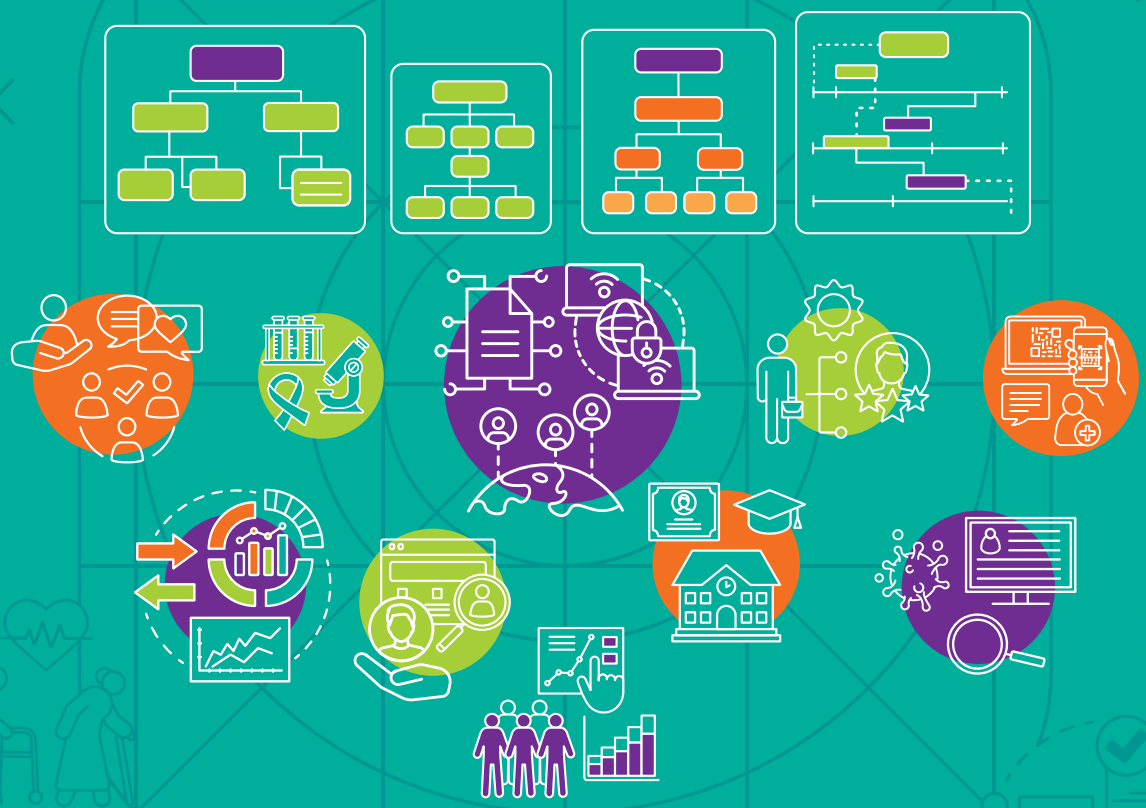
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SALVADOR

MANUAL DE DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE



Secretaria da Saúde

SALVADOR
PREFEITURA

PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DIRETORIA ESTRATÉGICA DE GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SALVADOR

MANUAL DE DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Salvador, 15 de setembro de 2026

PREFEITO
Bruno Soares Reis

VICE-PREFEITA
Ana Paula Andrade Matos Moreira

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rodrigo Santos Alves

SUBSECRETARIA DE SAÚDE
Edriene Barros Teixeira

DIRETORA ESTRATÉGICA DE GESTÃO DE PESSOAS E PROCESSOS DA SAÚDE
Mariana Trocoli Nunes Guedes

GERENTE EXECUTIVA DE PROCESSOS DE EXCELÊNCIA EM SAÚDE
Sara Cristina Carvalho Cerqueira

GERENTE EXECUTIVO DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SALVADOR
Diego Edington Argolo

UNIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Daniela Rocha Fontoura Câmara de Almeida

UNIDADE DE EDUCAÇÃO DIGITAL
Aécio Lima

UNIDADE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO
Melícia Maria da Conceição Silva Reis Góes

COORDENADOR DO PROGRAMA INTEGRADO DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
Matheus Souza de Oliveira

COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (PRMFC)
Diego Espinheira da Costa Bomfim
VICE COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
Deivisson Freitas da Silva

COORDENADOR DO PRMFC - ANO ADICIONAL (R3) SAÚDE MENTAL E CUIDADO A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA
Diego Espinheira da Costa Bomfim

COORDENADORA DO PRMFC - ANO ADICIONAL (R3) GESTÃO E PRECEPTORIA
Ana Carolina Gonçalves Corneau

COORDENADORA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAUDE DA FAMILIA
Gleide de Jesus Carneiro Lemos

COORDENADORA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
Alessandra Gracioso Tranquilli

COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA
Ivan de Mattos Paiva Filho
VICE COORDENADORA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA
Felícia Mariana Machado Lima

COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA INTENSIVA
Luciana Caleiro
VICE COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA INTENSIVA
Alexsandro Marques Lourenço

COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ANESTESIOLOGIA
José Admirço Lima Filho
VICE COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ANESTESIOLOGIA
Lilian Cibele Pereira Gomes

COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA VASCULAR
Eduardo Ramalho de Sousa Pires
VICE COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA VASCULAR
Ana Clarice de Carvalho Bacelar

NÚCLEO DE RESIDÊNCIAS - EQUIPE TÉCNICA E ADMINISTRATIVA

Emile dos Reis do Carmo
Gustavo Lessa Gonçalves
Marianna Luiza Alves Soares Santos
Ricardo Cardoso dos Santos
Ricardo Fernandes da Rocha
Tassia Lacerda de Queiroz

PARTICIPANTES DA OFICINA DE CONSTRUÇÃO DO MANUAL

Alexandre Araújo Cordeiro de Sousa
Ana Amélia de Assis Freitas Mata
Ana Carolina Gonçalves Corneau
Cláudio Gabriel Prates Alves Ferreira
Danilo Macedo da Silva
Danilo Pereira Bispo
Daniela Rocha Fontoura Câmara de Almeida
Deivisson Freitas da Silva
Diego Espinheira da Costa Bonfim
Diêgo Edington Argôlo
Emile dos Reis do Carmo
Flavia Daniela Miranda de Matos
Gleide de Jesus Carneiro Lemos
Gustavo Lessa Gonçalves
Inamari Souza de Almeida Amorim
Indaiara Neri Santos
Isabela Conceição Moreira
Ivan de Mattos Paiva Filho
José Admirço Lima Filho
Josele Pacheco Avila
Julyana Maria Lopes Quintino
Larissa Gonçalves de Castro
Leandro Marques dos Santos Fernandes
Marianna Luiza Alves Soares Santos
Melícia Maria da Conceição Silva Reis Góes
Monica da Silva Santos
Paulino Teles Evangelista Segundo
Rafaella Katarinne Nascimento Cordeiro
Ricardo Cardoso dos Santos
Sara Arêas Costa
Sara Cristina Carvalho Cerqueira

2026 – Secretaria Municipal da Saúde do Salvador
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Salvador (BA). Secretaria Municipal da Saúde. Escola de Saúde Pública de Salvador

Manual de diretrizes para implantação, operacionalização e avaliação dos programas de residências em saúde / Prefeitura Municipal do Salvador, Secretaria Municipal da Saúde, Escola de Saúde Pública de Salvador. – Salvador: Secretaria Municipal da Saúde, 2026.

126 p. : il.

Inclui referências bibliográficas e apêndices/anexos.

1. Residência em saúde. 2. Residência médica. 3. Residência multiprofissional em saúde. 4. Gestão em saúde. 5. Educação em saúde. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Salvador (BA). Secretaria Municipal da Saúde. II. Escola de Saúde Pública de Salvador. III. Título.

CDD 813.8

CDU 614:378.046-2

ELABORAÇÃO DO MANUAL
Alessandra Gracioso Tranquilli
Alexandre Araújo Cordeiro de Sousa
Deivisson Freitas da Silva
Inamari Souza de Almeida Amorim
Julyana Maria Lopes Quintino
Melícia Maria da Conceição Silva Reis Góes
Sara Cristina Carvalho Cerqueira

REVISÃO FINAL
Inamari Souza de Almeida Amorim
Sara Cristina Carvalho Cerqueira

DIAGRAMAÇÃO
Sara Cristina Carvalho Cerqueira

CAPA/CONTRACAPA
Silvia Letícia Souza de Castro

FICHA CATALOGRAFICA
Luiz Daniel de Carvalho Souza

LISTA DE SIGLAS

ANPD	Autoridade Nacional de Proteção de Dados
APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODEMUS	Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREME	Comissão de Residência Médica
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DEGPPS	Diretoria Estratégica de Gestão de Pessoas e Processos de Saúde
DPO	Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (*Data Protection Officer*)
ENARE	Exame Nacional de Residência
EPA	*Entrustable Professional Activities*, traduzidas no Brasil como Atividades Profissionais Confiáveis ou Confiabilizadoras
ESPS	Escola de Saúde Pública de Salvador
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
NAP	Núcleo de Apoio Psicopedagógico
NDAE	Núcleo Docente Assistencial Estruturante
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PGR	Programa de Gerenciamento de Riscos
PMGTES	Plano Municipal de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNRS	Política Nacional de Residências em Saúde

PPA	Plano Plurianual
PPP	Projeto Político Pedagógico
PRAPS	Programa(s) de Residência em Área Profissional da Saúde
PRM	Programa de Residência Médica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIGRESIDÊNCIAS	Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência
SINAR	Sistema Nacional de Residências em Saúde
SisCNRM	Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UIES	Unidade de Integração Ensino-Serviço
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Diagrama do ciclo contínuo de gestão do Programa de Residência em Saúde. Salvador-Ba

Figura 02: Fluxograma para abertura de um Programa de Residência na Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador-Ba, 2026

Figura 03. Fluxograma de Pactuação e Validação Institucional dos Cenários de Prática dos Programas de Residências do Município de Salvador-Ba.

Figura 04. Exemplo de plano de atividade

Figura 05. Fluxo institucional de solicitação e informes de afastamentos e licenças. Salvador, Ba

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Tipos de competências e instrumentos sugeridos

Quadro 02: Dimensões, indicadores e fontes de dados

Quadro 03: Principais instrumentos de avaliação do desempenho do residente

Quadro 04: Matriz Orientadora de Indicadores de Desempenho Focados na Qualificação das Práticas e Impacto Assistencial

Quadro 05: Modelo de Matriz Orientadora para Planos de Melhorias e Encaminhamentos Pedagógicos-Assistenciais

SUMÁRIO

1. Apresentação **12**
2. Introdução **13**
3. Como promover a saúde dos atores dos programas? **19**
4. Passo a Passo para Implantação de um Programa **23**
5. Como Estruturar o Programa (Organização Pedagógica)? **32**
6. Como Selecionar e Acolher Residentes? **43**
7. Como Operacionalizar o Programa no Dia a Dia? **47**
8. Como Atuar como Preceptor e Tutor? **51**
9. Como Avaliar Residentes e Programas? **57**
10. Como Certificar e Concluir o Programa? **71**
11. Como Monitorar e Melhorar a Qualidade? **73**
12. Gestão de Pessoas e Relações Institucionais **80**
13. Pesquisa, Inovação e Produção de Conhecimento **88**
14. Direitos, Deveres e Condutas **92**
15. Sistemas, Registros e Documentação **95**
16. Referências bibliográficas **98**
17. Apêndices/Anexos **103**

1. APRESENTAÇÃO

A Residência em Saúde, como estratégia de formação no trabalho e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma potente ferramenta de qualificação profissional e reorganização das práticas em saúde. No entanto, nos Programas de Residência sob responsabilidade direta das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), observa-se uma lacuna persistente: a ausência de diretrizes nacionais e parâmetros mínimos que orientem o planejamento, o monitoramento e a avaliação desses programas.

Essa fragilidade compromete a qualidade formativa, gera assimetrias entre programas e dificulta o acompanhamento sistemático de seus impactos na assistência e na formação. Estudos apontam que gestores municipais enfrentam limitações técnicas e financeiras para implementar práticas regulares de monitoramento (1). Além disso, a literatura evidencia que, embora existam instrumentos avaliativos disponíveis (2), esses recursos não são utilizados de forma institucionalizada.

A ausência de um marco de referência mais detalhado para a gestão local das residências em saúde compromete a consolidação de políticas formativas integradas às necessidades do território e da população. Isso se intensifica diante da diversidade dos arranjos municipais e da complexidade da gestão de programas inseridos na Atenção Primária à Saúde, que por si só já carece de práticas consolidadas de avaliação (3).

Diante disso, torna-se urgente propor uma intervenção que vise fortalecer a gestão dos Programas de Residência em Saúde de responsabilidade direta da SMS, mediante a elaboração e/ou adoção de diretrizes orientadoras que estabeleçam parâmetros mínimos para sua implantação, funcionamento e acompanhamento. Tal proposta visa preencher lacunas operacionais, favorecer a institucionalização de práticas avaliativas e alinhar os programas às diretrizes nacionais de educação permanente, valorizando a singularidade dos territórios sem abrir mão da qualidade e da equidade formativa.

O presente Manual é fruto do projeto de intervenção elaborado pelos integrantes do Curso de Especialização em Gestão de Programas de Residências em Saúde (GPRS), desenvolvido pelo Hospital Sírio Libanês no âmbito do PROADI-SUS, cujo objetivo é fortalecer os processos de gestão dos Programas de Residência em Saúde sob responsabilidade direta da SMS, por meio da construção participativa de diretrizes orientadoras que definam parâmetros mínimos para sua implantação, funcionamento e avaliação.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Visão Geral das Residências em Saúde

2.1.1 O que é residência em saúde?

A Residência em Saúde é uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, sob a forma de curso de especialização, caracterizada pelo treinamento em serviço e pela integração entre formação acadêmica e prática profissional (4,5). Essa modalidade é amplamente reconhecida como o "padrão ouro" para a formação de especialistas no Sistema Único de Saúde (SUS) (6), distingue-se das demais especializações por seu modelo pedagógico pautado nos princípios do SUS, situando-se na interface entre os campos da saúde, da educação e do trabalho (7). O sistema de residências se divide em duas categorias principais:

- Residência Médica: instituída pela Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, voltada exclusivamente para profissionais médicos, com carga horária de até 60 (sessenta) horas semanais e duração variável conforme a especialidade, de 2 a 5 anos (4).
- Residência em Área Profissional da Saúde: instituída pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, abrange as demais categorias profissionais da saúde, como Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, entre outras (5).

Conforme a Portaria Interministerial MEC/MS nº 4/2026, os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) terão duração mínima de dois anos, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e regime de dedicação exclusiva (8). A Resolução CNRMS nº 5/2014 estabelece a carga horária total mínima em 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas para a integralização do programa (9). Podem ser desenvolvidos nas modalidades Uniprofissional: constituído por apenas uma categoria profissional da saúde ou Multiprofissional: constituído por, no mínimo, três categorias profissionais da saúde (10).

2.1.2 Princípios do SUS aplicados à formação

A formação dos residentes é intrinsecamente orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A Portaria Interministerial MEC/MS nº 4/2026 estabelece que a regulação dos PRAPS deverá considerar a necessidade de profissionais da saúde especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população brasileira, em consonância com os princípios, as diretrizes e as políticas públicas do SUS (8).

Esse alinhamento se materializa nos seguintes princípios:

- Universalidade e Equidade: a oferta dos programas deve atender às necessidades do SUS, considerando o perfil epidemiológico da população e as demandas regionais, direcionando ações às populações mais vulneráveis (8).
- Integralidade: a formação considera a pessoa em sua totalidade, promovendo a articulação entre os diferentes níveis de atenção e integrando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- Regionalização e Hierarquização: os residentes são inseridos na rede de serviços do território, respeitando a organização da atenção básica à alta complexidade.

- Participação Popular: a nova composição da CNRMS inclui representantes do controle social, reforçando o diálogo com a comunidade e com os Conselhos de Saúde (8).

Estudos científicos evidenciam que a formação em residência, ao ser pautada pelo SUS, produz práticas reflexivas e atua como mecanismo de mudança no modelo assistencial, promovendo a integralidade do cuidado, a humanização da assistência e a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão em saúde (11). A literatura também aponta para a necessidade de compreender a formação em saúde para além da aplicação de técnicas, apontando a comunicação como uma competência central, que inclui conhecimentos, habilidades e atitudes (7).

2.1.3 Papel da residência na rede de saúde de Salvador

Os residentes atuam como força de trabalho qualificada nos serviços da rede municipal de Salvador, contribuindo para a ampliação do acesso, a qualificação das equipes e a implementação de práticas baseadas em evidências, com foco na qualidade da assistência e na segurança do usuário. A revisão de escopo da Fiocruz identifica as residências como objeto de pesquisa que envolve vários ângulos de análise, situando-se na interface entre os campos da saúde, da educação superior e do trabalho, o que indica que os programas de residência são compreendidos como dispositivos estratégicos que articulam formação profissional e práticas assistenciais na rede de serviços (7).

A inserção dos residentes é coordenada pelas comissões institucionais – COREME (para residência médica) e COREMU (para multiprofissional) – que supervisionam a execução dos programas e seu alinhamento com as políticas locais de saúde (12). A Portaria Interministerial MEC/MS nº 4/2026 reforça esse papel ao definir que a supervisão das instituições e programas será realizada com a colaboração das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência (Codemus) (8).

Estudos avaliativos demonstram resultados expressivos da presença de residentes na atenção básica, com indicadores como: Gestantes com pré-natal em dia: média de 91,43%; Crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo: 82,51%; Crianças menores de 1 ano com vacina em dia: 93,91%; Satisfação do usuário: 100% com desempenho mediano ou acima da média (13).

2.1.4 Resultados esperados dos programas

Os resultados esperados dos programas de residência abrangem múltiplas dimensões. Para os profissionais, espera-se que a formação resulte no desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, consolidando uma visão crítica essencial para a atuação qualificada no âmbito do SUS. Os programas visam fomentar a capacidade de atuação reflexiva e interdisciplinar (11), permitindo que o residente rompa com modelos tradicionais e contribua para a integralidade do cuidado. Além disso, a aprendizagem da comunicação é tratada como uma competência central, integrando conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para a construção de sentidos entre profissionais e usuários (7).

Para o sistema de saúde, os programas devem promover a qualificação da assistência, refletindo diretamente na melhoria dos indicadores de saúde da rede, como observado em dados de pré-natal e cobertura vacinal (13). A inovação assistencial surge a partir da problematização constante da relação entre teoria e prática no cotidiano dos serviços, transformando as unidades

em espaços de aprendizagem. Esse movimento é o que garante o fortalecimento da integração ensino-serviço, essencial para a reorganização das práticas de saúde.

Para a gestão, o foco está na consolidação da integração ensino-serviço, assegurando a formação de profissionais cujos perfis estejam estritamente alinhados às necessidades epidemiológicas e assistenciais do município. A nova regulamentação de 2026 permite uma ampliação da oferta de programas em áreas estratégicas e um controle mais rigoroso sobre a qualidade da formação (8). Sob as novas diretrizes, a CNRMS passa a exigir que as instituições de ensino superior alinhem seus projetos pedagógicos às carências do país, priorizando a prática assistencial em rede e superando modelos de ensino puramente teóricos (8).

2.2. Como usar este Manual?

2.2.1 Objetivo do manual

Este Manual foi concebido como um guia prático e orientador para subsidiar a gestão e a execução dos Programas de Residência em Saúde sob responsabilidade direta da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador. Ele não deve ser lido como um regulamento estático, mas como um instrumento dinâmico de apoio que reflete a construção coletiva dos diversos atores da rede municipal.

O manual ocupa uma posição de complementaridade e subordinação em relação às normas nacionais que regem a Residência em Área Profissional da Saúde, em especial a Lei nº 11.129/2005 (5), que institui essa modalidade de formação e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a Resolução CNRMS nº 2/2012 (10), que estabelece as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, e a Política Nacional de Residências em Saúde (PNRS), instituída pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 8.995/2025 (14).

O papel deste documento é operacionalizar, em nível local, os parâmetros já definidos por essas normas, adaptando-os à realidade da rede municipal de Salvador — e não substituí-los ou criar exigências que os contrariem. Em caso de conflito ou de atualização das normas nacionais, estas prevalecem, cabendo à coordenação do programa promover a revisão correspondente deste manual.

2.2.2 Para quem é este documento?

Este manual destina-se aos residentes, preceptores, tutores, apoiadores pedagógicos, coordenadores de programa, membros da COREME e da COREMU, e à equipe de gestão da SMS Salvador envolvida na implantação, operacionalização e avaliação dos Programas de Residência em Saúde.

O objetivo primordial deste documento é fortalecer os processos de gestão das Residências em Saúde da SMS Salvador. Para isso, o manual busca:

- Definir parâmetros operacionais para a implantação, funcionamento e avaliação dos programas, especialmente no contexto de serviços não hospitalares, em consonância com os parâmetros mínimos já estabelecidos pela Lei nº 11.129/2005 (5) e pela Resolução CNRMS nº 2/2012 (10).
- Qualificar a governança local, favorecendo a integração entre ensino, serviço e gestão.
- Promover uma cultura avaliativa e de monitoramento contínuo para a melhoria das ações de saúde e da formação no SUS.

- Traduzir, para a realidade dos programas geridos diretamente por uma secretaria municipal, às diretrizes e parâmetros já definidos nacionalmente, preenchendo lacunas de operacionalização local sem contrariar a regulação federal vigente.

2.2.3 Como navegar pelos capítulos?

A estrutura do manual segue um caminho lógico de construção e operacionalização da residência, representado no diagrama ciclo contínuo de gestão do programa de residência. Os capítulos estão organizados para atender a diferentes momentos do programa:

- Implantação e Estruturação: Os capítulos 3 e 4 detalham o diagnóstico do território, a construção do Projeto Político Pedagógico (PPP) e a organização da matriz curricular.
- Rotina e Operação: Do acolhimento inicial (Cap. 5) à gestão de frequências e afastamentos no dia a dia (Cap. 6).
- Prática Pedagógica e Avaliação: O manual dedica seções específicas para a atuação da preceptoria (Cap. 7) e para os ciclos de avaliação formativa e somativa (Cap. 8).
- Monitoramento e Qualidade: O capítulo 10 foca em indicadores e reuniões periódicas para evitar uma gestão passiva e identificar precocemente "nós críticos".
- Saúde e Bem-Estar dos Atores: O capítulo 2 trata da promoção da saúde de residentes, preceptores e gestores, incluindo a gestão de riscos psicossociais e os fluxos de prevenção e combate ao assédio no ambiente formativo.
- Pesquisa e Produção de Conhecimento: O capítulo 12 orienta o estímulo à pesquisa, os projetos de intervenção no território e a divulgação de resultados, incluindo os cuidados éticos exigidos para pesquisas envolvendo seres humanos.
- Sistemas, Registros e Proteção de Dados: O capítulo 14 trata da organização documental, dos sistemas de informação utilizados e das exigências de proteção de dados pessoais aplicáveis aos registros do programa

Figura 01. Diagrama do ciclo contínuo de gestão do Programa de Residência em Saúde. Salvador-Ba



Fonte: Elaboração própria com uso do Gemini IA.

2.2.4 Estrutura dos tópicos (passo a passo, checklists, modelos)

Para facilitar a aplicação prática das diretrizes, cada tópico foi desenhado para ser autoexplicativo e instrumental:

- Passo a Passo: Diversas seções, como a de implantação de novos programas, utilizam fluxogramas e roteiros temáticos divididos em etapas claras.
- Checklists: Ferramentas de rápida conferência estão disponíveis para processos críticos, como credenciamento, matrícula e conclusão de curso.
- Modelos Editáveis: O manual remete a anexos práticos com modelos de editais, fichas avaliativas, roteiros de supervisão e matrizes de planejamento (como o plano de ação SMART).
- Boxes de "Atenção" e "Dicas": Marcadores visuais que destacam normas legais inegociáveis ou sugestões de boas práticas baseadas na experiência local. Sempre que um box de "Atenção" remeter a uma norma legal inegociável, a referência normativa correspondente (lei, resolução ou portaria) deve ser explicitada, garantindo a rastreabilidade da exigência e facilitando sua atualização quando a norma citada for revista.
- Revisão Normativa Periódica: A coordenação do programa deve promover a revisão periódica deste manual sempre que normas nacionais relevantes forem publicadas e atualizadas, de modo a manter a coerência entre as orientações locais e o marco regulatório vigente.

3. Como promover a saúde dos atores dos programas?

A residência em saúde é uma modalidade de ensino em serviço intensa, que exige imersão prática e dedicação exclusiva. Embora seja um período de grande crescimento profissional, o cotidiano da formação impõe desafios que podem impactar o bem-estar dos envolvidos. Promover a saúde de residentes, preceptores e gestores é, portanto, um compromisso ético e institucional essencial para a sustentabilidade dos programas, alinhado às exigências normativas vigentes de gestão de riscos ocupacionais e de prevenção ao assédio no ambiente de trabalho.

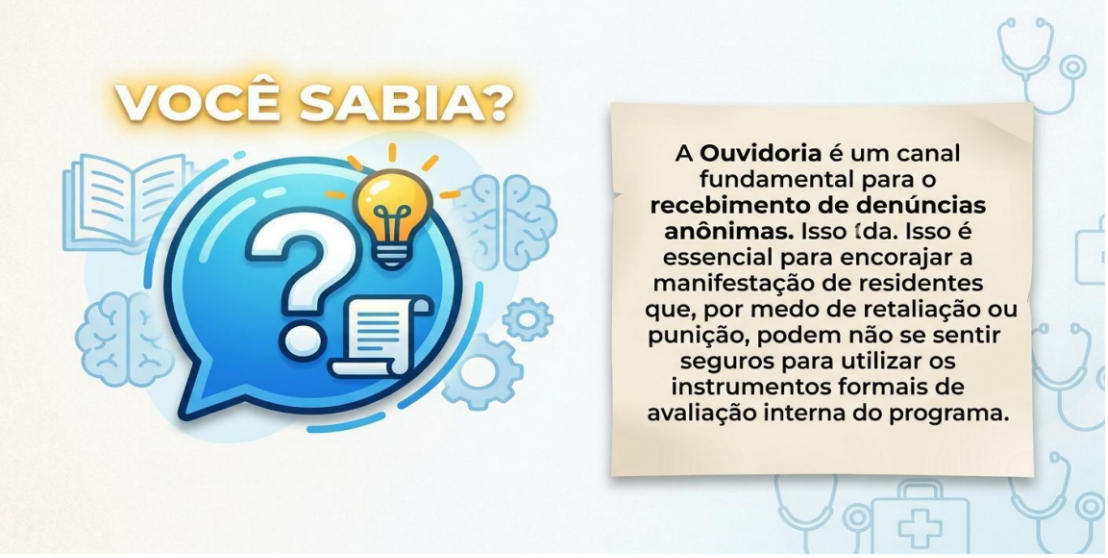
Diversos elementos da rotina da residência atuam como potenciais estressores e configuram, tecnicamente, riscos psicossociais relacionados ao trabalho, categoria cujo gerenciamento passou a ser obrigatório, inclusive para órgãos públicos, por força da atualização da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1) (15). O princípio orientador dessa norma é o de que o enfrentamento desses fatores recai prioritariamente sobre a organização do trabalho, e não sobre a resiliência individual do residente:

- Carga Horária e Sobrecarga: A jornada de 60 horas semanais, somada à pressão por produtividade nos serviços, gera desgaste físico e mental.
- Acúmulo de Funções: Preceptores e coordenadores frequentemente acumulam atribuições assistenciais, pedagógicas e administrativas, resultando em sobrecarga e risco de esgotamento (burnout).
- Tensões Relacionais: Dificuldades de articulação entre gestão e serviço, falta de clareza sobre papéis e resistências das equipes locais à presença do residente podem gerar conflitos e desmotivação.
- Insegurança e Violência: A exposição a situações de assédio, racismo institucional, LGBTfobia e a precariedade de infraestrutura em alguns cenários de prática são fatores determinantes de sofrimento psíquico.

3.1 Identificação precoce de sofrimento e esgotamento

Para evitar o agravamento de quadros de adoecimento, a gestão deve:

- Implementar mecanismos sistemáticos de avaliação e monitoramento do clima organizacional e do bem-estar dos residentes, integrados ao inventário de riscos psicossociais que a NR-1 exige que seja incorporado ao Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) da instituição.
- Utilizar instrumentos de saúde ocupacional para mapear precocemente situações de vulnerabilidade, com resultados formalizados em plano de ação com responsáveis, prazos e critérios de monitoramento, conforme determina a NR-1, de modo que a identificação de riscos não permaneça apenas diagnóstica, mas gere intervenções auditáveis e reavaliadas periodicamente.
- Criar canais formais e protegidos de comunicação (presenciais ou digitais) onde dúvidas, queixas e conflitos possam ser expressos de forma segura.



Fonte: Elaboração própria com uso do Gemini IA.

3.2 Estratégias institucionais de promoção e prevenção

A instituição deve atuar em frentes pedagógicas e administrativas:

- **Currículos Saudáveis:** Previsão de momentos protegidos na matriz curricular para atividades pedagógicas, estudos autodirigidos e práticas integrativas.
- **Espaços de Escuta:** Criação de grupos de reflexão sobre o "cuidado de si" e educação permanente voltada à saúde mental para todos os atores.
- **Ações de Bem-Estar:** Parcerias com a rede municipal para oferta de atividades de arte, cultura, lazer e práticas corporais articuladas ao processo formativo.
- **Transparência Normativa:** Divulgação ampla de fluxos para acesso a direitos e orientações claras sobre condutas éticas e combate a violências, incluindo um **código de conduta institucional** que defina claramente o que caracteriza assédio sexual, assédio moral, racismo institucional e LGBTfobia, com exemplos de condutas vedadas e as consequências disciplinares cabíveis em todos os níveis hierárquicos — exigência prevista no art. 23 da Lei nº 14.457/2022 (16) para prevenção e combate ao assédio e a outras formas de violência no ambiente de trabalho.
- **Capacitação Anual Obrigatória:** Realização, ao menos uma vez por ano, de ações de capacitação e sensibilização sobre violência, assédio, igualdade e diversidade, acessíveis a todos os níveis hierárquicos do programa, conforme exigido pela Lei nº 14.457/2022 (16).

3.3 Estruturação do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP)

O NAP deve atuar como um dispositivo central e resolutivo na mediação de conflitos, integrando o suporte pedagógico à saúde mental dos atores envolvidos. A mediação de conflitos pelo NAP deve seguir as seguintes diretrizes:

- **Abordagem Multiprofissional e Escuta Qualificada:** O núcleo deve ser composto por uma equipe multiprofissional (incluindo profissionais da psicologia, pedagogia, serviço social e demais áreas da saúde). Reconhece-se que a habilidade para o acolhimento em saúde mental é uma competência transversal, estando os diferentes membros da equipe

multiprofissional aptos a realizá-lo, desde que capacitados para a escuta qualificada. A mediação exige o desenvolvimento de competências de comunicação assertiva e uma escuta não baseada em julgamentos ou preconceitos, criando um espaço favorável ao diálogo e à negociação entre as partes.

- **Metodologia e Protocolos de Atuação:** O núcleo pode utilizar instrumentos como a Matriz de Análise de Conflitos, que ajuda a descrever a situação, caracterizar as tensões (atores, interesses e recursos controlados) e identificar novas abordagens para lidar com o problema. A atuação deve ser orientada por protocolos que assegurem a equidade e a resolutividade, garantindo que as tomadas de decisão sejam sempre centradas no processo formativo do residente. O NAP deve atuar preventivamente, criando canais formais e protegidos para que queixas e conflitos possam ser expressos antes que se tornem situações de esgotamento ou adoecimento.
- **Recebimento e Apuração de Denúncias:** Nos casos que envolvam assédio sexual ou outras formas de violência, o fluxo de recebimento e apuração deve seguir procedimento formal que garanta o anonimato do denunciante e sua proteção contra retaliação - o que pode incluir afastamento cautelar da pessoa investigada e acompanhamento à pessoa denunciante - em conformidade com o art. 23 da Lei nº 14.457/2022 (16).
- **Acessibilidade e Itinerância:** Para ser efetivo, o NAP não deve ser apenas administrativo; ele precisa ser itinerante, realizando visitas periódicas às unidades de saúde, especialmente as mais distantes, para identificar demandas locais e construir respostas contextualizadas. Propõe-se a estruturação de uma central de atendimento psicossocial com fluxos de comunicação claros e instrumentos de agendamento (presenciais ou virtuais) para facilitar o acesso.
- **Integração e Transformação Institucional:** O NAP deve mediar o encaminhamento de casos para serviços especializados da rede de saúde quando a situação extrapolar a competência pedagógica e exigir intervenção em saúde mental. A mediação deve buscar transformar situações conflituosas em oportunidades de aprendizado e aprimoramento, gerando relatórios que permitam às coordenações corrigir rumos administrativos e pedagógicos, os quais devem retroalimentar o plano de ação de riscos psicossociais previsto no item 2.2.

Em resumo, o NAP atua como uma instância de apoio que humaniza as relações pedagógicas, garantindo que o direito à manifestação e a bidirecionalidade do feedback sejam respeitados.



O Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP) deve garantir o sigilo e a segurança dos residentes por meio da criação de canais formais e protegidos de comunicação, presenciais ou digitais, que permitam a livre expressão de dúvidas, queixas e conflitos de forma segura. A implementação desses canais não deve ser isolada, mas sim apropriar-se das estruturas já existentes, como a Ouvidoria e a COREME/COREMU. Esses canais digitais funcionam como termômetros do clima organizacional, sendo cruciais para captar relatos de assédio, intimidação ou conflitos éticos que muitas vezes não são expressos em instrumentos formais por medo de retaliação. Os registros produzidos por esses canais e pelo NAP envolvem dados de saúde e são, portanto, dados pessoais sensíveis nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (17), devendo seu acesso ser restrito e seu tratamento observar os mesmos critérios de sigilo e segurança já previstos no capítulo 14 deste manual.

3.4 Fluxos de encaminhamento e acompanhamento

Devem ser estabelecidos itinerários claros de cuidado:

- **Rede de Apoio:** Articulação com serviços de saúde e instituições parceiras para garantir o encaminhamento oportuno de casos que necessitem de intervenção especializada.
- **Monitoramento Longitudinal:** Registro sistemático da evolução dos casos atendidos pelo NAP, avaliando a qualidade do suporte prestado e a resolução dos problemas identificados, com os resultados consolidados subsidiando a revisão periódica do plano de ação de riscos psicossociais da instituição.

3.5 Cultura de cuidado, respeito e apoio mútuo

A consolidação de um ambiente formativo saudável exige:

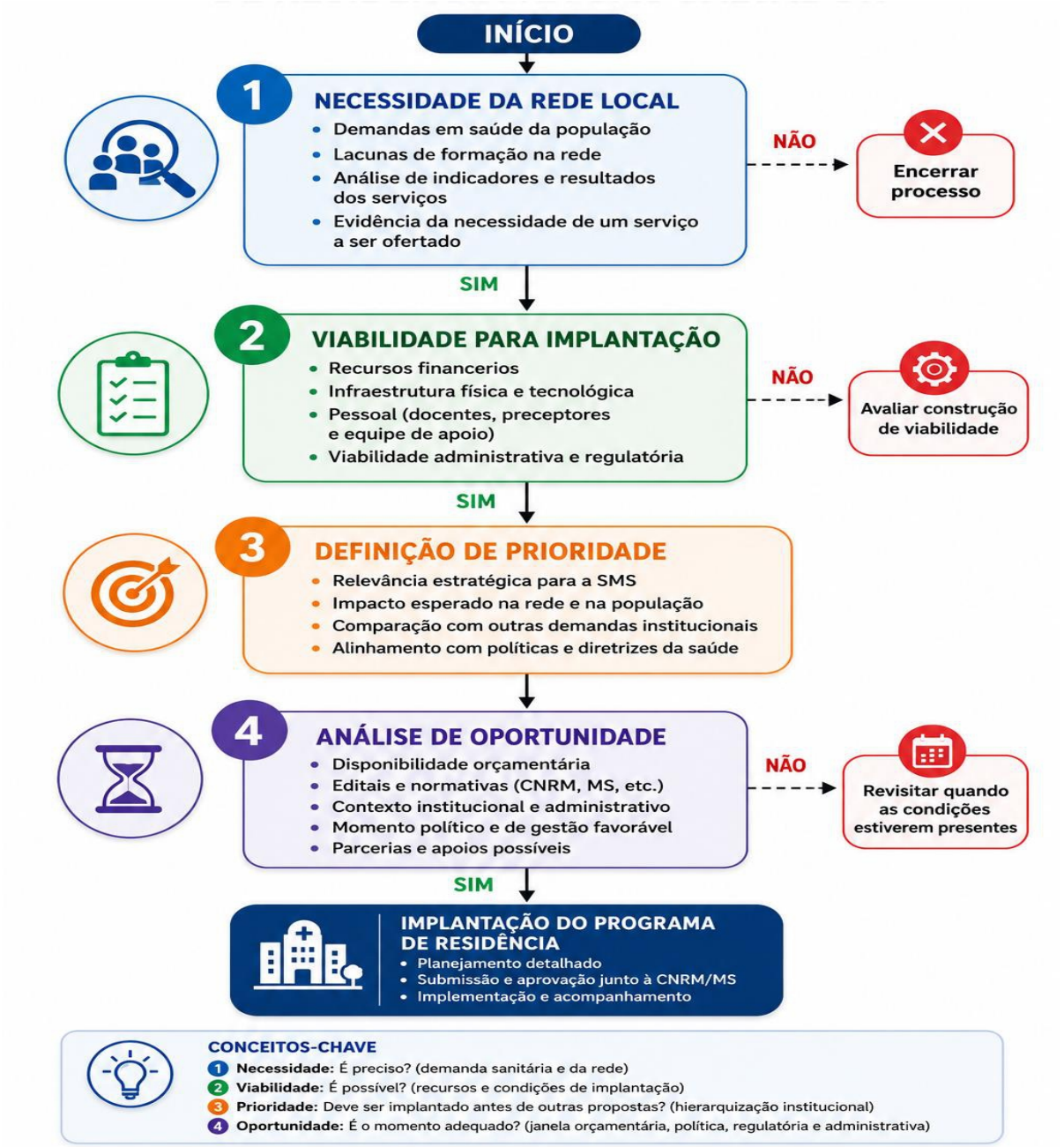
- **Fortalecimento da Governança:** Atuação próxima da COREME/COREMU junto aos programas para auditar as condições de trabalho e infraestrutura.
- **Feedback Estruturado:** Institucionalização de práticas de devolutivas que valorizem o potencial do residente e evitem o silenciamento ou a punição.
- **Ambiência Acolhedora:** Preparo prévio das equipes de serviço para receber os residentes, fomentando o sentimento de pertencimento e a cooperação interprofissional.
- **Valorização da Preceptoria:** Reconhecimento institucional e incentivos adequados para fixar profissionais engajados e com boas competências relacionais.

4. Passo a Passo para implantação de um Programa

4.1. Construindo e validando a proposta

A implantação de um programa de residência em saúde na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador é um processo estruturado que parte, fundamentalmente, da identificação de uma demanda real da rede municipal por profissionais especializados, especialmente quando há ausência ou insuficiência de outros mecanismos para obtê-los.

Figura 02. Fluxograma para abertura de um Programa de Residência na Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador -Ba, 2026.



Fonte: Elaboração própria com uso do Claude IA

Passo 1. Estabelecendo a necessidade

De modo geral, essas demandas devem ser produto dos diagnósticos estabelecidos periodicamente pelas diretorias a partir das análises dos indicadores de monitoramento e resultados dos diferentes serviços ofertados e/ou da evidência da necessidade de um serviço a ser ofertado a partir do perfil sócio-epidemiológico da população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (18).

Nesta etapa, podem ser utilizadas como referências as seguintes questões:

- *Quais são os principais problemas e necessidades de saúde do território?*
- *A minha rede instalada tem conseguido responder adequadamente a essas demandas?*
- *Caso não, a resposta a essas demandas passa por necessidade de (mais) profissionais especializados para o serviço?*
- *Há outros recursos mais estratégicos para a viabilização desses especialistas?*
- *Dentre as questões identificadas, quais problemas ou necessidades o programa pretende enfrentar?*

Uma vez estabelecida a necessidade por um dado programa de residência, faz-se necessária a apresentação da proposta em reunião ordinária da COREME/COREMU para que haja validação e desenvolvimento da proposta.

Passo 2. Analisando a viabilidade

Após validação da proposta, a COREME/COREMU fará o acionamento do núcleo de residências da ESPS para construção conjunta da análise de viabilidade para implantação, incluindo recursos financeiros, de infraestrutura, de pessoal, bem como viabilidade administrativa. Nesta etapa, deve-se responder:

- *O território possui capacidade instalada para formação em serviço? Quais cenários de prática apresentam potencial formativo?*
- *Existem profissionais qualificados para exercer funções de preceptoria, tutoria e coordenação?*
- *Há previsão orçamentária para viabilizar o pagamento das bolsas de residentes e equipe pedagógica?*
- *A equipe administrativa é suficiente para incorporação das demandas relacionadas ao novo programa?*

Passo 3. Priorizando

Essa etapa pressupõe o retorno da proposta para articulação com todos os necessários níveis de gestão: gestão local, diretoria competente e gabinete. Para o estabelecimento desta priorização, recomenda-se que sejam avaliados os instrumentos formais de planejamento, como os planos municipais de saúde (PMS, PMGTES etc).

A definição da prioridade poderá ser realizada com apoio de uma matriz de priorização baseada nos princípios do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, considerando critérios como relevância, urgência, governabilidade, viabilidade e alinhamento estratégico. Nesta etapa, devem ser respondidas as seguintes questões de modo a favorecer o estabelecimento de uma priorização:

- *O projeto se alinha com as diretrizes municipais estabelecidas para a saúde?*
- *O projeto é estratégico para a gestão neste momento?*
- *Há outros projetos mais estratégicos concorrentes que devem ser priorizados?*

Passo 4. Identificando as oportunidades

A identificação de oportunidades pode servir como alavanca tática-operacional para a implantação de um programa de residência, podendo complementar ou até se sobrepor à priorização previamente estabelecida. Para tal, é preciso realizar uma análise situacional do cenário municipal, estadual e nacional, para identificação de potenciais janelas de oportunidade, como previsão orçamentária, alinhamento estratégico com alguma outra proposta, editais para apoio e/ou financiamento.

Do ponto de vista estadual, até o presente momento de publicação deste manual, não há legislação que estabeleça critérios para implantação de programas de residência. Nacionalmente, alguns editais federais de financiamento de bolsas, como o Pró-Residência, têm estabelecido especialidades prioritárias, podendo ser importante recurso para viabilização quando observada concordância entre as prioridades locais e nacionais.

Link para os editais: Pró-Residência

Assim, algumas perguntas que podem contribuir na identificação de oportunidades para implantação de um programa de residência:

- *O momento político é favorável?*
- *O contexto administrativo e a capacidade institucional da rede são favoráveis para acolher a proposta?*
- *Existem editais de financiamento ou parcerias estratégicas (estaduais ou federais) abertos para a especialidade/área pretendida?*
- *Há alinhamento entre a necessidade local e as prioridades estabelecidas pelos programas nacionais de incentivo (ex.: Pró-Residência)?*

4.2. Preparando para o credenciamento

A partir da validação inicial, o planejamento avança para a avaliação de sua viabilidade administrativa, de pessoal, de infraestrutura e financeira, articulando-se aos planos municipais para priorização tática e estruturação do credenciamento e do Projeto Político Pedagógico (PPP).

Passo 1: Definindo uma coordenação

Nesta etapa, o foco será a preparação de toda a estrutura necessária para apresentação da proposta de credenciamento à CNRM/CNRMS, subsidiada, inclusive, pelas informações e articulações iniciadas na etapa anterior de validação da proposta de abertura.



A Escola de Saúde Pública/SMS Salvador já é uma instituição credenciada na CNRM e CNRMS, tendo COREME e COREMU constituídas e estruturadas, assim, cabe ao novo programa o foco específico no credenciamento do programa. Para tal, se faz necessário que seja designado em COREME/COREMU, um(a) supervisor(a) para coordenar toda esta etapa de credenciamento, através da mobilização de uma equipe pedagógica/núcleo docente estruturante para apoio na construção e submissão da proposta às respectivas comissões nacionais e do estabelecimento de convênios e parcerias na definição dos potenciais campos de prática.

Para ocupação do cargo de coordenação - denominada como supervisão, nas legislações da CNRM - de programa médico, a CNRM estabelece:

"Médico preceptor, com especialização reconhecida pela CNRM na área do PRM, integrante do corpo clínico da instituição (...)" (18)

Para ocupação do cargo de coordenação de programa Uni/Multiprofissional, a CNRMS estabelece:

"A função da coordenação do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverá ser exercida por profissional com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde" (10)

Veja mais informações sobre o credenciamento:

- Para programas médicos: vide Módulo 2 do Volume 1 dos "Manuais para o fortalecimento das residências em saúde"
- Para programas uni/multiprofissionais: Resolução CNRMS Nº 2 (2012) (10); Resolução nº 7 (2014)(20).

Passo 2: Definindo o corpo docente

Para as Residências Médicas, conforme regulamentação da CNRM, o corpo docente de um PRM é composto pelo supervisor e uma quantidade suficiente de preceptores para garantia das competências abaixo:

Art. 12 Compete ao Preceptor do Programa:

I – Orientar e supervisionar o médico residente em todas as atividades, avaliá-lo de forma continuada e estimular seu desenvolvimento técnico-profissional e ético;

II – Colaborar com a programação e execução das atividades teóricas do Programa de Residência Médica – PRM;

III – Participar das reuniões a que forem convocados pelo Representante do Corpo Docente/Supervisor do Programa de Residência Médica ou pela Comissão de Residência Médica – COREME, contribuir para o bom andamento dos programas, em harmonia com as normas técnicas, administrativas e disciplinares do (NOME DO SERVIÇO);

Para as Residências Multiprofissionais em Saúde, a composição do corpo docente é mais abrangente, conforme normativa da CNRMS. Requerendo além da coordenação e preceptores, a definição de docentes e tutores. As competências de cada uma dessas funções podem ser encontradas na "Resolução CNRMS nº 2, de 13 de Abril de 2012 (10)".

Referente ao quantitativo de residentes por preceptor, também há diferenças:

- a CNRM estabelece que "*respeitando-se o mínimo de dois preceptores para cada três residentes, independentemente da carga horária do preceptor, em consonância com o projeto pedagógico do PRM de acordo com cada área"* (18) (art. 9º).

- a CNRMS estabelece que *"a disponibilidade de 40h de preceptoria possibilita o acompanhamento de até cinco residentes enquanto 20h de preceptoria, possibilita o acompanhamento de até três residentes"* (21).

A preceptoria deve ser exercida pelo profissional de nível superior de elevada qualificação ética e profissional, responsável técnica e pedagogicamente pelo acompanhamento e orientação direta dos residentes vinculados aos programas de residência em saúde de credenciamento próprio da SMS ou dos programas das instituições parceiras que tenham feito adesão ao PIRS; conforme determinada modalidade de preceptoria (22).

A tutoria deve ser exercida por profissional de nível superior, com formação mínima de mestrado e elevada qualificação ética e profissional, responsável pela condução e acompanhamento das atividades teóricas e teórico-práticas dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e Multiprofissionais. Exerce função pedagógica essencial na articulação entre os referenciais teórico-metodológicos da formação e as experiências de aprendizagem desenvolvidas nos cenários de prática. Atua como mediador do processo formativo, acompanhando o percurso dos residentes e contribuindo para o desenvolvimento das competências previstas no PPP. Cabe-lhe favorecer a articulação entre conhecimentos científicos, experiências vivenciadas nos serviços e necessidades de saúde da população, estimulando a problematização das práticas profissionais e dos processos de trabalho e a reflexão crítica sobre as experiências de aprendizagem.

Na ESPS, os Programas de Residência em Saúde preveem a atuação de apoio pedagógico como componente da estrutura de acompanhamento e sustentação dos processos formativos. Conforme previsto na legislação do PIRS (22), o apoio pedagógico é exercido por profissional de nível superior, responsável por atividades de apoio pedagógico aos programas de residência, pelo suporte à coordenação e/ou supervisão dos programas ou ao acompanhamento do processo formativo de residentes, bem como pelo apoio ao planejamento e acompanhamento das

atividades teóricas e práticas e das atividades desenvolvidas pelos preceptores, de acordo com o plano de trabalho e a modalidade de apoio definida.

O apoio pedagógico constitui um dispositivo estratégico para a efetivação do PPP, contribuindo para que suas diretrizes se traduzam em processos formativos coerentes, integrados e pedagogicamente qualificados. Sua atuação possui caráter técnico-pedagógico e envolve o acompanhamento, planejamento, organização e avaliação dos processos de ensino-aprendizagem, favorecendo a articulação entre ensino, serviço, gestão e comunidade.

Para além dos critérios mínimos estabelecidos nas normativas nacionais, a seleção de profissionais para composição do corpo docente deve ser realizada em articulação contínua com a Escola de Saúde Pública e as diretorias pertinentes aos campos principais e secundários designados, seguindo também critérios estabelecidos localmente, como a preferência, quando possível, por profissionais da rede própria de vínculo estatutário ou REDA.

Passo 3: Definindo os cenários de prática

A definição dos cenários de prática principais e secundários deve ser construída de forma pactuada entre a coordenação do programa, a ESPS e as Diretorias de Atenção à Saúde pertinentes. Esse processo deve guardar estrita coerência com os objetivos de aprendizagem previstos na matriz curricular, bem como com o diagnóstico situacional e as necessidades epidemiológicas da rede municipal identificadas na etapa inicial de planejamento.

A inserção dos residentes deve ocorrer prioritariamente em cenários da rede própria municipal de saúde. Contudo, caso a matriz curricular exija especialidades ou densidades tecnológicas não disponíveis na rede municipal (ou em situações de insuficiência de campo), podem ser agregados, de forma complementar, cenários das redes estadual, federal, filantrópica ou privada. Essa inclusão complementar deve ser sempre formalizada mediante convênios, termos de cooperação ou instrumentos de pactuação de integração ensino-serviço viabilizados e geridos pela ESPS.

Para assegurar a eficácia da formação em serviço, é fundamental compreender detalhadamente os processos de funcionamento, a dinâmica assistencial e a capacidade instalada de cada serviço antes de sua validação como campo formativo. Dessa forma, a reflexão sobre algumas perguntas norteadoras, quando respondidas pela equipe de planejamento, torna-se essencial para subsidiar a tomada de decisão e auxiliar na estruturação de uma proposta consistente e viável.

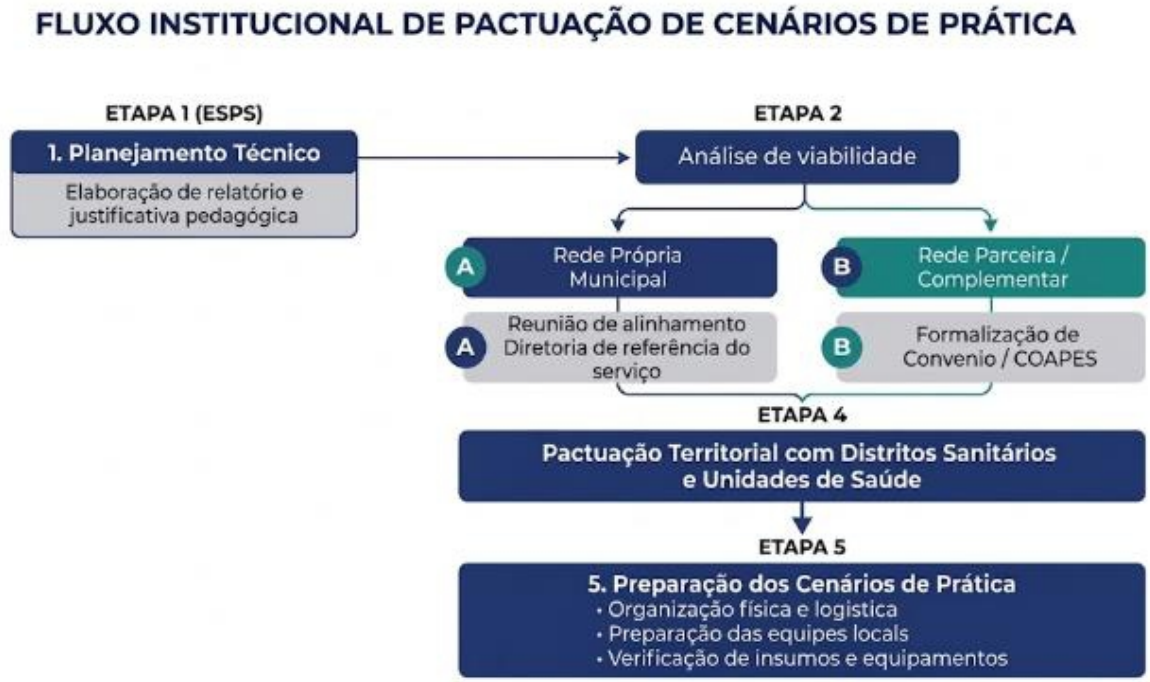
Perguntas norteadoras para a seleção e validação dos cenários de prática:

- *Os cenários selecionados oferecem experiências práticas diversificadas, significativas e alinhadas ao perfil do egresso?*
- *As atividades desenvolvidas no campo contribuem diretamente para o alcance das competências e objetivos previstos na matriz curricular?*
- *O serviço dispõe de infraestrutura adequada, ambiência segura e equipe de supervisão (preceptoria/tutoria) capacitada para o acompanhamento dos residentes?*

Para garantir a transparência, a governança e a viabilidade técnica na escolha dos campos formativos, a definição dos cenários de prática deve seguir um fluxo institucional

estruturado. Esse itinerário delimita as atribuições e responsabilidades de cada instância da SMS, diferenciando os trâmites aplicáveis aos serviços da rede própria municipal daqueles destinados aos cenários da rede complementar ou parceira, conforme ilustrado no Fluxograma de Pactuação de Cenários de Prática (figura 03).

Figura 03. Fluxograma de Pactuação e Validação Institucional dos Cenários de Prática dos Programas de Residências do Município de Salvador-Ba.



Fonte: Elaboração própria com uso do Gemini IA.

Inicialmente, a partir da proposta de cenários apresentada pelo programa, a Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS) elabora um relatório técnico de planejamento. Este documento tem como objetivo responder de forma fundamentada às perguntas norteadoras de seleção, justificando a importância pedagógica e assistencial dos campos propostos e demonstrando a sua aderência à matriz curricular da residência.

Em seguida, o fluxo desdobra-se conforme a natureza do cenário de prática selecionado. Quando se trata de serviços da rede própria municipal, a proposta é encaminhada à Diretoria temática responsável pelo gerenciamento direto do serviço (como a DAPS ou a DAES), para que seu setor técnico realize a análise de viabilidade interna. Nessa etapa, avaliam-se a capacidade instalada, a infraestrutura física, o fluxo assistencial e o impacto da inserção dos residentes na rotina das equipes. Após esse parecer técnico preliminar, realiza-se uma reunião formal de articulação entre a ESPS e a Diretoria responsável para apresentar os prós e contras, ajustando pontos críticos e buscando o alinhamento institucional quanto à definição do campo.

Por outro lado, nos casos em que a matriz curricular exigir cenários secundários ou especialidades de densidade tecnológica das quais a rede municipal não dispõe, aciona-se a rede complementar ou parceira (esfera estadual, federal, filantrópica ou privada). Para esses cenários externos, a ESPS formaliza a solicitação junto à instituição parceira e conduz as reuniões de alinhamento técnico para verificação de vagas, infraestrutura e preceptoria. Uma

vez pactuada a viabilidade técnica, a ESPS assume a condução dos trâmites administrativos e jurídicos para a celebração dos instrumentos formais de integração ensino-serviço, como Termos de Cooperação, Convênios ou o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Com a proposta devidamente alinhada no nível diretivo ou institucional, o fluxo converge para a pactuação territorial e validação final. Nessa etapa, envolvem-se as coordenações dos Distritos Sanitários (DS) e as gerências locais dos serviços de saúde. A pactuação no território assegura que os atores locais validem a inserção dos residentes, ajustem as rotinas de trabalho e acolham a residência de forma pactuada e corresponsável.

Definido e pactuado o cenário de prática, a inserção dos residentes deve ser precedida por um processo contínuo e dinâmico de preparação institucional do serviço. A integração ensino-serviço não se consolida por imposição normativa ou administrativa; ela exige que, antes do início das atividades de formação, a coordenação do programa, a ESPS, as diretorias temáticas e as instituições parceiras trabalhem de forma articulada com o território. Esse movimento envolve realizar reuniões de alinhamento com a gerência e o corpo de profissionais do serviço para apresentar o programa, acolher os trabalhadores e escutar ativamente suas expectativas, dúvidas e eventuais receios.

A preparação do cenário deve compreender que todos os trabalhadores do serviço, e não apenas os preceptores e os sujeitos ativos no processo formativo. O cotidiano do trabalho no SUS é, por natureza, um espaço de educação permanente e produção de saber. Quando a equipe local é engajada desde o planejamento inicial, constrói-se um ambiente de empatia, co-responsabilidade e integração interprofissional, prevenindo ruídos de comunicação, resistências e visões distorcidas sobre o papel do residente. Assim, o acolhimento da equipe do serviço torna-se etapa indispensável para garantir a sustentabilidade pedagógica e a qualidade do cuidado ofertado aos usuários.



Exemplo prático de aplicação: No âmbito da rede municipal de Salvador, a intervenção **"Acolhendo para Fortalecer"** (desenvolvida no Projeto de Intervenção do Curso de Especialização em Preceptoria do SUS/PROADI-SUS no CAPS III Jardim Armação e CAPS AD Pernambués) demonstrou como oficinas participativas e diagnósticos prévios fortalecem o engajamento das equipes locais e reduzem as tensões na inserção de novos programas de residência.

Passo 4: Construindo o Projeto Político Pedagógico

O projeto político-pedagógico de um Programa de Residência Médica ou em Área Profissional da Saúde deve ser orientado pelo desenvolvimento de saberes e práticas nucleares inerentes a uma profissão em determinado campo de conhecimento/especialidade. Na especificidade das residências multiprofissionais, essa orientação se dará para o desenvolvimento de prática

multiprofissional e interdisciplinar num determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões.

Neste ínterim, para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde e quando o programa se constituir por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde (10).

Para as residências médicas, os itens mínimos de um PPP são: objetivos do programa, corpo docente, supervisor, matriz curricular, equipamentos, semana padrão e rodízio dos residentes. Para fins de referência, verificar o "Relatório de Visita de Avaliação" (**anexo A**) utilizado pelo MEC para credenciamento/recredenciamento de Programas de Residência Médica.

Para as residências em Área Profissional ou Multiprofissionais, constam: proposta de matriz curricular, contendo cada atividade, por tipo e categoria profissional, com respectiva ementa, metodologia, carga horária e cenário de prática, por ano de residência; relação do corpo docente assistencial; descrição da infraestrutura física; indicação da fonte de financiamento das bolsas de residência; processo seletivo; metodologia de avaliação do residente e do programa; perfil do egresso. Para fins de referência, verificar o "Instrumento de avaliação de autorização de funcionamento de Programa de Residência" (**anexo B**) da CNRMS.

Nos capítulos seguintes deste Manual estão descritas em maior detalhamento as etapas de construção da estruturação pedagógica (matriz, perfil do egresso etc) e do sistema de avaliação de programas de residência. As orientações gerais para todas as etapas de credenciamento também estão descritas no Módulo 2 do Volume 1 dos "Manuais para o fortalecimento das residências em saúde" (Link)(19).

Do ponto de vista do financiamento, para o ato autorizativo, é obrigatório que a instituição proponente se responsabilize pelo pagamento das bolsas dos residentes. No entanto, após autorização do programa de residência, sugere-se que sejam observados os editais de financiamento, tais como o Pró-Residências (Pró-Residência).

Uma vez que todos os itens acima estejam definidos e descritos, a formalização do pedido de credenciamento se dará através de sistemas próprios:

- O SisCNRM para as residências médicas (SisCNRM)
- SINAR para as residências de área profissional/multiprofissionais, que possui manual para orientação de navegação (vide Manual SINAR) (23)

5. Como estruturar pedagogicamente o Programa?

A estrutura pedagógica de um Programa de Residência em Saúde deve assegurar coerência entre o profissional que se pretende formar, as necessidades de saúde do território, os processos de trabalho dos serviços e as experiências de aprendizagem oferecidas ao residente.

A organização pedagógica parte do perfil do egresso e das competências que se pretende desenvolver, orientando a definição da matriz curricular, do s cenários de prática, das atividades educacionais, das metodologias de ensino e dos processos de avaliação. Para as Residências em Saúde, a proposta de matriz curricular deve explicitar atividades, ementas, metodologias, carga horária e cenários de prática por ano de residência, além do perfil do egresso e da metodologia de avaliação.

5.1 Definição de competências e perfil do egresso

O primeiro passo para a construção de um Programa de Residência em Saúde consiste em definir com precisão quem é o profissional que se pretende formar. Essa definição orientará todas as demais escolhas pedagógicas do programa, desde a organização dos cenários de prática até os processos de avaliação.

Nos modelos historicamente hegemônicos de ensino, é comum que o currículo seja organizado a partir de conteúdos, disciplinas ou carga horária. Na educação baseada em competências, entretanto, o movimento é inverso: primeiro define-se o perfil do egresso; em seguida identificam-se as competências necessárias para esse perfil; somente então são organizadas as experiências de aprendizagem capazes de desenvolver essas competências.

Essa lógica permite maior coerência entre formação, necessidades dos serviços de saúde e demandas da população.

Qual é o perfil do egresso?

O perfil do egresso descreve o conjunto de características esperadas do profissional ao concluir a residência. Trata-se da tradução do compromisso político-pedagógico do programa em capacidades concretas de atuação. Não se trata de enumerar conhecimentos ou procedimentos, o perfil do egresso expressa como o residente deverá atuar diante dos problemas reais do trabalho em saúde. Um perfil de egresso deve responder às seguintes perguntas:

- *Que problemas de saúde esse profissional deverá ser capaz de enfrentar?*
- *Em quais cenários atuará?*
- *Que responsabilidades assumirá?*
- *Como deverá relacionar-se com usuários, equipes e gestores?*
- *Quais valores éticos e políticos deverão orientar sua prática?*

O que são competências?

As competências correspondem à capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para responder adequadamente às situações reais do exercício profissional. Na residência, competência não significa apenas "saber fazer" um procedimento. Significa ser capaz de analisar situações complexas, tomar decisões, comunicar-se adequadamente, trabalhar de forma colaborativa e agir de maneira ética diante dos desafios do cuidado. Assim,

competência resulta da integração de diferentes dimensões da prática profissional e somente pode ser plenamente observada no contexto do trabalho. Por isso, não devem ser reduzidas à aquisição de conteúdos ou procedimentos. Devem contemplar, de forma integrada:

- competências técnico-científicas, relacionadas aos conhecimentos e habilidades próprios da área de formação;
- competências ético-políticas, relacionadas aos princípios do SUS, aos direitos dos usuários, à equidade, à diversidade e à responsabilidade profissional;
- competências comunicacionais, relacionadas à escuta, ao diálogo, à comunicação com usuários, familiares e equipes e à construção compartilhada do cuidado;
- competências colaborativas e interprofissionais, relacionadas ao trabalho em equipe, à negociação, à tomada de decisão compartilhada e à valorização dos diferentes saberes;
- competências de análise e reflexão sobre o trabalho, relacionadas à capacidade de problematizar situações, analisar processos de trabalho e propor mudanças.

Em programas voltados ao SUS, esse perfil deve estar comprometido com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação social, trabalho em equipe e defesa do direito à saúde.

Como transformar competências em objetivos de aprendizagem?

Para que uma competência possa orientar o processo formativo, é necessário traduzi-la em objetivos de aprendizagem observáveis. Recomenda-se utilizar verbos que expressam ações que possam ser demonstradas no cotidiano da prática, como: analisar, avaliar, planejar, realizar, comunicar, articular, manejar, decidir, elaborar, negociar, intervir e propor.

Por exemplo:

Competência: atuar de forma colaborativa na construção do cuidado.

Objetivos de aprendizagem observáveis:

- participar da discussão de casos com diferentes profissionais;
- reconhecer e integrar diferentes perspectivas profissionais na tomada de decisão;
- construir propostas de cuidado compartilhadas com a equipe;
- comunicar decisões e responsabilidades de forma objetiva;
- avaliar os efeitos da intervenção realizada e propor ajustes.

A descrição das competências deve considerar também diferentes níveis de complexidade e autonomia, permitindo que o residente avance progressivamente durante a formação. Uma estratégia para traduzir esse desenvolvimento em situações concretas de trabalho é utilizar as Atividades Profissionais Confiáveis (EPAs – Entrustable Professional Activities). EPAs são atividades profissionais que o residente deve ser capaz de realizar integralmente, com diferentes graus de supervisão, à medida que demonstra competência suficiente para assumir maior autonomia. Assim, podem funcionar como referências para organizar experiências de aprendizagem, acompanhar o desenvolvimento das competências e orientar a progressão da supervisão ao longo da residência.



O perfil do egresso não deve ser construído apenas a partir das necessidades da profissão ou da disponibilidade dos serviços. Deve resultar da articulação entre necessidades de saúde do território, demandas da rede, princípios do SUS e competências profissionais necessárias ao exercício da especialidade.

5.2 Organização da matriz curricular

A matriz curricular é o instrumento que organiza, ao longo da residência, as experiências necessárias para o desenvolvimento das competências previstas no perfil do egresso. Sua construção deve partir das competências e não apenas da distribuição de conteúdo ou da carga horária. Para cada atividade, recomenda-se explicitar sua relação com as competências que pretende desenvolver, o objetivo de aprendizagem, a metodologia, a carga horária, o cenário de prática e a forma de acompanhamento ou avaliação.

A matriz deve permitir visualizar a progressão da aprendizagem. Uma mesma competência pode aparecer em diferentes momentos da formação, com aumento gradual da complexidade das situações enfrentadas e do grau de autonomia esperado do residente.

A matriz também deve assegurar equilíbrio entre:

- atividades práticas nos cenários de serviço;
- atividades teóricas;
- atividades teórico-práticas;
- atividades interprofissionais;
- atividades de educação permanente;
- pesquisa e produção de conhecimento, quando previstas no PPP.

Para evitar uma matriz fragmentada, os conteúdos devem estar articulados às situações e problemas encontrados nos cenários de prática. Os temas transversais, como SUS, equidade, ética, comunicação, segurança, trabalho em equipe, participação social e educação permanente, devem aparecer de forma integrada ao processo formativo, e não apenas como conteúdos isolados.



A matriz curricular deve permitir responder, para cada atividade: Qual competência esta atividade desenvolve? Como ela será desenvolvida? Em que cenário? Com qual grau de supervisão? E como seu desenvolvimento será acompanhado? A matriz deve ser construída de modo articulado com o PPP e com os cenários de prática. Nas Residências Multiprofissionais, deve ainda integrar os diferentes núcleos profissionais e favorecer a prática interprofissional.

5.3 Planejamento das atividades práticas e teóricas

Na residência, teoria e prática não devem ser organizadas como momentos separados. O cotidiano do serviço constitui um dos principais espaços de aprendizagem, enquanto as atividades teóricas e teórico-práticas devem oferecer elementos para interpretar, problematizar e transformar as situações vivenciadas no trabalho.

O planejamento deve partir das experiências indispensáveis para o desenvolvimento das competências, considerando os diferentes cenários pelos quais o residente deverá passar. Devem ser priorizadas situações reais que possibilitem a construção progressiva de autonomia e responsabilidade profissional.

Entre as experiências que podem compor o percurso formativo estão:

- atendimento e acompanhamento de usuários;
- discussão de casos e situações complexas;
- reuniões de equipe;
- atividades coletivas;
- visitas/atenção domiciliares;
- matriciamento;
- ações de educação em saúde;
- análise e discussão de processos de trabalho;
- atividades de educação permanente;
- seminários, oficinas e rodas de discussão;
- atividades de pesquisa e produção de conhecimento.

O planejamento das atividades deve evitar tanto a sobreposição de conteúdos quanto a fragmentação entre diferentes componentes da formação. Para isso, recomenda-se a elaboração de um planejamento periódico compartilhado entre coordenação, tutores, apoiadores pedagógicos e preceptores.

As atividades teóricas devem dialogar com as necessidades identificadas nos cenários de prática, e as situações vivenciadas no serviço devem alimentar as discussões pedagógicas.

O cronograma mensal pode ser utilizado como instrumento de integração entre a agenda assistencial e a agenda formativa, com momentos regulares de alinhamento entre residentes e preceptores.

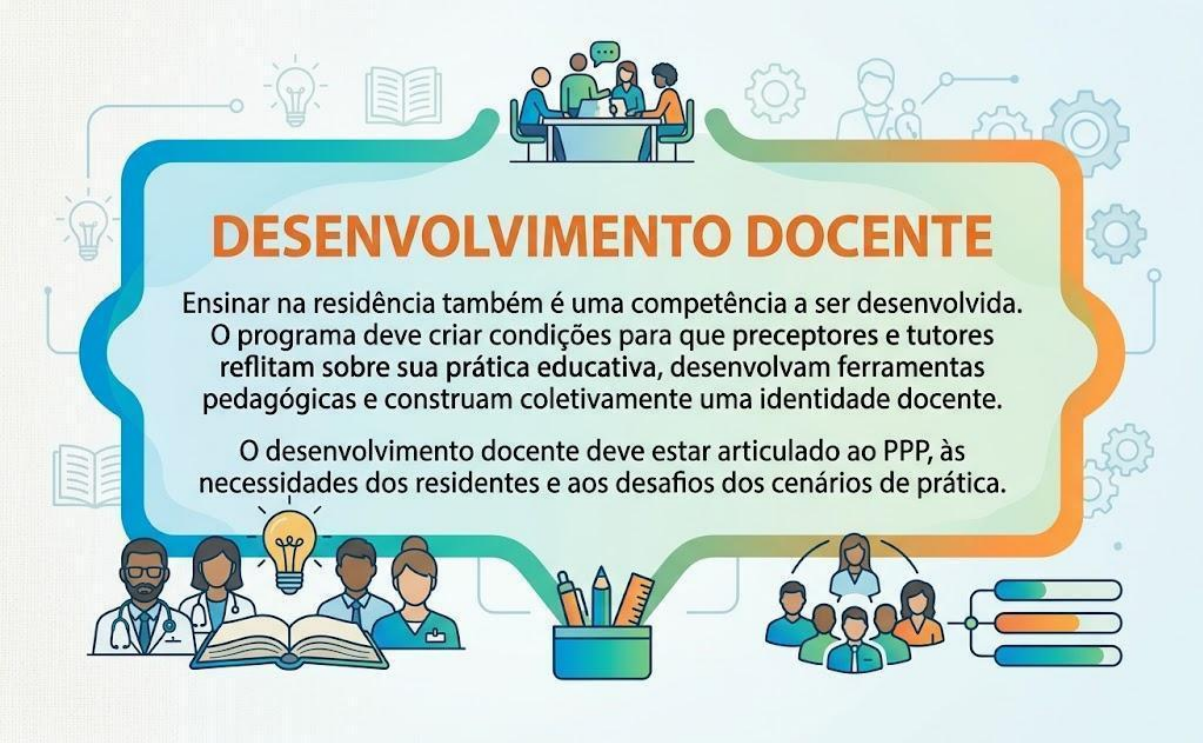
Como envolver coordenação, tutores, preceptores e apoio pedagógico?

O planejamento das atividades formativas deve ser construído de forma articulada e corresponsável, envolvendo os diferentes atores que compõem a estrutura pedagógica do programa. Suas atribuições são distintas e complementares: a coordenação realiza a gestão e articulação do programa; a tutoria, nas Residências em Área Profissional da Saúde e Multiprofissionais, contribui para a mediação pedagógica e o acompanhamento do percurso formativo; a preceptoria acompanha diretamente as situações de aprendizagem nos cenários de prática; e o apoio pedagógico oferece suporte técnico-pedagógico para a efetivação do PPP.

Essa articulação deve ser acompanhada por uma política de desenvolvimento docente, compreendida como um processo permanente de aprender a ensinar na residência. Preceptores e tutores, embora possuam experiência técnica e profissional em suas áreas, também necessitam desenvolver competências pedagógicas para planejar atividades, utilizar metodologias de ensino, acompanhar a aprendizagem, oferecer feedback e avaliar o desenvolvimento dos residentes.

O desenvolvimento docente deve, portanto, constituir-se como espaço de formação, reflexão sobre a prática e construção da identidade docente do programa, articulando as necessidades dos profissionais às diretrizes do PPP e às demandas concretas dos cenários de prática. Recomenda-se que o planejamento do Programa contemple:

- reuniões periódicas entre coordenação, tutores, preceptores e apoio pedagógico;
- compartilhamento e análise das competências e objetivos de aprendizagem;
- análise das situações vivenciadas pelos residentes nos cenários de prática;
- pactuação das experiências formativas prioritárias;
- apoio pedagógico à elaboração e qualificação das atividades educacionais;
- ações permanentes de desenvolvimento docente, como oficinas, encontros formativos, discussão de situações pedagógicas e espaços de troca de experiências;
- desenvolvimento de competências para planejamento, metodologias ativas, feedback e avaliação;
- reflexão coletiva sobre o papel e a identidade de preceptor e tutor;
- acompanhamento do desenvolvimento dos residentes e identificação de necessidades de aprendizagem;
- registro das decisões, devolutivas e ajustes necessários.



Fonte: Elaboração própria com uso de recurso gráfico do Gemini IA.

5.4 Metodologias ativas de ensino

As metodologias utilizadas na residência devem favorecer o protagonismo do residente, a partir de situações reais do trabalho em saúde. Mais do que transmitir conteúdos, as atividades educacionais devem possibilitar que o residente analise situações, formule perguntas, tome decisões, experimente alternativas, receba feedback e reflita sobre os efeitos de sua prática.

Como estimular a reflexão crítica sobre a prática?

Uma estratégia que pode ser adotada pelos Programas de Residência é a Espiral Construtivista, que organiza o processo de aprendizagem a partir de situações reais ou simuladas do cotidiano profissional. A metodologia parte de uma situação-problema vivenciada pelos residentes e promove um movimento contínuo entre **i**dentificação do problema, levantamento de conhecimentos prévios, formulação de questões de aprendizagem, busca de informações, análise e síntese coletiva e retorno à situação inicial para elaboração de respostas ou intervenções.

Esse movimento permite que a experiência vivenciada no serviço seja transformada em objeto de aprendizagem. O residente não apenas busca uma resposta para o problema apresentado, mas é estimulado a questionar a realidade, reconhecer diferentes perspectivas, mobilizar conhecimentos, analisar criticamente suas práticas e construir possibilidades de intervenção.

Na residência, a Espiral Construtivista pode ser utilizada a partir de situações concretas dos cenários de prática, tais como casos complexos, dificuldades nos processos de trabalho, situações de cuidado, conflitos ou problemas identificados pela equipe. Dessa forma, favorece a articulação entre experiência, teoria, reflexão e transformação da prática.

As metodologias ativas podem ser utilizadas, de acordo com os objetivos de aprendizagem e as características do programa:

- problematização de situações reais;
- discussão de casos;
- aprendizagem baseada em problemas;
- simulação e dramatização;
- oficinas e rodas de conversa;
- estudo dirigido e aprendizagem autodirigida;
- seminários integradores;
- análise de processos de trabalho;
- projetos de intervenção;
- portfólios e memoriais reflexivos;
- atividades de educação permanente;
- discussão interprofissional de situações do cotidiano.

A escolha da metodologia deve estar subordinada ao objetivo de aprendizagem. Não se trata de utilizar metodologias ativas como recurso em si, mas de selecionar aquela que melhor favoreça o desenvolvimento da competência pretendida.



Uma atividade pode ser considerada ativa não apenas porque o residente "participa", mas porque é colocado diante de uma situação que exige análise, tomada de decisão, produção de respostas, colaboração e reflexão sobre a prática.

Figura 04. Exemplo de plano de atividade

Eixo formativo	Módulo	Atividade/Aula	Ementa	Competência(s) relacionada(s)	Objetivo(s) de aprendizagem	Modalidade	Metodologia	Cenário	CH	R1/R2
Saúde Coletiva	**Gestão do Cuidado**	**Projeto Terapêutico Singular – PTS**	Fundamentos, princípios e etapas do Projeto Terapêutico Singular como estratégia de gestão compartilhada do cuidado, considerando necessidades dos usuários, contexto de vida, território, rede de atenção e trabalho em equipe.	Construir e coordenar estratégias de cuidado compartilhado, articulando necessidades dos usuários, recursos do território e diferentes saberes profissionais.	Ao final da atividade, o residente deverá ser capaz de analisar uma situação de cuidado, identificar necessidades e potencialidades do usuário e de seu contexto, construir objetivos compartilhados e elaborar um PTS articulado à equipe e à rede de atenção.	**Teórico-prática**	Aula dialogada + problematização de situação real + discussão de caso + elaboração coletiva de PTS	Sala de aula / cenário de prática	**4h**	**R1**

Fonte: Elaboração própria

Como avaliar a efetividade das metodologias?

A efetividade deve ser acompanhada a partir de evidências de aprendizagem. Para isso, recomenda-se observar:

- participação e protagonismo dos residentes;
- desenvolvimento das competências previstas;
- capacidade de aplicar conhecimentos em situações reais;
- qualidade das decisões e intervenções realizadas;
- capacidade de análise crítica da prática;
- evolução da autonomia;
- percepção de residentes, tutores e preceptores sobre a atividade.

A avaliação deve estar articulada às competências e ocorrer de maneira contínua e longitudinal, utilizando diferentes fontes e instrumentos.

5.5 Integração ensino-serviço

Na residência, o serviço não é apenas o local onde o residente "aplica" aquilo que aprendeu. O cotidiano do trabalho deve ser reconhecido como espaço de produção de conhecimento, aprendizagem e transformação das práticas de saúde. A integração ensino-serviço pressupõe a construção compartilhada dos objetivos formativos, dos cenários de prática e das atividades desenvolvidas. Deve considerar as necessidades epidemiológicas e assistenciais do território e, simultaneamente, preservar os objetivos educacionais definidos no PPP.

Para fortalecer essa integração, recomenda-se:

- construir o planejamento das atividades de forma compartilhada entre ensino e serviço;
- envolver trabalhadores dos cenários de prática nos processos educativos;
- realizar reuniões periódicas entre residentes, preceptores, tutores e equipes dos serviços, prevendo a participação da coordenação e/ou do apoio pedagógico sempre que houver necessidade de alinhamento institucional, suporte pedagógico específico ou repactuação de fluxos;
- utilizar situações e problemas do cotidiano como disparadores de aprendizagem;
- desenvolver atividades de educação permanente articuladas às necessidades dos serviços;
- promover discussão de casos e processos de trabalho;
- estabelecer canais permanentes de diálogo entre coordenação, gestão e serviços;
- avaliar periodicamente os cenários de prática e sua contribuição para a formação.

A participação dos trabalhadores é fundamental para que a residência seja reconhecida como parte do processo de qualificação do trabalho em saúde. A construção de uma cultura participativa, com valorização dos diferentes saberes e corresponsabilização pelo processo formativo, fortalece a integração ensino-serviço-comunidade.

Como avaliar a qualidade da integração ensino-serviço?

A avaliação deve considerar, pelo menos, quatro dimensões:

- **Formação:** as experiências oferecidas possibilitam o desenvolvimento das competências previstas?
- **Serviço:** A presença dos residentes contribui para a qualificação dos processos de trabalho e do cuidado?
- **Relação:** existem espaços efetivos de diálogo, pactuação e corresponsabilização entre ensino e serviço?
- **Território:** a formação responde às necessidades de saúde da população e da Rede de Atenção à Saúde?

A avaliação dos cenários deve produzir ajustes no processo formativo. Assim, a integração ensino-serviço não deve ser entendida como uma condição já estabelecida, mas como um processo permanente de planejamento, acompanhamento, negociação e aprendizagem institucional.

DICA: Sempre que possível, transformar problemas reais dos serviços em oportunidades de aprendizagem. Uma dificuldade identificada pela equipe pode gerar uma discussão de caso, uma atividade de educação permanente, um projeto de intervenção ou uma investigação formativa.

Como transformar o cotidiano dos serviços em espaço de aprendizagem?

Na residência, as situações vivenciadas no cotidiano dos serviços devem ser reconhecidas como oportunidades de desenvolvimento das competências previstas no PPP. Preceptores e tutores possuem papéis complementares nesse processo.

A preceptoria, por sua proximidade com o cotidiano do trabalho, identifica e utiliza situações reais de cuidado e de organização do serviço como disparadores para a aprendizagem. A tutoria contribui para reconhecer essas situações como oportunidades formativas, problematizá-las e estabelecer relações entre a experiência vivenciada, os conhecimentos teóricos e as competências em desenvolvimento.

A partir das experiências dos residentes, preceptores e tutores podem estimular a observação, análise, problematização, tomada de decisão e reflexão sobre a prática, articulando teoria e experiência. Casos acompanhados, reuniões de equipe, situações de cuidado, dificuldades nos processos de trabalho e demandas do território podem ser transformados em situações de aprendizagem, sempre em diálogo com os objetivos formativos do programa.

DICA: Não é necessário criar uma atividade educativa para cada situação de aprendizagem. O desafio é reconhecer pedagogicamente aquilo que já acontece no serviço, identificar seu potencial formativo e estabelecer relações com as competências e os conhecimentos que o residente precisa desenvolver.

Como promover a participação dos trabalhadores nos processos educativos?

A integração ensino-serviço pressupõe que os trabalhadores dos cenários de prática também participem dos processos formativos. Para isso, o programa pode incorporar temas relacionados à formação dos residentes aos espaços já existentes nos serviços, evitando que as atividades educativas sejam realizadas de forma paralela ao cotidiano das equipes. Podem ser utilizadas estratégias como:

- inclusão de temas formativos nas reuniões de equipe;
- discussão de casos ou situações do serviço com participação dos trabalhadores;
- realização de atividades de educação permanente a partir de necessidades identificadas pela equipe;
- convite a trabalhadores dos serviços para participar de aulas, seminários, oficinas e rodas de conversa da residência;
- realização de atividades conjuntas entre residentes e trabalhadores;
- participação dos trabalhadores na identificação de problemas e necessidades de aprendizagem do serviço.

Essa participação favorece a troca entre os saberes produzidos na formação e aqueles construídos na experiência profissional, fortalecendo a corresponsabilização pelo processo formativo e a integração ensino-serviço. A qualidade da integração ensino-serviço deve ser acompanhada de forma contínua e compartilhada, considerando tanto a qualidade da formação quanto sua relação com as necessidades dos serviços e do território.

Recomenda-se utilizar diferentes mecanismos, tais como:

- avaliação periódica dos cenários de prática, realizada com participação de residentes, preceptores, tutores e equipes dos serviços;
- reuniões de acompanhamento entre coordenação, apoiadores pedagógicos, preceptores, tutores, residentes e representantes dos serviços;
- avaliação dos residentes sobre os cenários de prática, considerando as oportunidades de aprendizagem, supervisão, participação nas equipes e desenvolvimento das competências;
- escuta dos trabalhadores e gestores sobre a contribuição da residência para os processos de trabalho e para o cuidado;
- acompanhamento da realização das experiências formativas previstas na matriz curricular;
- análise das situações em que as necessidades do serviço foram incorporadas aos processos de aprendizagem;
- acompanhamento de projetos de intervenção, atividades de educação permanente e outras ações desenvolvidas em resposta a problemas identificados nos serviços;
- registro e monitoramento dos ajustes pactuados entre programa e serviço.

A avaliação deve produzir devolutivas e planos de melhoria, permitindo reorganizar atividades, cenários e estratégias pedagógicas sempre que necessário. Dessa forma, a integração ensino-serviço é compreendida como um processo dinâmico de planejamento, acompanhamento, avaliação e pactuação, e não apenas como a presença do residente no serviço.

6. Como selecionar e acolher residentes?

A seleção e o acolhimento de residentes são etapas que definem, desde o primeiro contato, a legitimidade, a transparência e a qualidade formativa do programa. Este capítulo orienta o planejamento do processo seletivo, a organização das etapas e critérios de avaliação, a atuação da banca avaliadora, os procedimentos de matrícula e o acolhimento inicial dos residentes, em conformidade com os princípios constitucionais da administração pública e com a normativa nacional que rege a residência em saúde.

6.1 Planejamento do processo seletivo

O planejamento do processo seletivo deve partir do perfil de egresso definido no Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa, de modo que os critérios de atração e seleção estejam alinhados às competências que se pretende desenvolver ao longo da residência. A ampla divulgação e a transparência do processo decorrem diretamente dos princípios da publicidade e da impessoalidade que regem a administração pública - art. 37 da Constituição Federal - (24), devendo o edital ser publicado com antecedência mínima suficiente para a organização dos candidatos e disponibilizado em canais de fácil acesso, em consonância com a Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011 (25).

O cronograma deve contemplar todas as etapas do processo (inscrição, análise documental, provas ou entrevistas, divulgação de resultados, prazos recursais e matrícula) com datas e critérios claramente definidos no edital, de modo a não serem alterados posteriormente em prejuízo dos candidatos.

A acessibilidade e a equidade do processo seletivo constituem exigência legal, e não apenas boa prática. Nos termos da Lei nº 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência (26) - e dos Decretos nº 3.298/1999 (27) e nº 5.296/2004 (28), o edital deve prever condições de acessibilidade física, comunicacional e instrumental para candidatos com deficiência em todas as etapas do certame. Além disso, o programa deve observar a política de ações afirmativas atualmente em vigor para os processos seletivos de residência em saúde, instituída pela Portaria MS nº 5.801/2024 (29) e reforçada pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 8.995/2025 - Política Nacional de Residências em Saúde (14) -, que determina a reserva de vagas para candidatos negros, indígenas, quilombolas, pessoas com deficiência e pessoas trans, com percentuais e regras de concorrência que devem constar expressamente do edital. Cabe à coordenação do programa acompanhar eventuais atualizações desta política, tema atualmente em debate no Congresso Nacional.

O dimensionamento dos recursos humanos e logísticos (equipe de apoio à inscrição, espaço físico ou plataforma para aplicação de provas, membros da banca avaliadora e infraestrutura de acessibilidade) deve ser previsto com antecedência suficiente para não comprometer o cronograma pactuado.

6.2 Etapas e critérios de seleção

Os critérios de seleção devem guardar relação direta e demonstrável com o perfil de egresso e com as competências previstas no PPP, evitando exigências desconectadas do objeto da formação. O equilíbrio entre conhecimentos técnicos, experiências prévias e competências

relacionais e éticas deve ser explicitado na matriz de avaliação do edital, com pesos e critérios de pontuação definidos previamente à realização das provas.

Os instrumentos utilizados - prova objetiva, prova de títulos, entrevista, dinâmica de grupo - devem ser válidos para o que se propõem a medir e devem ter seus critérios de correção e pontuação divulgados de forma transparente. Para a redução de vieses, recomenda-se a padronização dos instrumentos de avaliação, a utilização de critérios objetivos e pré-definidos e, quando aplicável, a correção cega de provas discursivas, de modo a promover a impessoalidade exigida pela administração pública. A comunicação dos critérios aos candidatos deve ocorrer por meio do edital e de canais oficiais de esclarecimento de dúvidas, evitando informações verbais não documentadas que possam gerar insegurança jurídica ao processo.

6.3 Organização da banca avaliadora

A banca avaliadora deve ser composta por profissionais com qualificação técnica compatível com a área de residência, preferencialmente incluindo representantes da preceptoria, da coordenação do programa e, quando pertinente, de áreas afins. A preparação da banca para atuação padronizada deve incluir reunião prévia de alinhamento sobre os critérios de correção e a matriz de avaliação, de modo a reduzir divergências de julgamento entre avaliadores.

A prevenção de conflitos de interesse deve seguir os critérios de impedimento e suspeição previstos nos arts. 18 a 21 da Lei nº 9.784/1999 (30), que rege o processo administrativo no âmbito federal e orienta, por analogia, a atuação da administração pública municipal: um avaliador não deve participar da avaliação de candidato com quem tenha relação de parentesco, amizade íntima, inimizade notória ou qualquer outro vínculo capaz de comprometer a imparcialidade do julgamento, devendo declarar-se impedido nesses casos.

O registro e a justificativa das avaliações realizadas devem ser documentados em atas e fichas de avaliação individualizadas, assinadas pelos membros da banca, de modo a assegurar a rastreabilidade das notas atribuídas e a possibilidade de resposta a eventuais recursos. Essas informações, por conterem dados pessoais dos candidatos, devem ter seu acesso restrito e seu tratamento conduzido em conformidade com os critérios de sigilo e proteção de dados já estabelecidos no capítulo 14 deste manual, à luz da Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (17).

6.4 Matrícula e documentação

Os documentos obrigatórios para ingresso incluem, entre outros, documento de identidade, CPF, diploma de graduação ou declaração de conclusão de curso, comprovante de inscrição no conselho profissional correspondente e demais documentos previstos no edital, coletados e armazenados em conformidade com os princípios de finalidade e necessidade da LGPD, conforme já detalhado no item 14.1 deste manual.

A conferência documental deve ser organizada por meio de checklist padronizado, aplicado de forma uniforme a todos os aprovados, com prazo definido para a entrega e conferência dos documentos antes da efetivação da matrícula. Nos casos de pendências documentais, o programa deve estabelecer prazo formal e razoável para regularização,

comunicado por escrito ao candidato, sob pena de perda da vaga, evitando decisões discricionárias não documentadas.

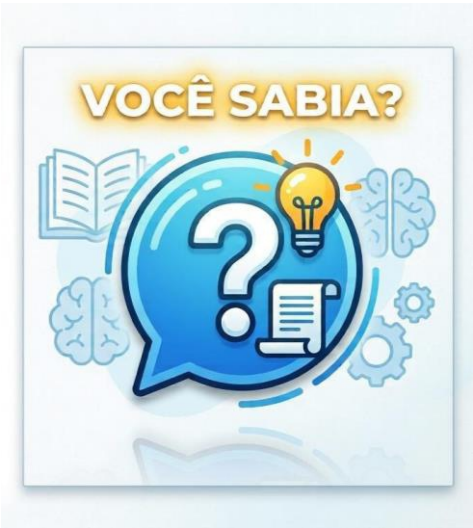
A conformidade com as normas vigentes exige que a matrícula do residente seja formalizada e comunicada aos sistemas regulatórios nacionais aplicáveis, SisCNRM ou Sinar, conforme a modalidade do programa, dentro dos prazos por eles estabelecidos, de modo a assegurar o vínculo regular do residente e o pagamento da bolsa. Os candidatos devem ser orientados, ainda durante o processo seletivo, sobre os prazos e exigências documentais para a matrícula, evitando surpresas em uma etapa que é condição para o efetivo início da residência.

6.5 Acolhimento e integração inicial

Os primeiros dias da residência devem contemplar informações essenciais sobre direitos e deveres do residente, carga horária e regime de dedicação exclusiva, fluxos de frequência e afastamento, canais de apoio psicopedagógico e de ouvidoria, e os documentos institucionais fundamentais do programa, conteúdos já detalhados nos capítulos 6, 14 e 15 deste manual e que devem ser apresentados de forma consolidada no momento do acolhimento.

A apresentação da instituição, do programa e dos cenários de prática deve incluir visita orientada às unidades de lotação, apresentação da equipe de preceptoria e da coordenação, e esclarecimento sobre a matriz curricular e o Projeto Político Pedagógico. A integração entre residentes, equipes e gestores é favorecida por atividades de ambientação conjunta entre a nova turma e os profissionais já atuantes nos cenários de prática, reduzindo resistências e fortalecendo o sentimento de pertencimento mencionado no capítulo 2 deste manual.

Estratégias para reduzir inseguranças e facilitar a adaptação incluem a designação de um profissional de referência (preceptor ou residente veterano) para acompanhar os primeiros dias do residente, a disponibilização prévia de material informativo sobre o programa e a apresentação, já no acolhimento, dos canais formais e protegidos do Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP) e da Ouvidoria, de modo que o residente saiba, desde o início, onde buscar apoio. A efetividade do acolhimento deve ser avaliada por meio de instrumento de escuta aplicado ao final do período inicial, cujos resultados devem subsidiar o aprimoramento contínuo do processo nas turmas seguintes.



Uma alternativa à condução de processo seletivo próprio é a adesão da instituição ao **Exame Nacional de Residência (ENARE)**, processo seletivo unificado de abrangência nacional, promovido pela HU Brasil/Ebserh, destinado ao preenchimento de vagas em programas de Residência Médica e de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional.

No ENARE, o candidato realiza uma única prova, aplicada por banca nacional contratada para esse fim, e concorre às vagas das instituições participantes com a mesma nota, o que reduz custos e sobreposição de calendários para quem já concorre em múltiplos processos.

Para que a SMS Salvador possa ofertar vagas de seus programas multiprofissionais por meio do ENARE, a instituição precisa aderir formalmente a cada edição, mediante Chamamento Público publicado anualmente pela HU Brasil. A adesão exige que os programas estejam devidamente reconhecidos e autorizados pelo Ministério da Educação, conforme as normas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), e que haja financiamento garantido para o pagamento das bolsas, observado o valor mínimo nacional vigente.

A formalização ocorre de forma digital, por meio de cadastro institucional e assinatura eletrônica de Termo de Adesão no sistema do ENARE, dentro do período de adesão definido em cada edital — em geral, alguns meses antes da aplicação da prova. Uma vez aderente, a instituição declara o número de vagas ofertadas e assume a responsabilidade pelas obrigações decorrentes, podendo a adesão ser indeferida ou cancelada em caso de irregularidades. Cabe à coordenação do programa avaliar, a cada ciclo seletivo, se a adesão ao ENARE é a estratégia mais adequada às vagas ofertadas pela SMS Salvador ou se o programa deve conduzir processo seletivo próprio, nos moldes descritos nos itens 5.2 e 5.3 deste capítulo, sendo que, mesmo optando pelo ENARE para a etapa de prova, permanecem de responsabilidade da instituição as etapas de matrícula e acolhimento descritas nos itens 5.4 e 5.5.

7. Como operacionalizar o programa no dia a dia?

A operacionalização cotidiana das residências exige uma articulação refinada entre os objetivos pedagógicos e a dinâmica assistencial da rede municipal de saúde. Este capítulo orienta a gestão tática do tempo e dos cenários para garantir a segurança jurídica e a qualidade da formação.

7.1 Organização da carga horária

A carga horária é regida pelo regime de dedicação exclusiva, totalizando 60 horas semanais, nos termos da Lei nº 11.129/2005 (5) e da Resolução CNRMS nº 5/2014 (9), que disciplina a duração, a carga horária, a avaliação e a frequência dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Para assegurar o equilíbrio formativo, a distribuição das atividades deve seguir a proporção de 80% a 90% em atividades práticas (treinamento em serviço) e 10% a 20% em atividades teóricas ou teórico-complementares.

A "Semana Padrão" deve prever momentos protegidos para estudo e atividades teóricas (seminários, cursos e discussões de casos), evitando que o residente atue meramente como força de trabalho. O cumprimento deve ser monitorado localmente. Na rede municipal de Salvador, o controle de frequência e cumprimento da carga horária dos residentes deve seguir as normativas institucionais vigentes, sendo realizado por meio do cadastramento e registro no ponto eletrônico/biométrico nas unidades em que o sistema estiver implantado ou quando aplicado, ou ainda por meio dos instrumentos oficiais de registro padronizados pela ESPS nos cenários de prática. Alterações e reposições devem ser validadas pela coordenação do programa e comunicadas à ESPS.

É obrigatório um dia de folga semanal, assegurado pela Resolução CNRMS nº 3/2011 (31), e o respeito ao descanso pós-plantão noturno (mínimo de 6 horas consecutivas após 12 horas de plantão), parâmetro consolidado pela normativa da residência médica e adotado neste programa como princípio de segurança do paciente e de proteção à saúde do residente, aplicável a todas as categorias profissionais em atividades de plantão. É proibido o regime de sobreaviso para residentes.

7.2 Distribuição dos residentes nos cenários

A distribuição dos residentes nos cenários de prática deve ser estratégica, fundamentando-se na capacidade instalada da rede e nos critérios definidos no Projeto Político Pedagógico (PPP). É essencial garantir experiências diversificadas e equitativas ao longo da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando que em cada cenário haja capacidade adequada de supervisão, com acompanhamento diário por tutoria e preceptoria.

Nos programas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), onde o residente pode assumir responsabilidade por equipes, a realização de estágios externos ou opcionais deve ser pactuada com a coordenação e o campo de prática com no mínimo 30 dias de antecedência, visando evitar a desassistência na unidade de origem. Os rodízios devem ser planejados por ano de residência, garantindo que o residente percorra diferentes níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para uma formação integral.

A distribuição dos residentes nos cenários de prática deve ser acompanhada por supervisão qualificada, garantindo o acompanhamento diário da preceptoria no cotidiano do

serviço. No âmbito dos Programas de Residência Médica, deve-se assegurar a proporção mínima de dois preceptores para cada três residentes, conforme parâmetro estabelecido pelo Art. 9º da Resolução CNRM nº 16/2022 (18). Já nos Programas de Residência em Área Profissional e Multiprofissional, a supervisão direta de preceptoria é exercida por profissional da mesma categoria do residente (10), em constante articulação com a tutoria e o apoio pedagógico do programa.

Deve-se observar os parâmetros numéricos do Despacho Orientador CNRMS de 08/03/2016 (21), que prevê a proporção de até cinco residentes para cada preceptor com carga horária de 40 horas semanais, ou até três residentes para preceptor com dedicação de 20 horas semanais. Ajustes temporários na distribuição por demandas sazonais ou críticas da rede de saúde devem ser pactuados entre a gestão da unidade e a coordenação do programa, sem prejuízo à matriz curricular.

7.3 Planejamento mensal das atividades

O planejamento mensal funciona como uma ferramenta de transparência e deve conferir uniformidade às ações do programa, integrando as agendas dos serviços com o cronograma acadêmico. Entre as atividades regulares, devem constar consultas, visitas domiciliares, atividades coletivas, matriciamento, reuniões de equipe e o cronograma teórico.

Recomenda-se a realização de reuniões mensais entre residentes e preceptores para alinhar a escala de serviço com as pautas pedagógicas.

O uso de Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) e aplicativos é sugerido para que todos os atores tenham acesso em tempo real ao cronograma atualizado. A execução deve ser revisada periodicamente em momentos de cogestão, permitindo correções rápidas em caso de descompassos na carga horária teórica ou prática.

7.4 Registro de frequência e atividades

A fidedignidade do registro de frequência é essencial tanto para a gestão acadêmica quanto para a garantia do pagamento das bolsas. Na rede municipal de Salvador, o controle de entrada e saída dos residentes deve seguir as normativas institucionais vigentes, sendo realizado por meio do cadastramento e registro no ponto eletrônico/biométrico nas unidades em que o sistema estiver implantado ou quando aplicado. Nos cenários de prática ou estágios externos onde o ponto eletrônico não estiver disponível ou não for aplicado, devem ser utilizados obrigatoriamente os instrumentos de registro oficiais e padronizados (folhas de frequência) disponibilizados pela Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS).

A chefia imediata e o preceptor validam o cotidiano, mas cabe ao coordenador do programa ou da comissão (COREME/COREMU) a validação mensal desses registros e a atualização da situação do residente em sistemas como o SIGRESIDÊNCIAS até o último dia de cada mês. Esses dados subsidiam indicadores de qualidade e permitem identificar precocemente situações de absenteísmo ou sofrimento.

A SMS Salvador utiliza o sistema e-Salvador e planilhas padronizadas pela ESPS para centralizar o monitoramento.

7.5 Gestão de afastamentos e intercorrências

Os afastamentos devem seguir rigorosamente o fluxo administrativo estabelecido pela SMS-Salvador (32), observadas as licenças e os prazos assegurados pela Resolução CNRMS nº 3/2011 (31). Os principais tipos previstos são:

- **Recesso Remunerado (Férias):** 30 dias consecutivos por ano. Na multiprofissional, permite-se o fracionamento em dois períodos de 15 dias.
- **Licenças Legais:**
    - Licença-maternidade ou adoção: 120 dias, prorrogáveis por até 60 dias adicionais nos termos da Lei nº 11.770/2008 (Programa Empresa Cidadã), quando a instituição for aderente (33).
    - Licença-paternidade ou adoção: 5 dias, conforme a Resolução CNRMS nº 3/2011, prorrogáveis para até 20 dias apenas nas instituições aderentes ao Programa Empresa Cidadã (33).
    - Licença-nojo: 8 dias, em caso de óbito de parentes de primeiro grau, ascendentes ou descendentes.
    - Licença-casamento: conforme prazo definido em regimento interno do programa.
    - Licença para tratamento de saúde: mediante atestado médico, sem prejuízo da bolsa.
- **Eventos Científicos:** Máximo de 8 dias úteis por ano, incluindo deslocamento.

As solicitações de afastamento e licenças devem ser formalizadas via processo administrativo no sistema *e-Salvador*. Quando o residente não possuir acesso direto ao sistema, a abertura do processo será realizada com o apoio do preceptor e/ou da chefia imediata do serviço de saúde, sendo obrigatória a inclusão do documento de ciência formal da preceptoria e/ou da chefia no processo. A partir do serviço, o processo é encaminhado ao Distrito Sanitário (DS) correspondente para formalização e ciência da gestão local. Após a validação pelo DS, os autos seguem para a Unidade de Integração Ensino-Serviço (UIES/ESPS), e, quando constituída, para a Unidade de Residências em Saúde, que analisa a solicitação e a encaminha para ciência da Diretoria responsável pelo cenário de prática. Em seguida, o processo retorna à UIES para emissão de despacho pela coordenação do programa de residência, sendo finalizado com a devolução para o Distrito Sanitário e para a Unidade de saúde de origem.

Ressalta-se que é obrigatória a reposição integral de todas as atividades perdidas em razão de licenças e afastamentos, de modo a garantir a aquisição das competências e a integralização da carga horária total do programa, em conformidade com as Resoluções CNRMS nº 3/2011 e nº 5/2014 (9,31). Ademais, Trancamentos de matrícula exigem aprovação da COREME/COREMU e homologação pelas comissões nacionais (CNRM/CNRMS).

Figura 05. Fluxo institucional de solicitação e informes de afastamentos e licenças. Salvador, Ba



Fonte: Elaboração própria com uso de recurso gráfico do Gemini IA.

Para obter detalhes complementares sobre procedimentos, normas de afastamento, rotinas de gestão e diretrizes operacionais específicas da rede de Salvador, consulte o **Manual do Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS)**, elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) por meio da Escola de Saúde Pública de Salvador (ESPS).

8. Como atuar como Preceptor (a), Tutor(a) e Apoiador(a) Pedagógico(a)?

A atuação da preceptoria e da tutoria constitui o eixo central da formação em serviço, sendo responsável por mediar a integração entre o conhecimento teórico e a prática assistencial no cotidiano do SUS. Este capítulo orienta a prática docente-assistencial na rede municipal de Salvador, visando qualificar o acompanhamento pedagógico e fortalecer a identidade do residente como trabalhador do sistema público de saúde.

8.1. Papel do preceptor no serviço

O preceptor é o profissional de saúde que atua como referência pedagógica no cotidiano do serviço, realizando a supervisão direta e o acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas pelos residentes. Sua função ultrapassa a orientação técnica: cabe ao preceptor utilizar situações reais de cuidado e de trabalho em oportunidades de aprendizagem, articulando experiência, conhecimento, reflexão e desenvolvimento das competências previstas no PPP.

Nessa estrutura, as responsabilidades são compartilhadas: enquanto o preceptor foca na supervisão direta "ombro a ombro" em campo, o tutor apoia a articulação teórico-metodológica e orienta pesquisas, a coordenação e apoio pedagógico asseguram a viabilidade administrativa e o cumprimento do Projeto Político Pedagógico (PPP).

A prática da preceptoria deve favorecer o protagonismo e a autonomia progressiva do residente, permitindo uma transição segura da supervisão direta para a autonomia profissional mediada por processos contínuos de orientação. Além disso, o preceptor deve atuar como uma referência ética e profissional, servindo de modelo de conduta pautado na humanização, na segurança do paciente e no compromisso com os princípios do SUS.

8.1.2. Qual a função pedagógica do preceptor?

A preceptoria envolve acompanhar, orientar, problematizar, demonstrar, observar e oferecer feedback sobre o desempenho do residente. O preceptor deve criar oportunidades para que o residente participe ativamente das situações de trabalho, compreenda os fundamentos das decisões tomadas e reflita sobre os efeitos de sua prática.

A supervisão deve ser ajustada ao nível de desenvolvimento do residente, considerando a complexidade da situação e o grau de autonomia já demonstrado. Dessa forma, o preceptor contribui para que o residente avance da observação e participação para a realização de atividades com autonomia progressiva.

8.1.3. Como conciliar assistência e formação?

A residência acontece no encontro entre trabalho e aprendizagem. Por isso, assistência e formação não devem ser tratadas como atividades concorrentes, mas articuladas no planejamento do cotidiano do serviço.

Cabe ao preceptor identificar situações assistenciais que apresentem potencial formativo, utilizando o próprio trabalho como disparador de aprendizagem. Ao mesmo tempo, o programa e os serviços devem garantir condições e tempo protegido para supervisão, discussão de casos, feedback e reflexão sobre a prática, evitando que as demandas assistenciais e a pressão por produtividade inviabilizem a função pedagógica da preceptoria.



O residente não deve ser compreendido apenas como força de trabalho. Sua inserção no serviço precisa estar vinculada às experiências de aprendizagem previstas no PPP e acompanhada por supervisão compatível com seu nível de desenvolvimento.

8.1.4.Quais responsabilidades devem ser compartilhadas com preceptores, tutores, coordenação e apoio pedagógico?

A formação é uma responsabilidade compartilhada, embora as funções sejam distintas. O preceptor acompanha diretamente as situações de aprendizagem no serviço; o tutor, nas modalidades em que essa função está prevista, contribui para a articulação teórico-metodológica, acompanha o percurso formativo e favorece a reflexão sobre a prática; a coordenação assegura a organização e o acompanhamento do programa; e o apoio pedagógico oferece suporte à efetivação do PPP e à qualificação dos processos educativos.

A articulação entre esses atores deve possibilitar o compartilhamento de informações sobre o desenvolvimento dos residentes, a identificação de necessidades de aprendizagem, o planejamento de estratégias pedagógicas e a pactuação de intervenções quando forem identificadas dificuldades persistentes.

8.1.5.Como favorecer a autonomia progressiva dos residentes?

A autonomia deve ser construída de forma gradual, planejada e segura, considerando a complexidade das situações e as competências já demonstradas pelo residente. O preceptor deve ajustar o grau de supervisão ao desenvolvimento individual, passando progressivamente da observação e supervisão direta para formas de acompanhamento que permitam maior independência na tomada de decisões.

A autonomia, entretanto, não significa ausência de supervisão. Significa ampliar progressivamente a responsabilidade do residente à medida que ele demonstra competência para assumi-la com segurança. O uso de EPAs pode apoiar esse processo, permitindo acompanhar a progressão da supervisão e da autonomia em atividades profissionais concretas.

8.1.6.Como atuar como referência ética e profissional?

O preceptor exerce também uma função de referência ética e profissional, uma vez que sua prática cotidiana constitui importante fonte de aprendizagem para o residente. Sua atuação deve expressar compromisso com os princípios do SUS, respeito aos usuários e trabalhadores, defesa dos direitos, sigilo, segurança, humanização, trabalho em equipe e reconhecimento dos diferentes saberes profissionais.

Mais do que transmitir normas e valores, o preceptor deve demonstrá-los em sua própria prática, tornando explícitos os fundamentos das decisões e promovendo espaços para discussão de dilemas éticos e situações que envolvam relações de poder, direitos dos usuários, responsabilidade profissional e trabalho em equipe.

Preceptoria é aprendizagem em serviço com intencionalidade pedagógica. O preceptor não apenas acompanha o que o residente faz: ele cria condições para que o residente observe, experimente, reflita, receba feedback, assuma responsabilidades progressivamente e desenvolva competência para atuar com segurança e autonomia.

8.2 Papel de Tutor

A tutoria constitui uma função pedagógica própria das Residências em Área Profissional da Saúde e Multiprofissionais, voltada à orientação acadêmica de residentes e preceptores e à articulação entre os referenciais teórico-metodológicos da formação e as experiências vivenciadas nos cenários de prática.

O tutor atua como mediador do processo formativo, contribuindo para que as experiências do cotidiano do serviço sejam analisadas, problematizadas e relacionadas às competências previstas no Projeto Político-Pedagógico (PPP). Sua atuação deve favorecer a integração entre teoria e prática, a reflexão crítica, a aprendizagem interprofissional e o desenvolvimento progressivo da autonomia do residente.

8.2.1. Qual a função pedagógica do tutor?

Cabe ao tutor acompanhar o percurso formativo dos residentes, identificando necessidades de aprendizagem e criando oportunidades para sua elaboração. Entre suas atribuições estão:

- articular experiências dos cenários de prática aos referenciais teóricos;
- acompanhar o desenvolvimento das competências previstas no PPP;
- identificar situações do cotidiano que possam constituir oportunidades de aprendizagem;
- promover discussões e atividades de integração teoria-prática;
- estimular a reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas;
- apoiar o planejamento das atividades formativas junto aos preceptores;
- acompanhar e discutir processos avaliativos e planos de desenvolvimento dos residentes.

8.2.2. Como articular teoria e prática?

O tutor deve favorecer o movimento de ir da experiência à teoria e retornar à prática, utilizando situações vivenciadas pelos residentes como disparadores para a construção de conhecimentos.

Casos, situações complexas, dificuldades encontradas nos serviços, problemas dos processos de trabalho e questões trazidas pelos residentes podem ser transformados em questões de aprendizagem, articulando conhecimentos científicos, saberes profissionais e necessidades do território.

DICA: O tutor não precisa "levar a teoria para o serviço" como algo separado da prática. Seu papel é ajudar o residente a produzir relações entre aquilo que vive, aquilo que sabe, aquilo que precisa aprender e aquilo que precisa transformar em sua prática.

8.2.3. Como trabalhar de forma articulada com o preceptor?

A tutoria e a preceptoria possuem funções complementares. Enquanto o preceptor acompanha diretamente o residente no cotidiano do serviço, o tutor contribui para interpretar pedagogicamente essas experiências e articulá-las ao percurso formativo.

Essa articulação pode ocorrer por meio de:

- reuniões periódicas entre tutores e preceptores;
- discussão das situações vivenciadas pelos residentes;
- planejamento compartilhado de atividades;
- análise do desenvolvimento das competências;
- discussão dos resultados das avaliações e dos feedbacks;
- identificação conjunta de necessidades de aprendizagem.

8.2.4. Como favorecer a autonomia e a reflexão crítica?

O tutor deve criar espaços nos quais o residente possa explicitar seus modos de pensar, analisar decisões tomadas, reconhecer limites de conhecimento, formular perguntas e construir alternativas para situações complexas. A tutoria deve estimular a capacidade do residente de formular problemas, buscar conhecimentos, argumentar, tomar decisões e avaliar criticamente sua própria prática.

8.3 Papel do Apoiador(a) Pedagógico(a)

Compete ao apoiador pedagógico assessorar a coordenação, tutores e preceptores na implementação das estratégias educacionais do programa; apoiar o planejamento e a condução das atividades pedagógicas; acompanhar o processo formativo dos residentes; identificar necessidades de aprendizagem e propor ações de qualificação pedagógica. Também pode contribuir para o desenvolvimento de metodologias ativas, processos avaliativos, ações de educação permanente, integração interprofissional e qualificação dos cenários de prática.

No âmbito da ESPS, o apoio pedagógico atua ainda como facilitador da comunicação e da articulação entre os diferentes atores envolvidos na formação — coordenação, tutores, preceptores, residentes, gestores e trabalhadores dos serviços — contribuindo para a construção compartilhada dos processos formativos e para seu aprimoramento contínuo.

O apoio pedagógico possui atribuições distintas e complementares às demais funções do programa. Enquanto a coordenação responde pela gestão acadêmica e administrativa e pela condução do PPP; a tutoria, nas Residências em Área Profissional da Saúde e Multiprofissionais, realiza a mediação pedagógica e o acompanhamento do percurso formativo; e a preceptoria acompanha e supervisiona diretamente as atividades desenvolvidas nos cenários de prática; o apoio pedagógico concentra-se na qualificação e sustentação dos processos educacionais, oferecendo suporte técnico-pedagógico para que o PPP seja desenvolvido de forma integrada, crítica e coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

8.4 Como conduzir atividades de ensino na prática

A condução do ensino nos cenários de prática exige a capacidade de transformar situações do cotidiano em oportunidades ricas de aprendizagem por meio da problematização da realidade. Para favorecer uma aprendizagem significativa, recomenda-se o uso de estratégias plurais e

metodologias ativas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), estudos de caso, seminários e o Arco de Maguerez, que permite identificar "nós críticos" no território para propor intervenções aplicáveis.

O ensino deve estimular a reflexão crítica permanente sobre o fazer profissional, superando o modelo biomédico hegemônico e valorizando as dimensões subjetivas e sociais do cuidado. É fundamental adequar o nível de exigência ao estágio de desenvolvimento do residente, utilizando as EPAs como guia para a delegação de tarefas conforme a competência demonstrada. Além disso, o preceptor deve promover a educação interprofissional, incentivando momentos de troca mútua e discussões de casos entre diferentes categorias profissionais para fortalecer a integralidade da atenção.

8.5 Como dar feedback ao residente

O feedback efetivo caracteriza-se por ser um processo contínuo, oportuno e longitudinal, baseado na observação direta do desempenho e focado em comportamentos que possam ser modificados. Ao abordar desempenhos satisfatórios e insatisfatórios, o preceptor deve utilizar técnicas de comunicação assertiva que valorizem as potencialidades e apontem fragilidades de forma construtiva, evitando constrangimentos ou posturas punitivas.

O feedback deve ser realizado em momentos regulares e previstos no contrato pedagógico inicial, garantindo um ambiente seguro para o diálogo. O uso de perguntas disparadoras é uma estratégia valiosa para estimular a autorreflexão e a corresponsabilização do residente pelo seu próprio aprendizado, ajudando-o a reconhecer limites e avanços.

Para garantir a rastreabilidade e a transparência, todas as devolutivas estruturadas e marcos de evolução devem ser devidamente documentados em portfólios reflexivos ou sistemas institucionais de acompanhamento.

8.6 Acompanhamento do desenvolvimento do residente

Identificar os avanços e dificuldades ao longo da formação requer um monitoramento sistemático que utilize múltiplos instrumentos validados e evidências concretas. O acompanhamento pode ser subsidiado por avaliações diagnósticas iniciais, autoavaliações, Mini-CEX (exercício de exame clínico focado) (37), diários de bordo e relatórios de atividades em serviço. Com base nessas evidências, o preceptor pode elaborar planos de desenvolvimento individual (PDI) para residentes que apresentem necessidades pedagógicas específicas, focando na recuperação de competências não atingidas.

Em situações de dificuldades persistentes ou conflitos que extrapolam a relação direta preceptor-residente, é necessário envolver a coordenação, a tutoria e o apoio pedagógico para mediar a situação e buscar soluções compartilhadas. Esse suporte institucional garante que o processo formativo mantenha sua qualidade mesmo diante de intercorrências complexas.

8.7 Formação e apoio ao preceptor

A atuação na preceptoria exige competências que vão além do saber técnico da área assistencial, incluindo habilidades pedagógicas, metodológicas e comunicacionais. Por isso, a instituição deve organizar ações permanentes de desenvolvimento docente, como oficinas, cursos de especialização e rodas de conversa articuladas às demandas reais do serviço.

É essencial garantir aos preceptores espaços de troca e apoio mútuo, como reuniões pedagógicas periódicas e fóruns de integração, mantendo sempre uma carga horária institucionalmente protegida para essas atividades.

O reconhecimento e a valorização da atuação preceptora ocorrem tanto pelo suporte técnico quanto por incentivos financeiros, como as bolsas de complementação municipal previstas no PIRS de Salvador.

Por fim, o programa deve avaliar sistematicamente as necessidades formativas de seu corpo docente, utilizando diagnósticos para planejar intervenções educativas que qualifiquem continuamente a formação oferecida aos residentes.

9. Como avaliar Residentes e Programas?

A avaliação nos Programas de Residência em Saúde constitui um eixo estruturante do processo formativo, pois orienta o desenvolvimento de competências clínicas, éticas, pedagógicas e relacionais, ao mesmo tempo em que qualifica a gestão do programa e a integração ensino-serviço.

Como já abordado nos capítulos anteriores – especialmente no capítulo 5 (estruturação do PPP e da matriz curricular), no capítulo 7 (operacionalização do dia a dia) - e também será no capítulo 11 (monitoramento e melhoria da qualidade) –, a avaliação não pode ser um ato burocrático isolado ao final de cada período. Deve ser compreendida como um dispositivo pedagógico contínuo, que promove a aprendizagem, a reflexão crítica e o aperfeiçoamento permanente da formação em serviço, em estreita consonância com os princípios do SUS e com as necessidades da rede municipal de Salvador.

Este capítulo apresenta diretrizes para estruturar processos avaliativos coerentes com o Projeto Político Pedagógico (PPP) de cada programa, com as normativas nacionais (9,10) e com as contribuições colhidas na oficina de construção do manual, que envolveu coordenadores, preceptores, residentes e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. A avaliação formativa, quando bem conduzida, transforma o cotidiano dos serviços em espaços de aprendizagem significativos, tal como defendido por Silva (6) e reforçado na prática dos programas da ESPS.

9.1 Avaliação do desempenho do residente (como fazer)

A avaliação do desempenho do residente deve ser compreendida como um processo contínuo e longitudinal, cujo foco central é o desenvolvimento progressivo de competências técnico-científicas, atitudinais e comportamentais, em alinhamento com o perfil do egresso definido no PPP (ver capítulo 5). Para que a avaliação se concretize, faz-se necessária a diversificação e a padronização dos instrumentos avaliativos, com parâmetros claros e predefinidos.

A avaliação deve contemplar as múltiplas dimensões da prática profissional, alinhadas ao perfil do egresso e às competências previstas para cada ano de residência. A avaliação deve abranger conhecimentos, habilidades e atitudes, incorporando perspectivas ampliadas por meio de estratégias como avaliação multiprofissional e avaliação 360°.

Recomenda-se a utilização do referencial das Atividades Profissionais Confiáveis (EPAs – Entrustable Professional Activities) como base para a definição dos marcos de competência, permitindo uma aprendizagem progressiva e segura, com gradação crescente de autonomia ao longo da formação. As EPAs são unidades de prática profissional que podem ser integralmente confiadas a um residente após demonstração de competência suficiente, o que as torna especialmente adequadas para orientar o processo avaliativo em cenários de prática real.

As dimensões a serem avaliadas incluem:

- Conhecimentos teóricos e científicos – capacidade de mobilizar saberes atualizados para a compreensão dos processos saúde-doença e para a tomada de decisão clínica e gerencial.

- Habilidades práticas e procedimentais – domínio das técnicas e procedimentos próprios da área de atuação, com segurança e qualidade.
- Competências relacionais e comunicacionais – capacidade de estabelecer vínculo, escuta qualificada e comunicação efetiva com usuários, familiares e equipe, conforme discutido no capítulo 3 sobre promoção da saúde dos atores.
- Atitudes e valores éticos – postura comprometida com os princípios do SUS, respeito à diversidade, sigilo profissional e defesa dos direitos dos usuários, em consonância com o capítulo 14 (Direitos, Deveres e Condutas).
- Capacidade de trabalho em equipe e interprofissionalidade – atuação colaborativa, reconhecimento e valorização dos diferentes saberes profissionais.
- Autonomia progressiva e capacidade reflexiva – desenvolvimento crescente de independência na tomada de decisões, associado à capacidade de refletir criticamente sobre a própria prática.

A diversificação e a padronização dos instrumentos avaliativos são fundamentais para conferir objetividade ao processo e diminuir distorções subjetivas, como já enfatizado no capítulo 8 sobre o papel do preceptor. A adoção de ferramentas múltiplas – portfólios reflexivos, questionários estruturados, avaliações práticas e observação direta – confere robustez ao processo e protege ambas as partes de julgamentos imprecisos, superando a fragilidade histórica de programas que carecem de critérios formais. O quadro 01 apresenta a correlação entre tipos de competência e instrumentos recomendados:

Quadro 01: Tipos de competências e instrumentos sugeridos

Tipo de Competência	**Instrumentos Sugeridos**	**Descrição**
Raciocínio clínico e tomada de decisão	Mini-CEX, DOPS	Observação direta de encontros clínicos e procedimentos com escalas estruturadas
Competências relacionais, éticas e colaborativas	Avaliação 360° (multifonte)	Coleta de percepções de preceptores, equipe, pacientes e do próprio residente
Reflexão crítica e desenvolvimento profissional	Portfólio reflexivo, autoavaliação estruturada	Registros sistemáticos de experiências, aprendizados e autoanálise
Competências práticas e procedimentos	Checklists de observação direta como o Calgary Cambrige, OSCE	Verificação de passos e habilidades em situações simuladas ou reais
Competências gerais e atitudinais	Matrizes de competências, Registro de Atitudes	Avaliação longitudinal com escalas de desempenho e frequência de comportamentos observados

Fonte: Elaboração própria

Para garantir a fluidez desse processo, os programas precisam instituir ciclos avaliativos regulares com periodicidade bem demarcada, combinando o acompanhamento cotidiano a marcos formais de verificação. Uma estratégia eficaz consiste no uso de matrizes de competências preenchidas desde o ingresso do residente, funcionando como guias de navegação curricular que permitem o auto acompanhamento e o monitoramento compartilhado da evolução do pós-graduando ao longo dos meses, conforme já sugerido no capítulo 5 sobre organização pedagógica.

A avaliação contínua exige a instituição de ciclos avaliativos regulares, combinando o acompanhamento cotidiano a marcos formais. O feedback deve ser compreendido como um processo contínuo e longitudinal, integrado ao percurso formativo do residente, não apenas uma ferramenta utilizada em momentos formais de avaliação.

A transparência é garantida por meio da definição prévia e ampla divulgação dos critérios, instrumentos e prazos avaliativos, previstos no PPP e nos regimentos internos. Os residentes devem conhecer, desde o ingresso, o que será avaliado, como será avaliado e quais são os marcos esperados para cada etapa da formação (ver capítulo 6 sobre seleção e acolhimento). Essa clareza contribui para reduzir ansiedades e fortalecer a confiança no processo avaliativo.

A periodicidade das avaliações deve ser estabelecida considerando:

- Avaliações contínuas – feedbacks informais e formais realizados semanal ou quinzenalmente, a partir da observação direta do preceptor (conforme capítulo 9).
- Avaliações intermediárias – ao final de cada rodízio ou trimestre, com instrumentos estruturados e participação do residente.
- Avaliações semestrais e anuais – momentos de balanço mais amplo, envolvendo múltiplos avaliadores e fontes de evidência.
- Avaliação final – ao término do programa, consolidando todo o percurso formativo para fins de certificação (ver capítulo 9).

O protagonismo do residente na avaliação é condição para que o processo seja verdadeiramente formativo. Para isso, recomenda-se:

- Autoavaliação estruturada – momentos regulares em que o residente reflete sobre seu próprio desempenho, identificando avanços e desafios. Esse exercício desenvolve a capacidade de autocrítica e a responsabilidade pelo próprio aprendizado.
- Contratos formativos – definição compartilhada de metas de aprendizagem entre residente e preceptor no início de cada rodízio ou período, com revisão periódica do progresso alcançado.
- Espaços de diálogo e negociação – assegurar que os residentes disponham de canais institucionais legítimos para concordar ou discordar justificadamente das avaliações recebidas, como destacado na oficina e no capítulo 3 sobre o Núcleo de Apoio Psicopedagógico.
- Feedback bidirecional – o residente também avalia a preceptoria e os cenários de prática, fortalecendo a corresponsabilização pelo processo formativo.

- Portfólio reflexivo – instrumento que permite ao residente registrar e analisar suas experiências, evidenciando o processo de construção de competências ao longo do tempo.

O registro sistemático das avaliações é essencial para o acompanhamento longitudinal do desenvolvimento do residente, bem como para subsidiar os processos de monitoramento e melhoria contínua descritos no capítulo 11. Recomenda-se:

- Prontuário avaliativo individual – documento que consolida todos os registros de avaliação ao longo da formação, incluindo feedbacks, autoavaliações, avaliações de preceptores e resultados de instrumentos específicos.
- Matriz de competências preenchida desde o ingresso – funcionando como guia de navegação curricular que permite o auto acompanhamento e o monitoramento compartilhado da evolução.
- Reuniões pedagógicas periódicas – espaços protegidos para que preceptores, tutores e coordenação discutam o desenvolvimento de cada residente e planejem intervenções quando necessário.
- Sistemas informatizados – utilização de plataformas que permitam o registro e a consulta dos resultados avaliativos por todos os atores autorizados, garantindo rastreabilidade e transparência, conforme discutido no capítulo 15 sobre sistemas e registros.

O acompanhamento dos resultados deve identificar precocemente situações que demandem intervenção, como dificuldades persistentes em determinadas competências, sinais de sofrimento psíquico ou desmotivação. Nessas situações, o Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP), detalhado no capítulo 3, deve ser acionado para oferecer suporte adequado.

9.2 Avaliação formativa e somativa

A articulação entre avaliação formativa e somativa é fundamental para equilibrar o acompanhamento contínuo do desenvolvimento e a certificação ao final do programa. Ambas as modalidades são complementares e devem ser planejadas de forma integrada, tal como preconizado na literatura e nas experiências exitosas de programas de residência.

A **avaliação formativa** é uma estratégia educacional centrada no desenvolvimento contínuo do aprendiz. Seu papel é promover a aprendizagem por meio de feedbacks regulares, identificação de necessidades e ajustes no percurso formativo. Ela ocorre ao longo de todo o processo, é descritiva e orientada ao aprimoramento. Como ressaltado por Silva (6) e alinhado ao capítulo 8 sobre preceptoria, tutoria e apoio pedagógico, a avaliação formativa na residência deve estar ancorada em observações sistemáticas da prática e em devolutivas que estimulem a reflexão crítica do residente sobre seu próprio desempenho.

A **avaliação somativa**, por sua vez, tem caráter certificatório e ocorre em momentos específicos (final de semestre, final de ano, conclusão do programa), atribuindo ao residente uma nota ou conceito. Seu papel é verificar se o residente atingiu as competências esperadas

para aquele período, subsidiando decisões sobre progressão, reprovação ou certificação, conforme regulamentado pela Resolução CNRMS nº 5/2014 (9) e detalhado no capítulo 9 sobre certificação. A avaliação somativa deve ser baseada em evidências acumuladas ao longo do processo formativo, e não em impressões pontuais.

O equilíbrio entre as duas modalidades exige que a avaliação somativa seja alimentada pelas evidências produzidas ao longo do processo formativo, e não um evento isolado. Recomenda-se:

- **Avaliação programática** – abordagem que integra dados de múltiplos instrumentos e momentos ao longo do tempo, construindo um panorama abrangente do desempenho.
- **Ciclos avaliativos regulares** – combinação de avaliações contínuas (feedbacks semanais ou mensais) com marcos somativos (avaliações semestrais e anual).
- **Transparência sobre o peso de cada componente** – definição clara, no PPP, do percentual que cada instrumento e momento avaliativo representa na nota final.
- **Progressão baseada em competências** – a evolução do residente deve ser avaliada com base no alcance progressivo dos marcos de competência, e não apenas no cumprimento de carga horária.

As avaliações devem ser baseadas em evidências concretas da prática do residente, e não em impressões subjetivas. As principais fontes de evidência incluem:

- Observação direta do desempenho em situações reais de cuidado – consultas, visitas domiciliares, procedimentos, reuniões de equipe.
- Registros em prontuário e outros documentos assistenciais – qualidade e completude dos registros, adequação das condutas documentadas.
- Participação e contribuição em atividades teóricas e de educação permanente – seminários, discussões de caso, estudos dirigidos.
- Portfólio reflexivo – com registros de experiências significativas e aprendizados, evidenciando o processo de construção de competências.
- Feedback de múltiplas fontes – preceptores, tutores, equipe multiprofissional, pacientes, pares e autoavaliação.
- Produtos do residente – Trabalho de Conclusão de Residência, projetos de intervenção, apresentações em eventos científicos.

O feedback qualificado é o coração da avaliação formativa. Para que as devolutivas promovam efetivamente a aprendizagem, devem observar as seguintes recomendações, já discutidas no capítulo 9 e na oficina:

- **Oportunidade** – realizar o feedback o mais próximo possível da situação observada, respeitando o momento e ambiente adequados.
- **Especificidade e descrição** – apontar comportamentos observáveis, e não características pessoais. Utilizar exemplos concretos do que foi observado.
- **Equilíbrio** – reconhecer avanços e pontos fortes, e também apontar áreas que necessitam desenvolvimento, sempre com sugestões práticas.

- **Estímulo à autorreflexão** – iniciar o feedback perguntando ao residente como ele avalia seu próprio desempenho, promovendo um diálogo construtivo.
- **Bidirecionalidade** – criar espaço para que o residente também fale sobre sua percepção do processo e das condições de aprendizagem.
- **Documentação** – registrar os principais pontos do feedback para acompanhamento futuro e construção do prontuário avaliativo.

A oficina de construção do manual destacou a importância da qualificação dos preceptores para o desenvolvimento de competências relacionadas à prática de feedbacks, considerando que a realização de devolutivas constitui uma tarefa complexa, que exige preparo para abordar tanto potencialidades quanto aspectos que demandam aprimoramento. Foram compartilhadas experiências relacionadas à utilização de diferentes metodologias e estratégias de feedback no cotidiano da prática, tais como preceptoria minuto, feedback sanduíche, observação direta, acompanhamento "ombro a ombro", "sombra invertida" e discussões de caso.

A redução de vieses e subjetividades na avaliação requer um conjunto de medidas institucionais e pedagógicas:

- **Instrumentos padronizados e validados** – utilização de ferramentas com critérios claros e escalas objetivas, previamente testadas e adaptadas ao contexto.
- **Capacitação pedagógica de preceptores** – formação para o exercício da avaliação, com ênfase na redução de vieses inconscientes, na condução de feedbacks e no uso adequado dos instrumentos, conforme previsto no capítulo 8.
- **Avaliação por múltiplos avaliadores** – combinação de perspectivas de diferentes preceptores, tutores e outros profissionais que acompanham o residente.
- **Triangulação de fontes e métodos** – cruzamento de dados de diferentes instrumentos e momentos para validar os achados.
- **Direito ao contraditório e à ampla defesa** – garantia de que o residente possa questionar avaliações que considere injustas, com processo claro de recurso, em consonância com o capítulo 14 sobre direitos e condutas.
- **Monitoramento da consistência avaliativa** – análise periódica da distribuição das notas e identificação de padrões que possam indicar vieses ou inconsistências.

9.3 Avaliação dos cenários de prática

A avaliação dos cenários de prática é essencial para garantir que os espaços onde a formação ocorre ofereçam condições adequadas de aprendizagem, supervisão qualificada e potencial educativo, tal como já discutido nos **capítulos 5** (estruturação do programa) e **7** (operacionalização). Conforme destacado por Hartz e Vieira-da-Silva (34), a avaliação de programas de saúde deve considerar as dimensões de estrutura, processo e resultado, o que se aplica diretamente à avaliação dos cenários onde a formação em serviço se desenvolve.

A avaliação dos cenários deve considerar tanto aspectos estruturais quanto processuais. A análise da infraestrutura física envolve a verificação da disponibilidade de salas para atendimento, espaços para reuniões e estudo, condições de ambiência, acessibilidade e

segurança. Os recursos materiais e tecnológicos incluem equipamentos disponíveis, insumos básicos para as atividades assistenciais, acesso a sistemas de informação e prontuário eletrônico.

A organização do trabalho deve considerar os fluxos assistenciais, a carga de trabalho, a distribuição de responsabilidades entre a equipe e a inserção do residente nas atividades do serviço. As condições de bem-estar dos residentes e trabalhadores envolvem a existência de espaços de descanso, condições adequadas para alimentação e acesso a apoio psicossocial, temas já abordados no capítulo 3 sobre promoção da saúde dos atores.

Especialmente importante é verificar se a instituição assegura momentos específicos na agenda do preceptor e do residente para a discussão de casos e a supervisão direta, combatendo a cultura que reduz o residente à condição de força de trabalho complementar, como alertado no capítulo 7.

A supervisão qualificada é o elemento central da aprendizagem em serviço. Para avaliá-la, é necessário considerar:

- **Disponibilidade de preceptores** – proporção adequada entre número de residentes e preceptores, com carga horária protegida para atividades de supervisão. Para programas multiprofissionais, a proporção deve ser definida em regimento local, considerando a complexidade dos cenários.
- **Qualidade da relação pedagógica** – frequência e qualidade dos feedbacks, grau de acompanhamento "ombro a ombro" no cotidiano do serviço.
- **Diversidade de experiências formativas** – oportunidades de atuação em diferentes cenários e níveis de atenção, participação em atividades coletivas e matriciamento.
- **Integração com a equipe** – grau de acolhimento e inserção do residente na dinâmica do serviço, participação em reuniões e espaços coletivos, conforme tratado no capítulo 12 sobre relações institucionais.

A profundidade da análise da supervisão deve mensurar o equilíbrio e a qualidade das interações pedagógicas estabelecidas no cotidiano. É fundamental mapear a dinâmica entre a atuação de preceptores fixos e plantonistas, garantindo que o acompanhamento direto seja a regra e que as responsabilidades assistenciais estejam claramente alinhadas.

A avaliação dos cenários deve incorporar a perspectiva de todos os atores envolvidos, utilizando diferentes estratégias:

- **Avaliação pelos residentes** – aplicação de instrumentos específicos ao final de cada rodízio ou período, abordando infraestrutura, supervisão, oportunidades de aprendizagem e clima organizacional.
- **Autoavaliação dos preceptores** – reflexão sobre suas próprias condições de trabalho e práticas pedagógicas, identificando necessidades de apoio e formação.
- **Avaliação da coordenação e gestão** – visitas periódicas aos cenários, com roteiro estruturado de observação e entrevistas com gestores locais e equipes.
- **Escuta dos usuários** – pesquisas de satisfação que incluam a percepção sobre o atendimento realizado por residentes.

A oficina destacou a importância de desenvolver métodos ativos de escuta à comunidade, como pesquisas breves de satisfação, e de transformar a Ouvidoria em um verdadeiro observatório de inconformidades e termômetro do clima organizacional. Esses canais desempenham um papel crucial na captação de denúncias anônimas, relatos de assédio, intimidação ou conflitos éticos que muitas vezes não aparecem nos instrumentos formais por medo de retaliação, conforme discutido no capítulo 3 e no capítulo 14.

Recomenda-se o monitoramento sistemático dos seguintes aspectos dos cenários de prática:

- **Indicadores de estrutura** – adequação física, disponibilidade de insumos e equipamentos, condições de segurança e acessibilidade.
- **Indicadores de processo** – regularidade da supervisão, cumprimento da carga horária, execução das atividades previstas na matriz curricular.
- **Indicadores de resultado** – percepção de residentes e preceptores sobre a qualidade da formação, evolução das competências desenvolvidas, impacto na assistência.
- **Indicadores de clima organizacional** – satisfação, bem-estar, ocorrência de conflitos ou situações de assédio.

Os resultados da avaliação dos cenários devem alimentar planos de melhoria concretos e viáveis, em sintonia com o capítulo 11 sobre monitoramento e qualidade:

- **Identificação de fragilidades** – mapeamento sistemático dos problemas estruturais, processuais ou relacionais identificados nas avaliações.
- **Pactuação com gestores** – negociação de melhorias com as diretorias responsáveis (DAPS, DAES) e com a gestão dos serviços, estabelecendo prioridades e prazos.
- **Acompanhamento das ações** – monitoramento da implementação das melhorias pactuadas, com verificação periódica do andamento.
- **Reavaliação periódica** – novo ciclo avaliativo para verificar o impacto das intervenções realizadas e identificar novas necessidades.
- **Revisão da alocação** – realocação de residentes para outros cenários quando as condições de formação forem insuficientes e não houver perspectiva de melhoria.

9.4 Avaliação do programa (indicadores e métodos)

A avaliação do programa como um todo é fundamental para verificar se seus objetivos estão sendo alcançados e para subsidiar decisões estratégicas de gestão, conforme já antecipado no capítulo 11. Conforme evidenciado por Vasconcelos *et al*. (2) e reforçado na oficina, a ausência de uma cultura de autoavaliação e de devolutivas eficientes compromete a resolutividade dos programas de residência.

A avaliação do programa deve responder a perguntas fundamentais sobre sua efetividade:

- Os residentes estão desenvolvendo as competências previstas no perfil do egresso?
- O programa está contribuindo para a qualificação da assistência nos serviços onde atua?
- Os egressos estão atuando no SUS e demonstrando os atributos esperados?

- O programa está alinhado às necessidades de saúde do território e às políticas municipais?
- Há evidências de transformação das práticas de saúde nos cenários onde os residentes atuam?

A construção de indicadores de avaliação de programas de residência deve considerar múltiplas dimensões. A literatura e as experiências nacionais apontam para a necessidade de superar avaliações tradicionais e construir processos inventivos. O quadro 02 apresenta uma matriz orientadora para a definição de indicadores, integrando as dimensões de estrutura, processo e resultado já mencionadas no capítulo 11.

Quadro 02: Dimensões, indicadores e fontes de dados

Dimensão	**Indicadores Exemplos**	**Fonte de Dados**
Estrutura	Adequação da infraestrutura dos cenários; qualificação do corpo docente (titulação, experiência); proporção residente/preceptor	Avaliação de cenários; currículos dos preceptores; sistemas de gestão
Processo	Cumprimento da matriz curricular (percentual executado); regularidade da supervisão; frequência e qualidade dos feedbacks registrados	Registros acadêmicos; avaliação de residentes; atas de reuniões
Resultado formativo	Índice de conclusão do programa; percentual de residentes com desempenho satisfatório; inserção profissional dos egressos no SUS	Registros acadêmicos; pesquisa com egressos; sistemas de informação
Impacto assistencial	Melhoria de indicadores de saúde nos territórios (cobertura pré-natal, vacinação, redução de reinternações); introdução de novas práticas ou protocolos	Sistemas de informação em saúde (e-SUS, CNES); relatórios de gestão
Satisfação	Percepção de residentes, preceptores, gestores e usuários sobre o programa	Pesquisas de satisfação; grupos focais; entrevistas

Fonte: Elaboração própria

Para tirar essas dimensões do papel e definir metas realistas e mensuráveis, o coordenador deve seguir um roteiro tático em três etapas, que será descrito também no capítulo 11: (1) diagnóstico situacional do serviço; (2) pactuação participativa entre governança do programa, corpo docente, residentes e direção do serviço; (3) estabelecimento de uma gradação de autonomia, fixando metas de desempenho que respeitem o amadurecimento técnico do residente ao longo dos meses.

A avaliação do programa deve ser participativa e multifacetada, envolvendo todos os atores que compõem o ecossistema da residência. A governança democrática da avaliação pressupõe a escuta ativa da coordenação geral, dos tutores, dos preceptores de campo e dos residentes em formação, tal como já discutido no capítulo 12 sobre gestão de pessoas e relações institucionais. Indo além das instâncias puramente acadêmicas, o processo ganha legitimidade quando inclui os gestores dos serviços locais e, prioritariamente, o usuário do sistema de saúde, cujas percepções sobre a resolutividade e a humanização do cuidado funcionam como a baliza ética do programa.

Os diferentes atores devem contribuir com perspectivas específicas:

- **Residentes** – avaliam a qualidade da formação, da preceptoria e dos cenários, bem como o suporte recebido.
- **Preceptores e tutores** – avaliam a organização do programa, o apoio pedagógico e as condições de trabalho.
- **Egressos** – avaliam a contribuição da formação para sua prática profissional e inserção no mercado de trabalho.
- **Gestores e equipes dos serviços** – avaliam o impacto da presença dos residentes na qualidade da assistência e na organização do trabalho.
- **Usuários** – avaliam a experiência de cuidado recebido e a relação com os residentes.

Conforme destacado na oficina, a avaliação em formato 360 graus, envolvendo todos os atores, é uma estratégia potente para uma visão abrangente do programa. Experiências consolidadas, como os instrumentos específicos aplicados a residentes de anos avançados, servem como modelos metodológicos, demonstrando como os dados coletados com múltiplos atores geram indicadores confiáveis que subsidiam tomadas de decisão estratégicas.

A avaliação do programa deve ocorrer em diferentes ciclos, cada um com objetivos e abrangência específicos:

- **Monitoramento contínuo** – indicadores operacionais acompanhados mensalmente (frequência, cumprimento de carga horária, execução do cronograma), permitindo correções rápidas.
- **Avaliação semestral/anual** – análise aprofundada dos indicadores de processo e resultado, com participação ampliada e discussão coletiva dos achados.
- **Avaliação externa periódica** – alinhada aos ciclos de recredenciamento da CNRM/CNRMS, com foco na conformidade regulatória e na qualidade da formação.
- **Autoavaliação institucional** – processo sistemático de reflexão sobre o programa, com periodicidade definida no PPP e envolvendo todos os atores.

Uma avaliação robusta combina diferentes abordagens metodológicas, potencializando a compreensão dos fenômenos investigados:

- **Dados quantitativos** – indicadores numéricos que permitem comparação ao longo do tempo e entre programas (taxas de conclusão, notas, proporções, tendências).

- **Dados qualitativos** – percepções, narrativas e análises que aprofundam a compreensão dos processos (entrevistas, grupos focais, análise de portfólios, observação participante).
- **Triangulação** – cruzamento de dados de diferentes fontes e métodos para validar achados e construir interpretações mais ricas e contextualizadas.
- **Análise contextual** – interpretação dos dados à luz das especificidades do território, da rede de serviços e do momento institucional.

A integração de abordagens quantitativas e qualitativas permite que a avaliação do programa não se restrinja a números e planilhas, mas incorpore a complexidade das experiências vividas no cotidiano da formação, em consonância com os princípios da educação permanente em saúde (35).

9.5 Como usar os resultados da avaliação

A avaliação só cumpre seu papel quando seus resultados são efetivamente utilizados para promover melhorias. Este é o momento de fechar o ciclo avaliativo e transformar diagnósticos em ações concretas, consolidando uma cultura de melhoria contínua, tal como detalhado no capítulo 11 sobre monitoramento e qualidade.

Os resultados da avaliação devem alimentar planos de ação estruturados e factíveis:

- **Sistematização dos achados** – consolidação dos dados em relatórios claros e acessíveis, identificando pontos fortes, fragilidades e oportunidades de melhoria.
- **Priorização** – definição dos problemas mais relevantes e com maior governabilidade, considerando critérios de impacto e urgência.
- **Elaboração de plano de ação** – com ações específicas, responsáveis, prazos e indicadores de acompanhamento, utilizando a metodologia SMART (Específico, Mensurável, Atingível, Realista e com Prazo definido).
- **Alocação de recursos** – mobilização dos recursos necessários para implementação das ações, incluindo financeiros, materiais e humanos.
- **Comunicação dos resultados** – devolutiva aos diferentes atores sobre os achados e as ações planejadas, fortalecendo o compromisso coletivo com a melhoria.

A materialidade do plano de ação exige determinar rigorosamente quais ações, responsáveis e prazos devem ser estabelecidos para cada intervenção. Rejeitam-se encaminhamentos vagos ou genéricos; o plano deve detalhar a atividade exata a ser executada, designando nominalmente o responsável e fixando datas viáveis para a conclusão.

A priorização das intervenções deve considerar múltiplos critérios, evitando que a urgência de problemas menores desvie a atenção de questões estruturantes:

- **Gravidade/impacto** – problemas que afetam mais diretamente a qualidade da formação, a segurança do paciente ou o bem-estar dos atores envolvidos.
- **Urgência** – situações que exigem intervenção imediata para evitar danos maiores ou agravamento.

- **Governabilidade** – problemas que podem ser resolvidos com os recursos e a autonomia disponíveis no âmbito do programa ou da gestão municipal.
- **Alinhamento estratégico** – coerência com as prioridades da gestão municipal e com o PPP do programa.
- **Potencial de transformação** – intervenções que, mesmo mais complexas, têm o potencial de gerar mudanças significativas e duradouras.

O acompanhamento sistemático é essencial para que os planos de melhoria não se tornem documentos estáticos:

- **Cronograma de monitoramento** – definição de marcos e prazos para verificação do andamento das ações.
- **Reuniões periódicas de acompanhamento** – inclusão da pauta de monitoramento dos planos de ação nas reuniões ordinárias da COREME/COREMU, garantindo que a avaliação seja uma pauta permanente.
- **Indicadores de processo e resultado** – mensuração do progresso das ações e de seus efeitos, permitindo correções de rumo quando necessário.
- **Ajustes e repactuações** – flexibilidade para rever o plano diante de obstáculos ou novas necessidades identificadas ao longo do processo.

A identificação de um nó crítico não deve resultar apenas em uma constatação estatística, mas sim gerar encaminhamentos imediatos com prazos e responsáveis definidos. Para cada fragilidade detectada no acompanhamento mensal, as coordenações devem instituir ciclos rápidos de feedback, traduzindo os dados em oficinas de alinhamento, repactuações de fluxos assistenciais e ajustes pedagógicos oportunos.

A comunicação dos resultados da avaliação deve ser adaptada a cada público, considerando suas necessidades e formas de acesso à informação:

- **Residentes** – devolutiva sobre os resultados gerais do programa e sobre as ações previstas a partir da avaliação, em linguagem acessível e com espaços para diálogo.
- **Preceptores e tutores** – compartilhamento de achados relacionados à preceptoria e aos cenários, com espaços para discussão e construção coletiva de soluções.
- **Gestão** – relatórios executivos com indicadores-chave e recomendações estratégicas, apoiando a tomada de decisão.
- **Instâncias reguladoras** – relatórios formais nos formatos exigidos pela CNRM/CNRMS, com evidências do cumprimento das normas e da qualidade do programa.
- **Comunidade e usuários** – linguagem acessível sobre os resultados do programa e seu impacto na saúde da população, fortalecendo o controle social.

A consolidação de uma cultura avaliativa requer ações sustentadas no tempo e o compromisso de todos os atores:

- **Formação de todos os atores** – capacitação sobre avaliação, feedback e uso de instrumentos para residentes, preceptores, tutores, apoio pedagógico e coordenadores.

- **Institucionalização de processos** – definição de fluxos, prazos e responsabilidades para a avaliação, com previsão no PPP e nos regimentos.
- **Valorização da avaliação** – reconhecimento da avaliação como parte integrante e valiosa do processo formativo, e não como mera obrigação burocrática.
- **Transparência e participação** – ampla divulgação dos resultados e dos planos de melhoria, com envolvimento dos diferentes atores na construção das soluções.
- **Aprendizado institucional** – documentação e compartilhamento das lições aprendidas ao longo dos ciclos avaliativos, transformando desafios em oportunidades de aprimoramento.

A cultura de avaliação e melhoria contínua, orientada pela educação permanente, consolida o monitoramento como um compromisso ético-político de transformação das práticas dentro do SUS, em plena sintonia com o "quadrilátero da formação" proposto por Ceccim e Feuerwerker (36) e com os princípios da gestão participativa descritos no **capítulo 12** deste manual.

O quadro 03 apresenta uma relação dos principais instrumentos de avaliação do desempenho do residente, com links para acesso a materiais de referência e orientações para aplicação:

Quadro 03. Principais instrumentos de avaliação do desempenho do residente

Instrumento	**Descrição**	**Links para acesso**
Mini-CEX (*Mini-Clinical Evaluation Exercise*)	Observação direta de um encontro clínico completo, com avaliação em escala Likert de competências (anamnese, exame físico, comunicação, julgamento clínico, etc.). Deve-se pensar na frequência de utilização de acordo com a dinâmica do formato da residência: se por rodízios ou com maior carga horária fixa num serviço.	APENDICE D deste manual
Avaliação 360°	Avaliação por múltiplas fontes (preceptor, equipe multiprofissional, pacientes, autoavaliação), permitindo visão ampliada do desempenho do residente (38)	AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL: UM GUIA PARA PRECEPTORES E RESIDENTES
Portfólio reflexivo	Coleta sistemática de registros, reflexões e evidências de aprendizagem ao longo da formação. Favorece o desenvolvimento da capacidade reflexiva e da autonomia (40).	Portfólio Reflexivo – UFSM
OSCE (*Objective Structured*	Avaliação prática em circuito de estações com situações simuladas, permitindo verificação de	OSCE

Instrumento	Descrição	Links para acesso
Clinical Examination)	habilidades clínicas e comunicacionais em contexto padronizado (42).	

Fonte: Elaboração própria

10. Como certificar e concluir o Programa?

10.1 Critérios de certificação

Para a CNRM (43), fará jus ao certificado de conclusão do PRM o residente médico que cumprir todos os seguintes itens:

> *"I - cumprimento integral da carga horária do Programa;*
>
> *II - cumprimento integral dos critérios das avaliações periódicas, por ano de atividade;*
>
> *III - cumprimento integral dos critérios de promoção em todos os anos;*
>
> *IV - apresentação do trabalho final de conclusão de curso, estabelecido nas matrizes de competências.*
>
> *Parágrafo único. A produção científica de que trata o inciso IV deverá ser desenvolvida individualmente, constando comprovação de orientação, e conforme regramentos estabelecidos em regimento interno da Coreme sobre o tema*"

Para a residência multiprofissional ou em área profissional (9), os critérios são similares:

> "*I - ao cumprimento integral da carga horária exclusivamente prática do programa;*
>
> *II - ao cumprimento de um mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária teórica e teórico-prática;*
>
> *III - à aprovação obtida por meio de valores ou critérios adquiridos pelos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima ou conceito definido no Regimento Interno da COREMU*."

Ressalte-se que o trabalho final de conclusão também está estabelecido como obrigatório em resolução da CNRMS. Para ambas as modalidades de residência, deve ser desenvolvido em caráter individual, com conteúdo condizente com a matriz de competência e sob orientação de profissional validado pelo programa de residência. Recomenda-se que sejam incentivados trabalhos que possam contribuir para o fortalecimento da rede municipal de saúde, seja através da utilização e análise de dados municipais, criação de produtos técnicos e/ou projetos de intervenção.

Para gestão dos critérios de certificação, cada programa deve manter registro organizado e atualizado das frequências e notas de todas as avaliações formais obtidas pelos residentes ao longo da trajetória acadêmica. Tais registros devem ser encaminhados às comissões de residência (COREME ou COREMU) na frequência estabelecida pelas mesmas. De forma geral, sugere-se envio mensal das frequências e envio do consolidado das notas e planos de recuperação por programa ao fim de cada ciclo avaliativo.

10.2 Gestão de pendência de carga horária e/ou reprovações

No caso de pendência de carga horária, de acordo com as resoluções nacionais, há recomendação de reposição integral. No entanto, sugere-se que seja feita uma avaliação criteriosa e particularizada de cada caso pela coordenação do programa, de preferência com participação da preceptoria, de modo a propor um plano pedagógico coerente com a trajetória

acadêmica de cada residente ou encaminhamento para COREME/COREMU em caso de recomendação de desligamento.

Da mesma forma, em caso de reprovação em componente isolado ou em múltiplos componentes, o caso deve ser averiguado criteriosamente para que possa ser proposto um plano pedagógico particularizado de recuperação, tendo como referência os critérios de avaliação estabelecidos no item “8” deste Manual, ou, se necessário, desligamento. Saliente-se que a aplicação da sanção de desligamento deve ser precedida de abertura de sindicância pela COREME/COREMU, assegurando-se ampla defesa e contraditório ao profissional implicado.

10.3 Trâmite administrativo para emissão dos certificados dos concluintes

Diante da finalização de uma turma, a lista de concluintes deve ser enviada à COREME/COREMU para que estas comissões possam proceder com o processo de certificação de acordo com os sistemas das comissões nacionais, incluindo, de acordo com a viabilidade, a criação de comissão para organização da cerimônia de formatura.

Para mais detalhes sobre critérios de desligamento, trancamento e processo de certificação, consultar: Manuais para o fortalecimento das residências em saúde: Módulo 3 - Gestão Administrativa de Programas de Residência em Saúde

11. Como monitorar e melhorar a qualidade?

11.1 Monitoramento contínuo do programa

O monitoramento contínuo dos Programas de Residência em Saúde na rede municipal deve ser compreendido como um processo dinâmico de acompanhamento que visa garantir o alinhamento entre a formação e as necessidades do serviço público de saúde. Longe de se configurar como uma atividade puramente administrativa, monitorar exige a seleção de informações estratégicas que traduzam o cotidiano pedagógico e assistencial do programa. Sob a ótica do Planejamento Estratégico Situacional (45), esse monitoramento funciona como o processamento da realidade em tempo real.

Isso significa que a Gestão dos Programas de Residências em Saúde não deve adotar uma postura passiva, mas sim identificar precocemente os problemas operacionais e pedagógicos, os nós críticos, enquanto eles se desenvolvem nos diferentes territórios e serviços. Para que essa prática tenha significado, o foco do acompanhamento regular deve recair sobre a regularidade das atividades, a integração das residências médicas e multiprofissionais nas equipes de saúde e o impacto gerado na qualidade do cuidado prestado aos usuários do SUS.

Para operacionalizar esse processo de forma viável na diversidade da rede municipal, a coleta de dados deve ser estruturada a partir da abordagem baseada em estrutura, processo e resultado, adaptada para a avaliação de programas de saúde (34). No componente estrutura, avaliam-se as condições físicas dos cenários de prática, a disponibilidade de insumos e o suporte institucional oferecidos nos cenários de prática. No componente processo, acompanha-se o desenvolvimento das ações planejadas, a relação pedagógica e a execução das cargas horárias teóricas e práticas. Já no componente resultado, verifica-se o alcance dos objetivos formativos e as mudanças geradas na qualidade da assistência local.

A estruturação baseada nessa tríade permite que as coordenações e apoios pedagógicos organizem uma rotina de monitoramento que seja, ao mesmo tempo, simples e abrangente, utilizando ferramentas de rápida aplicação, como formulários eletrônicos de consolidação mensal e relatórios de bordo que estimulem a reflexão sobre o trabalho desenvolvido (6).

A sustentabilidade desse sistema prático depende de um fluxo ascendente de corresponsabilização, que se inicia nos cenários de prática. O preceptor, por estar inserido diretamente no elo ensino-serviço, é o primeiro agente desse fluxo, responsável por captar as vivências diárias, mediar os conflitos iniciais e registrar as intercorrências pedagógicas e assistenciais de cada cenário de prática. Essas informações são periodicamente direcionadas à Coordenação do Programas, que tem o papel de consolidar os dados e realizar uma análise contextualizada das realidades dos serviços.

A partir dessa síntese, a coordenação qualifica o debate e leva as demandas para as instâncias colegiadas da Secretaria Municipal de Saúde, como a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), a Comissão de Residência Médica (COREME) e as mesas de gestão participativa. Esse desenho garante que a avaliação ganhe capilaridade e dialogue diretamente com a escuta e as necessidades reais da rede assistencial (46).

Para que o monitoramento cumpra sua função transformadora, é indispensável criar estruturas institucionais que garantam a sua inserção como pauta permanente na rotina da gestão municipal. O monitoramento não pode ser um evento isolado; ele precisa habitar os

espaços formais de tomada de decisão, figurando na agenda regular dos colegiados de gestão e nos momentos de planejamento quadrimestral da secretaria.

Essa institucionalização assegura que os programas de residência sejam reconhecidos pela alta gestão como políticas públicas estratégicas do município e não como arranjos acadêmicos isolados. É essa rotina compartilhada que confere viabilidade tática e política às ações formativas, permitindo que as decisões sobre as residências caminhem em consonância com as metas de saúde pactuadas pela gestão municipal (45).

Desta forma, a materialidade do monitoramento se consolida quando os processos contínuos de avaliação se desdobram na elaboração de planos de ação concretos. A identificação de um nó crítico não deve resultar apenas em uma constatação estatística, mas sim gerar encaminhamentos imediatos com prazos e responsáveis definidos. Conforme apontam Vasconcelos *et al.* (2), a ausência de uma cultura de autoavaliação e de devolutivas eficientes compromete a resolutividade dos programas.

Portanto, para cada fragilidade detectada no acompanhamento mensal, as coordenações e apoios pedagógicos devem instituir ciclos rápidos de feedback. Esses ciclos traduzem os dados em oficinas de alinhamento, repactuações de fluxos assistenciais e ajustes pedagógicos oportunos, transformando o ato de monitorar em um pacto coletivo de qualificação contínua do SUS e dos Programas de Residência em Saúde.

11.2 Indicadores de desempenho

Para que a avaliação de um programa de residência deixe de ser uma concepção teórica e se transforme em ferramenta de gestão, os coordenadores e corpos docentes devem instrumentalizar o monitoramento por meio de indicadores de desempenho factíveis. Como os programas estão inseridos em realidades plurais dentro da rede municipal, que engloba a APS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais, não se deve buscar uma fórmula rígida ou uma receita única, mas sim propor um norteador flexível que ajude cada coordenação a desenhar suas próprias métricas de acordo com a sua realidade (34).

O caminho operacional recomendado consiste na estruturação de indicadores divididos em três dimensões complementares: assistenciais, pedagógicos/formativos e de impacto na qualificação da assistência. O quadro 04 funciona como um guia prático para orientar as coordenações na escolha e na formulação de seus indicadores, superando a contagem burocrática de procedimentos em prol da avaliação da qualidade.

Quadro 04. Matriz Orientadora de Indicadores de Desempenho Focados na Qualificação das Práticas e Impacto Assistencial.

Dimensão do Indicador	O que mede na prática	Exemplos de Indicadores	Como monitorar de forma simples
Assistenciais	A inserção segura do residente e a qualificação das práticas no cotidiano do serviço.	Grau de integração do residente nas atividades de matriciamento e clínica ampliada. Taxa de retenção e adesão dos usuários aos Planos Terapêuticos Singulares (PTS) construídos na	Discussão amostral de casos em reuniões de equipe, análise de registros em prontuários e roteiros de supervisão

		RAPS. Tempo de resposta qualificada e manejo clínico seguro nos fluxos de triagem e enfermaria da UPA/Hospital.	direta pelo preceptor.
Pedagógicos/ Formativos	O alinhamento ao Projeto Político Pedagógico (PPP), o alcance de competências e o suporte docente.	Índice de alcance progressivo dos marcos de competência previstos no currículo por ano de formação. Percentual de residentes com necessidades pedagógicas específicas identificadas e com planos de apoio instituídos. Regularidade dos momentos formais de feedback e consistência da relação preceptor-residente	Uso de matrizes de competência validadas (47), portfólios reflexivos e relatórios de bordo mensais de ensino-serviço (6).
Impacto na Qualificação da Assistência e Indicadores de Saúde	A melhoria dos desfechos clínicos e epidemiológicos do serviço decorrente da presença da residência.	Evolução de indicadores finalísticos de saúde do território (ex: ampliação do número de consultas de pré-natal por gestante na APS; redução de reinternações na RAPS). Introdução de novas tecnologias de cuidado ou protocolos clínicos baseados em evidências implantados pela residência no hospital/UPA.	Cruzamento quadrimestral dos dados dos sistemas de informação (como e-SUS ou prontuários hospitalares) com os períodos de intervenção das equipes (13).

Fonte: Elaboração própria, 2026

Para tirar essas dimensões do papel e definir metas realistas e mensuráveis, o coordenador deve seguir um roteiro tático em três etapas. Primeiro, realiza-se o diagnóstico situacional do serviço, analisando a estrutura física e a capacidade instalada de cada cenário, garantindo que a meta dialogue com o que o serviço pode oferecer. Segundo, promove-se a pactuação participativa entre a governança do programa (COREMU ou COREME), o corpo docente, os residentes e a direção do serviço correspondente, alinhando os objetivos de aprendizagem às metas de saúde do município (45). Terceiro, estabelece-se uma gradação de autonomia, fixando metas de desempenho que respeitem o amadurecimento técnico do residente ao longo dos meses. Uma meta só é considerada útil se puder ser respondida com dados que a rotina do serviço já produz, evitando sobrecarregar os atores com novos fluxos de digitação.

A interpretação de tendências e resultados exige que o corpo docente converta dados e relatórios em diagnósticos para a tomada de decisão. Na rotina gerencial, as coordenações e apoios pedagógicos devem se reunir periodicamente para analisar o comportamento histórico dos indicadores. Diante de uma tendência de queda em um indicador assistencial ou de um descompasso no alcance de uma competência pedagógica, a equipe de gestão não deve adotar uma postura punitiva. O procedimento correto é realizar o cruzamento com as variáveis de

processo e estrutura (46), investigando se o desvio foi gerado por fatores externos, como a rotatividade de profissionais da rede municipal, desfalques na preceptoria local ou picos sazonais de demanda que sufocam o tempo de supervisão.

Para comparar o desempenho do programa ao longo do tempo de forma justa, mitigando a clássica incongruência avaliativa, a coordenação deve instituir o uso de critérios referenciados. Isso significa que a evolução do residente e a qualidade do programa devem ser medidas com base em padrões de competência previamente descritos no PPP e conhecidos por todos, e não em impressões subjetivas. Cada nó crítico identificado nesse processo de comparação longitudinal deve, obrigatoriamente, ser registrado em uma ata de encaminhamentos, gerando um plano de ação imediato com prazos, ações corretivas e responsáveis designados, garantindo a materialidade e a resolutividade do monitoramento.

Assim, para evitar um monitoramento focado apenas em números e planilhas áridas, as coordenações e apoios pedagógicos devem integrar os indicadores a metodologias qualitativas de autoavaliação institucional. Na prática diária das residências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), isso se operacionaliza reservando espaços nas atividades teóricas e nas reuniões de equipe para processos coletivos de escuta e reflexão.

Dispositivos pedagógicos como oficinas de consenso, círculos de cultura e a análise compartilhada de portfólios garantem que a mensuração do impacto nos indicadores de saúde seja sempre humanizada e contextualizada pela qualidade ética do cuidado (2). Essa abordagem mista, fundamentada na educação permanente, transforma os indicadores de desempenho em um pacto coletivo de qualificação social e transformação das práticas de saúde no SUS.

11.3 Reuniões de avaliação periódica

A institucionalização das reuniões de avaliação periódica constitui o núcleo operacional do monitoramento de qualidade na rede municipal de saúde. A definição da periodicidade mais adequada para esses encontros não deve seguir uma fórmula rígida, pois depende diretamente das dinâmicas vivenciadas e das especificidades de cada programa assistencial.

Recomenda-se que a avaliação seja inserida como pauta regular nas instâncias de governança já existentes, como as reuniões ordinárias do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE), da Comissão de Residência Médica (COREME) ou da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).

Esses encontros docentes com a coordenação podem ser organizados de forma mensal ou bimensal, funcionando ordinariamente para a análise de tendências e, extraordinariamente, sempre que houver necessidade de respostas rápidas para a correção de rumos pedagógicos ou assistenciais. O desenho desses intervalos deve priorizar a estruturação de fluxos de feedbacks rápidos, garantindo que as situações identificadas nos cenários práticos recebam intervenções mais oportunas, impedindo o acúmulo de deficiências ao longo do ano letivo.

Para que o monitoramento reflita fielmente o cotidiano dos serviços, é indispensável que o processo avaliativo integre de forma participativa todos os atores e atrizes que atuam, participam e integram o ecossistema dos programas de residência. A governança democrática da avaliação pressupõe a escuta ativa da coordenação geral, dos tutores, do apoio pedagógico, dos preceptores de campo e dos residentes em formação. Indo além das instâncias puramente acadêmicas, o processo ganha legitimidade quando inclui os gestores dos serviços locais e,

prioritariamente, o usuário do sistema de saúde, cujas percepções sobre a resolutividade e a humanização do cuidado funcionam como a baliza ética do programa. Essa inclusão de múltiplos olhares, orientada pelos princípios de autoavaliação participativa e educação permanente, qualifica a análise institucional e evita o isolamento das decisões gerenciais (2).

A qualificação dessas reuniões depende diretamente de como organizar pautas estritamente orientadas por evidências, superando debates baseados em impressões puramente subjetivas. No acompanhamento das ações e serviços, o debate colegiado deve se estruturar a partir do cruzamento de dados que revelem o equilíbrio entre a estrutura disponível, os processos desenvolvidos e os resultados alcançados na rede assistencial (34).

Para que as pautas sejam robustas, as coordenações e apoios pedagógicos devem abrir e manter canais permanentes de comunicação com os cenários de prática, consolidando dados de portfólios, relatórios e planilhas de indicadores antes de cada encontro. Toda a discussão, fundamentada nessas evidências, deve obrigatoriamente ser registrada em atas formais, que salvaguardam a memória institucional do programa e conferem transparência às análises realizadas.

A clareza normativa do monitoramento exige uma padronização rigorosa de como registrar as decisões tomadas e os encaminhamentos propostos. Toda deliberação pedagógica ou administrativa deve utilizar os canais formais de comunicação estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, garantindo a rastreabilidade e a segurança jurídica das ações. Na prática da gestão local, os registros devem ser lavrados em livros de atas institucionais, formalizados via e-mail corporativo ou inseridos nos processos eletrônicos do sistema e-Salvador.

Da mesma forma, as intercorrências diárias e ajustes imediatos de conduta devem constar nos livros de ocorrências dos próprios cenários de prática, como hospitais, CAPS e UPAs. Cabe aos gestores locais, residentes e preceptores comunicar as questões cotidianas e os nós críticos identificados utilizando sempre os canais oficiais estabelecidos, vedando o uso de ferramentas informais para decisões estruturantes.

Finalmente, a materialidade e a resolutividade das reuniões de avaliação se consolidam na definição de como monitorar o cumprimento dos acordos estabelecidos pelas equipes de gestão. Os espaços colegiados do NDE, da COREME e da COREMU devem reservar a abertura de cada reunião para o acompanhamento sistemático dos planos de ação gerados nos encontros anteriores.

Essa rotina de monitoramento se operacionaliza quando a coordenação solicita formalmente o retorno dos atores diretamente envolvidos no plano executado, exigindo relatórios de progresso ou justificativas fundamentadas em caso de descumprimento de prazos. Essa dinâmica de acompanhamento contínuo impede que as atas se tornem documentos estáticos, transformando os acordos firmados em compromissos práticos de qualificação da assistência e fortalecimento do SUS no território.

11.4 Planos de melhoria

A consolidação de um sistema prático de monitoramento atinge sua maturidade quando os nós críticos identificados nas instâncias colegiadas e nos cenários de práticas deixam de ser apenas diagnósticos e se convertem em intervenções organizadas. Para os coordenadores e corpos

docentes das residências da SMS, a elaboração de planos de melhoria representa a materialização do monitoramento em ações resolutivas na rede assistencial.

Os problemas ou oportunidades de melhoria identificados ao longo do acompanhamento contínuo costumam se concentrar em fragilidades de infraestrutura nos cenários de prática, descompassos no cumprimento do Projeto Político Pedagógico (PPP) ou assimetrias na supervisão docente. Identificar essas lacunas exige que as coordenações e apoios pedagógicos mantenham os canais de escuta permanentemente abertos, transformando as fragilidades apontadas por preceptores, tutores, residentes e usuários em disparadores para a qualificação do programa.

Diante da pluralidade de demandas que emergem de uma rede complexa, que integra a APS, a RAPS, as UPAs e os hospitais municipais, a Gestão do Programa precisa estabelecer critérios claros sobre como definir prioridades de intervenção. Apoiando-se no Planejamento Estratégico Situacional (PES), essa ordenação não deve ser aleatória, mas baseada no cálculo de relevância, urgência e governabilidade sobre o problema (45).

Como recomendação prática para operacionalizar as diretrizes discutidas, sugere-se que as coordenações e/ou instâncias colegiadas utilizem o modelo de matriz a seguir como uma ferramenta flexível para registrar e monitorar cada encaminhamento gerado nas reuniões de avaliação (Quadro 05).

Quadro 05. Modelo de Matriz Orientadora para Planos de Melhorias e encaminhamentos Pedagógicos-Assistenciais

Nó Crítico Identificado	Ação	Categoria	Responsável	Prazo Final	Acompanhamento / Evidência
Descompasso na carga horária teórica do programa.	Realizar 3 oficinas de reposição modular dos conteúdos atrasados do PPP no próximo mês.	Processo	Apoio Pedagógico e Tutoria do Eixo	30 dias	Registro em ata formal da COREMU/COREME e lista de presença dos residentes.
Fragilidade no fluxo de feedback nos cenários de práticas	Implantar o roteiro de feedback estruturado mensal para 100% das duplas de preceptor-residente.	Processo	Preceptores do Serviço e Residentes	15 dias	Entrega digital dos relatórios validados pela coordenação.
Sobrecarga assistencial nos plantões de triagem da UPA.	Repactuar o fluxo de acolhimento, limitando à lista de adscritos a 1.500 pessoas por residente.	Estrutura e Resultado	Coordenação Geral e Direção Técnica da UPA	45 dias	Ata de pactuação formal com gestores locais e extração de dados do sistema assistencial.

Fonte: Elaboração Própria, 2026

O passo seguinte consiste em definir como acompanhar a implementação das melhorias de forma contínua, impedindo que o plano se torne um documento estático. Esse

acompanhamento sistemático deve ser incorporado como pauta fixa na abertura das reuniões ordinárias da COREMU, COREME e dos encontros docentes com a coordenação.

As coordenações e apoios pedagógicos devem capitanear essa rotina de monitoramento, utilizando ferramentas visuais de controle para checar o andamento de cada prazo pactuado. A verificação regular permite identificar entraves na execução das ações em tempo hábil, possibilitando repactuações ou o remanejamento de recursos institucionais antes que o cronograma formativo seja prejudicado.

Finalmente, a governança do programa deve estabelecer métodos claros sobre como avaliar o impacto das mudanças realizadas no serviço e na formação. Essa avaliação finalística fecha o ciclo do planejamento e deve se estruturar a partir do cruzamento de dados quantitativos e qualitativos, alinhando-se à tríade de estrutura, processo e resultado (34).

Dentro dessa dinâmica, torna-se indispensável verificar sistematicamente se o impacto das intervenções executadas está afetando positivamente as dimensões assistenciais, pedagógicas e de saúde estabelecidas previamente na matriz de indicadores do programa.

Da mesma forma, a análise dessas mudanças pode revelar que as transformações nas práticas geraram novas demandas institucionais, sinalizando a necessidade de a coordenação e o apoio pedagógico elaborarem novos indicadores de desempenho para captar nuances do processo formativo que antes não estavam mapeadas.

O sucesso de um plano de melhoria é, portanto, mensurado quando a intervenção se reflete na evolução progressiva das competências dos residentes, no restabelecimento do clima organizacional e na qualificação sustentável dos desfechos assistenciais da rede assistencial. Essa cultura de avaliação contínua, orientada pela educação permanente, consolida o monitoramento como um compromisso ético-político de transformação das práticas dentro do SUS.

12. Gestão de pessoas e relações institucionais

A estrutura organizacional dos Programas de Residência em Saúde constitui elemento estratégico para assegurar a qualidade da formação em serviço, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a legislação vigente que regulamenta a modalidade de residência.

Sua organização deve garantir condições técnico-pedagógicas, assistenciais e administrativas que favoreçam a formação com respeito à autonomia dos sujeitos, à diversidade e aos direitos humanos; a equidade no acesso aos campos de prática; aprendizagem colaborativa, interseccional, crítico, reflexiva, antirracista, interprofissional e popular; a ética e a responsabilidade social nas ações de formação, pesquisa e extensão; a valorização e formação pedagógica dos trabalhadores da saúde como preceptores (48), orientada pelos sistemas integrados que articulem prevenção, promoção e recuperação da saúde, a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Nesse contexto, a integração entre ensino, serviço, gestão e comunidade configura-se como eixo estruturante do processo formativo, promovendo o desenvolvimento de competências técnico-científicas, ético-políticas e colaborativas indispensáveis para a qualificação da atenção à saúde e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

12.1 Organização da equipe do programa

As diretrizes que regulamentam os Programas de Residência em Saúde estabelecem que seu funcionamento deve estar sustentado por uma estrutura de gestão capaz de assegurar o planejamento, a coordenação, a execução, o monitoramento e a avaliação contínua das atividades acadêmicas, pedagógicas e assistenciais. Essa estrutura deve garantir a integração entre os processos formativos, a gestão e os serviços de saúde, assegurando a qualidade da formação em serviço e o cumprimento das normativas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), conforme a natureza do programa.

Entre as funções essenciais destacam-se a coordenação do programa, a tutoria, o apoio pedagógico, a preceptoria, a atuação das Comissões de Residência Médica (COREME) e de Residência Multiprofissional (COREMU), bem como o suporte técnico e administrativo necessário à gestão acadêmica e operacional.

A coordenação é responsável pela condução do projeto pedagógico, pela articulação institucional e pelo acompanhamento dos processos formativos; a tutoria e o apoio pedagógico exercem função pedagógica, promovendo a integração entre teoria e prática e o desenvolvimento das competências previstas; a preceptoria realiza a supervisão direta das atividades desenvolvidas nos cenários de prática, favorecendo a aprendizagem em serviço; enquanto as comissões de residência desempenham papel estratégico na gestão acadêmica, na supervisão, no acompanhamento e na avaliação dos programas. As funções de tutoria, preceptoria e apoio pedagógico já foram descritas anteriormente neste manual. Abaixo seguem detalhes das funções de coordenação dos programas e do apoio administrativo.

12.1.1 Coordenação do Programa de Residência

Compete à coordenação planejar e organizar as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas; articular instituições formadoras, gestores, serviços de saúde e demais atores envolvidos; acompanhar indicadores acadêmicos, assistenciais e administrativos; assegurar o cumprimento das normativas vigentes; e promover a integração entre residentes, tutores, preceptores, apoio pedagógico e equipes dos serviços nos cenários de prática.

Também cabe à coordenação fomentar processos permanentes de monitoramento, avaliação e qualificação do programa, fortalecendo a educação permanente em saúde e a integração entre assistência, ensino, pesquisa, extensão e gestão. Sua atuação contribui para a formação de profissionais críticos e comprometidos com o cuidado integral, a transformação das práticas de saúde e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

12.1.2 O Apoio Administrativo do Programa de Residência

O apoio administrativo constitui componente fundamental para a sustentabilidade organizacional dos Programas de Residência em Saúde, contribuindo para a efetividade dos processos acadêmicos, administrativos e regulatórios necessários ao funcionamento da formação em serviço. Embora suas atribuições estejam predominantemente relacionadas à gestão administrativa e operacional, sua atuação possui impacto direto na organização, continuidade e qualidade das atividades desenvolvidas pelo programa.

Compete ao apoio administrativo auxiliar na organização e manutenção da documentação institucional e acadêmica, no gerenciamento de registros dos residentes, no controle de frequência e atividades formativas, no suporte aos processos seletivos, na elaboração e sistematização de relatórios, na organização de agendas, reuniões e documentos da Comissão de Residência Médica (COREME) e da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além do apoio às demandas relacionadas aos processos de regulação, supervisão e avaliação realizados pelos órgãos competentes.

A atuação administrativa qualificada favorece a transparência dos processos, a rastreabilidade das informações, o cumprimento das normativas vigentes e a comunicação efetiva entre coordenação, residentes, preceptores, tutores, apoio pedagógico, instituições formadoras, gestão e serviços de saúde. Dessa forma, o apoio administrativo configura-se como elemento estratégico da governança dos programas de residência, fortalecendo a integração ensino-serviço, a eficiência da gestão e a continuidade das ações acadêmico-assistenciais alinhadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atuação integrada desses componentes fortalece a articulação entre as instituições formadoras, os gestores, os serviços de saúde e os cenários de prática, favorecendo a integração ensino-serviço-comunidade e a implementação dos princípios da educação permanente em saúde. Essa organização contribui para a formação de especialistas comprometidos com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, qualificando o cuidado e fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O adequado dimensionamento da força de trabalho da equipe dos Programas de Residência em Saúde constitui condição essencial para assegurar a qualidade da formação e o cumprimento das finalidades educacionais da residência. Esse dimensionamento deve

considerar o número de residentes, a diversidade e complexidade dos cenários de prática, os indicadores de saúde, a carga horária destinada às atividades de supervisão, tutoria, apoio pedagógico e coordenação, bem como as demandas administrativas decorrentes da gestão do programa. É igualmente importante que coordenadores, tutores, apoiadores pedagógicos e preceptores disponham de tempo institucionalmente protegido para o exercício de suas atribuições pedagógicas, favorecendo o acompanhamento sistemático dos residentes, a avaliação contínua do processo formativo e o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade.

Sob a perspectiva da Educação Permanente em Saúde, a organização do programa deve promover espaços coletivos de reflexão sobre os processos de trabalho, estimulando práticas colaborativas, aprendizagem significativa, relações interprofissionais e desenvolvimento institucional. Conforme proposto por Ceccim e Feuerwerker (36), a formação em saúde deve articular ensino, gestão, atenção e controle social, constituindo o denominado "quadrilátero da formação", reconhecido como fundamento para a consolidação de práticas transformadoras no SUS. Nessa perspectiva, a residência em saúde transcende a qualificação técnica, constituindo-se em estratégia de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, da gestão do trabalho e da produção do cuidado integral.

Assim, considera-se que a existência de uma estrutura organizacional claramente definida, com atribuições formalizadas, equipe adequadamente dimensionada e processos permanentes de monitoramento, avaliação e qualificação, representa requisito fundamental para assegurar a excelência dos Programas de Residência em Saúde, contribuindo para a formação de profissionais comprometidos com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação social e qualidade da atenção à saúde, em conformidade com as diretrizes do SUS e com a legislação vigente que regulamenta a modalidade de residência.

A integração e o alinhamento entre os diferentes atores envolvidos nos Programas de Residência em Saúde constituem elementos fundamentais para garantir a efetividade da formação em serviço e a qualificação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a complexidade dos processos formativos, é necessário estabelecer uma organização participativa e colaborativa que envolva coordenadores, tutores, apoiadores pedagógicos, preceptores, residentes, gestores, equipes dos serviços de saúde e instituições de ensino, fortalecendo a articulação entre ensino, serviço, gestão e comunidade.

A promoção dessa integração requer a construção de canais permanentes de comunicação, pactuação de objetivos comuns e definição clara de responsabilidades entre os diferentes participantes do programa. Estratégias como reuniões periódicas entre coordenação, tutores, apoiadores pedagógicos, preceptores e residentes; elaboração, monitoramento e avaliação coletiva do Projeto Pedagógico; discussão dos processos de trabalho nos cenários de prática; planejamento integrado das atividades teóricas e práticas; rodas de conversa; oficinas de planejamento; seminários integradores; reuniões de colegiados e comissões de residência; espaços de Educação Permanente em Saúde; reuniões de equipe; matriciamentos; estudos de caso; fóruns de integração ensino-serviço-comunidade; encontros de avaliação com residentes e preceptores; utilização de instrumentos compartilhados de acompanhamento e avaliação; e momentos sistemáticos de devolutiva (feedback) entre os diferentes atores favorecem o alinhamento das ações, fortalecem a corresponsabilização dos participantes e promovem maior

coerência entre os objetivos formativos, as necessidades dos serviços de saúde e as demandas da população.

O engajamento e a corresponsabilização da equipe podem ser fortalecidos por meio da criação de uma cultura institucional participativa, baseada no diálogo, na valorização dos diferentes saberes profissionais e na construção coletiva das decisões. A participação ativa dos trabalhadores envolvidos na residência, especialmente nos processos de planejamento, monitoramento, avaliação e reorganização das práticas, contribui para o sentimento de pertencimento e para o reconhecimento da residência como estratégia de qualificação do trabalho em saúde. Além disso, ações de educação permanente, capacitação pedagógica de tutores, apoiadores pedagógicos e preceptores, reconhecimento institucional das funções formativas e compartilhamento dos resultados alcançados são estratégias importantes para ampliar o compromisso coletivo com o programa.

A organização de espaços regulares de planejamento, monitoramento e avaliação deve ocorrer de forma sistemática, com definição de periodicidade, objetivos, participantes e registros das discussões realizadas. Nesse sentido, reuniões da Comissão de Residência Médica (COREME) e da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), encontros de coordenação com tutores, apoiadores pedagógicos e preceptores, reuniões de acompanhamento dos residentes e momentos de avaliação dos cenários de prática constituem dispositivos essenciais de gestão participativa. Esses espaços possibilitam identificar desafios, pactuar soluções, acompanhar indicadores acadêmicos e assistenciais e promover ajustes contínuos no processo formativo.

Assim, a integração entre os atores, o fortalecimento da corresponsabilização e a institucionalização de espaços permanentes de diálogo e planejamento constituem estratégias fundamentais para a governança dos Programas de Residência em Saúde. Tais iniciativas favorecem a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade, a melhoria da qualidade da formação profissional e o fortalecimento dos princípios do SUS, especialmente a integralidade, a equidade, a participação social e a educação permanente em saúde.

A governança participativa constitui um eixo estruturante para a organização e qualificação dos Programas de Residência em Saúde, fundamentando-se na construção coletiva dos processos decisórios, na transparência da gestão e na participação dos diferentes atores envolvidos. Nesse contexto, a atuação das Comissões de Residência Médica (COREME) e das Comissões de Residência Multiprofissional (COREMU), associada à realização de reuniões sistemáticas de planejamento, acompanhamento e avaliação, configura-se como importante dispositivo de gestão colegiada, favorecendo a pactuação de objetivos, o monitoramento das ações e o aprimoramento contínuo do programa.

A corresponsabilização dos atores envolvidos constitui elemento indispensável para a sustentabilidade e efetividade dos programas, estimulando o compromisso compartilhado entre coordenadores, tutores, preceptores, residentes, gestores e equipes dos serviços de saúde. Por meio da participação ativa, do diálogo permanente e da valorização dos diferentes saberes e experiências, promove-se uma cultura colaborativa que fortalece a formação interprofissional, a integralidade do cuidado e o desenvolvimento de profissionais comprometidos com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

12.2 Relação com gestores e serviços de saúde

A relação entre as instituições formadoras, gestores e serviços de saúde constitui um elemento estratégico para a sustentabilidade e a qualidade dos Programas de Residência em Saúde, considerando que a formação em serviço se desenvolve em espaços reais de cuidado e de organização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). A construção de parcerias sólidas requer o estabelecimento de processos permanentes de diálogo, pactuação e corresponsabilidade entre os diferentes atores envolvidos, com definição clara de objetivos, atribuições, fluxos de comunicação e compromissos institucionais compartilhados.

A integração ensino-serviço deve ser compreendida como uma estratégia de aproximação entre os projetos formativos das instituições de ensino e as necessidades dos territórios e das Redes de Atenção à Saúde. Para tanto, é fundamental a construção coletiva do Projeto Pedagógico do Programa, a análise das demandas assistenciais e epidemiológicas dos serviços, a definição dos cenários de prática e o planejamento conjunto das atividades desenvolvidas pelos residentes. Esses mecanismos favorecem o alinhamento entre as competências previstas na formação e os desafios concretos enfrentados pelos trabalhadores e gestores do SUS, promovendo uma formação contextualizada, crítica e comprometida com a transformação das práticas de saúde.

A participação dos gestores na governança dos programas é essencial para garantir a sustentabilidade institucional da residência e sua integração às prioridades da rede de atenção. Essa participação pode ser fortalecida por meio da inserção dos gestores nos espaços colegiados de discussão e acompanhamento, como Comissão de Residência Médica (COREME), Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), comissões institucionais de ensino-serviço e reuniões periódicas de planejamento e avaliação. O envolvimento da gestão possibilita maior articulação entre as necessidades dos serviços, a organização dos cenários de prática, a disponibilidade de recursos e a implementação de estratégias de qualificação da assistência.

A residência em saúde contribui diretamente para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde ao promover a qualificação dos processos de trabalho, estimular a educação permanente, ampliar a capacidade de análise e intervenção dos profissionais e favorecer práticas colaborativas e interprofissionais. A presença dos residentes nos serviços pode induzir melhorias na organização do cuidado, na implantação de protocolos, no desenvolvimento de projetos assistenciais e na produção de conhecimento aplicado às necessidades do território, fortalecendo a integralidade da atenção e a resolutividade do SUS.

A Educação Permanente em Saúde se apresenta, nesse sentido, como uma estratégia potente para promover a reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho, possibilitando a construção de espaços de diálogo, negociação e pactuação entre os diferentes atores envolvidos. A partir dessa perspectiva, a articulação entre ensino, serviço e comunidade pode ser fortalecida, contribuindo para a produção de um cuidado integral, resolutivo e alinhado às necessidades do território.

Para assegurar uma relação colaborativa entre os parceiros, é fundamental estabelecer instrumentos formais de pactuação, como convênios, termos de cooperação, planos de trabalho e documentos institucionais que definam responsabilidades, fluxos operacionais, atribuições dos envolvidos, critérios de acompanhamento e mecanismos de avaliação. A clareza desses

acordos contribui para reduzir conflitos, garantir previsibilidade das ações e fortalecer o compromisso compartilhado entre instituições formadoras, gestores, trabalhadores e residentes.

Considerando que os serviços de saúde estão sujeitos a mudanças administrativas, organizacionais e assistenciais, a governança dos Programas de Residência deve incorporar estratégias de adaptação e continuidade. A manutenção de espaços permanentes de diálogo, o registro dos processos institucionais, a participação colegiada e a atualização periódica dos planos de trabalho permitem reorganizar os cenários de prática sem comprometer os objetivos formativos. Dessa forma, a flexibilidade associada ao planejamento compartilhado possibilita responder às transformações do SUS preservando a qualidade da formação e garantindo a continuidade da integração ensino-serviço.

Assim, a relação entre gestores, instituições formadoras e serviços de saúde deve ser pautada pela governança compartilhada, pelo compromisso institucional e pela construção coletiva de soluções, consolidando a residência como estratégia de desenvolvimento de trabalhadores, fortalecimento das redes de atenção e qualificação do cuidado ofertado à população brasileira.

12.3 Mediação de conflitos

A mediação de conflitos constitui uma dimensão essencial da gestão dos Programas de Residência em Saúde, considerando a complexidade das relações estabelecidas entre residentes, coordenadores, tutores, preceptores, gestores e equipes dos serviços de saúde. Por se tratar de uma modalidade de formação em serviço, inserida em ambientes assistenciais dinâmicos e multiprofissionais, os programas estão sujeitos a diferentes perspectivas, expectativas e desafios relacionados aos processos de ensino-aprendizagem, organização do trabalho e relações interpessoais.

Entre os conflitos mais frequentes nos Programas de Residência destacam-se divergências relacionadas à organização das atividades teóricas e práticas, definição de atribuições entre coordenadores, residentes, preceptores, apoiadores pedagógicos e tutores, dificuldades de comunicação, diferenças nas concepções sobre processos de trabalho, distribuição de responsabilidades, avaliação de desempenho, relações hierárquicas e adaptação às rotinas e culturas organizacionais dos diferentes cenários de prática. Também podem ocorrer situações relacionadas à sobrecarga de trabalho, fragilidades no acompanhamento pedagógico e incompatibilidades entre expectativas individuais e objetivos institucionais.

A identificação precoce de situações potencialmente conflituosas requer a construção de mecanismos permanentes de escuta, acompanhamento e avaliação das relações de trabalho e aprendizagem. A realização de reuniões periódicas com coordenadores, residentes, tutores, apoiadores pedagógicos e preceptores, avaliações formativas, espaços de feedback, acompanhamento sistemático dos cenários de prática e canais institucionais de comunicação possibilitam reconhecer dificuldades antes que evoluam para situações de maior complexidade. A criação de ambientes seguros para manifestação de dúvidas, críticas e sugestões favorece a transparência e fortalece a confiança entre os participantes do programa.

As estratégias de mediação e resolução de conflitos devem estar fundamentadas no diálogo, na escuta qualificada, na imparcialidade e na busca de soluções construídas

coletivamente. A mediação realizada pela coordenação, pelas Comissões de Residência Médica (COREME) e de Residência Multiprofissional (COREMU), ou por instâncias institucionais competentes, deve considerar os diferentes pontos de vista envolvidos, promover a reflexão sobre os processos de trabalho e estabelecer pactuações claras quanto às responsabilidades e aos encaminhamentos necessários.

A promoção do diálogo e da negociação entre as partes envolvidas requer uma cultura institucional baseada no respeito, na comunicação não violenta, na valorização dos diferentes saberes profissionais, no trabalho interprofissional e na corresponsabilização pelos resultados do processo formativo. Nesse sentido, tutores e preceptores desempenham papel fundamental ao atuar como mediadores no cotidiano dos serviços, contribuindo para a construção de relações colaborativas e para o desenvolvimento de competências relacionais e éticas dos residentes.

O acionamento de instâncias institucionais de apoio deve ocorrer sempre que a situação ultrapassar a capacidade de resolução pelos atores diretamente envolvidos ou quando houver necessidade de análise formal, proteção dos participantes e garantia dos princípios éticos e normativos do programa. Podem ser acionadas, conforme a natureza da situação, a coordenação da residência, COREME, COREMU, núcleos de educação permanente, comissões institucionais, ouvidorias, serviços de apoio ao trabalhador e demais instâncias previstas na organização institucional.

Os conflitos, quando adequadamente mediados, podem constituir oportunidades de aprendizagem e aprimoramento institucional. A análise das situações vivenciadas permite identificar fragilidades nos processos de comunicação, organização do trabalho, supervisão e gestão, possibilitando a implementação de melhorias contínuas. Dessa forma, a mediação de conflitos deixa de ser compreendida apenas como resolução de problemas e passa a constituir uma ferramenta de desenvolvimento institucional, fortalecimento das relações de trabalho e qualificação da formação em saúde no âmbito do SUS.

Assim, uma abordagem estruturada para a gestão de conflitos contribui para a construção de ambientes formativos mais seguros, colaborativos e humanizados, favorecendo a integração ensino-serviço, o desenvolvimento da educação permanente em saúde e a formação de profissionais comprometidos com os princípios da integralidade, equidade e qualidade do cuidado no Sistema Único de Saúde.

12.4 Comunicação institucional

A comunicação institucional constitui um componente estratégico para a governança, a organização e a qualidade dos Programas de Residência em Saúde, uma vez que possibilita a circulação de informações, o alinhamento das ações e a integração entre os diferentes atores envolvidos no processo formativo. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), uma comunicação efetiva deve estar fundamentada nos princípios da transparência, acessibilidade, participação e corresponsabilização, garantindo que residentes, coordenadores, tutores, preceptores, gestores e equipes dos serviços de saúde tenham acesso às informações necessárias para o adequado desenvolvimento das atividades acadêmicas e assistenciais.

Para assegurar um fluxo de informações claro e organizado, o programa deve estabelecer uma política ou plano de comunicação institucional, com definição de

responsabilidades, periodicidade, canais oficiais e mecanismos de registro das informações compartilhadas. A utilização de canais formais, como reuniões periódicas, atas, comunicados institucionais, plataformas digitais, correio eletrônico institucional, ambientes virtuais de aprendizagem, sistemas acadêmicos e grupos institucionais de comunicação, favorece a padronização das informações e reduz riscos de desencontro ou perda de dados relevantes.

A garantia de acesso às informações deve considerar as diferentes necessidades dos atores envolvidos. Residentes devem ter acesso aos documentos orientadores do programa, cronogramas, planos de atividades, critérios de avaliação, normas institucionais e informações relacionadas aos cenários de prática. Tutores e preceptores devem dispor de informações atualizadas sobre objetivos formativos, competências esperadas, metodologias de acompanhamento e processos avaliativos. Gestores e equipes dos serviços devem ser continuamente informados sobre o planejamento das atividades, fluxos institucionais e contribuições da residência para a qualificação da atenção à saúde.

Nos programas que possuem múltiplos cenários de prática, estratégias específicas de comunicação são fundamentais para garantir a integração e continuidade dos processos formativos. Reuniões intersetoriais, encontros de alinhamento entre preceptores e tutores, fóruns de avaliação, compartilhamento de documentos institucionais e utilização de ferramentas digitais colaborativas contribuem para aproximar equipes, fortalecer a identidade do programa e assegurar coerência entre os diferentes espaços de aprendizagem.

A divulgação de decisões, normativas e mudanças organizacionais deve ocorrer de forma planejada, utilizando canais institucionais oficiais e garantindo tempo adequado para compreensão, adaptação e implementação das novas orientações. A comunicação transparente dos processos decisórios fortalece a confiança entre os participantes, amplia a participação dos envolvidos e favorece uma cultura institucional baseada no diálogo e na construção coletiva.

Dessa forma, a comunicação institucional deve ser compreendida não apenas como transmissão de informações, mas como ferramenta de gestão, educação permanente e integração ensino-serviço. Ao estabelecer fluxos comunicacionais efetivos, os Programas de Residência em Saúde fortalecem a governança, qualificam os processos formativos e contribuem para a organização do cuidado e para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

As residências em saúde constituem espaços estratégicos para o desenvolvimento da comunicação assertiva, uma competência essencial para a atuação colaborativa e humanizada dos profissionais de saúde. A comunicação clara, objetiva e respeitosa favorece o trabalho em equipe, fortalece as relações entre profissionais, usuários e comunidade, além de contribuir para a tomada de decisões compartilhadas e para a qualificação do cuidado em saúde.

Neste cenário em constante mudança, a formação de trabalhadores do SUS enfrenta desafios atuais: integrar novos conhecimentos e tecnologias, responder de forma eficaz e ética às necessidades locais e coletivas e desenvolver uma postura crítica e transformadora.

13. Pesquisa, Inovação e Produção de Conhecimento

A residência em saúde é concebida como um espaço privilegiado de investigação, reflexão crítica e transformação das práticas cotidianas. Este capítulo apresenta diretrizes para fomentar a produção de conhecimento que esteja estritamente alinhada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e às realidades vividas nos territórios, tendo como fundamento indissociável o respeito à dignidade, à autonomia e aos direitos das pessoas que participam, direta ou indiretamente, desses processos de investigação.

Toda produção de conhecimento originada na residência, seja como projeto de pesquisa propriamente dito, seja como projeto de intervenção no território, deve ser conduzida em conformidade com as normas éticas que regulam a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, sistema atualmente em transição em razão da Lei nº 14.874/2024 (49), que institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Enquanto essa transição estiver em curso, permanecem como referência as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e os procedimentos de submissão junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de referência.

Cabe aos programas de residência acompanhar as atualizações desse marco regulatório e assegurar que a formação em pesquisa, os projetos de intervenção e a divulgação de resultados, tratados respectivamente nos itens a seguir, incorporem desde o planejamento os cuidados éticos necessários à proteção dos participantes e à legitimidade científica do conhecimento produzido.

13.1 Como estimular pesquisa na residência

A pesquisa desempenha um papel central na formação, pois produz práticas reflexivas e funciona como um mecanismo de mudança para o modelo assistencial, valorizando as dimensões subjetiva e social no cuidado. Para despertar o interesse pela investigação científica, o residente deve ser envolvido em projetos que permitam o aprendizado de métodos de pesquisa aplicados ao cotidiano. As competências a serem desenvolvidas incluem o raciocínio crítico-construtivo, a atuação baseada na melhor evidência científica, a capacidade de refletir criticamente sobre a realidade local e a compreensão dos fundamentos éticos que regem a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, a formação em pesquisa não deve se limitar aos métodos de coleta e análise de dados, mas incluir desde o início a capacitação sobre os requisitos éticos da produção científica: o que caracteriza uma pesquisa que precisa ser submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa, os elementos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os cuidados com a confidencialidade dos participantes e o reconhecimento de populações em situação de vulnerabilidade.

Essa base é o que evita que o residente confunda pesquisa com atividade assistencial de rotina, equívoco frequente quando o objeto de estudo nasce do próprio cotidiano do serviço. Projetos que envolvam coleta direta de dados com pessoas seguem os parâmetros da Resolução CNS nº 466/2012 (50), enquanto propostas conduzidas por metodologias próprias das ciências humanas e sociais (entrevistas, rodas de conversa e observação participante nos territórios) podem se enquadrar na Resolução CNS nº 510/2016 (51), que estabelece fluxo de análise ética específico para essas abordagens.

A integração com as demandas do serviço ocorre ao transformar o diagnóstico de "nós críticos" e problemas operacionais identificados em objetos de estudo e teorização, sempre avaliando, junto à coordenação de pesquisa do programa, se o objeto de estudo caracteriza pesquisa sujeita à submissão ética antes do início da coleta de dados. Para apoiar essa produção, a instituição deve garantir acesso a bibliotecas, internet e materiais de estudo que oportunizem a problematização da prática, bem como orientação sobre os procedimentos de submissão à Plataforma Brasil.

O estímulo institucional também passa pela valorização e qualificação do corpo docente, preceptores e gestores por meio de planos de fortalecimento e apoio técnico-pedagógico, que devem contemplar a capacitação continuada em ética em pesquisa. Preceptores e tutores são fundamentais nesse processo, atuando como facilitadores do aprendizado, incentivadores da produção científica, orientadores acadêmicos dos projetos desenvolvidos e primeira referência do residente para identificar, ainda na fase de desenho do projeto, a necessidade de análise ética e os cuidados com os participantes da pesquisa.

13.2 Projetos de intervenção no território

A identificação de problemas prioritários para intervenção deve partir da análise sistemática de indicadores de monitoramento, resultados de serviços e do perfil sócio-epidemiológico da população. Situações inquietantes observadas no campo de prática servem como disparadores para a elaboração de projetos que respondam às necessidades reais do território. A elaboração das propostas deve ser subsidiada pelo diagnóstico situacional da rede e pela utilização de dados epidemiológicos, assistenciais e de gestão.

Para que as intervenções sejam legítimas e resolutivas, é indispensável o envolvimento participativo de trabalhadores, gestores e, primordialmente, dos usuários, cujas percepções sobre a humanização do cuidado funcionam como baliza ética do programa. Esse envolvimento, no entanto, não substitui a análise ética formal do projeto: sempre que a intervenção envolver coleta de dados diretamente com pessoas, uso de prontuários, entrevistas, imagens ou depoimentos destinados à análise e à produção de conhecimento generalizável, e não apenas à melhoria pontual de um processo de trabalho, o projeto deve ser submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa antes de seu início, nos termos da Resolução CNS nº 466/2012 (50), ou da Resolução CNS nº 510/2016 (51) quando a metodologia for própria das ciências humanas e sociais. A participação de cada usuário na coleta de dados deve ser voluntária, formalizada por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento, quando envolver crianças, adolescentes ou pessoas com autonomia reduzida, e nunca condicionada ao acesso ao cuidado prestado pelo serviço.

Atenção redobrada deve ser dedicada aos projetos voltados a populações em situação de vulnerabilidade social presentes nos territórios, como povos indígenas, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade e gestantes, que podem demandar anuências e procedimentos éticos adicionais aos exigidos pelo CEP. Deve-se observar também o potencial conflito de interesse decorrente da posição do residente, simultaneamente trabalhador do serviço e pesquisador do mesmo território, e garantir a confidencialidade dos dados coletados durante todo o desenvolvimento do projeto.

A metodologia recomendada para nortear esse percurso é o Arco de Maguerez, que organiza a problematização em cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Os impactos alcançados devem ser demonstrados por meio de evidências como a melhoria de indicadores finalísticos de saúde (consultas de pré-natal, vacinação) e a introdução de novas tecnologias de cuidado ou protocolos clínicos baseados em evidências, sempre respeitando, na análise e no relato desses resultados, os limites do que foi eticamente autorizado para o projeto.

13.3 Divulgação de resultados

A socialização dos conhecimentos produzidos é essencial para o fortalecimento do SUS e para a consolidação da educação em saúde no município. O compartilhamento de experiências exitosas permite que soluções criativas sejam replicadas em outros cenários, transformando a prática social. Os principais formatos de divulgação incluem o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), requisito obrigatório para a certificação, além de artigos em periódicos científicos, relatórios técnicos, apresentações em eventos e produtos técnicos.

Todo material de divulgação deve preservar a confidencialidade e a proteção dos dados pessoais dos participantes da pesquisa. Os dados apresentados em TCR, artigos, relatórios técnicos e produtos de disseminação de boas práticas devem ser anonimizados, e qualquer uso de imagem, depoimento nominal ou relato de caso identificável depende de autorização específica dos envolvidos, distinta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido firmado para a participação na pesquisa. A divulgação deve manter-se fiel aos termos aprovados no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa que analisou o projeto, não sendo admitida a publicização de informações que extrapolem o que foi ali autorizado.

A adaptação da linguagem é necessária para garantir a troca de saberes entre o ensino e o serviço, tornando o conhecimento produzido acessível a todos os atores envolvidos, sem comprometer o rigor ético e metodológico do relato. Para ampliar a visibilidade das práticas, os residentes devem ser incentivados a participar de mostras, fóruns internos e eventos técnicos e científicos externos, com a garantia de períodos protegidos para esse fim. O compartilhamento sistemático dessas vivências transforma a rotina do serviço em uma oportunidade contínua de produção de conhecimento e de cuidado qualificado, sempre resguardando a dignidade e os direitos das pessoas que tornaram esse conhecimento possível.

13.4 Ética em pesquisa e submissão ao sistema CEP/CONEP

Toda atividade de pesquisa desenvolvida na residência que envolva a coleta de dados diretamente com pessoas, a utilização de informações identificáveis ou de material biológico humano, ou ainda a produção de conhecimento generalizável a partir da prática, deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) previamente ao início da coleta, por meio da Plataforma Brasil. Essa exigência aplica-se inclusive aos projetos de intervenção no território descritos no item 12.2, sempre que ultrapassarem o escopo estrito de melhoria pontual de um processo de trabalho e passarem a gerar dados destinados à análise, teorização ou publicação.

A distinção entre atividade assistencial e pesquisa nem sempre é evidente na rotina dos serviços, de modo que cabe às coordenações dos programas e aos núcleos de apoio pedagógico

orientar preceptores e residentes sobre quando essa submissão é obrigatória, evitando tanto a exposição indevida dos participantes quanto o bloqueio de trabalhos de conclusão por ausência de parecer ético. Projetos que utilizam metodologias próprias das ciências humanas e sociais (entrevistas, grupos focais, rodas de conversa e observação participante nos territórios) podem seguir fluxo de análise diferenciado daquele destinado às pesquisas biomédicas, cabendo à coordenação de pesquisa do programa identificar, junto ao CEP de referência da instituição, qual o enquadramento adequado a cada proposta antes de seu início.

A condução ética dos projetos exige a obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes, e de Termo de Assentimento nos casos que envolvam crianças, adolescentes ou pessoas com autonomia reduzida. Merece atenção redobrada o desenho de projetos voltados a populações e grupos em situação de vulnerabilidade social, como povos indígenas, população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e gestantes, que podem demandar anuências e procedimentos éticos específicos, adicionais à análise do CEP. Deve-se ainda observar o cuidado com potenciais conflitos de interesse decorrentes da dupla posição do residente, simultaneamente trabalhador do serviço e pesquisador do mesmo território, garantindo que a participação dos usuários na pesquisa seja voluntária e não condicionada ao acesso ao cuidado.

A confidencialidade e a proteção de dados pessoais dos participantes devem ser preservadas em todas as etapas, da coleta à divulgação. Na elaboração de Trabalhos de Conclusão de Residência, artigos, relatórios técnicos e materiais de disseminação de boas práticas, os dados devem ser anonimizados, e qualquer uso de imagem, depoimento nominal ou caso clínico identificável depende de autorização específica dos envolvidos, distinta do TCLE de participação na pesquisa. A divulgação de resultados deve manter-se fiel aos termos aprovados no parecer ético do projeto, não sendo admitida a publicização de informações além do que foi autorizado.

Por fim, cabe registrar que o sistema de ética em pesquisa no Brasil está em processo de transição, em razão da Lei nº 14.874/2024 (49) e de seu decreto regulamentador, que instituem o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e preveem a substituição da estrutura hoje coordenada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por uma nova instância nacional. Enquanto a transição estiver em curso, as normas de referência para submissão e condução das pesquisas permanecem sendo as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde vigentes. Recomenda-se que os programas de residência acompanhem os comunicados oficiais do CEP institucional de referência e revisem periodicamente este capítulo à medida que a nova estrutura regulatória for implementada.

14. Direitos, Deveres e Condutas

O desenvolvimento de ambientes formativos éticos, seguros e respeitosos requer clareza sobre direitos, responsabilidades e padrões de conduta. Este capítulo busca orientar a convivência institucional e a tomada de decisões diante de situações específicas.

14.1 Direitos dos residentes

Os direitos dos residentes na área profissional da saúde são assegurados pela Resolução CNRMS nº 3/2011 e pelas normativas da CNRM (para médicos) (31). A Portaria Interministerial MEC/MS nº 4/2026 institui, ainda, o Programa Nacional de Bolsas para Residências em Área Profissional da Saúde, reforçando o apoio à formação de profissionais e ampliando a capacidade de oferta de vagas (8).

Os direitos assegurados incluem:

- Bolsa de Residência: com valor definido pelo Ministério da Educação e reajustado periodicamente (atualmente R$ 4.106,09) (52);
- Auxílio Moradia: garantido por lei federal, com direito a local de moradia ou valor equivalente;
- Jornada de Trabalho: carga horária máxima de 60 (sessenta) horas semanais, com direito a pelo menos um dia de descanso semanal (4,9);
- Férias: 30 (trinta) dias consecutivos por ano de programa, podendo ser fracionados em dois períodos de 15 dias (4,9);
- Licença-maternidade: até 120 (cento e vinte) dias, com possibilidade de prorrogação por mais 60 dias (33);
- Licença-paternidade: 5 (cinco) dias para nascimento ou adoção de filho (31);
- Licença nojo: de 7 a 8 dias em caso de falecimento de parentes de 1º grau (31);
- Trancamento de matrícula: excepcional, mediante aprovação da COREMU e homologação da CNRMS;
- Segurança no Trabalho: condições seguras de trabalho, EPIs e suporte psicológico (15);
- Direito de Recorrer: possibilidade de recorrer de avaliações e penalidades (24,30).

A pesquisa da Fiocruz enfatiza que a participação qualificada dos interessados na formação de especialistas, o que inclui toda a sociedade, é fortalecida mediante o acesso a material de estudo e oportunidades de problematização (7).

14.2 Deveres e responsabilidades

Os deveres dos residentes estão previstos nos regimentos internos das COREMUs e nas normativas da CNRM/CNRMS, quais sejam:

- Cumprimento da Carga Horária: respeitar a carga horária integral de 60 (sessenta) horas semanais e o regime de dedicação exclusiva, comparecendo regularmente às atividades assistenciais e acadêmicas (9);
- Participação em Atividades: envolvimento obrigatório em seminários, discussões de casos e atividades didáticas que compõem a formação (9);

- Cumprimento de Frequência: mínimo de 85% (oitenta e cinco por cento) da carga horária teórica e teórico-prática para promoção e certificação (9);
- Responsabilidade Profissional: exercer atividades com ética, zelo e respeito aos pacientes, cumprindo normas e protocolos institucionais e os códigos de ética de cada profissão;
- Sigilo Profissional: respeito ao sigilo das informações dos pacientes (17);
- Reposição de Atividades: reposição de atividades em caso de afastamentos justificados (9).

A pesquisa da Fiocruz destaca a necessidade de compreender a comunicação como competência na formação em saúde, o que implica o dever do residente de desenvolver habilidades de escuta, diálogo e construção compartilhada de sentidos com usuários e equipe (7).

14.3 Condutas esperadas

As condutas esperadas dos residentes envolvem:

- Atuação ética e reflexiva: desenvolver raciocínio crítico e construtivo para ampliar a qualidade dos serviços de saúde, atuando com base na melhor evidência científica e refletindo criticamente sobre a realidade local;
- Humanização no atendimento: garantir atendimento acolhedor, centrado no usuário, que respeite sua dignidade, autonomia e singularidade, combatendo qualquer tipo de discriminação
- Comunicação efetiva no cuidado: compreendendo-a como construção compartilhada de sentidos sobre saúde-doença entre profissionais e usuários, desenvolvendo competências comunicativas que incluem conhecimentos, habilidades e atitudes (7);
- Trabalho interprofissional: atuar de forma integrada com as diferentes categorias profissionais, rompendo com o modelo biomédico tradicional e fortalecendo a integralidade do cuidado (11);
- Compromisso com o SUS: alinhar a prática aos princípios e diretrizes do sistema público de saúde e às necessidades do território (8);
- Participação em investigação: envolvimento em projetos de investigação durante a residência, como forma de aprender sobre métodos de pesquisa (7).

14.4 Situações de advertência e desligamento

A Portaria Interministerial MEC/MS nº 4/2026 estabelece que a CNRMS poderá aplicar medidas administrativas de supervisão dos Programa (s) de Residência em Área Profissional da Saúde e das instituições que os ofertam. O funcionamento de programas sem autorização passa a ser considerado irregularidade administrativa, sujeito a penalidades como descredenciamento da instituição ou desativação do programa (8).

No âmbito institucional, o desligamento do residente pode ocorrer por infração às normas do Regimento Interno da COREMU (ou COREME, para medicina). A Resolução CNRMS nº 5/2014 estabelece que o não cumprimento da carga horária integral, da frequência mínima de 85% ou da apresentação do trabalho de conclusão de residência será motivo de desligamento do programa (9). O processo de desligamento deve ser rigorosamente

documentado e respeitar o devido processo legal, com garantia de ampla defesa e contraditório (24,30).

As normas para advertências e penalidades estão previstas nos regimentos internos das comissões e nos projetos pedagógicos dos programas. A literatura sobre residências reforça a importância de espaços de discussão teórica e supervisão adequada para a formação ética e técnica dos residentes (11), o que contribui para prevenir condutas inadequadas e garantir a qualidade da formação.

15. Sistemas, Registros e Documentação

A gestão eficiente da informação é fundamental para o funcionamento, monitoramento e avaliação dos Programas de Residência em Saúde. Este capítulo apresenta orientações para organização documental, registros institucionais e utilização de sistemas de informação, visando garantir a transparência, a segurança jurídica e a qualidade da formação, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e com os princípios que regem a gestão documental na administração pública.

15.1 O que precisa ser registrado

Para a gestão acadêmica e administrativa, é obrigatório manter registros fidedignos que comprovem a regularidade de todas as etapas da residência. As informações essenciais incluem:

- Sobre Residentes: Dados pessoais (RG, CPF), diploma de graduação, comprovante de inscrição no conselho profissional, termos de compromisso e autodeclarações para o pagamento de bolsas.
- Sobre Docentes, Preceptores e Tutores: Relação nominal acompanhada de currículos atualizados, titulação, carga horária dedicada ao programa e tempo de experiência profissional e no ensino.
- Atividades Pedagógicas e Avaliações: Registros da matriz curricular executada, planos de atividades, resultados de avaliações formativas e somativas de desempenho semestral e o processo de orientação e entrega do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).
- Frequência e Carga Horária: Controle do horário real de entrada e saída nos campos de prática e nas atividades teóricas, respeitando as 60 horas semanais e a frequência mínima de 85% para certificação.

A coleta de todo dado pessoal listado acima deve observar os princípios da finalidade, da adequação e da necessidade previstos na LGPD (17), coletando-se apenas o que for estritamente indispensável à gestão acadêmica, administrativa e à comprovação legal do vínculo do residente com o programa. O tratamento desses dados encontra amparo, conforme o caso, no cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo poder público e na execução de políticas públicas, devendo essa base legal estar identificada e documentada pela instituição.

O programa deve designar um encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (Data Protection Officer), responsável por atuar como canal de comunicação entre a instituição, os titulares dos dados (residentes, docentes e preceptores) e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), inclusive para viabilizar o exercício, por esses titulares, do direito de acessar, corrigir ou solicitar esclarecimentos sobre os próprios dados registrados nos sistemas do programa. Para garantir a qualidade, integridade e rastreabilidade, todas as comunicações estruturantes e deliberações devem ocorrer por canais oficiais, como e-mail corporativo, livros de atas institucionais e sistemas de processos eletrônicos.

15.2 Como organizar os documentos do programa

A organização documental deve seguir padrões que assegurem a conformidade regulatória e a memória institucional.

- Documentos Institucionais Fundamentais: Atos constitutivos da instituição, inscrições no CNES (próprias e de parceiros), regimentos internos e atas de constituição e nomeação dos membros da COREME e COREMU.
- Estruturação de Arquivos: Recomenda-se a padronização de pastas (físicas ou digitais) por categorias: institucional, por programa (Projeto Político Pedagógico e matrizes) e prontuários individuais de residentes e preceptores.
- Guarda, Temporalidade e Sigilo: Documentos referentes a critérios de seleção e execução financeira (bolsas) devem ser arquivados por, no mínimo, 5 (cinco) anos para fins de fiscalização. Os demais documentos do programa, avaliação de desempenho, registros de frequência, atas e prontuários de residentes e preceptores, devem ter prazo de guarda definido em tabela de temporalidade documental própria da instituição, elaborada em conformidade com os critérios de gestão arquivística da administração pública, de modo que a retenção de cada tipo de documento esteja vinculada à finalidade que a justifica. Ao término do prazo de guarda aplicável, os documentos que contenham dados pessoais e não possuam outra finalidade legal que justifique sua manutenção devem ser eliminados de forma segura. O acesso a essas informações é restrito a atores autorizados (coordenações, ESPS e órgãos reguladores) mediante controle de acesso por perfil de usuário, observando-se rigorosamente o sigilo profissional e os princípios da LGPD, com registro (log) das consultas realizadas a documentos que contenham dados sensíveis.

15.3 Sistemas de informação utilizados

Os programas operam de forma integrada por meio de diferentes plataformas que subsidiam a regulação nacional e a gestão local em Salvador.

- **Sistemas Regulatórios Nacionais:**
    - **SisCNRM:** Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica para credenciamento de instituições e programas médicos.
    - **SINAR (Sistema Nacional de Residências em Saúde):** Utilizado para o credenciamento e monitoramento de programas multiprofissionais e uniprofissionais.
    - **SIGRESIDÊNCIAS:** Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência para o gerenciamento de bolsas do Ministério da Saúde, onde devem ser registrados afastamentos, desistências e conclusões.

- **Sistemas de Gestão Local (SMS Salvador):**
    - **e-Salvador:** Utilizado para o fluxo administrativo de licenças, afastamentos, relotações e nomeações de preceptores e coordenadores.
    - **AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem):** Funciona como repositório pedagógico para planejamento de cronogramas e transparência das atividades teóricas e práticas.
    - **Ponto Eletrônico:** Sistema biométrico para registro de frequência nas unidades de lotação da rede municipal.

O dado biométrico coletado pelo Ponto Eletrônico é classificado como dado pessoal sensível pelo art. 5º, II, da LGPD, sujeitando-se às bases legais mais restritas do art. 11 dessa lei. A instituição deve assegurar que essa coleta seja proporcional e necessária à finalidade de controle de frequência, e garantir ao residente, docente ou preceptor que não deseje fornecer o dado biométrico uma alternativa de registro de frequência que não dependa desse tipo de dado, sem prejuízo ao seu vínculo com o programa.

A integração entre sistemas regulatórios nacionais e sistemas de gestão local amplia a superfície de exposição dos dados pessoais tratados, o que exige medidas de segurança técnicas e administrativas proporcionais ao risco, nos termos do art. 46 da LGPD, além de um protocolo institucional de resposta a eventuais incidentes de segurança ou vazamento de dados, com comunicação ao Encarregado, à ANPD e aos titulares afetados quando aplicável.

A responsabilidade pela alimentação e validação dos dados é compartilhada: residentes finalizam seus cadastros e preceptores validam atividades diárias, mas cabe aos coordenadores da COREME/COREMU a validação final mensal das informações para fins de pagamento e monitoramento, bem como a responsabilidade institucional pelo tratamento adequado dos dados em cada um desses sistemas. Relatórios gerados por esses sistemas devem ser convertidos em indicadores de desempenho para subsidiar o planejamento estratégico e a tomada de decisão oportuna.

16. Referências Bibliográficas

1. Reuter CLO, Santos VCF, Bottega CG, Roese A. Práticas de monitoramento na gestão municipal em saúde e sua interface com a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp). doi:10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0019.

2. Vasconcelos MIO, Souza FL, Lira GV, Dias MSA, Silva GSN. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. Trab Educ Saude. 2015;13(supl 2):53-77. doi:10.1590/1981-7746-sip00080.

3. Vilasbôas ALQ, Nedel FB, Aquino R, Batista SRR, Almeida APSC, Cury GC, et al. Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. Saude Debate [Internet]. 2024;48(esp 2). Disponível em: https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9249

4. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1981 jul 9.

5. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2005 jul 1.

6. Silva IMR. Avaliação formativa na preceptoria da residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família. Saúde Redes. 2024;10(1):4361. doi:10.18310/2446-4813.2024v10n1.4361.

7. Aguiar AC, organizadora. Residências em saúde no Brasil: uma revisão de escopo. Curitiba: Appris; 2024.

8. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS nº 4, de 1º de abril de 2026. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde e das instituições que os ofertem. Diário Oficial da União. 2026.

9 Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e frequência dos profissionais de saúde residentes. Brasília: Ministério da Educação/Ministério da Saúde; 2014.

10 Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Ministério da Educação/Ministério da Saúde; 2012.

11. Passos PM, Oliveira WL, Silva RS. Residência multiprofissional e formação para o Sistema Único de Saúde: promoção e autonomia do sujeito. Rev SBPH. 2020;23(2):12-32. doi:10.57167/Rev-SBPH.23.110.

12 Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. Brasília: Ministério da Educação; 2015.

13 Gonçalves DP, Cardoso MCLR, Silva TLS, Magalhães TA, Araújo A. Análise do desempenho das Residências Médicas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família segundo os indicadores do PMAQ-AB das equipes da Atenção Primária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):1879. doi:10.5712/rbmfc14(41)1879.

14 Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº 8.995, de 28 de novembro de 2025. Institui a Política Nacional de Residências em Saúde (PNRS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2025.

15 Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1): disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais. Redação dada pela Portaria MTE nº 1.419, de 27 de agosto de 2024, com prazo de adequação definido pela Portaria MTE nº 765, de 15 de maio de 2025. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2025.

16 Brasil. Lei nº 14.457, de 21 de setembro de 2022. Institui o Programa Emprega + Mulheres e estabelece medidas de prevenção e combate ao assédio sexual e a outras formas de violência no âmbito do trabalho. Diário Oficial da União. 2022 set 22.

17 Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União. 2018 ago 15.

18 Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 16, de 30 de setembro de 2022. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica (COREMEs) nas instituições de saúde que oferecem programas de residência médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2022 out 3;Seção 1:55-8.

19 Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Goiás. Manuais para o fortalecimento das residências em saúde. Vol. 1, Abertura de programa de residência médica: suporte aos apoiadores técnicos loco-regionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

20. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília: Ministério da Educação; 2014.

21. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Despacho orientador de 8 de março de 2016: quantitativo de residentes por preceptor. Brasília: Ministério da Educação; 2016.

22. Salvador. Lei Complementar nº 072/2019. Dispõe sobre o Sistema de Controle Interno Integrado - SICOI, reestrutura a Controladoria Geral do Município de Salvador, institui o Programa Integrado de Residências em Saúde e dá outras providências [Internet]. Salvador:

Prefeitura Municipal de Salvador; 2019. Disponível em: https://semge.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/5_LEI_COMP_072-2019.pdf

23. Brasil. Ministério da Educação. Manual SINAR. Vol. 2, Autorização de programa [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/es/residencia-multiprofissional/documentos/pdf/manual-sinar-volume-2-autorizacao-de-programa.pdf

24. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República; 1988.

25. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no art. 5º, XXXIII, no art. 37, § 3º, II, e no art. 216, § 2º, da Constituição Federal (Lei de Acesso à Informação). Diário Oficial da União. 2011 nov 18.

26. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 2015 jul 7.

27. Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999 dez 21.

28. Brasil. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2004 dez 3.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.801, de 28 de novembro de 2024. Institui o Programa de Ações Afirmativas do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

30. Brasil. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Diário Oficial da União. 1999 fev 1.

31. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 3, de 17 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União. 2011 fev 18.

32. Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Gestão de Pessoas e Processos de Saúde. Escola de Saúde Pública de Salvador. Manual do Programa Integrado de Residências em Saúde. Salvador: Escola de Saúde Pública de Salvador; 2025.

33. Brasil. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Diário Oficial da União. 2008 set 10.

34. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

36. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65.

37. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

38. Souza MSF, Toassi RFC. Avaliação 360 graus na residência médica e multiprofissional: um guia para preceptores e residentes [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2024 [citado 2026 Set 15]. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/275477

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual de preceptoria no SUS: orientações para a prática. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

40.Universidade Federal de Santa Maria. TR 02 – Portfólios (Elaboração, Entrega e Avaliação). Santa Maria: UFSM; [s.d.] . Disponível em: https://www.ufsm.br/cursos/pos-graduacao/santa-maria/residenciamulti/tr-02-portfolios-elaboracao-entrega-e-avaliacao-2

41. Brasil. Portaria Interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021. Dispõe sobre o valor mínimo da bolsa de residência em área profissional da saúde e residência médica financiada pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 2021.

42. Franco CAGS, Franco RS, Santos VM, Uiema LA, Mendonça NB, Casanova AP, *et al*. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e Meta-Avaliação. Rev. bras. educ. med. 2015;39(3):433 -41. DOI: 10.1590/1981-52712015v39n3e02832014.

43. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 4, de 1º de novembro de 2023. Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos Médicos Residentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2023 nov 3.

44. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Goiás. Manuais para o fortalecimento das residências em saúde. Vol. 3, Gestão administrativa de programas de residência médica. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

45. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1993.

46. Teixeira CF, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.

47. Luiz FR. Avaliação de programas de residência em medicina de família e comunidade: proposta de matriz avaliativa [dissertação]. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde; 2021. 108 p.

48. Salvador. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria nº 411/2025. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde; 2025.

49. Brasil. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União. 2024 maio 29.

50. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

17. Apêndices/Anexos

APÊNDICE A - FICHA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO – RESIDENTE

Programa: _____

Ano: R1 ( ) / R2 ( ) / R3 ( )

Residente: _____

Preceptor: _____

Período: _____ a _____

Cenário de prática: _____

Instruções: Avalie o desempenho do residente em cada item, utilizando a escala abaixo. Registre evidências observadas e comentários que fundamentem a avaliação.

Escala de Avaliação:

- **1-2: Insatisfatório** – Não demonstra a competência esperada, necessita supervisão intensa
- **3-4: Em desenvolvimento** – Demonstra parcialmente a competência, necessita supervisão regular
- **5-6: Satisfatório** – Demonstra a competência esperada, necessita supervisão eventual
- **7-8: Destaque** – Demonstra a competência de forma excepcional, atua com autonomia e excelência

Competência/Dimensão	Nota	Evidência/Comentário
ASSISTÊNCIA CLÍNICA		
Realiza anamnese e exame físico completo e direcionado		
Elabora hipóteses diagnósticas e plano terapêutico adequados		
Utiliza evidências científicas na prática clínica		
Realiza procedimentos com segurança e técnica adequada		
COMUNICAÇÃO		
Estabelece vínculo e comunicação adequada com usuários e familiares		
Comunica-se de forma clara com equipe e preceptores		
Registra adequadamente em prontuário e documentos		

Competência/Dimensão	Nota	Evidência/Comentário
TRABALHO EM EQUIPE		
Participa ativamente de reuniões e discussões de caso		
Atua de forma colaborativa com outros profissionais		
Contribui para o matriciamento e interconsulta		
ATITUDES E VALORES		
Demonstra postura ética e compromisso com o SUS		
Assume responsabilidades com autonomia progressiva		
Busca aprendizado ativo e reflexão sobre a prática		
Respeita a diversidade e combate discriminações		
COMPROMISSO FORMATIVO		
Cumpre carga horária e atividades previstas		
Participa das atividades teóricas e de educação permanente		
Busca feedback e incorpora sugestões para melhoria		

Autoavaliação do residente (destaques, desafios e metas):

Avaliação do preceptor (pontos fortes e recomendações):

Plano de desenvolvimento (metas para o próximo período):

Assinaturas:

Residente: _____ Data: //_____

Preceptor: _____ Data: //_____

APÊNDICE B - INDICADORES SUGERIDOS PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Dimensão	Indicador	Fonte de Dados	Periodicidade
Estrutura	Proporção residente/preceptor por categoria profissional	Cadastro docente e discente	Anual
	Percentual de cenários com infraestrutura adequada para formação	Avaliação de cenários	Semestral
	Percentual de preceptores com qualificação pedagógica	Currículos e registros de capacitação	Anual
Processo	Cumprimento da carga horária teórica prevista na matriz	Registros acadêmicos	Mensal
	Frequência de feedbacks registrados por residente por período	Prontuário avaliativo	Semestral
	Percentual de rodízios com avaliação de cenário realizada	Registros da coordenação	Anual
Resultado formativo	Taxa de conclusão do programa	Registros acadêmicos	Anual
	Percentual de residentes com desempenho satisfatório em todas as competências	Fichas avaliativas consolidadas	Anual
	Percentual de egressos atuando no SUS	Pesquisa com egressos	Anual
Impacto assistencial	Variação de indicadores de saúde nos territórios com residentes (ex: cobertura pré-natal)	Sistemas de informação (e-SUS, CNES)	Semestral
	Número de novas práticas/protocolos implantados pela residência	Relatórios de gestão	Anual
Satisfação	Índice de satisfação dos residentes com o programa	Pesquisa anual	Anual
	Índice de satisfação dos preceptores com suporte institucional	Pesquisa anual	Anual
	Percentual de usuários satisfeitos com atendimento por residentes	Pesquisa de satisfação	Anual

APÊNDICE C - MODELO DE MATRIZ PARA PLANOS DE MELHORIA

Nó Crítico Identificado	Ação Proposta	Categoria	Responsável	Prazo Final	Acompanhamento/ Evidência

Instruções de preenchimento:

- **Nó Crítico:** Descreva o problema identificado na avaliação, de forma clara e objetiva.
- **Ação Proposta:** Detalhe a intervenção planejada para resolver ou mitigar o problema, utilizando a metodologia SMART.
- **Categoria:** Classifique como Estrutura, Processo ou Resultado.
- **Responsável:** Designe nominalmente a pessoa ou equipe responsável pela execução.
- **Prazo Final:** Estabeleça data para conclusão da ação.
- **Acompanhamento/Evidência:** Defina como será verificado o cumprimento e quais registros comprovarão a realização.

APÊNDICE D

Formulário Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise)

1. Identificação

Campo	**Informação**
Nome do avaliado	
Nível de formação	( ) Internato ( ) Residência ( ) Especialização
Programa/Especialidade	
Nome do avaliador	
Cenário de prática	( ) Ambulatório ( ) Enfermaria ( ) Emergência ( ) UTI ( ) Outro:
Data	
Duração da observação	( ) 10–15 min ( ) 15–20 min ( ) 20–40 min

2. Instruções

O avaliador deve observar **diretamente** o atendimento realizado pelo aluno/residente a um paciente real, sem interrupções. Após a observação, atribua uma nota de **1 a 9** para cada competência, conforme a escala abaixo, e registre comentários descritivos.

Escala de avaliação (Likert de 9 pontos):

Pontuação	**Classificação**	**Interpretação**
1–3	Insatisfatório	Desempenho abaixo do esperado para o nível de formação
4–6	Satisfatório	Desempenho adequado; a nota 4 é limítrofe e sinaliza necessidade de melhoria
7–9	Superior	Desempenho acima do esperado

Fonte: ABIM, conforme descrito na literatura.

3. Competências Avaliadas

3.1. Entrevista / Anamnese

Critério	**Nota (1–9)**	**Comentários**
Coleta de história clínica completa e dirigida		

Critério	Nota (1–9)	Comentários
Uso de perguntas abertas e fechadas de forma adequada		
Escuta ativa e empatia		

3.2. Exame Físico

Critério	Nota (1–9)	Comentários
Técnica correta e sequencial		
Foco nos achados relevantes		
Respeito ao paciente durante o exame		

3.3. Qualidades Humanísticas / Profissionalismo

Critério	Nota (1–9)	Comentários
Respeito, empatia e dignidade com o paciente		
Confidencialidade e ética		
Postura profissional		

3.4. Raciocínio Clínico / Julgamento Clínico

Critério	Nota (1–9)	Comentários
Formulação de hipóteses diagnósticas coerentes		
Solicitação racional de exames complementares		
Proposta terapêutica adequada		

3.5. Comunicação e Aconselhamento

Critério	Nota (1–9)	Comentários
Explicação clara ao paciente sobre diagnóstico e plano		
Orientação sobre tratamento e prevenção		
Verificação da compreensão do paciente		

3.6. Organização e Eficiência

Critério	**Nota (1–9)**	**Comentários**
Gestão do tempo durante o atendimento		
Priorização de tarefas		
Uso adequado de recursos		

4. Avaliação Global

Item	**Nota (1–9)**
Competência clínica geral	
Satisfação do avaliador com o desempenho	
Satisfação do avaliado com a avaliação	

5. Feedback Estruturado

Pontos fortes observados:

Áreas para melhoria:

Plano de ação / Recomendações:

Tempo de feedback: _____ minutos

6. Assinaturas

Avaliador	**Avaliado**
Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:
Data:	Data:

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA- MEC

Relatório de Visita de Avaliação

Data da visita:

Nome da Instituição, Coloque o nome cadastrado no www.siscnrm.mec.gov.br			**Unidade da fed.**
Endereço Completo, com CEP			
Telefone		**FAX**	
E-mail da Instituição			
E-mail da COREME		**Telefone da COREME**	
Nome do Coordenador da COREME			
órgão Mantenedor da Bolsa			

Programas de RM a serem visitados (todos os PRMs a serem visitados devem ser listados)

Nome do PRM	**Motivo da Visita** (marque a opção do motivo informado pela CNRM para visita em cada PRM)						
	Autorização (Credenciamento Provisório)	**Reconhecimento** (Credenciamento)	**Renovação de Reconhecimento** (Recredenciamento)	**Renovação de Reconhecimento + aumento de vagas**	**Aumento de vagas**	**Verificação de Denúncia**	**Adequação ao novo tempo de duração do PRM**

Nome do programa	**N° de vagas já Credenciadas**					**N° de residentes em curso**					**Total de vagas (incluindo as vagas novas solicitadas)**				
	R1	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**	**R1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**

I – Característica Institucional

I.A 1- Natureza da Sede do Programa (considere para as respostas o local sede dos PRMs.

Local	Sim
Hospital Universitário	
Hospital de Ensino	
Hospital Federal	
Hospital Estadual	
Hospital Municipal	
Hospital Privado	
Hospital Filantrópico	
órgão de Secretaria Estadual de Saúde	
órgão de Secretaria Municipal de Saúde	
Outra	
Descreva:	

Nível de complexidade	Sim	Não
Primário		
Secundário		
Terciário		
Região do País	**Sim**	**Não**
Norte		
Nordeste		
Centro-Oeste		
Sudeste		
Sul		

I.A 2 - Relacionamento Acadêmico

Local	Sim
Faculdade de Medicina	
Instituição com Internato Médico	
Instituição já tem PRM(s) autorizado(s) em curso	
Outro	
Descreva	

I.B - Perfil Institucional

			Sim	Não
A instituição possui convênios documentados com outras instituições para realização de atividades da RM?				
Perfil dos Pacientes Atendidos (%)	**Particulares**	**Outros convênios**		**SUS**

I.B1- Indicadores de Qualidade (verifique, por amostragem, a adequação dos seguintes indicadores)

	Sim	Não	NA
- Termo de Consentimento Pós-Informação:			
- Prontuário Médico:			
- Anamnese;			
- Evolução médica - se adequada ao local em avaliação: diária (UTI, enf.); a cada consulta, etc)			
- Descrição Cirúrgica			
- Fichas anestésicas			
- Sumário de Alta			

Existência das Comissões previstas na legislação	Sim	Não
Documentação Médica e Estatística		
Ética		
Ética em Pesquisa		
Contrôle de Infecção Hospitalar		
óbito		
Prontuário		
Destinação de Resíduos		
Vigilância Epidemiológica		
Controle de riscos		
Controle de qualidade		
De prevenção de acidentes		
Outras Cite-as:		

Entrevista com os gestores (direção da Instituição, secretários de saúde)

I.C – COREME

I.C 1 – Administração / Gestão

	Sim	Não
É composta em concordância com a legislação em vigor?		
Possui regimento interno de acordo com as resoluções da CNRM? Anexe documentação comprobatória		
Possui regulamento de acordo com as resoluções da CNRM? Anexe documentação comprobatória (Muitas vezes está incluído no regimento)		
Reúne-se regularmente e de forma devidamente comprovada? apresente ao visitador atas das reuniões do ultimo semestre.		
Funciona como órgão da formação/ensino, opinando sobre oferecimento de novos PRM, analisando e definindo o número de vagas a ser oferecido no edital? Analisar atas		
Funciona como órgão colegiado onde são discutidos assuntos/problemas relativos aos PRM e aos médicos residentes? Analisar atas		
Funciona como órgão da formação/ensino, responsável pela avaliação periódica do(s) programa(s) e do desempenho dos médicos residentes? Apresente ao visitador as fichas de avaliação dos residentes.		
Realiza auto-avaliação dos(s) PRM(s) pelo médico residente? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.		
Oferece apoio psico-pedagógico aos MRs?		
Existe uma política de capacitação permanente e de educação continuada para preceptores e supervisores, regulamentada e efetivamente praticada? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.		
Existe suporte técnico e mecanismos institucionais de apoio para a participação em eventos técnico-científicos e/ou apoio à produção científica? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador.		
Existe apoio psicológico para preceptores e supervisores?		

I.C 2 – Do Processo Seletivo

Normas no processo seletivo	Sim	Não
O processo seletivo de admissão de MRs cumpre as normas da CNRM? Apresente o edital ao visitador para avaliação		

Visitador – em sua análise não deixe de verificar no edital:			
-Critérios para pontuação:	100 – 90/10 Conforme resolução CNRM		
	50/40/10 Conforme resolução CNRM		
	Outro - descreva		
-A prova para PRM com acesso direto apresenta o mesmo número de questões relativas ao conteúdo de cada uma das cinco áreas básicas?			
-A prova para PRM com pré-requisito apresenta o mesmo número de questões relativas ao conteúdo de cada uma das especialidades aceitas como pré-requisito?			
-O direito ao recurso está garantido?			

O Processo Seletivo é composto por:	**Sim (cite a pontuação)**	**Não**
Prova discursiva de conhecimentos		
Prova teste de Múltipla Escolha		
Prova Multimídia		
Avaliação Clínica Estruturada e Objetiva Paciente Simulado		
Análise de Currículo (critérios padronizados)		

I.C 3 – Coordenador da COREME

Dados pessoais e profissionais		
Nome Completo:		
CPF		
Especialidade Médica Principal:		
	Sim - especifique	**Não**
Mestrado		
Doutorado		
Livre docente		
Pós-graduação em curso		

Número de horas semanais, dentro de sua jornada normal de trabalho, disponibilizada pela instituição especificamente para exercer as atividades da COREME
Possui Capacitação em Preceptoria ou algum curso na área da educação? No caso de resposta afirmativa, descreva o número de horas de capacitação, se essa foi presencial ou à distância e a obtenção ou não de certificado.
Possui substituto em caso de falta eventual?_____Nome:

Entrevista com o coordenador e membros da COREME

I.D - Comentários do avaliador sobre as características institucionais. Destaque particularmente os eventuais pontos negativos e sugestões para melhoria

Pontos positivos
Pontos negativos

II - Sobre as Equipes

II. A - Organização das Equipes

	Sim	Não
O Chefe do Serviço Especializado é também o supervisor do programa?		
Há critérios definidos para a escolha/seleção dos preceptores? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador		
Há critérios definidos para a escolha/seleção do supervisor do Programa, de acordo com as normas nacionais? No caso de resposta afirmativa apresente documentação comprobatória ao avaliador		

III - Infraestrutura e sua utilização

III. A - Facilitação da atuação dos Serviços/Clientela

	Sim	Não
Existência de sinalização institucional adequada?		
Os profissionais de saúde são devidamente identificados?		

Possui equipamentos de proteção individuais adequados e que sejam efetivamente utilizados?		
A infra-estrutura física permite qualidade no atendimento ao usuário?		
A instituição possui serviços de apoio diagnóstico e de tratamento para as condições clínicas prevalentes na população?		
Os usuários com necessidades especiais recebem tratamento adequado por meio de instalações físicas e equipamentos?		
A instituição possui mecanismos para ouvir e aferir a satisfação da população atendida?		

III. B - Análise Geral das Instalações

Unidades de internação	Sim	Não	NA
Adequadas no que se refere à organização e funcionalidade?			
Adequadas no que se refere ao espaço físico, limpeza e higiene?			
O número de leitos é adequado ao número de PRMs, Residentes e Internos que a utilizam?			

Centro Cirúrgico	Sim	Não	NA
Possui sala de recuperação pós-anestésica?			
Quantidade de salas é adequada ao número de PRM cirúrgicos desenvolvidos e residentes em curso?			
O espaço é adequado no que se refere ao espaço físico, limpeza e higiene?			
Os equipamentos são adequados ao funcionamento dos serviços?			
Possui local para Cirurgia Ambulatorial?			
Descreva o quantitativo (absoluto e percentual) de cirurgias por porte da instituição nos últimos seis meses ou escolha a opção não se aplica Apresente ao visitador documentação comprobatória, conforme tabela SUS	**Pequeno** **Médio** **Grande**		

Centro Obstétrico	Sim	Não	NA
Possui sala de recuperação pós-anestésica?			

Quantidade de salas é adequada ao número PRMs e de residentes em curso?			
Os equipamentos são adequados ao funcionamento dos serviços?			
Possui sala de PPP (pré-parto / parto / puerpério)? Quantos Leitos _____			
O pré-parto é individualizado e permite o acompanhamento de familiar?			
Possui sala de parto normal? Quantas: _____			
Possui sala de cesariana? Quantas_____			
Possui local e recursos humanos apropriados para recepção de recém-nascidos?			

Ambulatório	Sim	Não	NA
Possui salas com equipamentos básicos (balança, antropômetro, esfignomanômetro fita métrica, outros)?			
A quantidade de salas é adequada ao número de PRM desenvolvidos e residentes em curso?			
Possui salas climatizadas de acordo com as necessidades do local visitado?			

UTI	
Número de leitos	
Nível de classificação da UTI, de acordo com a norma do Ministério da Saúde	
Número de atendimentos nos últimos seis meses (apresente documentação comprobatória ao avaliador)	
Número de leitos para isolamento	
Taxa de ocupação média dos leitos	
Taxa de mortalidade	

Pronto Socorro	Sim	Não	NA
Funciona na própria Instituição			
Conveniado com outra instituição. - Apresente ao visitador documentação comprobatória do convênio			
Número de leitos			

Número de atendimentos nos últimos seis meses (apresente documentação comprobatória ao avaliador)			
Possui salas com equipamentos básicos em número e condições adequadas de uso (balança, esfignomanômetro etc.)?			
Possui sala devidamente equipada para ressuscitação cárdio-respiratória (SALA VERMELHA)?			
Possui ambiente climatizado de acordo com as necessidades locais?			

Serviço de Arquivo Médico	**Sim**	**Não**
O Serviço de Arquivo Médico está informatizado?		
O prontuário médico é eletrônico/digital?		
A prescrição é eletrônica?		

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico			
Laboratório	**Local onde é realizado** (próprio ou terceirizado)	**Disponível 24 horas?** (Sim ou Não)	**Número estimado de exames nos últimos 6 meses**
Laboratório: hematologia			
Laboratório: bioquímica			
Laboratório: sorologia			
Laboratório: microbiologia			
Diagnóstico por Imagem	**Local onde é realizado** (próprio ou terceirizado)	**Disponível 24 horas?** (Sim ou Não)	**Número estimado de exames nos últimos 6 meses**
Radiologia convencional			
Radiologia intervencionista			
Tomografia computadorizada			
Ecocardiograma			
Ultra-sonografia			
Ressonância Magnética			

Diagnóstico por Imagem	**Local onde é realizado** (próprio ou terceirizado)	**Disponível 24 horas?** (Sim ou Não)	**Número estimado de exames nos últimos 6 meses**
Exames de Medicina Nuclear			
Anatomia Patológica	**Local onde é realizado** (próprio ou terceirizado)	**Disponível 24 horas?** (Sim ou Não)	**Número estimado de exames nos últimos 6 meses**
Exames anátomo-patológicos			
Biópsia de congelação			
Necrópsia			
Transfusão de Sangue	**Local onde é realizado** (próprio ou terceirizado)	**Disponível 24 horas?** (Sim ou Não)	**Número estimado de procedimentos nos últimos 6 meses**
Banco de Sangue			
Agencia Transfusional			

Documentação Fotográfica	**Sim**	**Não**	**NA**
Possui sistema de coleta de imagens (câmara digital, captura de vídeo)?			
Possui sistema de armazenamento, catalogação e facilidade na utilização das imagens?			

Instalações para desenvolvimento de Ensino

Alojamento para Residência	**Sim**	**Não**	**NA**
Possui alojamento para os médicos residentes em condições adequadas?			

Biblioteca	**Sim**	**Não**	**NA**
Instalações adequadas?			
Acesso à rede mundial de computadores para consulta científica?			
Acervo adequado e de qualidade?			

Possui acesso facilitado a uma biblioteca médica?			

Espaços de Aprendizagem	Sim	Não	NA
Possui salas de aula ou locais similares adequados ao número de PRM e Residentes?			
A instituição possui auditório adequado e que seja disponível?			
Possui acesso (disponibilidade) fácil a aparelhos de multimídia?			

III.C- Comentários <u>do avaliador</u> sobre a infra-estrutura e sua utilização, destacando os pontos negativos e sugestões de melhoria

Infra-estrutura geral	Infra-estrutura para ensino

PARECER FINAL:

ATENÇÃO INSTITUIÇÃO:

- ENTREGAR RELATÓRIO DE **PRODUÇÃO DOS ÚLTIMOS SEIS MESES** (número de internações, atendimentos nos diferentes setores, procedimentos realizados – partos, cesáreas, cirurgias). Esse material deverá também estar disponível durante a visita.
- ENTREGAR RELATÓRIO DE **INDICADORES DOS ÚLTIMOS SEIS MESES** (taxa de ocupação de leitos, média de permanência, taxa de infecção hospitalar, mortalidade). Esse material deverá também estar disponível durante a visita

<u>VISITADOR(A)</u>

NOME: **Nº CRM/UF:**

ASSINATURA

_____, _____de_____ de _____
(cidade -UF)

ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

Processo: *inserir número do processo*			**Data da avaliação:**		
Instituição Proponente:				**UF:**	
Nome do programa:					
Tipo de Programa: Multiprofissional ( ) ou Uniprofissional ( )					
Área de concentração: *ver orientação no manual*					
Número de vagas:					
Categorias profissionais:					
	N Vagas		**N Vagas**		**N Vagas**
Biomedicina		**Física Médica**		**Odontologia**	
Ciências Biológicas		**Fisioterapia**		**Psicologia**	
Educação Física		**Fonoaudiologia**		**Saúde Coletiva**	
Enfermagem		**Medicina Veterinária**		**Serviço Social**	
Farmácia		**Nutrição**		**Terapia Ocupacional**	

Apresentação das informações conforme a Resolução CNRMS nº 7 de 2014, Art. 13

I – A apresentação do programa contém:	**Sim**	**Não**
Justificativa		
Objetivo geral e específico		
Diretrizes pedagógicas		
Categorias profissionais contempladas		
Número de vagas		

II – O projeto pedagógico do programa contempla:	**Sim**	**Não**
Proposta de matriz curricular, contendo cada atividade, por tipo e categoria profissional, com respectiva ementa, metodologia, carga horária e cenário de prática, por ano de residência		
Relação do corpo docente assistencial alocado para o programa		
Infraestrutura física		
Indicação da fonte de financiamento das bolsas de residência*		
Processo seletivo		
Descrição da Metodologia de Avaliação do Residente		
Descrição da Metodologia de Avaliação do Programa		
Perfil do egresso		

*A ausência desse critério, no processo de autorização de funcionamento do programa, não implica no indeferimento da autorização. Entretanto, é critério obrigatório no processo de reconhecimento do programa.

DIMENSÃO 01: ORGANIZAÇÃO DIDÁTICO-PEDAGóGICA

Perfil do egresso

Perfil Geral	**Sim**	**Não**	**Parcialmente**
O perfil geral dos egressos da área de concentração do programa está definido?			
Estão definidas as competências profissionais comuns a todas as categorias profissionais?			
Perfil Específico*	**Sim**	**Não**	**Parcialmente**
O perfil específico dos egressos está definido por categoria profissional?			
Há indicação das competências profissionais de cada categoria profissional?			
Observações (opcional)**:**			
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado			
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**			

* Se a área de concentração for voltada às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados (gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, saúde coletiva, entre outras) pode não haver perfil de egresso específico por categoria profissional.

Apresentação do programa de residência

Justificativa da necessidade do programa na região

	Sim	**Não**	**Parcialmente**
A justificativa apresenta elementos que demonstram integração do programa com as políticas prioritárias do Sistema de Saúde local?			
A justificativa apresenta elementos que demonstram que o programa contribui para a qualificação das redes de atenção à saúde?			
Observações (opcional)**:**			
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado			
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**			

Objetivos do Programa

	Sim	**Não**	**Parcialmente**
Os objetivos (geral e específicos) do programa estão definidos?			
Os objetivos do programa indicam os compromissos institucionais em relação ao ensino, à pesquisa, à extensão e ao perfil dos egressos?			

Observações (opcional)**:**
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**

Diretrizes pedagógicas (Metodologia de ensino)

	Sim	**Não**	**Parcialmente**
A metodologia definida para o desenvolvimento das atividades do programa explicita como serão desenvolvidos os núcleos e campos comuns de competência das diferentes categorias profissionais na área de concentração envolvidas, propiciando a interdisciplinaridade e o desenvolvimento do trabalho em equipe?			
A metodologia definida para o desenvolvimento das atividades do programa explicita como serão desenvolvidas as competências específicas de cada núcleo profissional, de forma a especializar o residente em sua área de conhecimento e atuação e a manter sua identidade profissional?			
Observações (opcional)**:**			
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado			
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**			

Matriz curricular

Matriz curricular

Organização didático-pedagógica (eixo transversal)	**Sim**	**Não**	**Parcialmente**
A organização didático-pedagógica da matriz curricular do programa apresenta coerência com o perfil geral dos egressos?			
O dimensionamento da carga horária contempla atividades na comunidade e nos serviços de saúde do SUS?			
Organização didático-pedagógica (eixo específico)	**Sim**	**Não**	**Parcialmente**
A organização didático-pedagógica da matriz curricular do eixo específico por categoria profissional apresenta coerência com o perfil específico dos egressos das áreas profissionais? (especificar a categoria profissional no campo “Observações” em caso negativo)			
O dimensionamento da carga horária contempla atividades na comunidade, nos serviços do SUS? (especificar a categoria profissional no campo “Observações” em caso negativo)			
Observações (opcional)**:**			
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado			
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**			

Metodologia de avaliação dos residentes

	Sim	Não	Parcialmente
O processo de avaliação dos residentes é um processo contínuo, desde o início até o final do Programa?			
A avaliação é formativa e focada em competências, conhecimentos, habilidades e atitudes?			
O processo avaliativo inclui autoavaliação do residente?			
O processo avaliativo contempla o desenvolvimento de Trabalho de Conclusão de Residência?			
Observações (opcional)**:**			
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado			
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**			

Carga horária

	Sim	Não
A carga horária das atividades práticas e teórico-práticas totaliza 80% da carga horária total do programa (4.608 horas para programas com 2 anos de duração e 6.912 para programas com 3 anos de duração), para cada categoria profissional do programa?		
A carga horária das atividades teóricas totaliza 20% da carga horária total do programa (1.152 horas para programas com 2 anos de duração e 1.728 para programas com 3 anos de duração), para cada categoria profissional do programa?		
Observações (opcional)**:**		
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado		
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**		

Cenários de prática

O projeto e a dinâmica de funcionamento do programa apresentam elementos que demonstram integração com:	Sim	Não
Linhas de cuidado		
Região de Saúde		
Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)		
Redes Estratégicas de Atenção à Saúde		
Observações (opcional)**:**		
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado		
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**		

DIMENSÃO 02: CORPO DOCENTE-ASSISTENCIAL

Corpo docente assistencial

Composição do Corpo Docente Assistencial Estruturante (NDAE)

O Corpo Docente Assistencial tem representação dos seguintes segmentos?	**Sim**	**Não**
Coordenador(a) do Programa		
Preceptores		
Tutores		
Docentes		
Observações (opcional)**:**		
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado		
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**		

Perfil do(a) Coordenador(a) do Programa	**Sim**	**Não**
O Coordenador de Programa possui experiência mínima de 3 anos?		
O Coordenador de Programa possui pós-graduação stricto sensu (mestrado ou doutorado)?		
Observações (opcional)**:**		
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado		
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**		

Perfil do(a) Tutor(a) do Programa	**Sim**	**Não**
Todos os tutores possuem experiência mínima de 3 anos? *		
Todos os tutores possuem, no mínimo, pós-graduação stricto sensu (mestrado ou doutorado)? *		
Observações (opcional)**:**		
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado		
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**		

*De acordo com a Resolução CNRMS nº 02, de 13 de abril de 2012, a função de tutor é estruturada, **preferencialmente**, nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo. E, para o exercício da tutoria é necessário formação mínima de mestre e experiência mínima de 3 anos.

Perfil do(a) Preceptor(a) do Programa	**Sim**	**Não**
Todos os preceptores são das mesmas categorias profissionais que constituem o programa?		
Todos os preceptores possuem, no mínimo, pós-graduação lato sensu (especialização ou residência)?		
Observações (opcional)**:**		
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado		

Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**

* De acordo com a Resolução CNRMS nº 02, de 13 de abril de 2012, para o exercício da preceptoria é necessário a formação mínima de especialista.

Relação entre número de residentes e preceptores

Categoria Profissional	**Nº Residentes***	**Nº Preceptores****
Biomedicina		
Ciências Biológicas		
Educação Física		
Enfermagem		
Farmácia		
Física Médica		
Fisioterapia		
Fonoaudiologia		
Medicina Veterinária		
Nutrição		
Odontologia		
Psicologia		
Saúde Coletiva		
Serviço Social		
Terapia Ocupacional		
Observações (opcional)**:**		
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado		
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**		

*Preencher somente as categorias profissionais que integram o programa.

**De acordo com o Manual de Avaliação, considera-se adequado 1 preceptor, com carga horária de 40 horas semanais, para cada 5 residentes.

DIMENSÃO 3: INSTALAÇÕES FÍSICAS

Infraestrutura física

	Sim	**Não**	**Parcialmente**
O programa disponibiliza salas de aula equipadas, com espaço e disponibilidade adequados para atendimento de suas finalidades?			
O programa disponibiliza sala de informática?			
O programa disponibiliza locais apropriados para estudos, reuniões e convivência dos residentes?			
O programa disponibiliza locais de repouso para todos seus residentes? (somente para programas em regime de plantão)			
O programa disponibiliza biblioteca?			
O programa oferta acesso a periódicos especializados, indexados e correntes (Portais Capes e Saúde Baseada em Evidências por exemplo)?			

Observações (opcional)**:**
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**

Financiamento de bolsas de residência*

	Sim	**Não**	**Parcialmente**
Indica a fonte de financiamento das bolsas de residência para todas as categorias profissionais do programa?			
O financiamento das bolsas de residência está aprovado?			
Observações (opcional)**:**			
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado			
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**			

*Critério dispensável na avaliação do processo de autorização de funcionamento do programa. Entretanto, é critério obrigatório na avaliação do processo de reconhecimento do programa.

Autoavaliação e avaliação discente

Metodologia de avaliação do Programa

	Sim	**Não**	**Parcialmente**
O programa é avaliado periodicamente?			
O programa é avaliado por todos os integrantes do corpo docente assistencial (preceptores, tutores, docentes e coordenador do programa)			
O programa é avaliado pelo corpo discente?			
O programa é avaliado pelos egressos?			
Foram definidos indicadores de avaliação de qualidade do programa?			
Observações (opcional)**:**			
Conceito: ( ) Adequado ( ) Parcialmente Adequado ( ) Inadequado			
Justificativa (obrigatória para Parcialmente Adequado e Inadequado)**:**			

CONCLUSÃO DA RELATORIA – CNRMS

Após avaliação da documentação, a relatoria se manifestou da seguinte forma:

( ) Opção 1: Deferimento à autorização de funcionamento de Programa

( ) Opção 2: Indeferimento à autorização de funcionamento de Programa devido aos seguintes motivos: (*justificar porque a autorização de funcionamento do programa foi indeferida sem possibilidades de ajustes*)

( ) Opção 3: Indeferimento com recomendações* à autorização de funcionamento de Programa (*Numerar e descrever as recomendações*)

Cidade, XX de XXXXXX de 2024

Nome do relator

ESPS

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SALVADOR

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SALVADOR (ESPS)

Rua Miguel Calmon, 75 - Comércio, Salvador-BA

(71) 3202-1284

esps@salvador.ba.gov.br

esps.saude.salvador.ba.gov.br

Secretaria da Saúde

SALVADOR PREFEITURA