

Residência médica em rede em pediatria e ginecologia/obstetrícia: a experiência do Ceará

Health System Integrated Residency in Pediatrics and Obstetrics/Gynecology

Alcileia Leite de Carvalho^{1,2} 

alcilea.l.carvalho@gmail.com

Daniela Chiesa¹ 

danic2305@gmail.com

Silvia de Melo Cunha² 

silviamelo@gmail.com

Rivianny Arrais Nobre^{2,3,4} 

rivianny@gmail.com

Enairton Vinicius da Silva Rocha⁴ 

enairton2@gmail.com

Liduina de Albuquerque Rocha e Sousa⁴ 

lidurochasousa@gmail.com

Olivia Andrea Alencar Costa Bessa^{2,5} 

oliviabessa@gmail.com

Luciano Pamplona de Gois Cavalcante^{3,5} 

pamplona.luciano@gmail.com

RESUMO

Introdução: A residência médica (RM) é um modelo eficaz de formação e reestruturação da prática nos serviços de saúde. Diante da ampliação e qualificação – aspectos imprescindíveis – da rede de atenção, surgiu a necessidade da ampliação na formação de profissionais. Nas instituições implicadas no processo de ensino-aprendizagem, há, em sua grande maioria, cenários de prática em utilização máxima de sua capacidade. Assim, ampliar a oferta de vagas de residência passa pela identificação de novos ambientes de aprendizagem na rede assistencial, incluindo as atenções primária, secundária e terciária. O objetivo do estudo foi relatar a experiência da RM em rede em pediatria e ginecologia/obstetrícia no Ceará.

Relato de experiência: A primeira etapa do processo foi conhecer os diversos serviços da rede de atenção e identificar aqueles que potencialmente ofertavam infraestrutura de equipamentos, insumos e pessoal. Em seguida, verificaram-se a sensibilização dos profissionais e a posterior capacitação dos preceptores. Os cenários de prática incluíram diferentes serviços, com ênfase nas atenções primária e secundária, onde não existia programa de residência médica (PRM). Os programas iniciaram em 2012 e atualmente ofertam 14 vagas em pediatria e 16 vagas em ginecologia, tendo formado 105 pediatras e 98 ginecologistas/obstetras.

Discussão: Quebraram-se paradigmas quando os residentes passaram a rodar nos novos cenários construídos onde antes não havia RM. Um desafio consistiu em integrar os residentes que realizaram rodízios nesses diversos serviços, e uma solução foi a presença de dispositivos educacionais que assegurassem a coordenação do processo formativo e atendimento das normativas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Conclusão: Considerou-se a experiência exitosa, que foi implantada após superar adversidades iniciais relativas à sensibilização de gestores e preceptores e culminou com reestruturação e maior envolvimento do corpo clínico nos serviços que acolheram esses PRM. Por meio da oferta de uma formação integrada, oportunizou-se aos futuros especialistas uma visão mais ampla do sistema de saúde e do mercado de trabalho.

Palavras-chave: Residência Médica; Pediatria; Ginecologia/Obstetrícia; Rede de Cuidados Continuados de Saúde; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency is an effective model for both training professionals and reshaping healthcare practices. With the necessary expansion and improvement of the healthcare network, there has been a growing need to train more professionals. Most institutions involved in the teaching and learning process are already operating at full capacity within their practice settings. As a result, increasing the number of residency positions requires identifying new learning environments across the healthcare network, including primary, secondary, and tertiary care. The aim is to share the experience of implementing an Integrated Medical Residency Program in Pediatrics and Obstetrics/Gynecology.

Experience Report: The initial phase involved mapping out the various services within the healthcare system to identify those with the infrastructure, equipment, supplies, and staff needed to support a residency program. This was followed by engaging healthcare professionals and training preceptors. The practice settings included a range of services, with a special focus on primary and secondary care, areas where residency programs had not previously existed. The programs were launched in 2012 and currently offer 14 positions in Pediatrics and 16 positions in Obstetrics/Gynecology, having already graduated 105 Pediatricians and 98 Obstetrician/Gynecologist.

Discussion: We challenged existing norms by placing residents in newly created practice settings where medical residency programs had never been offered before. One of the main challenges was ensuring the integration of residents rotating through these diverse services. To address this, we implemented educational strategies to coordinate the training process and ensure compliance with CNRM regulations.

Conclusion: This experience is considered successful, having overcome initial obstacles related to engaging both managers and preceptors. It resulted in the restructuring of services and greater involvement of clinical staff in the programs, ultimately providing integrated training and offering future specialists a broader perspective on the healthcare system.

Keywords: Medical Residency; Pediatrics; Obstetrics/Gynecology; Continuing Health Care Network; Medical Education.

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará, Hospital Universitário do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

² Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁵ Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz. | Editor associado: Jorge Guedes.

Recebido em 30/10/25; Aceito em 27/02/26. | Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A residência médica (RM) é uma modalidade de pós-graduação desenvolvida mediante treinamento supervisionado em serviço e reconhecida como o padrão ouro para a formação de médicos especialistas^{1,2}. Constitui-se em um pilar fundamental para a qualidade dos sistemas de saúde por meio da aquisição de competências profissionais e do desenvolvimento de autonomia profissional progressiva. No Brasil, um dos princípios da RM é formar especialistas alinhados aos princípios e às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) e na integração dos níveis de atenção à saúde e ao cuidado³. Tradicionalmente, os programas de residência médica (PRM) são ofertados por serviços isolados, geralmente hospitais gerais ou especializados, em cenários de prática majoritariamente centrados em uma única instituição ou com poucos rodízios externos a ela^{2,3}. A excelência e a padronização dessa formação são balizadas pelas diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que define a matriz de competências e os requisitos mínimos para cada especialidade³⁻⁵. A RM em rede, modalidade ainda pouco difundida no Brasil, surge como uma estratégia para transpor o modelo tradicional de treinamento, visando a uma inserção qualificada dos médicos residentes em diferentes cenários do sistema de saúde. Essa modalidade se baseou em iniciativas como a Portaria nº 1.248/2013, do Ministério da Saúde, que instituiu a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com foco no incentivo à formação de especialistas via RM em áreas estratégicas do SUS⁶. A RM em rede foi concebida para contemplar as demandas das linhas de cuidado e dos serviços que compõem as redes temáticas prioritárias do SUS, promovendo uma compreensão ampliada do sistema⁷. A RM em Rede transcende a mera descentralização de cenários de prática, estruturando-se como uma rede de aprendizagens no SUS, e contempla um novo modelo pedagógico, pautado pela integração ensino-serviço e pelo sinergismo entre as ações da instituição formadora e as necessidades assistenciais da gestão municipal ou estadual⁷. Um modelo desse formato é o Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, demonstrando que essa abordagem possibilita a formação de especialistas em larga escala, em parceria com a implantação e o fortalecimento de serviços na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸. A Universidade Federal da Paraíba (UFPB) oferta um PRM em medicina de família e comunidade em parceria com a Secretaria de Saúde de João Pessoa, estruturado em rede⁸. A efetividade desse modelo de formação está diretamente ligada à aquisição de um perfil de competências gerais, além das definidas na matriz de competências da especialidade, pois exige do residente, além das habilidades clínicas e específicas

do PRM, outras competências, como gestão do trânsito entre diferentes serviços, trabalho em equipe, adaptabilidade e funcionamento do SUS⁷. Para isso, a preceptoría assume um papel central, configurando-se como a principal estratégia de ensino-aprendizagem em serviço e requerendo dispositivos de cogestão entre a instituição promotora do PRM, os serviços onde o treinamento ocorre e os gestores de saúde⁷.

Embora represente um avanço na formação profissional e na organização ensino-serviço no SUS, a RM em rede enfrenta desafios significativos. A necessidade de regulamentação e de padronização das matrizes curriculares, o desenvolvimento contínuo de preceptores, a superação das barreiras das peculiaridades dos serviços e a coordenação de cenários de prática distintos são elementos fundamentais para a consolidação e garantia da qualidade dessa modalidade formativa⁷. Poucas iniciativas dessa modalidade de estruturação de PRM são descritas na literatura, e as duas experiências encontradas são de PRM em medicina de família e comunidade⁸. Outras especialidades seguem ofertando PRM no formato tradicional, centrados em uma única instituição hospitalar ou serviço de saúde³⁻⁵. A maioria dos programas de RM em pediatria e ginecologia/obstetrícia segue o modelo tradicional de formação, centrado no hospital^{4,5}. As matrizes de competência dessas duas especialidades cobrem o ciclo materno-infantil e a saúde da criança, adolescente e da mulher, e compartilham fundamentos estruturais e pedagógicos essenciais, ditados pelas resoluções normativas da CNRM³⁻⁵. Ambas as especialidades possuem três anos de formação e são classificadas como de acesso direto^{4,5}. Há um claro alinhamento dos dois PRM com os preceitos do SUS, valorizando a promoção da saúde, prevenção de doenças e a compreensão dos diferentes níveis de atenção^{4,5}. Ambas as matrizes destacam a necessidade do desenvolvimento habilidades não clínicas, como a valorização do trabalho em equipe multidisciplinar, e contemplam uma base curricular comum que prioriza a saúde integral e a atenção primária, reforçando o papel dessas especialidades na consolidação das linhas de cuidado no SUS^{4,5}. Para exemplificar uma iniciativa inovadora sobre RM em rede, este relato aborda a experiência de 13 anos da RM em rede nas áreas de pediatria e ginecologia e obstetrícia, no Ceará, passando pelos desafios da implantação e pelo percurso de consolidação de um modelo inovador na formação de especialistas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

As RM em ginecologia/obstetrícia e pediatria são modelos eficazes de formação, mas, como tradicionalmente são desenvolvidas em unidades de alta complexidade, não têm respondido à necessidade de reestruturação da prática

nos serviços de saúde e de formação de especialistas para que possam atuar nos diversos cenários de atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente³⁻⁵. Portanto, a justificativa para o planejamento e a construção dos PRM em rede vem da possibilidade de ampliação do entendimento dos médicos especialistas ante a falta de resposta aos desafios de lidar com as questões emergentes do SUS, como garantia de acesso equânime e oportuno, uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, e prática centrada no paciente. A orientação do currículo da RM para o sistema de saúde possibilita melhor entendimento do contexto locorregional, tornando a prática profissional mais assertiva e eficiente. Existe dificuldade de recrutamento de especialistas nas atenções básica e secundária, em especial no interior do estado. Diante da estratégia de ampliação da rede de atenção no Ceará, com a construção de policlínicas e hospitais regionais em todas as macrorregiões do estado, emergiu a necessidade de formação de novos profissionais, de modo a qualificá-los para atuar na atenção primária, nas policlínicas e nos hospitais regionais considerando o cenário contemporâneo da saúde. Nas instituições implicadas no processo de ensino-aprendizagem, havia, em sua grande maioria, cenários de prática em utilização máxima de sua capacidade. Assim, ampliar a oferta de vagas de RM passa pela construção de novos ambientes clínicos facilitadores do processo de aquisição de competências. Então, foi proposto que a formação ocorresse em vários pontos da rede assistencial, incluindo as atenções primária, secundária e terciária.

A implantação do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) em Fortaleza propiciou um cenário favorável à oferta desse modelo de formação. O SMSE tem como ideia-força transformar toda a rede de serviços de saúde em espaço de educação contextualizada e educação profissional⁹. Além disso, criou-se, em 2009, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), por meio de portaria interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, constituindo assim um cenário favorável para ampliação de vagas de RM no estado⁹. Posteriormente, a Portaria nº 1.248/2013 institui a Estratégia de Qualificação das RAS por meio do incentivo à formação de especialistas na RM em áreas estratégicas do SUS, o que também contribuiu para a implantação das residências em rede⁶.

Em 2012, Fortaleza contava com três PRM em pediatria e de ginecologia/obstetrícia, todos ofertados em hospitais públicos estaduais e federal. Assim, no momento de construção do projeto pedagógico das residências em rede, os hospitais municipais e as unidades básicas foram convidados para integrar a rede formativa. A construção pedagógica ocorreu por meio de uma parceria entre a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS-Fortaleza).

A primeira etapa do processo foi conhecer os diversos serviços da rede de atenção em Fortaleza e identificar aqueles que potencialmente ofereciam infraestrutura de equipamentos, insumos e pessoal compatíveis com a oferta de um PRM. Em seguida, houve a sensibilização dos profissionais e posterior oferta de três cursos de capacitação para preceptores, visto que a equipe de pediatras e ginecologista/obstetras identificada como potencial preceptor, na sua maioria, não possuía formação para o ensino. À proporção que o projeto era apresentado nas unidades, procurou-se envolver a equipe multiprofissional delas, visto que o trabalho em saúde é coletivo. O desenho das matrizes curriculares dos programas seguiu a Resolução da CNRM nº 2/2006³. Os pedidos de credenciamento da RM em Rede em pediatria e ginecologia/obstetrícia foram submetidos à CNRM e autorizados em 2012, resultando em expansão responsável do número de vagas de residência, pois houve um cuidadoso planejamento em relação aos cenários, identificando locais que ainda não ofertavam espaço para RM. Credenciaram-se 12 vagas de pediatria e sete de ginecologia/obstetrícia. As bolsas são custeadas com recursos do Pró-Residência¹⁰ desde a implantação. Para a implantação, os cenários foram previamente visitados, e estabeleceram-se as pactuações com os trabalhadores e gestores. Nem todos os trabalhadores se mostraram inicialmente receptivos para orientar residentes em campo de prática, o que foi gradualmente sendo modificado após os processos de mudança que a residência disparou nos serviços que são campo de prática. A oferta de uma formação docente para preceptores também foi essencial.

Três hospitais secundários, um terciário, um ambulatório especializado (atenção secundária) vinculado à Universidade de Fortaleza (Unifor) e duas unidades de APS foram selecionados como campos para a RM em pediatria, com a oferta de oito vagas no ano de implantação, em 2012. Ressalte-se que a unidade terciária já recebia residentes em pediatria de forma esporádica. Na RM em ginecologia/obstetrícia, duas vagas foram ofertadas no ano de implantação, em 2012, pois o credenciamento provisório ocorreu em abril, após a conclusão do processo seletivo dos demais PRM, e os R1 ingressaram em maio de 2012. No primeiro ano de funcionamento, o PRM concentrou-se na maior parte dos meses em uma maternidade municipal secundária e em um ambulatório secundário conveniado, sendo desenvolvido nos demais cenários a partir do R2, com ênfase nos espaços de prática dos níveis primário e secundário de atenção, onde não existia residência. O rodízio em unidades de alta complexidade foi instituído em serviços que já dispunham de programas próprios. A avaliação dos espaços de prática se faz em encontros com a supervisão dos PRM e análise de logbooks. O acompanhamento dos residentes é realizado com atividade semanal conjunta com todos os residentes (R1,

R2 e R3) específica de cada PRM em rede, atividades de tutoria (pediatria) e mentoria (ginecologia/obstetrícia). O sistema de avaliação é composto de prova teórica trimestral e avaliação mensal estruturada, em que se utilizam instrumentos próprios desenvolvidos pelos supervisores e preceptores dos PRM. Esses instrumentos são compostos de escore global e avaliação de habilidades clínicas, procedurais e atitudes, aplicados pelos preceptores vinculados aos PRM.

O PRM em pediatria tinha duração de dois anos, e o PRM em ginecologia/obstetrícia, três anos. A primeira turma de residentes em pediatria terminou a formação em 2014 (de março de 2012 a fevereiro de 2014), e a de ginecologia/obstetrícia, em 2015 (de maio de 2012 a abril de 2015). Em 2019, o PRM em pediatria passou a ter a duração de três anos, conforme a Resolução CNRM nº 1/2016⁴, não havendo concludentes em 2021, por mudança na duração do PRM. Até 2025, 11 turmas de cada PRM concluíram a residência, totalizando 105 pediatras (de 106 vagas ofertadas) e 98 ginecologistas/obstetras (de cem vagas ofertadas). Atualmente, em Fortaleza, o PRM em pediatria oferta dez vagas de R1 e conta com 30 residentes em curso (R1, R2 e R3), e o PRM em ginecologia/obstetrícia oferta 12 vagas de R1, contando com 36 residentes em curso (R1, R2 e R3). Os dados estão disponíveis na Tabela 1.

Os dois PRM proporcionam vivência das especialidades em espaços de prática de diferentes níveis de complexidade, onde o perfil diversificado, o volume de pacientes atendidos, o número de procedimentos realizados e a supervisão de

preceptores qualificados favorecem o aprendizado em ambientes de alta resolutividade. Um grande diferencial de ambos os programas é a forte inserção longitudinal na APS, em que o residente pode colaborar com a medicina de família e comunidade e entender a importância da longitudinalidade e da APS como porta de entrada do SUS. Outra peculiaridade é o rodízio na Central de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em que os residentes passam a compreender a gestão e estruturação da rede estadual de atenção à saúde e a priorização do acesso aos serviços. Os rodízios tem duração de um a três meses no mesmo cenário de prática, e, em alguns, o residente passa mais de uma vez nos diferentes estágios de formação (R1, R2 e R3), o que favorece a busca máxima de aprendizado e o aproveitamento possível de cada rodízio. Ambos os PRM contemplam integralmente as matrizes de competências das especialidades definidas pela CNRM^{4,5}.

Atualmente os rodízios do programa de pediatria são distribuídos em três hospitais municipais, em dois hospitais estaduais, no complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), em um hospital privado, no ambulatório especializado (atenção secundária) vinculado ao Centro Universitário Unichristus e em unidades de APS. A matriz curricular desse programa tem um rodízio longitudinal ambulatorial, no R3, em desenvolvimento e comportamento da primeira infância, em um instituto filantrópico, Instituto da Primeira Infância (Iprede), acompanhando a equipe multiprofissional, com duração de dez meses. É a única

Tabela 1. Oferta de vagas, matrículas no primeiro ano e egressos da residência médica em rede.

Ano	Pediatria			Ginecologia/obstetrícia		
	Vaga R1	Matrícula R1	Egressos	Vaga R1	Matrícula R1	Egressos
2012	8	8	-	2	2	-
2013	9	9	-	6	6	-
2014	9	9	8	6	6	-
2015	10	10	9	10	10	2
2016	10	10	9	10	10	5
2017	10	10	10	10	10	6
2018	10	10	10	10	10	11
2019	10*	10	10	10	10	8
2020	10	10	10	12	12	10
2021	10	10	0*	12	12	10
2022	10	10	10	12	12	9
2023	10	10	10	12	12	12
2024	10	10	9	12	12	13
2025	10	10	10	12	12	12

* Mudança na duração do PRM em pediatria para três anos em 2019, sem concludentes em 2021.

Fonte: Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica.

residência que contempla esse rodízio, sendo um grande diferencial do PRM.

Os rodízios do PRM em rede de ginecologia/obstetrícia ocorrem em três hospitais municipais, dois hospitais estaduais, na maternidade do complexo hospitalar da UFC, em um hospital filantrópico, no ambulatório especializado (atenção secundária) vinculado à Unifor, no Instituto de Prevenção do Câncer (ambulatorios e centro cirúrgico) e em unidades da APS. Entre os diferenciais desse programa, destacam-se os rodízios de sala de parto, emergência e centro obstétrico em maternidades com grande volume de partos normais e referências na assistência ao parto adequado com equipes multidisciplinares e respeitando o protagonismo materno; o rodízio em serviço de referência para o atendimento multidisciplinar de mulheres em situação de violência; a multiplicidade de preceptores e a oferta de rodízios eletivos em diferentes áreas de atuação, como infertilidade, sexualidade e endoscopia ginecológica.

Nos dois PRM, há manuais e livros das especialidades produzidos por residentes e orientados por preceptores de múltiplos serviços de saúde/cenários de prática, com a elaboração e implantação das diretrizes clínicas e dos protocolos locais. Há integração dos PRM em ginecologia/obstetrícia do estado em atividades teóricas conjuntas promovidas pela sociedade estadual da especialidade. Na avaliação dos residentes do segundo e terceiro anos, realizada por preceptores de outros PRM, foi possível identificar a aquisição de competências necessárias à boa formação de modo mais precoce e com ênfase na atitude.

DISCUSSÃO

As vagas ofertadas no primeiro ano (oito na pediatria e duas na ginecologia/obstetrícia) tiveram total ocupação, em meio a um cenário no qual as instituições proponentes traziam a certeza de que estava sendo ofertado um processo formativo com potencial para favorecer a integração ensino-serviço e formar especialistas que conhecessem as necessidades do território, resultando em expansão responsável do número de vagas de residência. Entretanto, o projeto suscitou muitas dúvidas no meio acadêmico e nos gestores dos outros PRM do estado quanto à viabilidade do modelo e à sua capacidade de ofertar uma formação de qualidade. Assim, construir essa credibilidade foi um dos desafios iniciais.

Um diferencial do projeto foi o desenvolvimento de dispositivos e arranjos para assegurar o seguimento longitudinal dos residentes, mesmos em diferentes cenários. Assim, implantaram-se atividades práticas e teóricas semanais integradas para todos os residentes em cada programa, construíram-se instrumentos de avaliação integrados para a aplicação nos serviços pelos preceptores, criou-se um

colegiado de gestão composto de preceptores dos serviços de prática, e desenvolveram-se atividades de tutoria e mentoria. O incentivo ao desenvolvimento pedagógico de preceptores, com a oferta de cursos de preceptoria e de bolsas de desenvolvimento tecnológico, também facilitou esse processo. Vários preceptores foram indicados para participar de cursos de especialização de gestão de programa e de preceptoria, promovidos em parceria com a ESP-CE. Aos profissionais da rede municipal proporcionam-se capacitação e atualização em cursos de formação docente realizados pela ESP.

Também foi inovadora a parceria com a Unifor e posteriormente com o Unichristus, o que proporcionou o compartilhamento dos cenários de prática com internos e preceptores e a utilização do laboratório de habilidades para treinamento dos residentes em ambientes de simulação realística, de modo a favorecer a aprendizagem e o treinamento de habilidades específicas da especialidade. Quebramos paradigmas quando programas de residência “tradicionais” passaram a rodar nos novos cenários construídos e com a inclusão de cenários em que antes não havia RM. Atualmente, egressos dos PRM assumem posições como preceptores e gestores dos serviços onde realizaram rodízios, demonstrando a qualificação dos cenários e dos profissionais e a formação de especialistas com conhecimento da rede de atenção. Observam-se reestruturação e maior envolvimento do corpo clínico nos serviços que acolhem esses PRM, excelente nível de aprendizado e aproveitamento dos espaços de prática pelos residentes.

Outro importante diferencial é a participação dos residentes na avaliação dos cenários de práticas, por meio de feedbacks periódicos, o que permite aos supervisores uma análise dos campos de prática e da preceptoria pela ótica do aprendiz, e favorece que as competências esperadas sejam de fato adquiridas. Os residentes se sentem valorizados em seu processo de aprendizagem, sendo sujeitos ativos da formação, o que favorece a sua metacognição.

Hoje, na avaliação dos preceptores, de supervisores de outros PRM que têm interface com a RM em rede e de gestores de serviços de saúde, está registrado o reconhecimento da eficácia desse modelo de RM, sendo possível identificar a aquisição das competências necessárias à boa formação de pediatras e ginecologistas/obstetras de modo mais precoce e com ênfase na atitude. Um resultado intangível são as pontes construídas entre instituições antes isoladas, como o residente sendo o elo de conexão, aproximando-se desses cenários, com excelente nível de aprendizado e aproveitamento dos espaços de prática. Destacamos que o que caracteriza o programa em rede a partir da experiência da ESP-CE e da SMS-Fortaleza não é apenas a multiplicidade de cenários de prática, mas também o

seu desenvolvimento nos diversos pontos da rede de atenção, rompendo assim com o modelo de habilitar um especialista preferencialmente dentro de um hospital. Um desafio é a integração desses pontos, e uma solução foi a presença de dispositivos educacionais que assegurem a coordenação do processo formativo e atendimento das normativas da CNRM.

A implantação desse modelo é complexa, e os desafios são muitos: a elaboração de projetos pedagógicos sólidos e bem estruturados, a necessidade de padronização de requisitos mínimos de treinamento nos diversos serviços, a implementação de um sistema avaliativo que contemple as peculiaridades desse tipo de formação e o desenvolvimento pedagógico contínuo dos preceptores. Outras questões que impactam a formação são a integração efetiva entre os serviços, a possibilidade de modelagem profissionais distintas e a garantia de qualidade nos processos de ensino-aprendizagem em cenários com menos inserção de práticas de ensinagem.

CONCLUSÃO

A RM em rede é uma ideia que vem ganhando espaço de forma gradual e inovadora. Ela oferece uma formação integrada, oportunizando aos futuros especialistas uma visão mais ampla do sistema de saúde e do mercado de trabalho que os espera ao concluírem a formação. A implantação desse modelo é complexa, trazendo desafios na articulação entre os serviços, na preceptoria e na padronização do processo formativo. Considera-se essa experiência exitosa, que despontou após superar os desafios iniciais relativos à sensibilização de preceptores e estruturação de novos cenários de prática. Podemos afirmar que os PRM em rede desenvolveram uma concepção da rede, em que unidades com demandas de pacientes diversificadas e com potencial para integrar projetos de humanização foram reconhecidas como cenários de ensino-aprendizagem para a formação de especialistas, fortalecendo a integralidade da assistência. Os egressos dos PRM em rede são reconhecidos pelo seu profundo conhecimento da rede de atenção, e os preceptores de outros PRM validam a eficácia desse modelo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Alciléa Leite de Carvalho, Daniela Chiesa e Olivia Andrea Alencar Costa Bessa participaram da concepção do estudo e da redação e revisão do manuscrito. Sílvia de Melo Cunha, Rivianny Arrais Nobre, Enairton Vinicius da Silva Rocha, Liduina de Albuquerque Rocha e Sousa e Luciano Pamplona de Gois Cavalcante participaram da redação e revisão do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

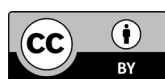
Declaramos não haver financiamento.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977 [acesso em 12 out 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm.
2. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981 [acesso em 12 out 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm.
3. Brasil. Resolução CNRM nº 2/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 2006 [acesso em 12 out 2025]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192.
4. Brasil. Resolução CNRM nº 3/2019, de 8 de abril de 2019. Dispõe a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. Brasília, 2019 [acesso em 12 out 2025].
5. Brasil. Resolução CNRM nº 1/2016, de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre os requisitos mínimos sobre o Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. Brasília, 2016 [acesso em 10 out 2025]. Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=55611-pediatria-3-anos-pdf&category_slug=janeiro-2017-pdf&Itemid=30192.
6. Brasil. Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013 [acesso em 12 out 2025].
7. Generoso MB, Rossi H, Mazaferro P. O que é residência médica em rede? Rev Bras Educ Med. 2024;48(2):e043. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.2-2023-0273>.
8. Soares R de S, Oliveira FP de, Melo Neto AJ de, Barreto D da S, Carvalho ALB de, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. Rev Bras Med Fam Comunidade 2018;13(40):1-8 [acesso em 20 out 2025]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1629>.
9. Ellery AEL, Bosi MLM, Brilhante APR, Melo E, Barreto ICHC, Andrade LOM. Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza e seus dispositivos de mudança na formação e na educação permanente. Interface. 2010(supl 1).
10. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica). Brasília, 2009 [acesso em 12 out 2025]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/pri1001_22_10_2009.html.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.