ARIAN SANTOS FIGUEIREDO

A FRAGILIDADE DA INTEGRAÇÃO COM A ATENÇÃO SECUNDÁRIA E SEUS EFEITOS NA FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

PATOS – PB

2026

ARIAN SANTOS FIGUEIREDO

A FRAGILIDADE DA INTEGRAÇÃO COM A ATENÇÃO SECUNDÁRIA E SEUS EFEITOS NA FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

Projeto do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado ao Programa Residência Médica em Medicina de Família, da Prefeitura Municipal de Patos em parceira com o Centro Universitário de Patos (UNIFIP).

Orientador: Yoshyara da Costa Anacleto Estrela.

PATOS – PB

2026

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Figueiredo, Arian Santos.
F475a A Fragilidade da Integração com a Atenção Secundária e seus Efeitos na Formação em Medicina de Família e Comunidade. / Arian Santos Figueiredo. – Patos – PB: UNIFIP, 2026.
18 fls.

Orientador (a): Prof. Me. Yoshyara da Costa Anacleto Estrela
TCR, Residência em Medicina de Família e Comunidade

1. Residência Médica . 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Competência Clínica.
I. Título. II. Centro Universitário - UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 614
Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

RESUMO

A Medicina de Família e Comunidade desempenha papel estratégico na consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, orientada pelos princípios da integralidade, longitudinalidade e coordenação. No Brasil, a formação do médico de família ocorre predominantemente por meio dos Programas de Residência Médica, que devem integrar ensino e serviço e promover o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais, éticas e interprofissionais. Entretanto, a efetividade da APS depende de sua articulação com os níveis da Rede de Atenção à Saúde , especialmente com a atenção especializada, historicamente marcada por fragilidades organizativas, baixa integração com a APS e ausência de fluxos estruturados de referência e contrarreferência. Com isso, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência sobre os impactos da ausência de ambulatórios especializados integrados à Residência em MFC na formação clínica do residente e no exercício da preceptoria na Atenção Primária à Saúde. O estudo consiste em um relato de experiência de natureza qualitativa, desenvolvido a partir da vivência de um residente do último ano em uma Unidade Básica de Saúde no município de Patos-PB, utilizando o método do Arco de Maguerez como estratégia pedagógica. Os resultados evidenciam que a formação excessivamente centrada na APS, sem integração com a atenção especializada, favorece práticas assistenciais fragmentadas e limita o desenvolvimento pleno das competências esperadas do médico de família. Conclui-se que a incorporação de ambulatórios especializados como cenários pedagógicos supervisionados e o fortalecimento da articulação entre as redes são essenciais para qualificar a formação do residente, o exercício da preceptoria e a consolidação da APS como coordenadora do cuidado no SUS.

Palavras-chave: Residência Médica. Atenção Primária à Saúde. Competência Clínica.

ABSTRACT:

Family and Community Medicine plays a strategic role in consolidating Primary Health Care (PHC) as the coordinator of care within the Brazilian Unified Health System (SUS), guided by the principles of comprehensiveness, longitudinality, and coordination. In Brazil, the training of family physicians occurs predominantly through Medical Residency Programs, which should integrate teaching and service and promote the development of clinical, communicational, ethical, and interprofessional competencies. However, the effectiveness of PHC depends on its articulation with the levels of the Health Care Network, especially with specialized care, which has historically been marked by organizational weaknesses, low integration with PHC, and the absence of structured referral and counter-referral flows. Therefore, the objective of this work was to report on the impacts of the absence of specialized outpatient clinics integrated into the Family and Community Medicine Residency program on the clinical training of residents and the practice of preceptorship in Primary Health Care. The study consists of a qualitative experience report, developed from the experience of a final-year resident in a Basic Health Unit in the municipality of Patos-PB, using the Maguerez Arc method as a pedagogical strategy. The results show that training excessively focused on Primary Health Care, without integration with specialized care, favors fragmented care practices and limits the full development of the expected competencies of a family physician. It is concluded that the incorporation of specialized outpatient clinics as supervised pedagogical settings and the strengthening of the articulation between networks are essential to qualify the resident's training, the practice of preceptorship, and the consolidation of Primary Health Care as the coordinator of care in the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Medical Residency. Primary Health Care. Clinical Competence.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ……07
METODOLOGIA …… 10
RESULTADOS ……12
CONCLUSÃO …… 15
REFERÊNCIAS ……..… 17

INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) consiste em uma especialidade estratégica para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante dos sistemas de saúde orientados pela integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (Barbosa *et al.,* 2023). No Brasil, a formação do médico de família ocorre predominantemente por meio dos Programas de Residência Médica, os quais devem articular ensino e serviço de maneira indissociável, conforme estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) por meio da Resolução nº 16/2022 (Ribeiro *et al.*, 2023). Esses programas têm como objetivo central o desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais, éticas e interprofissionais necessárias à atuação resolutiva nos territórios adscritos, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ribeiro; Cyrino; Pazin-Filho, 2024; Barban *et al.,* 2020).

A literatura é consistente ao demonstrar que uma APS forte não se sustenta apenas no acesso oportuno e no vínculo longitudinal com os usuários, mas exige uma integração funcional e resolutiva com os demais níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente com a atenção especializada ambulatorial. (Rodrigues; Sousa, 2023; Tasca *et al.,* 2020). Starfield (2006) destaca que a capacidade da APS de coordenar o cuidado está diretamente relacionada à existência de retaguarda especializada acessível, comunicante e corresponsável, sob pena de fragmentação do cuidado e perda de resolubilidade clínica. Nesse sentido, a formação do médico de família não pode ser limitada a experiências estruturadas apenas nas unidades de atenção básica (UBS), o manejo deve ser compartilhado com as RAS, especialmente em casos complexos, com necessidade de articulação interprofissional em cenários de média complexidade. Para isso, o uso de fluxos de referência e contrarreferência é fundamental para o seguimento continuado do cuidado.

Entretanto, no contexto do SUS, a atenção especializada ambulatorial historicamente se apresenta como um dos principais desafios organizativos do sistema, caracterizando-se por oferta insuficiente, limitada articulação com a APS e pela predominância de modelos assistenciais centrados em atendimentos pontuais e dissociados do cuidado longitudinal Rodrigues; Sousa, 2023; Almeida *et al*., 2018). Esse “vazio organizativo” da atenção

especializada compromete a efetivação do princípio da integralidade e contribui para a reprodução de práticas fragmentadas, tanto no âmbito assistencial quanto no formativo, na medida em que os profissionais da Atenção Primária à Saúde permanecem afastados dos processos decisórios e terapêuticos conduzidos nos níveis secundários de atenção (Oliveira *et al.,* 2021). Acrescenta-se a esse cenário o baixo nível de escolaridade de parcela expressiva dos usuários do SUS, o que frequentemente dificulta a adequada compreensão, retenção e comunicação das condutas, diagnósticos e decisões adotadas nos serviços de atenção especializada. Associada à recorrente ausência de mecanismos formais e estruturados de contrarreferência, essa condição compromete de forma significativa a continuidade do cuidado e o adequado seguimento clínico dos pacientes no âmbito da APS (Leite *et al.,* 2021).

No âmbito da Residência em Medicina de Família e Comunidade, a inexistência de ambulatórios especializados articulados ao processo formativo produz repercussões significativas na construção do raciocínio clínico e na consolidação das competências esperadas do profissional (Rodrigues; Sousa, 2023). Uma formação excessivamente centrada na demanda espontânea da Atenção Primária à Saúde, frequentemente desprovida de supervisão pedagógica sistematizada, tende a limitar a experiência de acompanhamento longitudinal de condições crônicas complexas, de cenários de multimorbidade e de situações que demandam cuidado compartilhado com a atenção especializada (Leite *et al.,* 2021). Estudos sobre educação médica apontam que a aprendizagem clínica significativa requer exposição progressiva a diferentes níveis de complexidade assistencial, associada à supervisão qualificada, ao feedback estruturado e à existência de espaços formais de reflexão crítica sobre a prática (Watling; Lingard, 2021; Leite *et al.,* 2021).

Além disso, a ausência de ambulatórios especializados impacta diretamente o exercício da preceptoria na APS. O preceptor, enquanto mediador do processo de ensino-aprendizagem em serviço, necessita de cenários formativos que favoreçam a problematização de casos complexos, a discussão compartilhada de condutas e a articulação entre teoria e prática (Ribeiro, Cyrino, Pazin-Filho, 2024). Quando a formação se desenvolve em contextos predominantemente assistenciais, marcados por elevada carga de atendimentos e pela ausência de tempo protegido para atividades educativas, o papel pedagógico do preceptor tende a ser secundarizado, com práticas pouco reflexivas e frequentemente limitadas à transmissão de conhecimentos superficiais e pouco sistematizados (Garrison *et al.,* 2024). Esse cenário contraria os pressupostos da andragogia e da aprendizagem

significativa, que constituem fundamentos essenciais para a formação qualificada em Medicina de Família e Comunidade (Ribeiro *et al.*, 2023).

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), considerada um dos pilares da prática em MFC, também se mostra fragilizada quando o residente não dispõe de cenários formativos que viabilizem o acompanhamento longitudinal de casos de maior complexidade, nos quais se articulam dimensões biomédicas, psicossociais e contextuais do adoecimento (Almeida *et al*., 2018). Stewart *et al.* (2017) destacam que a efetivação da ACP exige tempo, continuidade do cuidado e o estabelecimento de relações terapêuticas estáveis, condições que dificilmente são alcançadas em contextos assistenciais marcados por atendimentos episódicos ou por uma lógica centrada na resolução imediata do agravo.

Nesse sentido, a ausência de ambulatórios especializados integrados ao programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade limita de maneira significativa o desenvolvimento pleno de competências essenciais, como habilidades comunicacionais avançadas, tomada de decisão compartilhada e manejo da complexidade clínica (Ribeiro; Cyrino; Pazin-Filho, 2023). Compreender essas repercussões é fundamental não apenas para qualificar os processos formativos, mas também para subsidiar estratégias de reorganização dos cenários de prática, fortalecendo a integração ensino-serviço e contribuindo para a consolidação da APS como coordenadora do cuidado no SUS (Pereira Júnior *et al.,* 2023).

Diante dessa temática, o objetivo deste trabalho foi relatar a experiência sobre os impactos da ausência de ambulatórios especializados integrados à Residência em Medicina de Família e Comunidade na formação clínica do residente e no exercício da preceptoria na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, um tipo de estudo que se propõe a descrever, de forma sistematizada e reflexiva, uma vivência situada em determinado contexto histórico, social e cultural, a partir do olhar do sujeito-pesquisador. Consiste em uma narrativa analítica de uma experiência profissional, bem-sucedida ou não, vivenciada por um indivíduo ou por uma equipe, cuja problematização contribui para a discussão e para a proposição de estratégias voltadas ao aprimoramento do cuidado, especialmente no campo da saúde (Vital *et al.,* 2023).

Foi desenvolvido a partir da vivência de um residente do último ano do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, inserido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Metódio de Araújo Leitão, localizada no município de Patos, no interior da Paraíba. A população adscrita na área é composta por cerca de 3314 usuários ativos, com 1157 famílias cadastradas.

O relato fundamenta-se na observação do processo formativo e assistencial ao longo da residência, com ênfase na organização dos cenários de prática, especialmente na inexistência de ambulatórios especializados integrados ao programa.

Adotou-se o método do Arco de Maguerez, reconhecido como uma importante estratégia pedagógica para a mobilização e a construção de saberes a partir de diferentes experiências e pontos de vista, possibilitando ao pesquisador identificar, analisar e problematizar situações concretas da realidade (Silva *et al*., 2020). Trata-se de uma metodologia ativa estruturada em cinco etapas interdependentes: (1) observação da realidade, voltada ao reconhecimento e levantamento das problemáticas existentes; (2) identificação dos pontos-chave, definidos a partir da análise crítica da etapa inicial; (3) teorização, que compreende a busca sistemática de informações e fundamentos teóricos sobre os objetos problematizados, bem como suas inter-relações com o contexto; (4) elaboração de hipóteses de solução; e (5) aplicação à realidade, etapa que pressupõe a ressignificação das vivências dos sujeitos envolvidos, do conhecimento inicialmente construído e posteriormente reelaborado, bem como do uso dos recursos disponíveis (Silva *et al.,* 2020).

A experiência analisada refere-se ao período correspondente ao primeiro e segundo ano da residência médica, sendo esse último caracterizado pela maior autonomia clínica do residente e pela intensificação das responsabilidades assistenciais e pedagógicas, tanto no cuidado direto aos usuários quanto na interação com preceptores e demais profissionais da

equipe multiprofissional. O contexto descrito envolve a atuação predominante na Atenção Primária à Saúde, através de UBS denominadas de Pólos (quando possuem atendimento noturno) e não-pólos (atendimento apenas diurno), sem a existência de ambulatórios especializados estruturados como cenários regulares de ensino-aprendizagem e seguimento clínico longitudinal.

Por se tratar de um relato de experiência sem identificação de participantes ou uso de dados sensíveis, o estudo respeita os princípios éticos previstos para pesquisas qualitativas em saúde, preservando o anonimato dos profissionais, usuários e serviços envolvidos. O trabalho tem como finalidade contribuir para a reflexão crítica sobre os cenários formativos da Residência em Medicina de Família e Comunidade, sem pretensão de generalização dos achados, mas com potencial de transferibilidade para contextos semelhantes do Sistema Único de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A observação da realidade, etapa inicial do Arco de Maguerez, permitiu identificar que a formação do residente em Medicina de Família e Comunidade, por ocorrer predominantemente em cenários restritos à Atenção Primária à Saúde, tende a favorecer uma prática centrada majoritariamente na demanda espontânea, com elevado volume de atendimentos, limitações para o acompanhamento longitudinal de casos complexos e fragilidade na articulação com a atenção especializada (Ten Cate; Schumacher, 2022).

Embora esses cenários contribuam para o desenvolvimento de habilidades clínicas específicas, a ausência de ambulatórios especializados integrados ao programa de residência como espaços regulares de ensino-aprendizagem limita a exposição do residente a situações clínicas que demandam manejo compartilhado, raciocínio diagnóstico ampliado e tomada de decisão interprofissional em paciente com condições crônicas complexas (Ten Cate; Schumacher, 2022; Watling; Lingard, 2021).

A partir da análise crítica da realidade observada, foram identificados como pontos-chave: a inexistência de ambulatórios especializados integrados à residência como cenários pedagógicos; a fragilidade da coordenação do cuidado entre APS e atenção especializada; e o impacto negativo dessa configuração sobre o exercício da preceptoria.

A etapa de teorização foi desenvolvida por meio da busca, leitura e análise crítica de referenciais teóricos relacionados à formação em MFC, à preceptoria, à organização da RAS e ao papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado, incluindo diretrizes nacionais, literatura científica e documentos regulatórios da residência médica. Essa etapa permitiu aprofundar a compreensão das problemáticas identificadas na observação da realidade, especialmente no que se refere ao objetivo em questão, integrados ao processo formativo e às repercussões dessa lacuna na formação clínica do residente e no exercício da preceptoria.

A literatura é consistente ao demonstrar que uma APS resolutiva depende de uma retaguarda especializada acessível, comunicante e corresponsável, capaz de sustentar a coordenação do cuidado e evitar a fragmentação assistencial (Starfield, 2006; Tasca *et al*., 2020; Rodrigues; Sousa, 2023). Do mesmo modo, a formação do médico de família requer a vivência integrada nos diferentes níveis de atenção, favorecendo a compreensão ampliada dos itinerários terapêuticos e a corresponsabilização pelo cuidado longitudinal dos usuários (Sousa, 2023).

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) constitui um elemento estruturante para a efetivação do cuidado integral no Sistema Único de Saúde, com serviços articulados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora das ações e coordenadora do cuidado (Tasca *et al*., 2020). Nesse modelo, a APS não se limita ao papel de porta de entrada do sistema, mas assume a responsabilidade sanitária pelos usuários ao longo de seus itinerários terapêuticos, exigindo retaguarda especializada capaz de responder de forma resolutiva às necessidades clínicas de maior complexidade (Sousa, 2023).

Starfield (2006) já apontava que a efetividade da APS enquanto coordenadora do cuidado depende da existência de serviços especializados acessíveis, comunicantes e corresponsáveis, capazes de estabelecer relações horizontais com as equipes da atenção básica. Na ausência dessa retaguarda organizada, a APS tende a assumir isoladamente demandas que extrapolam sua capacidade resolutiva ou, em sentido oposto, a encaminhar excessivamente os usuários, sem garantia de continuidade do cuidado.

No contexto observado, pacientes com condições crônicas descompensadas, como diabetes mellitus tipo 2, multimorbidades e transtornos mentais graves e persistentes, como depressão grave e transtorno bipolar, bem como condições do neurodesenvolvimento, a exemplo do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e do transtorno do espectro autista eram frequentemente encaminhados para serviços especializados externos à residência, sem retorno estruturado à APS. A ausência de contra referência formal e a baixa comunicação entre os níveis de atenção dificultaram o seguimento clínico e a avaliação da efetividade das condutas adotadas, impactando diretamente o processo formativo do residente.

Quanto ao âmbito pedagógico, a ausência desses ambulatórios para a formação em MFC reduz as oportunidades de discussão aprofundada de casos complexos, limitando a aplicação de metodologias ativas de ensino, como a supervisão direta e o feedback estruturado, tema tão fundamental nas novas formulações dos programas de ensino. Conforme estabelecido por Watling e Lingard (2021) onde ressaltaram que a qualidade da aprendizagem clínica está fortemente relacionada ao contexto de supervisão e à existência de feedback reflexivo, alertando que ambientes excessivamente assistencialistas tendem a empobrecer os processos formativos. Outro ponto se refere ao cuidado centrado na pessoa que pressupõe vínculo, continuidade e compreensão ampliada do processo saúde-doença, condições que se tornam limitadas quando o acompanhamento ocorre de forma episódica ou desarticulada.

A preceptoria em Medicina de Família e Comunidade assume papel estratégico na mediação entre os referenciais teóricos e a prática assistencial. A atuação do preceptor deve favorecer a problematização crítica dos casos, a compreensão dos fluxos da rede e o desenvolvimento de competências relacionadas à tomada de decisão clínica em contextos de incerteza e complexidade. No entanto, conforme discutido por Rodrigues e Sousa (2023), quando a formação ocorre em cenários pouco integrados à RAS, o processo pedagógico tende a se restringir à lógica assistencial imediatista, com menor espaço para reflexão crítica e para o desenvolvimento da autonomia profissional.

A consolidação da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e a qualificação da formação em Medicina de Família e Comunidade devem ser processos associados, que dependem de redes assistenciais organizadas, integradas e orientadas pela lógica da integralidade. Investir na articulação entre os níveis de atenção e na construção de cenários formativos que reflitam essa complexidade constitui condição fundamental para o fortalecimento do SUS e para a formação de médicos de família capazes de atuar de maneira resolutiva, ética e socialmente comprometida (Starfield, 2006; Tasca et al., 2020; Rodrigues; Sousa, 2023; Sousa, 2023).

Nesse contexto, a elaboração de hipóteses de solução ocorreu a partir da articulação entre a realidade vivenciada e os referenciais teóricos analisados, possibilitando a construção das seguintes proposições: a incorporação de ambulatórios especializados integrados à Residência em Medicina de Família e Comunidade como cenários pedagógicos supervisionados; o fortalecimento de estratégias de integração entre APS e atenção especializada, como apoio matricial e fluxos estruturados de referência e contrarreferência; e a utilização de estratégias como o apoio matricial e o cuidado compartilhado como dispositivos formativos e assistenciais. Essas estratégias têm potencial para qualificar tanto o cuidado prestado aos usuários quanto o processo de formação do residente, promovendo maior corresponsabilização entre os níveis de atenção.

Por fim, a etapa de aplicação à realidade consistiu na ressignificação crítica da experiência vivida ao longo da residência, utilizando os conhecimentos construídos para refletir sobre possibilidades concretas de reorganização dos cenários de prática e de aprimoramento do processo ensino-aprendizagem em Medicina de Família e Comunidade. Essa etapa não se configurou como intervenção direta no serviço, mas como exercício reflexivo e propositivo, voltado à qualificação da formação do residente, ao fortalecimento da preceptoria e à consolidação da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÃO

Por fim, os achados deste estudo reforçam que a ausência de ambulatórios especializados integrados à Residência em Medicina de Família e Comunidade configura um problema estrutural que chega a atingir no âmbito de formação e pedagogia, e não apenas uma lacuna assistencial. Modelos integrados de atenção especializada, articulados à APS por meio de estratégias como o apoio matricial, têm potencial para qualificar a coordenação do cuidado e favorecer a educação permanente, promovendo aprendizado mútuo entre generalistas e especialistas. Nesse sentido, a experiência analisada evidencia a necessidade de reestruturar os cenários da residência, incorporando ambulatórios especializados como espaços pedagógicos supervisionados, capazes de fortalecer a formação clínica do residente, qualificar o exercício da preceptoria e contribuir para a efetivação da APS como coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 286-298, 2010.

BARBAN, M. R. *et al*. Recomendações para a qualidade dos programas de residência de medicina de família e comunidade no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 25, n. 42, p. 1-10, 2020.

BARBOSA, T. M. S. *et al*. Abordagem multidisciplinar na atenção primária à saúde: potencializando a colaboração para cuidados de qualidade. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 9, p. 14675-14687, 2023.

GARRISON, G. M. *et al*. Continuity of Care: A Primer for Family Medicine Residencies. **Family Medicine**, v. 56, n. 2, p. 76-83, 2024.

LEITE, A. P. T. *et al.* Residência em medicina de família e comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2119-2130, 2021.

OLIVEIRA, A. F. *et al.* Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 1, p. 1-10, 2021.

PEREIRA JÚNIOR, G. A. *et al.* Contexto atual e avaliação dos programas de residência médica: experiência de seis Sociedades Médicas Brasileiras. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 51, n. 1, p. 1-17, 2023.

RIBEIRO, L. G. *et al.* Aprimorando a qualidade de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 65, p. 1-10, 2023.

RIBEIRO, L. G.; CYRINO, E. G.; PAZIN-FILHO, A. Aprimorando a qualidade de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 1, n. 1, p. 57-65, 2023.

RIBEIRO, L. G.; CYRINO, E. G.; PAZIN-FILHO, A. Avaliando a implementação da residência em medicina de família e comunidade na atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 3, p. 1-12, 2024.

RODRIGUES, M. R.; SOUSA, M. F. D. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. ***Saúde em Debate,*** v. 47, n. 136, p. 242-252, 2023.

SILVA, L. A. R. *et al*. O arco de Maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. **Interfaces Científicas**, v. 8, n. 3, p. 41-54, 2020.

STARFIELD, B. *et al*. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2006.

STEWART, M. *et al*. **Patient-centered medicine: transforming the clinical method.** 3. ed. London: CRC Press, 2017.

TASCA, R. *et al*. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, n. 1, p. 1-8, 2020.

TEN CATE, O.; SCHUMACHER, D. J. Entrustment decision making in clinical training. ***Academic Medicine,*** v. 97, n. 6, p. 779–786, 2022.

VITAL, I. A. *et al*. Relato de experiência: uma visão holística e comparativa de ações educativas realizadas pela enfermagem. **Em Extensão**, v. 22, n. 2, p. 160-169, 2023.

WATLING, C.; LINGARD, L. Toward meaningful evaluation of medical trainees: the influence of context, supervision, and feedback. **Medical Education**, v. 55, n. 4, p. 432–441, 2021.