discussões de casos, não foram descritas de forma consistente nos PCC analisados. Em alguns programas, foram apenas mencionadas de forma superficial, enquanto outros dedicaram mais espaço para explicar seu uso.

Resgatando dados nacionais do IBGE, tem-se que quase 83% das crianças até 13 anos já foram atendidas na Atenção Primária²⁵. No Ceará, o SIAB registrou, em 2015, mais de 100 mil atendimentos entre puericulturas e consultas pediátricas. Considerando que a população pediátrica representa mais de 22% dos atendimentos em UBS²⁶, a formação em saúde da criança nos PRMFC é elemento central para atender às demandas da APS. Contudo, a análise revelou fragilidades na definição de competências essenciais, na carga horária destinada à área e nos sistemas de avaliação.

A CNRM estabelece um perfil de egresso que engloba competências pediátricas básicas, como o manejo de urgências, mas os PPC analisados nem sempre refletiram essas expectativas de forma clara. De modo semelhante, a SBMFC recomenda a integração de competências pediátricas em um currículo baseado em competências, porém esse aspecto foi pouco explorado em alguns programas, enquanto outros não especificaram como essas competências seriam desenvolvidas durante a formação^{14,27}.

No que se refere à carga horária destinadas a áreas específicas, como saúde da criança, pesa o fato de que as instituições reguladoras do ensino de Medicina de Família e Comunidade no Brasil não definem um tempo padronizado, o que resulta em ampla variabilidade entre os programas de residência. Por outro lado, programas de pediatria dedicam até 30% da carga horária prática à Atenção Básica, conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e da CNRM²⁸.

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

A padronização dos projetos pedagógicos, maior clareza sobre a formação de competências em saúde

da criança e a adoção de ferramentas modernas de avaliação são passos que surgem como meio para garantir que os residentes estejam adequadamente preparados para atender às necessidades pediátricas na APS.

CONCLUSÃO

A análise dos Projetos Pedagógicos de Curso das Residências em Medicina de Família e Comunidade no Ceará evidenciou heterogeneidade na forma como as competências em saúde da criança são contempladas. Alguns programas apresentam propostas pedagógicas consistentes, alinhadas às diretrizes nacionais e às demandas da Atenção Primária, enquanto outros carecem de maior detalhamento no que diz respeito aos conteúdos, às metodologias de ensino e às estratégias de avaliação.

Essas diferenças evidenciam avanços, mas também lacunas na formação voltada à atenção pediátrica, apontando para a necessidade de fortalecer a integração entre as diretrizes normativas nacionais e os currículos locais. A inexistência de padronização clara nos PPC pode comprometer a aquisição uniforme de competências essenciais pelos residentes, com potenciais repercussões negativas na qualidade da atenção prestada às crianças na APS.

Torna-se, portanto, imprescindível investir na qualificação dos PPC, assegurando que incluam não apenas a definição de competências a serem alcançadas, mas também a descrição detalhada dos conteúdos, das metodologias de ensino-aprendizagem e das estratégias de avaliação. A consolidação de propostas pedagógicas mais completas e coerentes permitirá que os programas de RMFC formem médicos mais bem preparados para enfrentar os desafios relacionados à saúde da criança no contexto da Atenção Primária.

Os resultados deste estudo contribuem para reflexões acerca do papel dos PPC como instrumentos estratégicos na formação médica, apontando caminhos para o aprimoramento da residência em Medicina de Família e Comunidade no estado do Ceará e, conseqüentemente, para a qualificação do cuidado integral à população infantil.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00029818.
2. Moreira COF, Dias HS, organizadores. Educação

- médica: novas perspectivas para a atenção à saúde da família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 4. Dias HS, et al. Residência em Saúde da Família: uma estratégia para reorientar a formação médica. Rev Bras Educ Med. 2017;41(2):261-9.
 5. Universidade Federal do Cariri (UFCA). Edital de Residência Médica UFCA 2023. Juazeiro do Norte: UFCA; 2023.
 6. Centro Universitário INTA (UNINTA). Edital de Residência Médica UNINTA 2023. Sobral: UNINTA; 2023.
 7. Ceará. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde Regional 2023-2027: Região de Sobral – Ceará. Fortaleza: SESA; 2023a.
 8. Vasconcellos MM. Projetos pedagógicos e a formação em saúde: análise crítica e perspectivas. Rev Bras Educ Med. 2022;46(2):e147.
 9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
 10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
 11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
 12. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Edital ENARE 2024. Brasília: EBSERH; 2024.
 13. IDOMED. Anexo II – Quadro de vagas do processo seletivo residência médica IDOMED 2024. Rio de Janeiro: Estácio; 2023b.
 14. Lermen Junior N, organizador. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2024b.
 17. Abdalla IG, et al. Competências na formação médica: perspectivas e desafios. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):70-82.
 18. Novato TS, et al. Avaliação de competências na residência médica: desafios e possibilidades. Rev Bras Educ Med. 2021;45(3):e068.
 19. Neves BC, et al. O exame clínico objetivo estruturado (OSCE) na educação médica. Rev Bras Educ Med. 2016;40(2):294-301.
 20. Schiavon LC, Detregiachí CR. Mini-CEX na prática da avaliação médica. Rev Bras Educ Med. 2022;46(1):e022.
 21. Chaves SN, et al. Aprendizagem baseada em problemas na educação médica: grupos tutoriais. Rev Bras Educ Med. 2014;38(4):541-8.
 22. Lopes JMC, et al. Competências essenciais em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2009;4(12):5-22.
 23. Brasil. Ministério da Educação. Sistema Nacional de Residência Médica (SISCNRM): manual de instruções. Brasília: MEC; 2011.
 24. Krug RR, et al. O “Bê-Á-Bá” da Aprendizagem Baseada em Equipe. Rev Bras Educ Med. 2016;40(4):602-10.
 25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
 26. Borges RA, Santiago JR, Silva TM. Atendimentos pediátricos na APS: análise de dados do SIAB. Rev Saúde Coletiva. 2021;31(2):44-52.
 27. Brasil. Conselho Nacional de Residência Médica. Resolução nº 2, de 27 de abril de 2021. Brasília: MEC; 2021.
 28. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 2, de 17 de maio de 2016. Brasília: MEC; 2016.

