



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE

BRAYAN STEVEN MORENO CASADIEGO

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA TUTORIA DO
PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS

BRASÍLIA – DF

2026

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

BRAYAN STEVEN MORENO CASADIEGO

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA TUTORIA DO
PROGRAMA MÉDICOS PELO BRASIL EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissionalizante – da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Taciana Silveira Passos

BRASÍLIA – DF

2026

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre avaliado no dia 16/07/2026 pela seguinte Banca Examinadora:

Prof. Dr. Taciana Silveira Passos (presidente)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Paulo Henrique Fernandes dos Santos (membro efetivo)

Programa de Graduação em Enfermagem
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Zuleima Cogollo Milanes (membro efetivo)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade de Cartagena

Juliana de Oliveira Musse Silva (membro suplente)

Programa de Graduação em Enfermagem
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar meu profundo agradecimento a todas as pessoas que tornaram possível a realização deste trabalho, especialmente à minha orientadora, Prof.^a Dra. Taciana Silveira Passos, por suas contribuições à pesquisa, pelo apoio durante minha trajetória no Brasil e por acreditar em mim. Sua orientação, acolhimento, acompanhamento e humanidade foram fundamentais para minha formação como pesquisador. Sem sua orientação, este percurso não teria sido o mesmo.

Aos professores doutores que compõem esta banca, agradeço pelo tempo dedicado, pelas contribuições e pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos. Vocês representam uma grande inspiração para minha trajetória acadêmica.

Ao Laboratório de Pesquisa LAGETIS/UnB, agradeço por me acolher, por me permitir a oportunidade de atuar como assistente de pesquisa e de participar de diferentes projetos. Aos meus colegas de laboratório, agradeço pela colaboração no processo, pelos ensinamentos sobre pesquisa e pelo aprendizado mútuo. Graças a vocês, minha trajetória durante o mestrado foi mais leve e enriquecedora. Ao Prof.^a Dr. Wallace Enrico Boaventura Gonçalves dos Santos, agradeço pelo apoio, pela recepção e pelas oportunidades em pesquisa.

À Prof.^a Dra. Zuleima Cogollo Milanés, agradeço o apoio indispensável desde minha graduação em Enfermagem. A senhora será sempre uma inspiração para mim. Sou grato por ter contado com sua presença nesse processo desde o início. Sua orientação foi fundamental na elaboração de anteprojetos de pesquisa e na minha preparação para participar de processos seletivos internacionais, além de todo o incentivo, confiança e apoio desde a Colômbia até o Brasil.

À minha família, em especial ao meu pai, Jorge Moreno Mantilla, e à minha mãe, Sandra Casadiego López, agradeço por todo o apoio em cada uma das minhas decisões. Esta conquista também faz parte dos sonhos de vocês e dos ensinamentos que me transmitiram desde a infância, incentivando-me a estudar. Aos meus irmãos, Kevin, Jorge e Juliana, deixo meu carinho e minha gratidão. Este é um exemplo claro de que a educação abre caminhos, e espero que esta etapa seja motivo de orgulho para vocês e inspiração para continuarem seus estudos de pós-graduação.

Aos meus amigos e às pessoas que se tornaram minha família aqui no Brasil, agradeço pelo carinho, pelo apoio nos momentos mais difíceis, pela companhia a longo desta caminhada e pelos inúmeros momentos felizes vividos nesses dois anos. Sou grato pela paciência e por me ajudarem a melhorar meu português.

Agradeço também a mim mesmo, pela resiliência e por não desistir. Foi apenas na terceira tentativa que recebi o e-mail informando que havia sido aprovado em um mestrado. Agradeço a Lavras, Minas Gerais, por me receber no primeiro momento, à Universidade de Brasília, que se tornou minha segunda casa, e ao Brasil, país que tanto amo e que me proporcionou tantas oportunidades.

Esta conquista não foi apenas minha, mas de cada uma das pessoas que me acompanharam nessa jornada.

Obrigado.

RESUMO

Introdução: O Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) constitui uma estratégia estruturante para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em municípios caracterizados por elevada vulnerabilidade social e dificuldades históricas de provimento e permanência de profissionais médicos. Instituído pela Lei nº 13.958/2019 e executado pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), o programa articula provimento médico, formação especializada em Medicina de Família e Comunidade e acompanhamento pedagógico em serviço, com destaque para a tutoria clínica e pedagógica longitudinal. Diferentemente de modelos tradicionais de supervisão, a tutoria no PMpB assume caráter formativo, dialógico e contínuo, orientado ao desenvolvimento de competências clínicas, à aprendizagem ativa e à autonomia profissional. **Objetivos:** Avaliar o processo de trabalho da tutoria no PMpB, identificando suas práticas, desafios e contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. Especificamente, buscou-se descrever a atuação dos diferentes atores envolvidos, analisar suas percepções acerca da tutoria e elaborar recomendações técnicas voltadas ao aprimoramento do programa. **Método:** Estudo qualitativo, fundamentado na Teoria Fundamentada (Grounded Theory), conforme proposta por Strauss e Corbin (2008). O corpus empírico é composto por 91 entrevistas semiestruturadas realizadas em 42 municípios de 12 estados brasileiros, selecionados a partir de critérios de vulnerabilidade social, porte populacional e distribuição regional. Participaram médicos bolsistas, tutores clínicos e gestores locais vinculados ao PMpB. A análise dos dados foi conduzida por meio de codificação inicial, focalizada e teórica, com apoio do software Atlas.ti, explorando dimensões como organização do processo tutorial, estratégias pedagógicas empregadas (MINI-CEX, modelagem clínica, feedback estruturado) e impactos percebidos na prática clínica e na organização do trabalho em APS. **Resultados:** A análise identificou padrões e tensões no processo de trabalho da tutoria clínica e pedagógica, sintetizados em cinco eixos formativos relacionados à governança pedagógica, continuidade formativa e vínculo territorial, desenvolvimento profissional, integração ensino-serviço e condições operacionais. Evidenciou-se que a tutoria contribui para qualificar o raciocínio clínico, reduzir o isolamento profissional e fortalecer o vínculo territorial dos médicos, ao mesmo tempo em que enfrenta limites decorrentes da rotatividade de tutores e pouca comunicação com a gestão local. **Conclusões:** A tutoria clínica no PMpB configura um dispositivo estratégico para o desenvolvimento profissional em serviço e para o fortalecimento da APS em territórios vulneráveis, desde que apoiada por governança pedagógica robusta, continuidade dos vínculos formativos e condições operacionais mínimas. O modelo interpretativo produzido e o policy brief decorrente do estudo oferecem recomendações para qualificar as estratégias formativas e a gestão do programa, com potencial de subsidiar decisões voltadas à consolidação de uma APS resolutiva e equitativa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação Permanente em Saúde; Tutoria Clínica; Formação em Saúde; Programa Médicos pelo Brasil.

ABSTRACT

Introduction: The Doctors for Brazil Program (PMpB) is a key strategy for strengthening Primary Health Care (PHC) within the Unified Health System (SUS), particularly in municipalities characterized by high social vulnerability and long-standing difficulties in recruiting and retaining medical professionals. Established by Law No. 13,958/2019 and implemented by the Brazilian Agency for SUS Management Support (AgSUS), the program integrates the recruitment of physicians, specialized training in Family and Community Medicine, and in-service pedagogical support, with an emphasis on longitudinal clinical and pedagogical mentoring. Unlike traditional supervision models, mentoring in the PMpB is formative, dialogic, and continuous in nature, focused on the development of clinical competencies, active learning, and professional autonomy.

Objectives: To evaluate the tutoring process within the PMpB, identifying its practices, challenges, and contributions to strengthening Primary Health Care. Specifically, the study sought to describe the roles of the different stakeholders involved, analyze their perceptions regarding tutoring, and develop technical recommendations aimed at improving the program.

Method: A qualitative study based on Grounded Theory as proposed by Strauss and Corbin (2008). The empirical corpus consists of 91 semi-structured interviews conducted in 42 municipalities across 12 Brazilian states, selected based on criteria of social vulnerability, population size, and regional distribution. Participants included medical residents, clinical tutors, and local managers affiliated with the PMpB. Data analysis will be conducted through initial, focused, and theoretical coding, supported by Atlas.ti software, exploring dimensions such as the organization of the tutoring process, pedagogical strategies employed (MINI-CEX, clinical modeling, structured feedback), and perceived impacts on clinical practice and the organization of work in primary health care (PHC).

Results: The analysis identified patterns and tensions in the clinical and pedagogical tutoring work process, synthesized into five training axes related to pedagogical governance, training continuity and territorial ties, professional development, integration of teaching and service, and operational conditions. It was evident that mentoring contributes to enhancing clinical reasoning, reducing professional isolation, and strengthening physicians' territorial ties, while simultaneously facing limitations arising from high tutor turnover and limited communication with local management.

Conclusions: Clinical mentoring in the PMpB constitutes a strategic tool for in-service professional development and for strengthening PHC in vulnerable areas, provided it is supported by robust pedagogical governance, continuity of training relationships, and minimum operational conditions. The interpretive model developed and the policy brief resulting from the study offer recommendations for improving training strategies and program management, with the potential to inform decisions aimed at consolidating effective and equitable primary health care.

Keywords: Primary Health Care; Permanent Health Education; Clinical Tutoring; Health; Education, Professional; Médicos pelo Brasil Program.

LISTA DE SIGLAS

ADAPS – Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

AgSUS – Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

APS – Atenção Primária à Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

EPS – Educação Permanente em Saúde

LAGETIS – Laboratório de Pesquisa em Gestão, Tecnologias e Inovação em Saúde
Saúde Coletiva

MINI-CEX – Mini-Clinical Evaluation Exercise

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PMpB – Programa Médicos pelo Brasil

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

RESUMO	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE SIGLAS	VII
SUMÁRIO.....	VIII
1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. INTRODUÇÃO.....	11
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1. A Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do SUS.....	13
3.1.1. Desafios da APS no Brasil	14
3.2. O Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) e a qualificação da APS	16
3.2.1. A tutoria clínica e pedagógica como estratégia formativa	19
3.3 Processo de trabalho em saúde e tutoria	20
3.3.1 O processo de trabalho na tutoria clínica	22
3.4. Educação Permanente em Saúde (EPS) e aprendizagem no trabalho.....	24
3.4.1 A EPS como eixo formador do PMpB	25
3.4.2 Estratégias pedagógicas na tutoria clínica.....	26
3.5. Avaliação de processos de trabalho e metodologias avaliativas.....	26
3.5.1 Avaliação em saúde: enfoques e abordagens	27
3.5.2 Avaliação de programas e políticas na APS.....	28
3.6. Contribuições esperadas da tutoria clínica para a APS.....	29
4. JUSTIFICATIVA	30
5. OBJETIVOS.....	33
5.1. Objetivo geral	33
5.2. Objetivos específicos	33
6. MATERIAIS E MÉTODO.....	34
6.1. Contexto do estudo	34
6.2. Delineamento do estudo.....	34
6.3. Participantes.....	34
6.4. Sistemática de Coleta de dados.....	36
6.4.1 Instrumentos da pesquisa	36
6.4.2 Coleta in loco	37
6.4.3 Transcrição e organização dos dados	38
6.5. Variáveis de estudo	38

6.6. Análise dos dados	39
6.7. Questões éticas.....	41
7. PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO	41
7.1 Artigo Científico	41
7.2 Produto Técnico-Tecnológico	41
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
9. REFERÊNCIAS	81
10. APÊNDICES	86

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação integra a linha de pesquisa “Formação e Desenvolvimento Profissional em Sistemas e Serviços em Saúde” do mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) e se vincula à trajetória acadêmico-profissional do pesquisador. Enfermeiro formado pela Universidad de Cartagena, o autor tem desenvolvido interesse pelos processos de formação em saúde e pela Educação Permanente em Saúde, esse percurso favoreceu a aproximação com o tema de pesquisa.

O estudo teve como foco a avaliação do processo de trabalho na tutoria do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), desenvolvido em municípios brasileiros. Um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação em Ciência da Implementação: análise do Programa Médicos pelo Brasil no território nacional” que compreende o período de implementação e consolidação do programa, buscando compreender como as práticas de tutoria clínica e pedagógica contribuem para a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS).

A investigação justificou-se pela urgência de compreender, sob uma perspectiva qualitativa, a eficácia e os desafios no processo de trabalho e dispositivo formativo, especialmente no que se refere às interações entre todos os atores envolvidos no processo de tutoria. A análise das percepções, da comunicação e dos processos de feedback e de autonomia profissional permitiu a construção de um modelo interpretativo, fundamentado na *Grounded Theory*, sobre como a tutoria influenciou o desenvolvimento de competências essenciais e derivadas da prática na APS.

A estrutura do trabalho está organizada da seguinte forma: inicia-se com a introdução, seguida da revisão de literatura que abordam os marcos conceituais da APS e seus desafios no contexto do SUS; o Programa Médicos pelo Brasil e sua estrutura formativa; os fundamentos teóricos do processo de trabalho na tutoria clínica; a Educação Permanente em Saúde (EPS) e as estratégias de aprendizagem no trabalho; e as principais abordagens avaliativas aplicadas a programas e políticas na APS.

Em seguida, apresentam-se a justificativa, os objetivos, os materiais e métodos, os produtos da dissertação, incluindo o artigo científico e o produto técnico-tecnológico, as considerações finais, as referências e os apêndices.

2. INTRODUÇÃO

Instituído pela Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, o PMpB foi criado com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e nível de atenção responsável pelo primeiro contato da população com os serviços de saúde, seu desenho incorpora mecanismos de tutoria clínica, formação especializada em Medicina de Família e Comunidade. A tutoria clínica no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) envolve diversos atores, incluindo tutores acadêmicos, supervisores locais, gestores de saúde e médicos bolsistas (Brasil, 2019).

A execução do programa é atribuída à Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), antiga Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), cuja missão consiste em aprimorar a distribuição de médicos em todas as regiões do país, enfrentando historicamente os problemas de acesso aos serviços de saúde, configurando um modelo que alia provimento, educação permanente e supervisão pedagógica em serviço AgSUS (Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde, 2025).

A tutoria clínica representa um dos eixos estruturantes do PMpB, concebida como um processo formativo longitudinal que articula dimensões pedagógicas, técnicas e relacionais do trabalho médico. Diferentemente da supervisão tradicional, a tutoria propõe uma abordagem dialógica e reflexiva, que visa fortalecer competências clínicas, estimular a aprendizagem ativa e promover o desenvolvimento profissional em contextos de vulnerabilidade (Brasil, 2022a). Essa proposta dialoga com evidências internacionais de que modelos de supervisão clínica estruturados contribuem para maior satisfação profissional, retenção em áreas remotas e melhoria dos desfechos em saúde (Organização Mundial de Saúde, 2018; Dolea *et al.*, 2010).

Este estudo focaliza analiticamente o processo de trabalho da tutoria clínica do Programa Médicos pelo Brasil, compreendida como um dispositivo formativo, pedagógico e relacional que media a formação em serviço na Atenção Primária à Saúde (APS). Parte-se de lacuna de que, embora o programa disponha de diretrizes e instrumentos normativos para a tutoria, ainda são escassas as análises que examinem, como esse processo se materializa no território.

Ao analisar como esse processo de trabalho se desdobra no território, considerando as interações entre tutores clínicos, médicos bolsistas, equipes de saúde e gestores locais,

buscou-se compreender os efeitos concretos da tutoria sobre as práticas clínicas, a autonomia profissional e a integração ensino-serviço em contextos de vulnerabilidade. Esta perspectiva analítica é fundamental, pois reconhece que o processo de trabalho na tutoria não se reduz a atividades normativas (MINI-CEX, modelagem, feedback formativo), mas se constitui como um espaço vivo onde se produzem encontros pedagógicos, negociações micropolíticas e transformações do cuidado que requerem análise qualitativa profunda e situada (Merhy e Franco, 2003; Brasil, 2022a).

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. A Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto do SUS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o porta de entrada para a rede de atenção à saúde, o locus da responsabilidade continuada pelo cuidado e o nível de atenção na melhor posição para resolver os problemas apresentados no contexto histórico e meio social é amplamente reconhecida no cenário internacional como um nível de cuidado estratégico, fundamental para a construção de sistemas de saúde sustentáveis e capazes de responder a necessidades diversas (Starfield, 2002; Starfield *et al.*, 2005; Organização Panamericana de Saúde, 2007).

Acredita-se que o termo “atenção primária” tenha surgido por volta de 1920, quando o Relatório Dawson foi publicado no Reino Unido. Esse documento oficial mencionava os “centros de atenção primária à saúde”, concebidos para se tornar o núcleo dos serviços regionalizados no país. Embora a atenção primária tenha se consolidado como a base do sistema de saúde no Reino Unido assim como em diversos outros países (Starfield *et al.*, 2005),

Propondo a regionalização e hierarquização do acesso aos serviços de saúde, com o objetivo de garantir uma cobertura mais eficiente, com ênfase na prevenção, na promoção da saúde e na continuidade dos cuidados (Barbosa *et al.*, 2023), também uma oferta limitada de serviços, geralmente direcionados a populações em maior situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Essa concepção está fortemente associada a modelos de proteção social e a sistemas de saúde mais restritivos, recomendados por organismos internacionais durante as reformas estatais ocorridas na América Latina na década de 1990 (Cueto, 2004). No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) se configurou como principal modelo de APS no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da segunda metade dos anos 1990, por meio de mecanismos de regulação e financiamento federal, permanecendo como política prioritária nos anos 2000 (Castro e Machado, 2010).

Entre os principais marcos desse processo, destacam-se: a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, como modelo organizador da Atenção Primária à Saúde no Brasil, com a finalidade de consolidar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral, contínua e territorializada, desenvolvidas nos espaços adscritos às Unidades Básicas de Saúde (Moita, 2021), e sua transformação em Estratégia Saúde

da Família, em 1996; a implementação de modalidades de repasse de recursos e de incentivos financeiros federais destinados ao financiamento da Atenção Primária à Saúde o Piso de Atenção Básica fixo e variável a partir de 1998; e a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, seguida de sua revisão em 2017 (Mendonça *et al.*, 2023).

Compreender a Atenção Primária à Saúde não apenas como um nível assistencial, mas como um espaço de produção simultânea de cuidado e aprendizagem, é essencial para pensar a tutoria clínica. A APS caracteriza-se por ser um locus onde o trabalho vivo opera de forma intensa: cada encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário é marcado pela singularidade, pela necessidade de tomadas de decisão rápidas e pela permanente relação com afetos, conhecimentos e poderes em disputa (Merhy e Franco, 2003).

Para além da dimensão assistencial atender, diagnosticar, tratar a APS também produz aprendizagem, uma vez que as práticas realizadas no cotidiano servem como oportunidades de reflexão, questionamento e construção de competências profissionais. Essa dupla função cuidado e aprendizagem é particularmente relevante em contextos de vulnerabilidade social e territorial, onde os problemas de saúde são complexos, multideterminados e frequentemente exigem respostas criativas e adaptadas à realidade local (Barbosa *et al.*, 2023).

Quando se insere um dispositivo formativo como a tutoria nesse espaço, reconhece-se que não se trata apenas de treinar um profissional, mas de acompanhar a transformação de suas práticas e conhecimentos enquanto este atua no atendimento real da população (Franco, 2015). Investir em programas de educação continuada e treinamentos específicos pode contribuir para que os profissionais se sintam mais confiantes e preparados para atuarem nesse modelo de cuidado (Silva *et al.*, 2021).

Portanto, é fundamental aprimorar suas habilidades em trabalho em equipe e colaboração interprofissional. Incentivar a cultura de respeito mútuo e valorização das contribuições de cada especialidade é essencial para o sucesso da abordagem multidisciplinar na APS (Ferreira *et al.*, 2019).

3.1.1. Desafios da APS no Brasil

Apesar dos avanços, a APS brasileira enfrenta desafios estruturais e históricos, a fragmentação das políticas de saúde emerge como um dos principais desafios do processo de descentralização. Cada estado e município possui autonomia para implementar e

adaptar suas políticas, o que frequentemente resulta em abordagens inconsistentes para problemas semelhantes. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, isso implica que os serviços e as práticas oferecidas podem variar significativamente de uma região para outra, a depender da estrutura de governança local, da disponibilidade de recursos e das prioridades definidas pelos gestores (Brasil, 2022b).

Apesar das dificuldades e lacunas existentes, foram justamente as políticas voltadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil que mais contribuíram para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, ao promoverem mudanças significativas no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios (Mendonça *et al.*, 2023).

Ainda persiste uma distribuição desigual de profissionais de saúde, sobretudo em áreas remotas e vulneráveis, embora o país tenha expandido o número de profissionais da saúde nas últimas décadas, a oferta ainda se concentra em determinados territórios, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, criando barreiras para a universalização do acesso (Scheffer, 2023).

A dificuldade de fixação de profissionais em áreas remotas e vulneráveis é histórica. Baixa remuneração relativa, escassez de infraestrutura, isolamento geográfico e poucas oportunidades de desenvolvimento profissional são fatores que desestimulam a permanência. Isso leva a rotatividade elevada e instabilidade na oferta de serviços de saúde (Cardoso; Menezes, 2025).

A falta de profissionais e sua concentração em determinadas regiões comprometem diretamente a qualidade da assistência, produzindo equipes sobrecarregadas, fragilidade no seguimento contínuo dos usuários e menor capacidade de resolução dos serviços. Compreender esses desafios estruturais é crucial para interpretar o processo de trabalho da tutoria, pois permite deslocar a análise de julgamentos normativos para uma perspectiva que reconheça as possibilidades e limitações reais de cada contexto territorial (Brasil, 2015).

Programas governamentais, como o Mais Médicos e, posteriormente, o Médicos pelo Brasil, foram criados com o objetivo de enfrentar essa desigualdade, ampliando a presença de profissionais médicos em regiões remotas. Embora tenham representado avanços importantes, os desafios relacionados à permanência e à continuidade do trabalho ainda persistem, sobretudo devido à alta rotatividade e à dificuldade de estabelecer vínculos profissionais duradouros (Brasil, 2015).

A Medida Provisória n.º 621, de julho de 2013, proposta pela Presidência da República, introduziu o Programa Mais Médicos, inicialmente enfrentando forte resistência, especialmente do Conselho Federal de Medicina, até sua aprovação pelo Congresso Nacional e posterior criação pela Lei n.º 12.871, em outubro do mesmo ano (Brasil, 2013). Entre seus principais eixos, destacaram-se a ampliação da prestação de serviços, a reorganização da oferta de cursos e vagas de residência médica em regiões com menor disponibilidade de profissionais, a redefinição dos parâmetros de formação médica e a qualificação de médicos para atuação na atenção básica, inclusive por meio de cooperação internacional.

As vagas eram prioritariamente destinadas a médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, sendo posteriormente abertas a profissionais formados no exterior quando não preenchidas, o que resultou em milhares de médicos estrangeiros atuando no programa (Cury e Fonseca, 2023).

3.2. O Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) e a qualificação da APS

Instituído pela Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) envolve diversos atores, incluindo tutores acadêmicos, gestores de saúde e médicos bolsistas. Foi criado com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e nível de atenção responsável pelo primeiro contato da população com os serviços de saúde, priorizando áreas de maior vulnerabilidade social, econômica e sanitária seu desenho incorpora mecanismos de tutoria clínica, formação especializada em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2019).

O desenho do PMpB incorpora mecanismos de tutoria clínica, formação especializada em Medicina de Família e Comunidade, o programa surge em continuidade e, ao mesmo tempo, em contraponto a iniciativas anteriores, como o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, que representou um marco na ampliação da cobertura médica em territórios de difícil fixação (Girardi *et al.*, 2016; Oliveira, 2018).

Entre as principais diferenças, destaca-se a contratação de médicos via regime celetista (CLT) e a criação de uma carreira médica federal na APS, além de assegurar a presença de médicos em localidades remotas ou de alta vulnerabilidade, o PMpB diferencia-se por incorporar mecanismos de tutoria clínica e supervisão acadêmica,

elementos fundamentais para qualificar a prática profissional e ampliar a resolutividade da APS (Brasil, 2019; Brasil, 2020; Santos *et al.*, 2023).

A dimensão formativa responde recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), que destaca a necessidade de integrar educação permanente e gestão do trabalho para fortalecer sistemas de saúde baseados na atenção primária (Organização Panamericana de Saúde, 2007).

A execução do programa é atribuída à Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), antiga Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), cuja missão consiste em aprimorar a distribuição de médicos em todas as regiões do país, enfrentando historicamente os problemas de acesso aos serviços de saúde, configurando um modelo que alia provimento, educação permanente e supervisão pedagógica em serviço (AgSUS, 2025).

A tutoria clínica representa um dos eixos estruturantes do PMpB, concebida como um processo formativo longitudinal que articula dimensões pedagógicas, técnicas e relacionais do trabalho médico. Diferentemente da supervisão tradicional, a tutoria propõe uma abordagem dialógica e reflexiva, que visa fortalecer competências clínicas, estimular a aprendizagem ativa e promover o desenvolvimento profissional em contextos de vulnerabilidade (Brasil, 2022a). Essa proposta dialoga com evidências internacionais de que modelos de supervisão clínica estruturados contribuem para maior satisfação profissional, retenção em áreas remotas e melhoria dos desfechos em saúde (Dolea *et al.*, 2010).

O Programa Médicos pelo Brasil representa um marco importante não simplesmente por ampliar o número de profissionais médicos em territórios de difícil fixação, mas por instituir em lei um dispositivo pedagógico a tutoria clínica que busca articular de forma sistemática a formação, o trabalho e a avaliação. Diferentemente do Programa Mais Médicos, que priorizava o provimento e incluía a supervisão de forma secundária, o PMpB, reconhece a tutoria como elemento estruturante da política pública, não como complemento (Brasil, 2019).

Essa politização da tutoria implica que não se trata de uma prática informal ou discricional, determinada pela vontade individual de um tutor, mas de uma responsabilidade pública que demanda financiamento, organização institucional e normatização.

O PMpB institui, através de portarias e manuais técnicos, atribuições específicas dos tutores, carga horária destinada ao trabalho tutorial, instrumentos de avaliação

formativa (MINI-CEX, estudos dirigidos, modelagem), critérios de seleção de tutores e mecanismos de acompanhamento do desempenho tutorial (Brasil, 2022c).

A institucionalização formal confere visibilidade, reconhecimento e estabilidade à função de tutor clínico dentro do SUS, mas também cria tensões: entre a normatização e a singularidade do contexto local; entre o que está prescrito e o que é possível realizar; entre a intencionalidade pedagógica declarada; e os efeitos reais no cotidiano do trabalho (Brasil, 2019; Santos *et al.*, 2023).

Para interpretar adequadamente o processo de trabalho da tutoria no PMpB, é necessário concebê-la precisamente como política pública que define tanto sua estrutura quanto suas intencionalidades pedagógicas, reconhecendo que essas intencionalidades não se realizam automaticamente, mas se materializam de formas diversas conforme as condições territoriais, os atores envolvidos e as dinâmicas micropolíticas de cada UBS (Santos *et al.*, 2023).

O Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade oferecido no Programa, tem duração de dois anos e carga horária semanal de 60 horas, das quais 20 são dedicadas a atividades teóricas e 40 a práticas assistenciais, destinadas aos profissionais que ingressam no cargo de Médico de Família e Comunidade da ADAPS. Durante esse período inicial, o médico atua na condição de bolsista enquanto realiza a especialização no Estágio Experimental Remunerado. O processo formativo conta com dois tipos de tutoria: o tutor acadêmico, responsável pelo acompanhamento das atividades teórico-aplicadas realizadas na plataforma de ensino à distância, e o tutor clínico, que supervisiona o desenvolvimento das atividades assistenciais no território (Wollmann, D'Avila e Harzheim, 2020; Santos *et al.*, 2023).

A tutoria clínica no PMpB compõe o processo formativo dos médicos e envolve um conjunto de ações de orientação prática, incluindo atendimentos supervisionados, visitas domiciliares, discussão de casos e estudos dirigidos, além de avaliações somativas ao longo do curso. A cada dois meses, o médico em formação passa uma semana de imersão na unidade do tutor clínico, totalizando doze períodos de supervisão intensiva durante os dois anos do programa (BRASIL, 2022a).

Segundo o Guia para Aplicação dos Instrumentos de Avaliação da Tutoria Clínica e o Manual de tutoria clínica: Programa Médicos pelo Brasil, as avaliações formativas e somativas devem ser desenvolvidas de maneira contínua entre tutor e médico em formação, com indicação das estratégias pedagógicas utilizadas. O documento também destaca a necessidade de uma comunicação constante entre o tutor clínico e o gestor local,

garantindo que este esteja informado sobre as rotinas e atividades relacionadas à tutoria (BRASIL, 2022c).

As atividades de avaliação propostas para a tutoria clínica são, Estudo Dirigido à Prática; Avaliação de Desempenho; Observação Direta de Consultas (MINI-CEX). Além dessas três avaliações, é também esperado que o tutor clínico e o profissional estudante realizem a atividade de Modelagem (observação reversa de consultas) e que o profissional estudante realize, com o auxílio de seu tutor clínico, um Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional ao final de cada semestre letivo. Na atividade de Modelagem (observação reversa de consultas) os papéis da observação direta de consultas se invertem, fazendo com que o profissional estudante observe seu tutor clínico na condução de consultas médicas na Unidade de Saúde da Família.

Por meio dessa atividade o profissional estudante poderá observar como o seu tutor clínico conduz consultas médicas e visitas domiciliares, como aborda problemas comuns de comunicação clínica e de raciocínio clínico, como realiza o exame físico, como organiza a consulta e seu consultório e como aborda questões importantes dentro da relação médico-paciente, como comunicação de notícias difíceis e tomada de decisão compartilhada (Brasil, 2022a).

3.2.1. A tutoria clínica e pedagógica como estratégia formativa

No PMpB, a tutoria clínica diferencia-se da supervisão tradicional por sua natureza longitudinal, dialógica e reflexiva. Enquanto a supervisão tradicional frequentemente opera baseada em inspeção, verificação de protocolo e emissão de julgamentos, a tutoria propõe um acompanhamento contínuo onde o tutor e o bolsista estabelecem uma relação pedagógica fundamentada em escuta, diálogo e construção conjunta de significados sobre a prática (Merhy e Franco, 2003).

A longitudinalidade é crítica: não se trata de momentos pontuais de avaliação, mas de um processo que se estende ao longo de dois anos, com pelo menos doze períodos de imersão presencial (uma semana a cada dois meses), além de encontros remotos, discussões de casos e acompanhamento continuado (Brasil, 2022a).

A modalidade de acompanhamento reconhece que o desenvolvimento profissional é processual, não linear, e que requer tempo para construção de confiança, identificação de necessidades educacionais e ajustes das estratégias de ensino. A relação pedagógica no contexto da tutoria é, simultaneamente, assimétrica o tutor possui mais experiência e

responsabilidade pela formação e democrática, ambos aprendem no encontro, ambos trazem saberes valiosos, ambos participam da tomada de decisão sobre a prática (Brasil, 2022b).

Essa característica distingue a tutoria de modelos hierárquicos de supervisão e a posiciona como um dispositivo que busca empoderar o bolsista, estimular sua autonomia profissional e sua capacidade de reflexão crítica sobre o próprio trabalho (Brasil, 2022a; Wollmann, D'Avila & Harzheim, 2020). A tutoria clínica tem ganhado destaque como uma estratégia formativa central nos processos de qualificação profissional para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Constitui-se como espaço de acompanhamento técnico, pedagógico e de apoio emocional ao trabalhador de saúde, promovendo a integração entre teoria e prática, desenvolvimento de habilidades clínicas, reflexão crítica sobre o cuidado e acolhimento das demandas emocionais que emergem da prática cotidiana. O tutor atua orientando, avaliando e apoiando o profissional em processo de formação ou aprimoramento, favorecendo a aprendizagem significativa, a autogestão e a colaboração em equipe (Brasil, 2022a).

Diversos modelos de tutoria clínica foram implementados no campo da APS, destacando-se a preceptoria e as tutorias de campo e núcleo. A preceptoria, normalmente realizada por profissionais experientes, mediam a integração entre teoria e prática, incentivando o trabalho multiprofissional e a produção de conhecimento. A tutoria clínica, especialmente no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), baseia-se em fundamentos de educação de adultos e inclui supervisão presencial e remota, visitas domiciliárias, discussão de casos e atividades de educação em saúde. Ambas as abordagens valorizam o acompanhamento longitudinal e a formação em serviço, essenciais para o fortalecimento da APS (Barreto *et al.*, 2011; Brasil, 2022a; Oliveira *et al.*, 2024).

3.3 Processo de trabalho em saúde e tutoria

A partir de Marx, o trabalho é entendido como um processo entre o ser humano e a natureza, no qual o trabalhador, por meio de sua atividade, transforma um objeto utilizando meios ou instrumentos, produzindo um determinado produto; essa mediação permite distinguir entre trabalho vivo (força de trabalho em ato) e trabalho morto (meios e produtos já incorporados à técnica e à maquinaria).

Merhy retoma essa concepção para analisar o trabalho em saúde, ressaltando que, nesse campo, o núcleo decisivo do processo produtivo está no encontro entre trabalhador e usuário, onde o trabalho vivo em ato pode tanto reproduzir quanto criar formas de cuidado, a depender de como são acionadas as tecnologias leves, leves-duras e duras (Merhy e Franco, 2003).

Segundo Merhy e Franco (2003) e Franco (2015), no processo de trabalho em saúde, a “produção de cuidado” não se reduz a procedimentos ou protocolos previamente definidos, pois se realiza em situações singulares, permeadas por necessidades, afetos, saberes e poderes em disputa. Nessa perspectiva, o trabalho vivo em ato é o momento em que o profissional atualiza ou ressignifica normas e saberes instituídos, produzindo projetos terapêuticos compartilhados com os usuários e com a equipe, o que coloca a micropolítica do cuidado como dimensão central para pensar mudanças no modelo assistencial e na organização dos serviços.

A teoria do processo de trabalho em saúde de Merhy oferece um referencial analítico potente para compreender a tutoria clínica para além de técnicas e protocolos. Merhy conceptualiza o trabalho em saúde como um processo que, diferentemente do trabalho fabril, não produz um objeto concreto, mas um cuidado que se realiza fundamentalmente no encontro entre trabalhador e usuário. Nesse encontro, operam três tipos de tecnologias: (1) tecnologias duras equipamentos, máquinas, estruturas físicas; (2) tecnologias leves-duras conhecimentos, protocolos, teorias já cristalizadas; e (3) tecnologias leves formas de relacionamento, escuta, empatia, acolhimento (Merhy; Franco, 2003).

O núcleo decisivo do processo produtivo em saúde está justamente no trabalho vivo em ato, aquele momento em que o profissional não simplesmente aplica um protocolo, mas cria, adapta, improvisa e ressignifica a norma para responder às necessidades singulares da situação concreta (Franco, 2015). O trabalho morto manifestado nos protocolos, nos procedimentos padronizados, nos conhecimentos cristalizados nunca captura plenamente a riqueza da situação real (Merhy, 2003).

Na tutoria clínica, essa distinção é crucial: não se trata apenas de o tutor ensinar protocolos de atendimento (trabalho morto), mas de acompanhar e refletir com o bolsista sobre como este mobiliza suas competências, suas limitações, seus medos e seus desejos no encontro real com o usuário. A observação direta de consulta (MINI-CEX), por exemplo, não funciona como simples verificação de cumprimento de protocolo, mas como oportunidade de captar o trabalho vivo em ato e, através da reflexão conjunta,

fortalecer a capacidade do bolsista de produzir cuidado em situações singulares (Brasil, 2022a).

Um segundo conceito fundamental para analisar a tutoria clínica é a micropolítica do cuidado, também desenvolvida por Merhy e colaboradores (Merhy; Franco, 2003). A micropolítica refere-se aos processos de tomada de decisão, às relações de poder, aos afetos e aos saberes que operam no cotidiano do trabalho em saúde. No encontro entre tutor e bolsista seja numa observação de consulta, numa discussão de caso ou numa devolutiva existem múltiplas forças em jogo: a experiência do tutor versus a criatividade do bolsista; a norma versus a singularidade do caso; o protocolo versus a necessidade específica do usuário; a hierarquia da experiência versus o direito à autonomia profissional.

Como essas forças se equilibram, negociam e se resolvem depende de como o tutor exerce seu poder, de como o bolsista o percebe, de como ambos se relacionam com as necessidades reais do caso. Uma tutoria que funciona como espaço de coformação reconhece e trabalha essas micropolíticas de forma transparente: o tutor não nega seu lugar de experiência, mas o usa para potencializar a autonomia reflexiva do bolsista (Carvalho *et al.*, 2023).

Inversamente, uma tutoria que opera como vigilância ou controle encobre essas micropolíticas, reproduzindo relações hierárquicas que podem inibir a aprendizagem significativa (Rodrigues *et al.*, 2023). A análise do processo de trabalho da tutoria, portanto, requer ferramentas que captem essas dinâmicas micropolíticas: não apenas o que deveria acontecer conforme o manual, mas como efetivamente os atores negociam, decidem e convivem com as tensões inerentes ao processo pedagógico em contextos de vulnerabilidade.

3.3.1 O processo de trabalho na tutoria clínica

O trabalho do tutor clínico no PMpB configura um processo de mediação entre formação e serviço, no qual o profissional experiente orienta, supervisiona e acompanha o médico bolsista em atividades assistenciais na APS, articulando saberes teóricos do curso de especialização com situações reais do cotidiano das unidades de saúde. Essa mediação se concretiza por meio da observação direta de consultas, discussão de casos, estudos dirigidos, construção de planos de desenvolvimento profissional e oferta

sistemática de feedback, o que transforma os encontros de tutoria em espaços privilegiados de educação permanente em saúde (Silva *et al.*, 2024; Brasil, 2022a).

Além das dimensões técnicas e pedagógicas, a tutoria clínica envolve a produção de vínculo e corresponsabilidade entre tutor e médico bolsista, uma vez que ambos compartilham decisões clínicas, responsabilidades assistenciais e projetos de intervenção no território. O estabelecimento de regras claras, comunicação empática, reconhecimento das necessidades educacionais do médico em formação e uso de instrumentos formativos (como MINI-CEX, modelagem e planos de desenvolvimento) contribuem para que a relação tutorial favoreça autonomia, reflexão crítica e compromisso ético com o cuidado às populações atendidas na APS (Brasil, 2022a).

Compreender especificamente o processo de trabalho da tutoria clínica através dessa lente teórica permite deslocá-la de uma visão normativa (o que deveria ser feito) para uma visão analítica (como o trabalho vivo opera nesse encontro pedagógico). O tutor clínico, ao acompanhar o bolsista em consultas, ao discutir casos clínicos, ao oferecer feedback, está não apenas transmitindo conhecimento (trabalho morto), mas operando fundamentalmente no registro do trabalho vivo: está escutando, acolhendo, questionando, refletindo, criando condições para que o bolsista ressignifique suas práticas (Merhy e Franco, 2003).

Cada momento de tutoria uma observação de consulta, uma discussão de caso, uma visita domiciliar acompanhada é um encontro onde múltiplas tecnologias são acionadas: a tecnologia dura da infraestrutura e dos equipamentos disponíveis, a tecnologia leve-dura do conhecimento sobre os protocolos clínicos e as diretrizes da APS, e fundamentalmente a tecnologia leve da relação, da empatia, da escuta reflexiva (Franco, 2015). O trabalho vivo na tutoria está também no tempo: no tempo que o tutor dedica a observar de forma atenta, no tempo que pausa a assistência para refletir com o bolsista, no tempo que aguarda o bolsista formular suas próprias respostas antes de direcionar.

Esse tempo é frequentemente escasso em contextos de vulnerabilidade, onde as equipes estão sobrecarregadas e a pressão assistencial é grande. Analisar o processo de trabalho da tutoria implica, portanto, compreender como o trabalho vivo acontece ou deixa de acontecer dentro dessas condições reais, marcadas pela escassez de recursos, pela multiplicidade de demandas e pelas dificuldades de sustentação de relações pedagógicas longitudinais (Silva *et al.*, 2024; Brasil, 2022a).

3.4. Educação Permanente em Saúde (EPS) e aprendizagem no trabalho

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 introduziu mudanças relevantes na organização da Atenção Básica ao flexibilizar a composição das equipes, reavaliar a cobertura e redefinir parâmetros do processo de trabalho nos serviços. Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), essas modificações representam riscos importantes para as conquistas da ESF e para a consolidação da APS forte, universal e integral.

Segundo Higashijima *et al.* (2025) e Fonseca *et al.* (2023), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é entendida como um processo educativo que se dá no próprio cotidiano dos serviços, em que aprender e ensinar fazem parte do trabalho e partem da problematização do processo de trabalho e das necessidades reais de saúde. Nessa perspectiva, a EPS baseia-se em aprendizagem significativa, centrada na experiência prévia dos trabalhadores, na reflexão crítica sobre as práticas e na transformação das relações e da organização do cuidado, superando a lógica de treinamentos pontuais e descolados da realidade.

Funciona como marco conceptual fundamental para compreender por que a tutoria no PMpB se constitui como uma estratégia pedagógica potente e diferenciada de outras modalidades de supervisão. A EPS é mais que treinamento ou capacitação pontual; é um processo educativo que se inicia na problematização do próprio processo de trabalho e das necessidades reais de saúde vivenciadas no cotidiano dos serviços (Fonseca *et al.*, 2023; Higashijima *et al.*, 2025).

Na perspectiva da EPS, aprender e ensinar não são funções separadas: ambas ocorrem simultaneamente no mesmo processo de trabalho. O bolsista aprende não apenas em aulas teóricas, mas fundamentalmente na prática, ao atender usuários reais, ao lidar com situações complexas e, crucialmente, ao refletir sobre essas experiências junto ao tutor (Ferraz *et al.*, 2025).

A EPS baseia-se em três princípios: (1) aprendizagem significativa, centrada na experiência prévia do trabalhador e em seus interesses; (2) problematização, partindo de situações reais do processo de trabalho e não de conteúdos pré-definidos fora da realidade; e (3) transformação, buscando não apenas que o profissional mude seu conhecimento, mas que suas práticas e sua forma de se relacionar com o trabalho também se transformem (Higashijima *et al.*, 2025). Essa abordagem contrasta com modelos tradicionais de educação continuada, baseados em palestras descontextualizadas, manuais prescritivos e avaliações que medem apenas retenção de conteúdo (Fonseca *et al.*, 2023).

No PMpB, os princípios da EPS orientam de forma explícita a estrutura do programa. O bolsista não aprende primeiro numa sala de aula para depois aplicar no trabalho, mas aprende a partir de situações-problema encontradas no território, analisa seu próprio processo de trabalho criticamente com o tutor, constrói respostas compartilhadas que qualificam simultaneamente o cuidado à população e sua própria competência (ADAPS, 2022; Ferraz *et al.*, 2025).

3.4.1 A EPS como eixo formador do PMpB

Os princípios da EPS aprendizagem significativa, problematização e transformação do trabalho – orientam a concepção formativa do PMpB, que busca articular curso de especialização, prática clínica na APS e tutoria como um único movimento de desenvolvimento profissional. A proposta é que o médico bolsista aprenda a partir de situações-problema do território, analisando o processo de trabalho com o tutor e a equipe, construindo respostas compartilhadas que qualifiquem tanto o cuidado quanto a própria organização dos serviços (Ferraz *et al.*, 2025; ADAPS, 2022).

Nesse contexto, A tutoria clínica no PMpB funciona como um dispositivo privilegiado de Educação Permanente em Saúde porque cria espaços sistemáticos, longitudinais e reflexivos onde o trabalho vivo é permanentemente analisado, questionado e transformado. Não é uma relação de supervisão vertical, mas de coaprendizagem: tutor e bolsista estabelecem uma relação pedagógica fundamentada em diálogo genuíno, escuta empática e corresponsabilidade pelo processo de trabalho (ADAPS, 2022).

A tutoria operacionaliza os princípios da EPS através de estratégias pedagógicas específicas: o feedback formativo (não apenas crítica, mas orientação contínua para qualificação), os planos de desenvolvimento individual (construído conjuntamente, reconhecendo necessidades específicas de cada bolsista), a análise crítica de casos complexos (partindo sempre de situações reais vividas), e a reflexão sobre os processos relacionais e éticos do cuidado (Dias *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2023).

Quando o tutor e o bolsista observam uma consulta juntos, discutem como foi o atendimento, identificam pontos de melhoria e constroem conjuntamente novos modos de fazer, essa sequência não é avaliação punitiva, é EPS em ação: é problematização do processo de trabalho, é aprendizagem significativa centrada na experiência, é transformação das práticas.

Além disso, a tutoria clínica frequentemente envolve toda a equipe de saúde: quando um bolsista trabalha em uma unidade, aprende observando colegas, discutindo casos multiprofissionais, participando de reuniões da equipe. Assim, a tutoria pode catalisar processos de EPS coletivos, ampliando seus efeitos para além da díade tutor-bolsista (ADAPS, 2022; Ferraz *et al.*, 2025).

3.4.2 Estratégias pedagógicas na tutoria clínica

Rodrigues *et al.* (2023) e Dias *et al.* (2024) destacam, diferentes estratégias pedagógicas operam como instrumentos de EPS, tais como oficinas temáticas, rodas reflexivas, devolutivas formativas e registros de aprendizagem. Oficinas e rodas de conversa permitem problematizar casos e situações do cotidiano da APS de forma coletiva, enquanto o feedback formativo favorece o acompanhamento longitudinal do desenvolvimento de competências clínicas, comunicacionais e éticas do médico em formação.

O uso de metodologias ativas, como discussão de casos, simulações, aprendizagem baseada em problemas e projetos no território, potencializa a tutoria ao colocar o bolsista como sujeito do próprio processo de aprendizagem. A supervisão dialógica, sustentada em escuta, perguntas reflexivas e coanálise dos processos de trabalho, desloca a tutoria de uma lógica avaliativa punitiva para um espaço de coformação, no qual tutor e tutelado constroem, em parceria, sentidos para o cuidado e para a atuação na APS (Rodrigues *et al.*, 2023; Carvalho *et al.*, 2023).

3.5. Avaliação de processos de trabalho e metodologias avaliativas

A avaliação em saúde é compreendida como um processo contínuo e sistemático de produção de julgamentos sobre estruturas, processos e resultados, orientado para a tomada de decisão e a melhoria da qualidade do cuidado. Nos serviços, a avaliação ganha potência quando assume caráter formativo, participativo e em processo, envolvendo trabalhadores, gestores e usuários na análise crítica do trabalho, na identificação de problemas e na pactuação de mudanças possíveis no cotidiano da atenção (Moita *et al.*, 2020; Ferreira *et al.*, 2022).

No contexto da tutoria clínica no PMpB não pode ser reduzida à aplicação de instrumentos técnicos (MINI-CEX, prova escrita, verificação de procedimentos) ou à

emissão de um julgamento final sobre competências ("o bolsista está ou não apto"). Mais fundamentalmente, a avaliação deve ser compreendida como um processo formativo, contínuo e participativo que busca acompanhar o desenvolvimento profissional do bolsista, identificar suas necessidades educacionais específicas, reconhecer seus avanços e dificuldades, e ajustar permanentemente as estratégias de tutoria para potencializar a aprendizagem (Moita *et al.*, 2020; Ferreira *et al.*, 2022).

3.5.1 Avaliação em saúde: enfoques e abordagens

A avaliação formativa centra-se no acompanhamento do desenvolvimento de pessoas, equipes ou intervenções, com foco em devolver análises e orientações que ajudem a qualificar práticas ao longo do percurso, em vez de apenas emitir juízos finais. A avaliação participativa, por sua vez, busca envolver ativamente sujeitos implicados no programa ou serviço (trabalhadores, gestores, usuários) na definição de critérios, na coleta e interpretação dos dados, reconhecendo a dimensão política e pedagógica do ato de avaliar. Já a avaliação em processo enfatiza o monitoramento da implementação e da dinâmica do trabalho em tempo real, permitindo correções de rota e maior aderência às necessidades do território e das equipes (Moita *et al.*, 2020; Ferreira *et al.*, 2022).

No PMpB, os instrumentos de avaliação MINI-CEX, estudo dirigido, modelagem funcionam como oportunidades para esse acompanhamento: cada MINI-CEX é um momento em que tutor e bolsista refletem juntos sobre a consulta, onde o bolsista traz suas dúvidas, onde o tutor oferece orientações e mediação da aprendizagem para que o bolsista desenvolva competências progressivamente (Brasil, 2022a).

Essa modalidade de avaliação reconhece a centralidade do feedback contínuo, da escuta empática das dificuldades do bolsista, e da construção colaborativa de planos para aprimoramento. Contrasta radicalmente com avaliação normativa/sumativa, que busca apenas validar competências em pontos específicos (fim de semestre, fim de módulo), frequentemente com caráter punitivo ou classificatório (Moita *et al.*, 2020).

A avaliação formativa na tutoria assume caráter pedagógico e político: pedagógico porque seu propósito é aprendizagem, não punição; político porque reconhece que avaliar é um ato que reflete valores sobre que competências importam, que fazeres são valorizados, qual é a concepção de bom profissional de saúde que orienta a formação (Ferreira *et al.*, 2022).

3.5.2 Avaliação de programas e políticas na APS

Na APS, a avaliação de programas e políticas tem buscado combinar indicadores de acesso, coordenação, continuidade e qualidade do cuidado com análises qualitativas do processo de trabalho e da experiência de usuários e profissionais. No caso do PMpB, que se apresenta como programa indutor da qualidade da atenção ao associar provimento médico, formação em serviço e tutoria clínica, a abordagem avaliativa precisa considerar tanto efeitos sobre a cobertura e o desempenho da APS quanto transformações na prática dos médicos bolsistas e nas equipes locais (Ministério da Saúde, 2022; Oliveira *et al.*, 2024).

Ao mesmo tempo que o PMpB propõe uma avaliação fundamentada em princípios formativos, existe uma tensão inerente entre essa intencionalidade pedagógica e as pressões por resultados mensuráveis, por padronização de critérios e por responsabilização. O manual de tutoria clínica do programa define competências esperadas, instrumentos, cronogramas e critérios de desempenho todos os elementos que apontam na direção de certa padronização e normatividade (Brasil, 2022c).

Essa padronização é necessária para que a política pública tenha coerência em diferentes contextos territoriais; entretanto, quando a avaliação se torna fundamentalmente normativa centrada em verificar se o bolsista "atende ao protocolo" ou se "cumpru os atendimentos esperados" corre o risco de perder sua dimensão formativa e transformadora (Ferreira *et al.*, 2022).

Além disso, há uma tensão entre o tempo que a avaliação formativa demanda (escuta atenta, diálogo reflexivo, construção de planos individualizados) e o tempo real disponível nas unidades de saúde sobrecarregadas e com equipes reduzidas, especialmente em áreas de vulnerabilidade territorial (Silva *et al.*, 2024). Alguns tutores podem estar focados em cumprir requisitos administrativos preencher formulários, registrar avaliações no sistema, em detrimento do diálogo genuíno com o bolsista.

Essa dinâmica não é falha individual, mas resultado das condições reais de trabalho. Analisar o processo de trabalho da tutoria implica, portanto, investigar como essa tensão entre intencionalidade pedagógica (formativa) e realidades normativas e administrativas se resolve na prática, como tutores negociam essas pressões, que estratégias utilizam para preservar espaços de reflexão genuína apesar das restrições, e quando a avaliação de fato funciona como acompanhamento transformador versus quando funciona como vigilância e controle (Moita *et al.*, 2020).

As dimensões teóricas apresentadas APS como espaço de produção de cuidado e aprendizagem, o PMpB como política que institucionaliza a tutoria, o processo de trabalho como encontro vivo e micropolítico, a EPS como marco pedagógico, e a avaliação como acompanhamento formativo, conformam um marco analítico integrado que permite aproximar-se do objeto de estudo "tutoria clínica no PMpB" de forma multidimensional. Não se trata de dimensões isoladas, mas de aspectos inter-relacionados que operam simultaneamente.

Por exemplo, a intenção pedagógica de EPS (aprendizagem significativa baseada em problematização) só se realiza quando o tutor cria espaços onde o trabalho vivo é analisado criticamente, isso envolve simultaneamente uma visão de APS como espaço de produção, uma política que reconheça e financie esse processo, e uma concepção de avaliação formativa (não apenas verificação de protocolo) (ADAPS, 2022).

Inversamente, quando há ausência de alguma dessas dimensões, por exemplo, quando a tutoria é operacionalizada apenas como cumprimento de requisitos administrativos, sem espaço para diálogo genuíno a EPS não se materializa, o processo de trabalho fica reduzido a trabalho morto, e a política, ainda que bem-intencionada, não produz os efeitos transformadores esperados. A análise do processo de trabalho da tutoria permite enriquecer, especificar e complexificar essas dimensões teóricas, compreendendo como elas interagem na prática concreta, em diferentes contextos, com atores específicos, e produzindo efeitos reais sobre as práticas clínicas, a autonomia profissional e a integração ensino-serviço (Merhy e Franco, 2003; Franco, 2015; ADAPS, 2022).

3.6. Contribuições esperadas da tutoria clínica para a APS

A integração ensino-serviço é uma das principais contribuições da tutoria clínica, pois insere o processo formativo do médico bolsista diretamente nas Unidades Básicas de Saúde, articulando curso de especialização, prática assistencial e reflexão sobre o processo de trabalho no próprio território. Nessa dinâmica, o tutor médico atua como elo entre a formação e o serviço, contribuindo para alinhar as práticas clínicas às diretrizes da APS e às necessidades das equipes e da população, o que favorece maior coerência entre o que se ensina e o que se faz no cotidiano dos serviços (Brasil, 2020; Pereira *et al.*, 2022).

A qualificação da prática médica na APS é buscada por meio do acompanhamento longitudinal do bolsista, com observação de consultas, discussão de casos, atividades

acadêmicas e devolutivas sistemáticas registradas em sistemas específicos como o SISPMB. Espera-se que, com essa supervisão clínica e pedagógica estruturada, o médico desenvolva competências em medicina de família e comunidade, amplie a capacidade de manejo clínico na APS, fortaleça a coordenação do cuidado e incorpore práticas centradas na pessoa, na família e na comunidade (ADAPS, 2022).

A experiência do PMpB indica uma tendência de consolidar a tutoria clínica como componente estruturante de políticas nacionais de provimento e formação em APS, articulada a cursos de especialização e a mecanismos de carreira para médicos de família e comunidade. Portarias e normativas recentes definem atribuições específicas dos tutores, carga horária destinada a atividades de ensino-serviço e critérios de avaliação do desempenho tutorial, o que contribui para dar maior estabilidade, reconhecimento e visibilidade a essa função dentro do SUS.

4. JUSTIFICATIVA

A organização e qualificação dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) constituem elementos centrais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quando vinculados à formação e ao desenvolvimento profissional em serviço. Nesse contexto, o fortalecimento das práticas de tutoria no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) representa uma estratégia relevante para aprimorar a formação médica, promover o aprendizado baseado no trabalho e contribuir para uma atenção mais resolutiva e equitativa. Para suprir lacunas significativas no acesso à saúde, com redução das iniquidades e, conseqüentemente, na distribuição de médicos no país, o Estado Brasileiro tem investido na criação de políticas com papel importante no provimento de profissionais, na educação médica e na formação adequada às necessidades do sistema de saúde, especialmente visando a ampliação da cobertura da APS no território nacional (Figueiredo *et al.*, 2021; Russo, 2021).

Os programas de provimento de profissionais médicos, especificamente o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) e o Programa Mais Médicos (PMM), têm como objetivo reduzir a escassez de médicos na APS, com uma atuação supervisionada em um cenário formativo, combinando atividades teóricas e práticas que culminam em um Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade de dois anos. No PMpB, essa formação se dá em um processo de trabalho baseado no treinamento em serviço, em que o médico estudante atua sob a supervisão de um médico tutor. O treinamento contempla

a orientação por tutores acadêmicos e clínicos, que acompanham tanto as atividades teórico-práticas quanto assistenciais (Brasil, 2019).

No exercício da tutoria, médicos estudantes e tutores assumem uma equipe de saúde da família e prestam assistência direta à população, enquanto desenvolvem um processo formativo que busca o fortalecimento da APS, por meio de atividades presenciais e a distância, nas quais o tutor clínico acompanha o desempenho dos médicos estudantes, orienta a prática assistencial e promove momentos reflexivos sobre o cuidado em saúde. As tutorias presenciais incluem acompanhamento de consultas e avaliações, como estudo dirigido e observação clínica; as tutorias à distância, quando autorizadas, ocorrem por videoconferência, seguindo as mesmas diretrizes da versão presencial (Brasil, 2022c).

No Brasil ainda persiste uma má alocação de médicos entre regiões, embora, em média nacional, o indicador seja compatível com o de diversos países desenvolvidos (CFM, 2018). Em 2023, o país contava com aproximadamente 546.000 médicos para uma população superior a 203 milhões, resultando numa proporção de 2,69 médicos para cada 1.000 habitantes, com diferenças marcantes entre estados (Scheffer *et al.*, 2023). Essas disparidades reforçam a relevância de programas como o PMpB, que além de ampliar o provimento médico, buscam qualificar a prática profissional por meio da tutoria e da educação em serviço.

Dessa forma, avaliar o processo de trabalho desenvolvido na tutoria do Programa Médicos pelo Brasil é fundamental para compreender como se estruturam as práticas tutoriais, seus desafios e suas contribuições à qualificação da Atenção Primária à Saúde. Tal análise pode subsidiar o aprimoramento das estratégias formativas e fortalecer a efetividade do trabalho médico no âmbito do SUS.

Atualmente, o Programa Médicos pelo Brasil está sendo integrado ao Programa Mais Médicos, configurando um momento crucial de expansão e reestruturação das políticas de provimento médico no Brasil. Nesse contexto de integração, compreender como a tutoria clínica tem operado em diferentes contextos territoriais que desafios enfrentou, que potencialidades revelou, como efetivamente contribuiu (ou deixou de contribuir) para a qualificação da APS torna-se urgente (Brasil, 2025).

Analisar o processo de trabalho da tutoria a partir da perspectiva dos tutores, médicos bolsistas e gestores locais permitirá identificar não apenas práticas bem-sucedidas, mas sobretudo os nós críticos, as barreiras estruturais, as dinâmicas micropolíticas que facilitaram ou dificultaram a realização da tutoria em sua

intencionalidade pedagógica e formativa. Essas evidências qualitativas situadas, contextualizadas, que capturam as nuances da experiência dos atores são fundamentais para que as decisões técnicas do Ministério da Saúde na integração dos programas se baseiem em aprendizados concretos, não em pressupostos (Silva *et al.*, 2024; Ferraz *et al.*, 2025).

O estudo, portanto, pretende produzir não apenas conhecimento acadêmico sobre educação permanente em saúde, formação médica e processos de trabalho, mas evidências estratégicas que subsidiarão o fortalecimento de dispositivos formativos reconhecidos como fundamentais para a consolidação de uma APS equitativa, resolutiva e capaz de responder às necessidades de saúde das populações em contextos de vulnerabilidade territorial.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Avaliar o processo de trabalho desenvolvido na tutoria do Programa Médicos pelo Brasil em municípios brasileiros, identificando suas práticas, desafios e contribuições para a qualificação da atenção primária à saúde.

5.2. Objetivos específicos

Descrever as atividades e práticas desenvolvidas pelos médicos tutores, bolsistas e gestores no processo de tutoria do PMpB.

Analisar os desafios e potencialidades percebidos por esses atores na execução do processo de trabalho da tutoria.

Elaborar produto técnico com recomendações para o processo de tutoria clínica com base nos resultados da pesquisa.

6. MATERIAIS E MÉTODO

6.1. Contexto do estudo

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa de natureza qualitativa, que integra o projeto mais amplo “Avaliação em Ciência da Implementação: Análise do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) no Território Nacional”, conduzido pela Universidade de Brasília (UnB), em cooperação com o Ministério da Saúde. O estudo adotou uma abordagem em Ciência da Implementação no âmbito da avaliação do processo de tutoria clínica na Atenção Primária à Saúde (APS).

Além da produção de conhecimento científico por meio da construção de um modelo interpretativo sobre o processo de trabalho da tutoria, o estudo contemplou a elaboração de um *policy brief* como produto técnico-tecnológico, destinado à tradução do conhecimento e à disseminação dos resultados para gestores e formuladores de políticas públicas da Atenção Primária à Saúde.

6.2. Delineamento do estudo

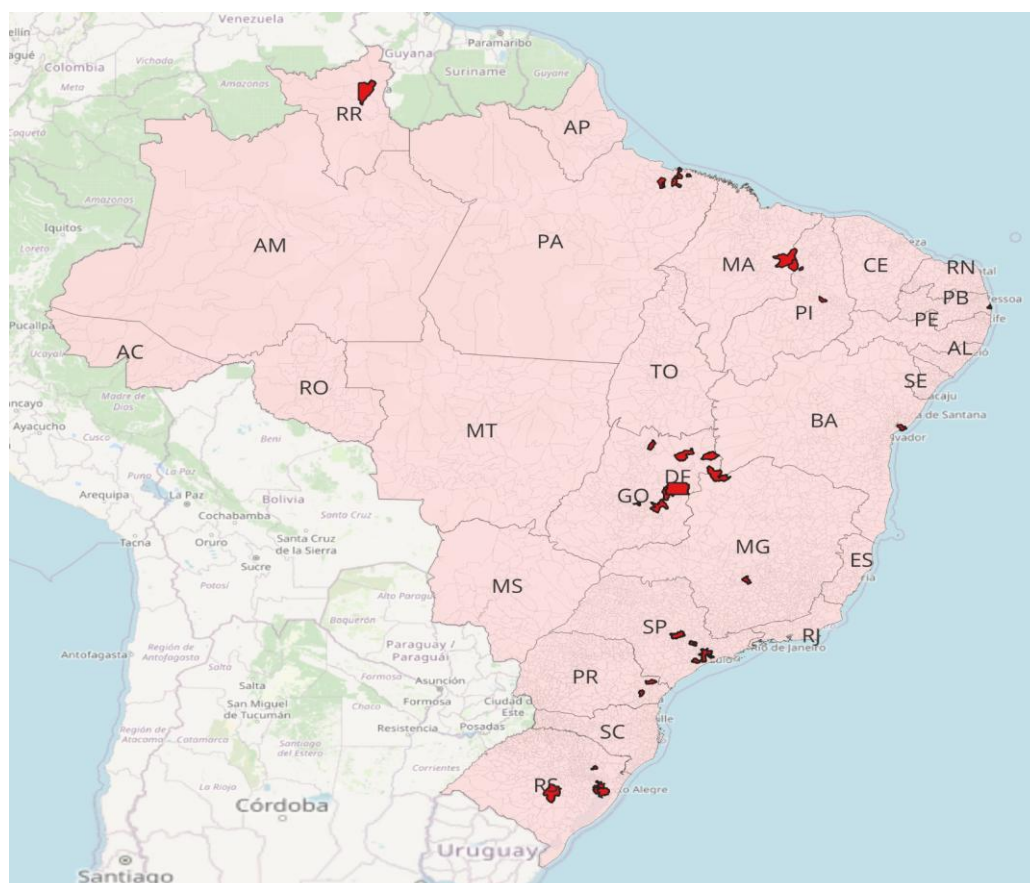
A vertente qualitativa teve como propósito compreender os significados, percepções e práticas associadas à tutoria clínica, à atuação dos médicos bolsistas e à articulação entre tutores, gestores e o Ministério da Saúde, em diferentes contextos regionais do país. O referencial metodológico baseou-se na Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), conforme proposta por Strauss e Corbin, (2008), que busca gerar conhecimento a partir da experiência empírica dos participantes, reconhecendo a co-construção dos dados entre pesquisador e entrevistado.

6.3. Participantes

A seleção dos municípios participantes garantiu diversidade territorial e social, considerando indicadores como vulnerabilidade social, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), localização geográfica, atuação de médicos bolsistas do PMpB e distância média tutor-bolsista.

Inicialmente, foram escolhidos 25 municípios em todas as macrorregiões do Brasil. No entanto, após ajustes em campo, o estudo alcançou 42 municípios em 12 estados, realizando 91 entrevistas presenciais e ampliando a representatividade da amostra.

Figura 1. Distribuição espacial dos 42 municípios selecionados para coleta das entrevistas.



Fonte: Elaboração própria.

Foram incluídos três grupos estratégicos no Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). Cada tríade médico–tutor–gestor constitui uma unidade analítica, representando a estrutura relacional e pedagógica que sustenta o PMpB nos territórios:

1. Médicos bolsistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) e estão em formação especializada;
2. Tutores clínicos responsáveis pelo acompanhamento pedagógico e técnico dos bolsistas, presencialmente ou remotamente;
3. Gestores locais das Secretarias Municipais de Saúde, que facilitam a tutoria e a integração com as equipes de APS.

6.4. Sistemática de Coleta de dados

6.4.1 Instrumentos da pesquisa

Os roteiros de entrevista foram desenvolvidos de forma colaborativa pelo pesquisador principal e pelos membros da equipe de pesquisa do Laboratório de Pesquisa em Gestão, Tecnologias e Inovação em Saúde (LAGETIS), baseando-se em referenciais teóricos e normativos do PMpB, sendo validados em duas etapas:

a) Validação de conteúdo: Realizada por comitê de sete juízes especialistas em Atenção Primária à Saúde, Saúde Coletiva e validação de instrumentos. Os juízes avaliaram clareza, relevância e adequação de cada item. A análise quantitativa utilizou o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que resultou em valores $\geq 0,97$ para a maioria dos itens, com baixo desvio padrão. Foi calculado também o coeficiente de correlação de Kendall médio para estimar concordância entre juízes. A análise qualitativa das sugestões foi organizada em análise temática de conteúdo, considerando as decisões da equipe de pesquisa.

b) Teste-piloto: Foi conduzido com 12 participantes (bolsistas, tutores e gestores) em 10 Unidades Básicas de Saúde no Distrito Federal e Goiás (21-25 de julho de 2025). Verificou-se clareza das questões, aplicabilidade prática, tempo médio de duração e possíveis desconfortos. Os participantes demonstraram boa aceitação dos instrumentos sem registro de reações negativas significativas.

Após ajustes decorrentes de ambas as etapas, foram consolidados os seguintes instrumentos:

- Roteiro do(a) médico(a) bolsista – tutoria presencial (Apêndice A);
- Roteiro do(a) médico(a) bolsista – tutoria remota (Apêndice B);
- Roteiro do(a) tutor(a) – tutoria presencial (Apêndice C);
- Roteiro do(a) tutor(a) – tutoria remota (Apêndice D);
- Roteiro do(a) gestor(a) (Apêndice E);

Previamente à coleta remota e in loco, foi elaborado o Manual do Entrevistador - Avaliação em Ciência da Implementação: análise do Programa Médicos pelo Brasil no Território Nacional, estruturado em eixos temáticos que subsidiaram a coleta de dados. O manual contemplou: objetivos e abordagem metodológica, papel do pesquisador,

condutas éticas esperadas, descrição dos instrumentos, fluxo padrão das entrevistas, procedimentos de registro, transcrição, consolidação e limpeza dos dados.

6.4.2 Coleta in loco

A coleta de dados presencial foi realizada por pesquisadores previamente treinados, vinculados ao Laboratório de Pesquisa em Gestão, Tecnologias e Inovação em Saúde (LAGETIS), no período de 29 de julho a 30 de setembro de 2025, abrangendo 42 municípios distribuídos em 12 estados brasileiros, para esta etapa a equipe foi organizada em duplas e distribuída por regiões previamente definidas. A estratégia de contato e mobilização para a coleta in loco foi conduzida de forma gradual e estruturada, envolvendo múltiplas etapas articuladas entre diferentes níveis de gestão e os participantes do estudo.

Inicialmente, foi estabelecida comunicação formal por meio do Ministério da Saúde, com gestores federais e estaduais responsáveis pela coordenação do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), em cada macrorregião, com o objetivo de facilitar o acesso aos municípios selecionados e assegurar a cooperação institucional necessária para a realização da pesquisa.

Em seguida, foram realizados contatos formais com os gestores municipais das Secretarias de Saúde via telefônica e via e-mail, para apresentação do projeto e de seus objetivos, formalização da participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento e confirmação do interesse em integrar o estudo. Após a anuência institucional, foi realizada comunicação direta com médicos bolsistas e tutores clínicos, visando ao agendamento das entrevistas presenciais, à apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e à confirmação da disponibilidade dos participantes.

As visitas técnicas e a coleta de dados seguiram um protocolo sistemático previamente definido, contemplando o planejamento das rotas de deslocamento, o agendamento das entrevistas de acordo com a disponibilidade local e a observação direta dos contextos de trabalho e do funcionamento das unidades de saúde com duração aproximada de 45 a 60 minutos, podendo, em alguns casos, estender-se por até 90 minutos, conforme a complexidade das discussões e a disponibilidade dos participantes.

Durante o trabalho de campo, foram realizados registros sistemáticos em diários de campo, contendo observações contextuais, interações e impressões relevantes para a

análise, além do backup imediato dos dados coletados, garantindo sua segurança e integridade. Ao final do processo de coleta in loco, foram realizadas 91 entrevistas presenciais com tutores, médicos bolsistas e gestores locais vinculados ao Programa Médicos pelo Brasil, compondo o corpus empírico da pesquisa.

6.4.3 Transcrição e organização dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio digital, mediante consentimento prévio dos participantes, utilizando dispositivos móveis dos pesquisadores. Os arquivos de áudio foram armazenados e submetidos a cópias de segurança em pasta institucional criada na plataforma, Microsoft SharePoint, garantindo a organização dos dados coletados. Paralelamente às gravações, foram elaborados diários de campo contendo registros detalhados das entrevistas, com observações contextuais, interações e impressões consideradas relevantes para a interpretação posterior dos dados.

O processo de transcrição envolveu a conversão integral dos áudios em texto, buscando preservar a fidelidade ao conteúdo original, incluindo hesitações, pausas e expressões consideradas relevantes para a análise qualitativa. As transcrições foram realizadas manualmente no Microsoft Word, mediante escuta repetida dos arquivos de áudio pelos pesquisadores responsáveis, e posteriormente organizadas de forma centralizada em arquivo digital, com identificação sistemática dos participantes por meio de códigos de anonimização, bem como o registro de metadados, tais como data, local, tipo de entrevista e duração.

6.5. Variáveis de estudo

Para a presente dissertação, foram utilizadas categorias provenientes dos roteiros de entrevista qualitativa, apresentados nos Apêndices de A a E do relatório geral do projeto. No entanto, a análise concentrou-se exclusivamente nas respostas das categorias dos seguintes roteiros:

- **Roteiro do(a) médico(a) bolsista – tutoria presencial** (Apêndice A): categorias A. Logística e organização dos encontros presenciais com o(a) tutor(a), C. Processo de tutoria clínica, F. Aspectos relevantes e sugestões de melhoria.

- **Roteiro do(a) médico(a) bolsista – tutoria remota** (Apêndice B): categorias A. Logística e organização dos encontros remotos, C. Processo de tutoria clínica remota e avaliações somativas, F. Aspectos relevantes e sugestões de melhoria.
- **Roteiro do(a) tutor(a) – tutoria presencial (Apêndice C) e Roteiro do(a) tutor(a) – tutoria remota** (Apêndice D): categorias A. Logística e organização dos encontros presenciais, C. Processo de trabalho, ferramentas e avaliações somativas, F. Aspectos relevantes e sugestões de melhoria.
- **Roteiro do(a) gestor(a)** (Apêndice E): categorias A. Logística e Organização das Ações de Tutoria Local e B. Acompanhamento e Avaliação dos(as) Médicos(as) Bolsistas, F. Aspectos relevantes e sugestões de melhoria.

6.6. Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida com base na Teoria Fundamentada (Grounded Theory), conforme proposta por Strauss e Corbin (2008), possibilitando a construção de categorias analíticas a partir dos dados empíricos, por meio de um processo sistemático de comparação constante entre as narrativas dos participantes. O processo analítico foi desenvolvido de forma iterativa e compreendeu as etapas de codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, permitindo a identificação, integração e refinamento das categorias até a construção do modelo interpretativo do fenômeno investigado.

Inicialmente, a análise dos dados foi conduzida de forma manual com o apoio de planilha eletrônica (Microsoft Excel). Nessa primeira etapa, as transcrições foram importadas e organizadas de forma sistemática, acompanhadas de metadados como, tipo de participante, modalidade da entrevista e local de realização. Em seguida, foi realizado a codificação aberta preliminar, por meio de leitura linha a linha das transcrições, com o objetivo de identificar conceitos, temas e padrões emergentes, os quais foram registrados em colunas paralelas na planilha.

Paralelamente ao processo de codificação inicial, foram elaborados memos analíticos em formato de texto livre, nos quais se registraram reflexões analíticas, questões emergentes e possíveis categorias teóricas, conforme preconizado pela abordagem da Grounded Theory. Posteriormente, os códigos iniciais foram compilados e organizados em uma estrutura hierárquica preliminar, permitindo a visualização de padrões recorrentes e a identificação de frequências temáticas.

Em seguida, foi realizada a análise sistemática e integrada dos dados com o software Atlas.ti, ferramenta que possibilitou codificação estruturada, organização hierárquica de categorias, visualização de relações e triangulação de diferentes fontes de dados. As transcrições foram importadas para o banco de dados do software em formato adequado, garantindo a rastreabilidade das citações e a preservação dos contextos originais das falas.

O processo analítico foi implementado com o auxílio do Atlas.ti, utilizado para codificar, agrupar e visualizar relações entre categorias, integrando documentos, códigos, memos e diagramas conceituais. Como resultado foi construído um sistema hierarquizado de categorias temáticas e eixos interpretativos, capaz de expressar a complexidade das interações entre médicos, tutores e gestores no PMpB, respeitando os contextos e os múltiplos sentidos atribuídos pelos participantes.

Adicionalmente, os resultados da pesquisa subsidiaram a elaboração de um *policy brief* (resumo para formuladores de políticas), caracterizado como produto técnico-tecnológico do mestrado profissional. O documento foi construído a partir da síntese dos principais achados da investigação, com linguagem acessível e orientada à tomada de decisão, contemplando contextualização do problema, evidências produzidas pelo estudo, recomendações estratégicas e implicações para o aprimoramento da tutoria clínica no Programa Médicos pelo Brasil. A elaboração seguiu referenciais de tradução do conhecimento para políticas públicas em saúde, buscando facilitar a utilização dos resultados por gestores, formuladores de políticas e demais atores envolvidos na gestão da Atenção Primária à Saúde.

O processo de elaboração envolveu a sistematização das evidências produzidas pela pesquisa, a identificação de potencialidades, desafios e lacunas relacionados ao processo de trabalho da tutoria clínica e a construção de recomendações voltadas ao aprimoramento do programa. Os resultados foram organizados em linguagem acessível e orientada à tomada de decisão, preservando o rigor científico e buscando ampliar a utilização prática das evidências produzidas.

O documento foi estruturado em seções contemplando contextualização do problema, descrição do percurso metodológico, apresentação dos principais resultados organizados por eixos analíticos, síntese das implicações para o Sistema Único de Saúde e recomendações estratégicas para o fortalecimento da tutoria clínica no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.

6.7. Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice G). O anonimato foi assegurado mediante substituição de nomes por códigos alfanuméricos e restrição de acesso aos áudios e transcrições apenas à equipe autorizada.

7. Produtos da Dissertação

A presente dissertação gerou dois produtos principais, alinhados aos objetivos do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: um artigo científico destinado à divulgação dos resultados da pesquisa na comunidade acadêmica e um produto técnico-tecnológico voltado à tradução do conhecimento para gestores e formuladores de políticas públicas.

7.1 Artigo Científico

A produção científica resultante desta investigação foi organizada na forma de artigo intitulado provisoriamente “*Avaliação da tutoria no Programa Médicos pelo Brasil: implicações para qualificação da atenção primária*”. O manuscrito apresenta os principais resultados da pesquisa, com foco na compreensão das práticas, potencialidades e desafios da tutoria clínica no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil, a partir das percepções de médicos bolsistas, tutores e gestores municipais.

O artigo foi estruturado segundo as normas de periódico científico da área de Saúde Coletiva e será submetido à revista *Saúde em Debate*, periódico de relevância nacional na discussão de políticas públicas, gestão, trabalho e formação em saúde. A publicação tem como objetivo ampliar a disseminação dos resultados da pesquisa e contribuir para o debate científico sobre formação em serviço, educação permanente em saúde e estratégias de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde.

7.2 Produto Técnico-Tecnológico

Como produto técnico-tecnológico da dissertação foi elaborado o policy brief intitulado “*Tutoria clínica na Atenção Primária à Saúde: evidências da implementação do*

Programa Médicos pelo Brasil”. O documento foi construído a partir da síntese dos principais resultados da pesquisa e teve como finalidade traduzir as evidências produzidas em recomendações estratégicas para gestores e tomadores de decisão.

O policy brief sistematizou os achados relacionados à governança pedagógica do programa, continuidade formativa, desenvolvimento profissional, integração ensino-serviço e condições de implementação da tutoria clínica, apresentando recomendações voltadas ao aprimoramento do Programa Médicos pelo Brasil e de futuras políticas de provimento e formação médica no país. O documento foi entregue ao Ministério da Saúde como estratégia de disseminação e tradução do conhecimento, buscando apoiar processos de planejamento, gestão e tomada de decisão relacionados à qualificação da Atenção Primária à Saúde e ao fortalecimento das ações formativas desenvolvidas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.

Avaliação da tutoria no Programa Médicos pelo Brasil: implicações para qualificação da atenção primária.

Evaluation of Mentoring in the “Doctors for Brazil” Program: Implications for the Quality of Primary Care.

RESUMO O Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) incorporou a tutoria clínica como estratégia de formação em serviço para médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS), buscando qualificar a prática profissional e fortalecer o cuidado nos territórios. Este estudo objetivou compreender a organização, governança e contribuições da tutoria clínica no âmbito do PMpB. Trata-se de pesquisa qualitativa fundamentada na Grounded Theory, realizada em 42 municípios distribuídos em 12 estados brasileiros. Participaram médicos bolsistas, tutores clínicos e gestores municipais. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, analisados com apoio de Atlas.ti®. Os resultados foram organizados em três categorias: organização e governança da tutoria clínica; tutoria clínica como dispositivo de desenvolvimento profissional, qualificação da prática assistencial; e recomendações para o fortalecimento da estratégia. A tutoria foi reconhecida como importante espaço de aprendizagem em serviço, reflexão crítica e desenvolvimento profissional, com repercussões positivas na resolutividade clínica, organização dos serviços e confiança das equipes e usuários. Desafios relacionados à infraestrutura, conectividade, capacitação pedagógica dos tutores e integração com a gestão local limitaram seu potencial formativo. Conclui-se que a consolidação da tutoria clínica como componente estruturante do PMpB requer investimentos em governança, desenvolvimento docente e condições institucionais que sustentem os processos formativos na APS.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Educação Permanente em Saúde; Mentoria; Capacitação Profissional; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT *The Doctors for Brazil Program (PMpB) has incorporated clinical mentoring as an in-service training strategy for physicians working in Primary Health Care (PHC), with the aim of improving professional practice and strengthening care in local communities. This study aimed to understand the organization, governance, and contributions of clinical mentorship within the PMpB. It is a qualitative study grounded in Grounded Theory, conducted in 42 municipalities across 12 Brazilian states. Participants included resident physicians, clinical mentors, and municipal administrators. Data were collected through semistructured interviews and analyzed using Atlas.ti®. The results were organized into three categories: organization and governance of clinical mentorship; clinical mentorship as a tool for professional development and improving clinical practice; and recommendations for strengthening the strategy. Mentoring was recognized as an important setting for on-the-job learning, critical reflection, and professional development, with positive effects on clinical outcomes, service organization, and the confidence of teams and users. Challenges related to infrastructure, connectivity, the pedagogical training of mentors, and integration with local management limited its educational potential. It can be concluded that establishing clinical mentoring as a core component of the PMpB requires investments in governance, faculty development, and institutional conditions that support training processes in primary health care.*

KEYWORDS Primary Health Care; Continuing Medical Education; Mentoring; Professional Training; Health Assessment.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) é o principal ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde, responsável pela continuidade do cuidado e pela primeira porta de entrada na rede de atenção.¹⁻² Além de manter contato próximo com os usuários, suas demandas e o contexto sociocultural em que vivem, a APS orienta ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, atributos discutidos por Starfield¹ e pela Organização Pan-Americana da Saúde.²

Ao longo das últimas décadas, a APS constitui-se como um dos progressos mais significativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse progresso está fundamentado na extensão da Estratégia Saúde da Família (ESF), seu modelo assistencial principal, que superou a marca de mil equipes em todo o país nacional.³⁻⁴ Nesse contexto o Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), instituído pela Lei nº 13.958/2019, integra estratégias de provimento, formação e fixação de médicos na APS, com especial atenção a contextos de maior vulnerabilidade social e escassez de profissionais.⁵

Relatos e documentos institucionais indicam que a tutoria clínica pode potencializar o aperfeiçoamento profissional e aprendizagem aplicada ao contexto da unidade de saúde, mas também evidenciam desafios relacionados à organização das atividades, à comunicação entre os envolvidos e às condições concretas de desenvolvimento da tutoria clínica.⁶

Apesar desses avanços, ainda há lacunas quanto à compreensão do processo de trabalho da tutoria clínica no PMpB, especialmente no que se refere à dinâmica cotidiana, às estratégias utilizadas, aos limites enfrentados e aos significados atribuídos por tutores, médicos bolsistas e gestores locais.⁷⁻⁸ Diante disso, torna-se relevante analisar como se configura esse processo de trabalho na experiência do PMpB.

Com base nisso, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar o processo de trabalho desenvolvido na tutoria clínica no PMpB, a partir da experiência de tutores, médicos bolsistas e gestores locais. Como objetivos específicos, busca-se identificar como se organiza a tutoria clínica no PMpB no cotidiano do serviço, descrever os recursos e estratégias pedagógicas e formas de acompanhamento utilizados na tutoria, analisar desafios e potencialidades do processo de trabalho da tutoria clínica, compreender os sentidos atribuídos à tutoria por tutores, médicos bolsistas e gestores locais, discutir as implicações da tutoria para a qualificação da atenção à saúde na APS.

Material e métodos

Contexto do estudo

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa de natureza qualitativa, que integra o projeto mais amplo “Avaliação em Ciência da Implementação: Análise do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) no Território Nacional”, conduzido pela Universidade de Brasília (UnB), em cooperação com o Ministério da Saúde. O estudo adota uma abordagem em Ciência da Implementação no âmbito da avaliação do processo de tutoria clínica na Atenção Primária à Saúde (APS).

Delineamento do estudo

A vertente qualitativa terá como propósito compreender os significados, percepções e práticas associadas à tutoria clínica, à atuação dos médicos bolsistas e à articulação entre tutores, gestores e o Ministério da Saúde, em diferentes contextos regionais do país. O referencial metodológico baseia-se na Teoria Fundamentada (Grounded Theory), que busca gerar conhecimento a partir da experiência empírica dos participantes, reconhecendo a co-construção dos dados entre pesquisador e entrevistado.

Participantes (processo de amostragem)

A seleção dos municípios participantes garantiu diversidade territorial e social, considerando indicadores como vulnerabilidade social, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), localização geográfica, atuação de médicos bolsistas do PMpB e distância média tutor-bolsista.

Foram incluídos três grupos estratégicos no Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). Cada tríade médico–tutor–gestor constitui uma unidade analítica, representando a estrutura relacional e pedagógica que sustenta o PMpB nos territórios:

1. Médicos bolsistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) e estão em formação especializada;
2. Tutores clínicos responsáveis pelo acompanhamento pedagógico e técnico dos bolsistas, presencialmente ou remotamente;
3. Gestores locais das Secretarias Municipais de Saúde, que facilitam a tutoria e a integração com as equipes de APS.

Sistemática de Coleta de dados

INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Os roteiros de entrevista foram desenvolvidos de forma colaborativa, baseando-se em referenciais teóricos e normativos do PMpB, sendo validados assim:

a) Validação de conteúdo: Realizada por comitê de sete juízes especialistas em Atenção Primária à Saúde, Saúde Coletiva e validação de instrumentos. Os juízes avaliaram clareza, relevância e adequação de cada item.

b) Teste-piloto: Conduzido com 12 participantes (bolsistas, tutores e gestores) em 10 Unidades Básicas de Saúde no Distrito Federal e Goiás (21-25 de julho de 2025). Verificou-se clareza das questões, aplicabilidade prática, tempo médio de duração e possíveis desconfortos.

As sugestões decorrentes do teste-piloto foram submetidas a análise temática de conteúdo, realizada pela equipe de pesquisa a partir da leitura comparativa dos registros dos participantes e da identificação de recorrências relacionadas à clareza das perguntas, ao vocabulário empregado, à sequência dos itens, ao tempo de aplicação e às propostas de ajuste.

COLETA IN LOCO

A coleta de dados presencial foi realizada no período de 29 de julho a 30 de setembro de 2025, abrangendo 42 municípios distribuídos em 12 estados brasileiros. A estratégia de contato e mobilização para a coleta in loco foi conduzida de forma gradual e estruturada, envolvendo múltiplas etapas articuladas entre diferentes níveis de gestão e os participantes do estudo. As etapas serão detalhadas a seguir.

- I. Inicialmente, foi estabelecida comunicação formal com gestores federais e estaduais responsáveis pela coordenação do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) em cada macrorregião, com o objetivo de facilitar o acesso aos municípios selecionados e assegurar a cooperação institucional necessária para a realização da pesquisa.
- II. Em seguida, foram realizados contatos formais com a referência regional do Programa Médicos pelo Brasil para solicitar o número de telefone do(a) médico(a) bolsista designado(a) para entrevista naquele território e com os gestores municipais das Secretarias de Saúde, para apresentação do projeto e de seus objetivos, formalização da participação por meio da assinatura do Termo de

Consentimento e confirmação do interesse em integrar o estudo. Após a anuência institucional, para agendar as entrevistas, foi feita uma comunicação direta com médicos bolsistas, tutores clínicos e gestores, utilizando ligações telefônicas, mensagens pelo WhatsApp e, em algumas situações, e-mails. Isso foi feito respeitando o período determinado pela coordenação nacional da pesquisa, à apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e à confirmação da disponibilidade dos participantes.

As visitas técnicas e a coleta de dados seguiram um protocolo sistemático previamente definido, contemplando o planejamento das rotas de deslocamento, o agendamento das entrevistas de acordo com a disponibilidade local e a observação direta dos contextos de trabalho e do funcionamento das unidades de saúde que buscou identificar elementos do ambiente físico e organizacional que interferiam na tutoria, como estrutura das salas, circulação de profissionais, agenda de atendimentos, acolhimento da equipe, recursos tecnológicos e condições logísticas para a realização dos encontros presenciais ou remotos.

Durante o trabalho de campo, foram realizados registros sistemáticos em diários de campo, contendo observações contextuais, interações e impressões relevantes para a análise, além do backup imediato dos dados coletados, garantindo sua segurança e integridade.

TRANSCRIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio digital, mediante consentimento prévio dos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas de forma literal por meio de software de edição de texto, como o Microsoft Word, organizadas com identificação sistemática dos participantes por meio de códigos de anonimização, bem como o registro de metadados, tais como data, local, tipo de entrevista e duração, por pesquisadores previamente treinados. Paralelamente às gravações, foram elaborados diários de campo contendo registros detalhados das entrevistas, com observações contextuais, interações e impressões consideradas relevantes para a interpretação posterior dos dados.

Variáveis de estudo

Os roteiros de entrevista contemplaram aspectos relacionados à frequência e ao formato dos encontros (presencial ou remoto), às condições estruturais e à acessibilidade dos

tutores, bem como à organização do tempo, aos deslocamentos, à comunicação e ao uso de tecnologias digitais no processo de tutoria. Além disso, os entrevistados foram questionados sobre o impacto da tutoria na prática clínica dos médicos bolsistas, especialmente na construção do raciocínio clínico, na tomada de decisão e na busca por resolutividade dos casos na APS. Essa variável expressa o caráter formativo da tutoria, que articula teoria e prática de maneira reflexiva.

Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida com base na Teoria Fundamentada nos Dados (Grounded Theory), conforme proposta por Strauss e Corbin⁹ utilizando os procedimentos de codificação aberta, axial e seletiva. Possibilitou-se, assim a emergência de significados diretamente das experiências dos participantes, sem imposição de categorias prévias. O processo analítico foi conduzido de forma sistemática e interativa, incluindo as seguintes etapas centrais da Teoria Fundamentada: Codificação aberta – emergência dos significados; Codificação axial – organização e relação entre categorias.; e Codificação seletiva – integração teórica.

Inicialmente, a análise dos dados foi conduzida de forma manual com o apoio de planilha eletrônica (Microsoft Excel). Nessa primeira etapa, as transcrições foram importadas e organizadas de forma sistemática, acompanhadas de metadados como, tipo de participante, modalidade da entrevista e local de realização. Em seguida, foi realizado a codificação aberta preliminar, por meio de leitura linha a linha das transcrições. O objetivo foi identificar conceitos, temas e padrões emergentes, os quais foram registrados em colunas paralelas na planilha.

Paralelamente ao processo de codificação inicial, foram elaborados memos analíticos em formato de texto livre. Nesse momento, foram registradas reflexões analíticas, questões emergentes e possíveis categorias teóricas, conforme preconizado pela abordagem da Grounded Theory. Posteriormente, os códigos iniciais foram compilados e organizados em uma estrutura hierárquica preliminar, permitindo a visualização de padrões recorrentes e a identificação de frequências temáticas.

Após foi realizada a análise sistemática e integrada dos dados com o software Atlas.ti, ferramenta que possibilita codificação estruturada, organização hierárquica de categorias, visualização de relações e triangulação de diferentes fontes de dados. As transcrições foram importadas para o banco de dados do software em formato

adequado, garantindo a rastreabilidade das citações e a preservação dos contextos originais das falas.

O processo foi implementado com o software Atlas.ti, utilizado para codificar, agrupar e visualizar relações entre categorias, integrando documentos, códigos, memos e diagramas conceituais. Espera-se que o resultado constitua um sistema hierarquizado de categorias temáticas e eixos interpretativos, capaz de expressar a complexidade das interações entre médicos, tutores e gestores no PMpB, respeitando os contextos e os múltiplos sentidos atribuídos pelos participantes.

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi assegurado mediante substituição de nomes por códigos alfanuméricos e restrição de acesso aos áudios e transcrições apenas à equipe autorizada.

Resultados

Participaram do estudo médicos bolsistas, tutores clínicos e gestores municipais vinculados ao Programa Médicos pelo Brasil. A análise das entrevistas permitiu compreender como a tutoria clínica é organizada e desenvolvida nos territórios, bem como seus efeitos sobre o processo de formação profissional e a qualificação da atenção à saúde.

Os achados revelaram que a experiência da tutoria é influenciada por múltiplos fatores relacionados à organização dos encontros, à articulação entre os atores envolvidos, às estratégias pedagógicas utilizadas e às condições institucionais disponíveis para sua implementação. Ao mesmo tempo, os participantes reconheceram a tutoria como importante dispositivo de aprendizagem em serviço, capaz de favorecer o desenvolvimento profissional dos médicos bolsistas e produzir repercussões positivas na prática assistencial e na organização dos serviços.

A partir do processo analítico, os resultados foram organizados em três categorias: Organização e governança da tutoria clínica; Tutoria clínica como dispositivo de desenvolvimento profissional e qualificação da prática assistencial; e Recomendações dos

atores para o fortalecimento da tutoria clínica. Para cada categoria são apresentados quadros de síntese contendo os principais códigos, categorias e subcategorias analíticas, eixos teóricos, sínteses interpretativas e recomendações construídas ao longo do processo de análise. Os excertos das entrevistas são utilizados para ilustrar os significados atribuídos pelos participantes às experiências vivenciadas no contexto da tutoria clínica (Quadro 1).

Quadro 1. Síntese do processo analítico e das categorias construídas sobre o processo de trabalho da tutoria clínica no Programa Médicos pelo Brasil.

Categoria analítica	Ator	Tópico do formulário	Codificação aberta (principais códigos)	Codificação axial (categorias e subcategorias)	Codificação seletiva (eixo teórico)	Grupo teórico	Síntese interpretativa (Contexto–Ação–Consequência)	Recomendações de melhoria
Organização e governança da tutoria clínica	Médico bolsista	Logística e organização dos encontros com o(a) tutor(a)	“flexibilidade na agenda”, “comunicação via WhatsApp”, “acolhimento do tutor”, “direcionamento”, “disponibilidade”	Categoria: Organização e mediação pedagógica Subcategorias: (a) Planejamento e comunicação prévia; (b) Suporte contínuo e acessibilidade; (c) Flexibilidade na agenda	Eixo teórico: Comunicação e flexibilidade como mediadores do aprendizado	Processo de tutoria e acompanhamento	Contexto: encontros estruturados, mas condicionados à disponibilidade e logística local. Ação: médicos ajustam horários, utilizam canais informais e mantêm contato ativo com tutores. Consequência: fortalecimento do vínculo pedagógico e ambiente de	- Padronizar cronogramas de tutoria.- Formalizar registros de encontros.- Garantir conectividade e suporte tecnológico.

							aprendizado colaborativo.	
Organização e governança da tutoria clínica	Tutor	Logística e organização dos encontros	“Encontros presenciais a cada 30 dias”; “flexibilidade na escolha das datas”; “apoio da AGSUS para logística”; “organização em grupo no WhatsApp”; “dificuldade de deslocamento para alguns bolsistas”.	Categoria: Organização e mediação logística da tutoria Subcategorias: (a) Planejamento e marcação dos encontros; (b) Condições estruturais de deslocamento; (c) Comunicação e acessibilidade.	Articulação logística como base de viabilidade da tutoria.	Processo de tutoria e acompanhamento	Contexto: logística condicionada à distância e estrutura disponível. Ação: tutores ajustam agendas, usam WhatsApp e recebem apoio pontual da AGSUS. Consequência: participação viabilizada, porém limitada por barreiras logísticas persistentes.	Padronizar cronogramas; ampliar suporte tecnológico; garantir apoio institucional ao deslocamento.
Organização e governança da tutoria clínica	Gestor	Acompanhamento do trabalho do médico bolsista	“não recebe devolutiva”, “acompanha pelos indicadores”, “apoia o	Categoria: Acompanhamento e monitoramento institucional	Eixo teórico: Acompanhamento administrativo sem ponte pedagógica	Eficácia do Acompanhamento	Contexto: acompanhamento empírico e observacional	- Implantar rotinas de devolutiva tutor–gestão - Incluir indicadores

			aprendizado”, “sem retorno do tutor”	Subcategorias: (a) acompanhamento administrativo; (b) ausência de interface pedagógica			Ação: gestão monitora por presença e relato Consequência: ausência de integração formativa e retroalimentação educativa	qualitativos no monitoramento - Criar formulários de acompanhamento pedagógico compartilhado
Tutoria clínica como dispositivo de desenvolvimento profissional	Médico bolsista	7.1.2 Processo de tutoria clínica	“feedback construtivo”, “aprendizado prático”, “apoio emocional”, “discussão de casos”, “confiança profissional”	Categoria: Desenvolvimento profissional mediado pela tutoria Subcategorias: (a) Feedback reflexivo; (b) Aprendizado em serviço; (c) Apoio técnico e emocional	Eixo teórico: Tutoria como ferramenta de aprimoramento clínico e identitário	Formação em serviço	Contexto: tutoria consolidada como espaço formativo. Ação: médicos aplicam feedback e refletem sobre práticas clínicas. Consequência: aumento da autoconfiança e qualificação da atenção ao paciente.	- Fortalecer capacitação de tutores. - Garantir periodicidade mínima das tutorias. - Integrar práticas reflexivas ao processo avaliativo.
Tutoria clínica como dispositivo de	Tutor	7.2.2 Processo de trabalho, ferramentas	“Observação direta e feedback”; “uso do Mini-CEX”;	Categoria: Práticas avaliativas e	Centralidade da observação direta diante da escassez	Práticas pedagógicas e avaliativas	Contexto: poucas ferramentas formais e limitações técnicas. Ação:	Capacitar tutores em metodologias ativas; ampliar instrumentos

desenvolvimento do profissional		e avaliações somativas	“necessidade de mais técnicas de aprendizagem”; “avaliação contínua do desempenho”; “improvisação sem internet”; “tutoria remota prejudicada”.	estratégias de ensino Subcategorias: (a) Observação direta e feedback clínico; (b) Instrumentos avaliativos disponíveis; (c) Limitações estruturais e tecnológicas.	de ferramentas pedagógicas.		tutores usam Mini-CEX, discussão clínica e feedback. Consequência: avaliação ocorre, mas com perda de profundidade quando remota.	avaliativos; garantir conectividade mínima.
Tutoria clínica como dispositivo de desenvolvimento do profissional e qualificação da prática assistencial	Gestor	Capacidade de resposta do serviço	“melhorou o atendimento”, “apoio logístico”, “mudança de cronograma”, “falta de devolutiva”, “dificuldade com internet”	Categoria: Eficácia do serviço Subcategorias: (a) melhoria da resolutividade clínica; (b) fragilidade estrutural e logística	Eixo teórico: Resolutividade condicionada pelas condições de implementação	Melhoria na Resposta do Serviço	Contexto: fragilidade logística e imprevisibilidade da tutoria Ação: médico aplica aprendizado e compartilha com equipe Consequência: aumento da resolutividade, mas	- Garantir conectividade e logística mínima para tutorias híbridas- Estabelecer calendário fixo de visitas ou

							dependente das condições de infraestrutura	encontros virtuais - Integrar planejamento logístico e pedagógico da tutoria com a gestão local
Tutoria clínica como dispositivo de desenvolvimento profissional e qualificação da prática assistencial	Gestor	Contribuições do PMpB para a unidade de saúde	“melhorou o atendimento”, “continuidade do cuidado”, “a equipe ficou mais segura”, “falta devolutiva”, “aprendizado individual”	Categoria: Impacto positivo do PMpB Subcategorias: (a) continuidade e fixação profissional; (b) aprendizado coletivo; (c) ausência de indicadores avaliativos	Eixo teórico: Benefícios reconhecidos sem lastro avaliativo	Contribuições para a Saúde	Contexto: estabilidade de equipes e vínculos Ação: médicos socializam aprendizado na equipe Consequência: ganhos reconhecidos, porém sem formalização institucional	- Criar instrumentos de registro e sistematização das tutorias - Incluir resultados qualitativos das tutorias nos relatórios municipais - Transformar o aprendizado

								individual em política local de educação permanente
Recomendações dos atores para o fortalecimento da tutoria clínica	Médico bolsista; Tutor; Gestor	Sugestões de Melhorias	“mais encontros de tutoria”, “falta tempo protegido”, “tutoria vira atendimento”, “não usam Mini-CEX”, “falta internet”, “falta formação pedagógica”, “muitos bolsistas”, “falta estrutura”, “gestão não organiza agenda”	Categoria: Organização e condições operacionais da tutoria clínica Subcategorias: (a) Organização do tempo e frequência; (b) Uso de ferramentas pedagógicas; (c) Condições estruturais e tecnológicas	Eixo teórico: Limitações operacionais como condicionantes da qualidade da tutoria clínica	Processo de trabalho e operacionalização	Contexto: tutoria ocorre em cenário com limitações estruturais e organizacionais Ação: atores adaptam a execução com estratégias informais Consequência: redução da densidade pedagógica e irregularidade do processo formativo	- Ampliar frequência das tutorias - Garantir tempo protegido - Capacitar tutores para uso de ferramentas - Melhorar infraestrutura e conectividade - Organizar agendas institucionais
		Processo de trabalho da tutoria	“mais encontros de tutoria”, “falta tempo protegido”, “tutoria vira atendimento”, “não	Categoria: Organização e condições operacionais da tutoria clínica	Eixo teórico: Limitações operacionais como condicionantes da	Processo de trabalho e operacionalização	Contexto: tutoria ocorre em cenário com limitações estruturais e organizacionais	- Ampliar frequência das tutorias - Garantir tempo protegido

			usam Mini-CEX”, “falta internet”, “falta formação pedagógica”, “muitos bolsistas”, “falta estrutura”, “gestão não organiza agenda”	Subcategorias: (a) Organização do tempo e frequência; (b) Uso de ferramentas pedagógicas; (c) Condições estruturais e tecnológicas	qualidade da tutoria clínica		Ação: atores adaptam a execução com estratégias informais Consequência: redução da densidade pedagógica e irregularidade do processo formativo	- Capacitar tutores para uso de ferramentas - Melhorar infraestrutura e conectividade - Organizar agendas institucionais
--	--	--	---	---	---------------------------------	--	---	--

Organização e governança da tutoria clínica

A organização e a governança da tutoria clínica emergiram como elementos centrais para a implementação das atividades formativas do Programa Médicos pelo Brasil. Os participantes relataram que a realização dos encontros dependia de processos contínuos de planejamento, negociação de agendas, comunicação entre os atores envolvidos e disponibilidade de condições estruturais para o desenvolvimento das atividades. Embora a tutoria estivesse prevista de forma estruturada no programa, sua operacionalização assumiu diferentes configurações nos territórios, frequentemente condicionadas às capacidades organizacionais locais. A síntese analítica dessa categoria encontra-se apresentada no Quadro 1.

Os médicos bolsistas destacaram a comunicação próxima com os tutores como aspecto facilitador da organização dos encontros e da manutenção do vínculo pedagógico.

“Ela fez um grupo com todos os bolsistas... sempre aberta à comunicação” (M1).

O planejamento prévio das atividades também foi apontado como estratégia importante para compatibilizar a tutoria com as demandas assistenciais das unidades.

“A tutora passava a data com antecedência... eu avisava a gestão para bloquear a agenda” (M23).

Em alguns cenários, a flexibilidade dos formatos permitiu adaptar as atividades às necessidades dos serviços e dos participantes.

“A gente fecha a agenda da unidade, eu vou pra UBS dela e passo a semana lá... quando tem muita demanda, combinamos remoto... é uma parceria” (M36).

Na perspectiva dos tutores, a organização das atividades foi frequentemente impactada por limitações relacionadas à conectividade, infraestrutura e mudanças institucionais. A precariedade tecnológica foi apontada como obstáculo recorrente para utilização das ferramentas previstas pelo programa.

O pessoal nunca conseguiu enviar pela plataforma, então acabava mandando tudo pelo WhatsApp. Eu via o vídeo, fazia análise, conversava com a bolsista, dava o feedback e depois apagava, porque tinha que apagar, né? Ficava tudo meio conturbado, meio improvisado.

Aqui não tem Wi-Fi na unidade, e o 5G tá ruim este ano. A gente acaba se virando como dá. (Tutor 14)

Também foram relatadas dificuldades relacionadas à reorganização dos cronogramas e ao aumento simultâneo das demandas de acompanhamento.

Quando a Agência reduziu o prazo para terminar o curso, ficou tudo atropelado. Eu chegava a ter dois ou três tutorandos na mesma semana. Foi cansativo, mas a gente conseguiu dar conta, porque eles também estavam muito comprometidos. (Tutor 28)

Além das limitações tecnológicas e organizacionais, os tutores descreveram fragilidades estruturais das unidades de saúde e limitada interlocução com a gestão local.

Eu já organizo a agenda de forma que tenham tempo... já preparo a equipe. Mas a unidade só tem dois consultórios... um ano sem sala de vacina... não tem sala de reuniões, não tem espaço para fazer procedimento. A unidade deixa a desejar. [...] A gestão nunca me perguntou. A gestão nunca quis saber. A gestão só começou a saber que tinha médicos comigo quando começaram a aparecer as receitas deles na farmácia. (Tutor 7)

Os gestores, por sua vez, demonstraram conhecer a tutoria principalmente a partir de seus impactos operacionais, especialmente relacionados ao bloqueio de agendas e à organização do serviço.

A tutoria, tu diz, aquela que eles [médicos bolsistas] saem para fazer uma vez por mês? Na verdade, a gente não acompanha a tutoria. Eles solicitam as datas, né, envia um documento, a gente faz o bloqueio das agendas e eles fazem a tutoria lá. (Gestor 3).

Ele passa pra mim o dia, né? A gente monta a agenda juntos, tenta não deixar o posto parado. Só que às vezes muda o cronograma e eu fico sabendo em cima da hora. A internet aqui é muito ruim, então nem sempre o tutor consegue fazer online. Quando não vem presencial, o médico fica meio perdido. Falta um calendário fixo, um retorno pra gente saber o que foi tratado. (Gestor 24).

Apesar do reconhecimento da importância da tutoria, observou-se fragilidade na articulação entre tutores e gestores municipais. Em diversos relatos, os gestores informaram não participar dos processos pedagógicos nem receber devolutivas sobre as atividades desenvolvidas.

A comunicação que a gente tem é o próprio médico que me informa... Eu não tenho diálogo nenhum com tutor. Nunca recebi relatório, nunca teve contato, nem planejamento conjunto. O que a gente sabe é que ele vai, faz a tutoria e volta. (Gestor 12).

“Eu nunca tive contato com a tutora dela, né. Eu não sei se existia algum contato entre esse tutor e o supervisor da secretaria, mas eu sentia falta.” (Gestor 2).

“A gestão não tem contato direto com o tutor, mas quando precisa, a gente tenta resolver com o médico. Ele é muito bom, comprometido. A gente faz o possível pra apoiar na escala.” (Gestor 17).

Os achados evidenciam que a tutoria clínica foi sustentada por arranjos locais e iniciativas individuais dos participantes, que mobilizaram estratégias para superar limitações estruturais e organizacionais. Entretanto, a ausência de mecanismos formais de comunicação entre tutores e gestores, associada às dificuldades de infraestrutura e conectividade, revela desafios para institucionalização e fortalecimento da governança da tutoria nos territórios.

Tutoria clínica como dispositivo de desenvolvimento profissional e qualificação da prática assistencial

A tutoria clínica foi reconhecida pelos diferentes participantes como um importante dispositivo de aprendizagem em serviço, contribuindo para o desenvolvimento profissional dos médicos bolsistas e para a qualificação da prática assistencial na Atenção Primária à Saúde. Os relatos evidenciaram que a experiência da tutoria ultrapassava o acompanhamento técnico das atividades clínicas, constituindo um espaço de reflexão crítica, compartilhamento de experiências, construção do raciocínio clínico e fortalecimento da autonomia profissional. A síntese analítica dessa categoria encontra-se apresentada no Quadro 1.

Entre os médicos bolsistas, a tutoria foi descrita como uma experiência marcante no percurso formativo, capaz de ampliar conhecimentos e transformar práticas profissionais. Os participantes destacaram a oportunidade de aprender com profissionais mais experientes e de refletir sobre situações concretas do cotidiano de trabalho.

“A tutoria clínica foi um divisor de águas... uma semana inteira de aprendizado” (M10).

“O tutor traz um olhar de fora, mais experiente, e ajuda a gente a enxergar o que não está conseguindo ver no dia a dia” (M3).

Os relatos também evidenciaram uma relação de aprendizagem construída de forma dialógica, na qual o conhecimento produzido durante a tutoria articulava a experiência do tutor às especificidades dos territórios de atuação dos médicos.

“A gente aprende com o tutor, mas ele também quer saber como está a realidade do território” (M9).

A utilização de estratégias reflexivas durante os encontros favoreceu o desenvolvimento do pensamento crítico e a ampliação da capacidade de tomada de decisão clínica.

“Quando o tutor explica um caso e pergunta o que eu faria diferente, eu começo a pensar mais criticamente, e isso muda o jeito que atendo” (M8).

Na perspectiva dos tutores, a observação direta da prática clínica, o feedback estruturado e a discussão de casos constituíram os principais instrumentos pedagógicos utilizados para promover a aprendizagem em serviço. Os participantes relataram que a construção de momentos específicos para avaliação e reflexão favorecia a identificação de necessidades de aprendizagem e a elaboração conjunta de estratégias de aprimoramento profissional.

A questão da observação direta, eu acho ótimo. A questão que eles falam pra gente dar o feedback durante a tutoria, eu também acho ótimo. [...] Algumas técnicas de aprendizagem eu senti falta... eu sinto falta de darem mais opções pra gente fazer e de tempo designado pra aplicar isso durante a semana. [...] Eu pergunto para o bolsista se ele tem alguma coisa que gostaria de discutir, alguma coisa que ele ficou incerto durante a semana... daí a gente prepara uma discussão para fazer no final da semana. (Tutor 9).

A organização das atividades pedagógicas também foi descrita como elemento importante para potencializar os resultados da tutoria.

Eu começava atendendo... depois deixava o bolsista atender e ia intercalando. [...] Nas segundas, terças e sextas eu deixava o último horário para planejamento, avaliação e discussão de caso. (Tutor 9).

Embora os participantes reconhecessem a estrutura geral do programa, também foram identificadas dificuldades relacionadas ao domínio e à utilização das ferramentas pedagógicas previstas para a tutoria.

Eu acho que o processo de tutoria... foi bem estruturado. [...] Mas acho que tem algumas ferramentas que poderiam ser melhoradas. [...] Muitas vezes o tutor está preparado, e o bolsista não. [...] Eles não conheciam esses métodos. Antes deles fazerem o estudo de caso, eu mostrava exatamente o que deveria ser feito em cada campo, como formular objetivos, como estruturar o estudo clínico... aí sim eles conseguiam fazer. (Tutor 9).

Além disso, alguns tutores relataram fragilidades no processo de preparação pedagógica para o exercício da função.

Juntaram um grupo de tutores e jogaram no campo, sem treinamento. O manual falava de Kolb, de técnicas, mas ninguém ensinou como aplicar. Cada um fazia o que achava certo. Faltou preparo, faltou alguém pra guiar. (Tutor 18).

As repercussões da tutoria foram percebidas não apenas pelos médicos e tutores, mas também pelos gestores municipais. Mesmo sem participação direta nos encontros, os gestores relataram mudanças positivas no desempenho dos profissionais, na organização do trabalho e na qualidade da assistência prestada à população.

Eu acho que ela [a tutoria] é muito válida. Eu acho que quando ela ia para lá e quando ela voltava, o que ela sempre trazia, é que ela atendia em conjunto com essa tutoria e elas discutiam os casos que eles atendiam lá. (Gestor 4).

“A gestão acompanhava eles [médicos bolsistas] igual os outros médicos... Os pacientes gostam muito dele.” (Gestor 8).

Os gestores associaram a tutoria ao fortalecimento da resolutividade clínica, à ampliação da segurança profissional e à disseminação de conhecimentos para as equipes de saúde.

Melhoras nos atendimentos, a gente consegue até organizar melhor a demanda. O aprendizado do médico tem sido benéfico, ele traz muito do que conversa na tutoria, compartilha com a equipe e isso ajuda no atendimento. O paciente percebe diferença. O que falta é o tutor conversar com a gestão também, porque às vezes a gente poderia facilitar alguma coisa. Mas o resultado no serviço é notável. (Gestor 8).

Depois que o médico chegou pelo programa, a gente conseguiu manter a equipe completa, e isso fez diferença. Os pacientes já conhecem ele, confiam, voltam pra consulta. Antes era uma troca constante, e agora tem continuidade. Além disso, percebo que o atendimento ficou mais resolutivo, ele discute casos, orienta a equipe. Acho que isso vem muito da tutoria, porque ele fala que aprende e traz pra prática. (Gestor 38).

A tutoria tem um efeito que a gente nota. O médico volta mais confiante, discute condutas, muda algumas práticas. A equipe se sente mais segura, porque ele compartilha o que aprendeu. Antes a gente tinha muita dúvida, agora parece mais claro. Eu vejo isso como um ganho do programa. Mesmo sem ter um contato direto com o tutor, dá pra perceber o resultado. (Gestor 17).

Além dos impactos sobre a prática clínica, os gestores identificaram efeitos positivos na dinâmica das equipes e na organização dos serviços.

Quando ela chegou, teve o acolhimento dentro da equipe, e a médica ficou muito feliz. A gente percebeu que a presença dela e o jeito de trabalhar influenciaram positivamente. A tutora ajudou com o prontuário, com a organização, e isso ficou. O clima melhorou, os

atendimentos fluíram melhor. A gente sente que a unidade ganhou em organização e em humanização. (Gestor 14).

Apesar dos benefícios reconhecidos, os participantes apontaram que parte dos conhecimentos produzidos durante a tutoria permanecia restrita à relação entre tutor e médico bolsista, limitando sua incorporação aos processos institucionais de planejamento e educação permanente. Ainda assim, os relatos evidenciam que a tutoria clínica se consolidou como importante estratégia de formação em serviço, contribuindo para o desenvolvimento profissional dos médicos e para a qualificação da assistência prestada nos territórios.

Recomendações dos atores para o fortalecimento da tutoria clínica

Os participantes reconheceram a relevância da tutoria clínica para a formação profissional e para a qualificação da assistência, mas também apontaram aspectos que poderiam contribuir para o fortalecimento e a sustentabilidade dessa estratégia no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil. As recomendações apresentadas envolveram principalmente a necessidade de maior institucionalização dos processos de tutoria, ampliação da comunicação entre os atores envolvidos e melhoria das condições operacionais para execução das atividades. A síntese analítica dessa categoria encontra-se apresentada no Quadro 1.

Entre os gestores, destacou-se a demanda por maior aproximação entre tutores e equipes gestoras. Os participantes relataram que os resultados da tutoria eram percebidos no cotidiano dos serviços, mas frequentemente sem acesso às discussões realizadas ou aos conteúdos trabalhados durante os encontros.

A tutoria é percebida como benéfica para o médico, mas a gestão não recebe nenhuma devolutiva do que foi discutido. Então o aprendizado fica no âmbito individual. Seria importante ter um retorno, um relatório, porque aí a gente poderia planejar com base nisso, reforçar o que precisa ser melhorado. (Gestor 17).

A necessidade de maior previsibilidade e planejamento das atividades também foi apontada como estratégia para reduzir impactos na organização dos serviços e facilitar o apoio institucional às tutorias.

A tutoria traz essa vivência do dia a dia, a troca. O problema é que nem sempre acontece como planejado. Se tivesse uma agenda certa, todo mês, seria mais fácil pra organizar o serviço. (Gestor 4).

De forma semelhante, gestores destacaram a importância de calendários previamente definidos, melhoria da comunicação e compartilhamento de informações sobre os encontros realizados.

Ele passa pra mim o dia, né? A gente monta a agenda juntos, tenta não deixar o posto parado. Só que às vezes muda o cronograma e eu fico sabendo em cima da hora. A internet aqui é muito ruim, então nem sempre o tutor consegue fazer online. Quando não vem presencial, o médico fica meio perdido. Falta um calendário fixo, um retorno pra gente saber o que foi tratado. (Gestor 24).

Os relatos dos tutores reforçaram a necessidade de investimentos em formação pedagógica, qualificação para utilização das ferramentas previstas pelo programa e ampliação das estratégias de ensino-aprendizagem disponíveis para o desenvolvimento das tutorias. Além disso, foram apontadas limitações relacionadas à infraestrutura, conectividade e disponibilidade de tempo protegido para realização das atividades formativas.

De modo geral, as recomendações convergiram para a necessidade de fortalecimento da governança da tutoria clínica, com ampliação dos canais de comunicação entre tutores, médicos e gestores, maior institucionalização dos processos de acompanhamento pedagógico, garantia de condições estruturais adequadas e investimento contínuo na formação dos atores envolvidos. Os participantes consideraram que tais medidas poderiam potencializar os resultados já observados, ampliando os efeitos da tutoria sobre o desenvolvimento profissional dos médicos e sobre a qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Discussão

Os achados deste estudo evidenciam que a efetividade da tutoria clínica no Programa Médicos pelo Brasil não depende exclusivamente da relação entre tutor e médico bolsista, mas da interação entre condições organizacionais, processos pedagógicos e articulação institucional. A análise das narrativas permitiu compreender que a tutoria é reconhecida como potente estratégia de formação em serviço, porém sua implementação permanece condicionada por desafios relacionados à governança, infraestrutura e integração entre formação, gestão e prática assistencial.

A categoria “Organização e governança da tutoria clínica” revelou que aspectos como previsibilidade das agendas, comunicação entre os atores envolvidos, disponibilidade de infraestrutura e existência de canais formais de acompanhamento influenciam diretamente a qualidade da experiência formativa. Esses resultados dialogam com Moreira et al.¹⁰ que analisam o Programa Mais Médicos como política de provimento articulada simultaneamente à formação, à infraestrutura e à organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde. Nessa perspectiva, a formação não ocorre de forma isolada, mas depende das condições concretas de funcionamento dos serviços e da capacidade institucional de sustentar os processos educativos.

Essa interpretação é reforçada pelos documentos normativos da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde,¹¹ que estabelecem a necessidade de planejamento prévio, pactuação com a gestão local e tempo protegido para realização das atividades de tutoria. Assim, a logística dos encontros não constitui um elemento periférico do programa, mas parte integrante de sua proposta pedagógica. Da mesma forma, Ferreira et al.¹² destacam que a APS deve constituir-se como cenário de aprendizagem organizado, com objetivos educacionais definidos e integração entre os diferentes atores do processo formativo. Sob essa perspectiva, dificuldades relacionadas à conectividade, à infraestrutura física e à imprevisibilidade das agendas não apenas dificultam a execução da tutoria, mas alteram a própria natureza da experiência educativa, aproximando-a de uma lógica predominantemente assistencial.

Os resultados também demonstraram fragilidades na articulação entre tutores e gestores municipais. Embora os gestores reconheçam os efeitos positivos da tutoria sobre o desempenho dos médicos bolsistas, observou-se escassez de mecanismos formais de comunicação, acompanhamento e devolutiva pedagógica. Essa configuração produz

aquilo que emergiu nos dados como um acompanhamento predominantemente administrativo, no qual a gestão acompanha indicadores assistenciais e a presença dos profissionais, mas permanece distante dos processos formativos. Nesse sentido, Ferraz et al.¹³ defendem que a Educação Permanente em Saúde deve fortalecer a interface entre gestão e formação, ampliando a participação dos gestores nos processos educativos e favorecendo a incorporação dos aprendizados ao planejamento local. De modo semelhante, Moita et al.¹⁴ argumentam que processos avaliativos participativos ampliam a capacidade de utilização dos resultados na tomada de decisão, reforçando a importância de mecanismos de devolutiva entre tutores, médicos e gestores.

A categoria “Tutoria clínica como dispositivo de desenvolvimento profissional e qualificação da prática assistencial” evidenciou que os participantes atribuem à tutoria papel central na construção do raciocínio clínico, na reflexão sobre a prática e no fortalecimento da autonomia profissional. Os relatos dos médicos bolsistas indicaram que a tutoria favorece a transformação de situações cotidianas de trabalho em oportunidades de aprendizagem, contribuindo para a consolidação da identidade profissional e para o aprimoramento das competências clínicas. Esses resultados convergem com Sambunjak et al.¹⁵ que identificam o vínculo entre mentor e mentorado como elemento fundamental para o desenvolvimento profissional, destacando a importância do compromisso mútuo, das habilidades interpessoais e do suporte institucional para o sucesso das experiências de mentoria.

A percepção dos bolsistas de que a tutoria representa uma experiência transformadora também pode ser compreendida à luz da Educação Permanente em Saúde. Ceccim e Feuerwerker¹⁶ defendem que os processos educativos devem emergir dos problemas concretos do trabalho e articular ensino, gestão, atenção e controle social. Nessa perspectiva, a tutoria aproxima-se dos princípios da EPS ao favorecer reflexão crítica sobre a prática e construção compartilhada de soluções para os desafios encontrados nos territórios.

Os resultados também evidenciaram que a atuação dos tutores é fortemente influenciada pelas condições institucionais disponíveis para o exercício da função. As dificuldades relatadas em relação à utilização de metodologias pedagógicas, ferramentas avaliativas e estratégias de ensino dialogam com Rodrigues et al.¹⁷ que destacam a necessidade de suporte institucional e capacitação contínua para utilização adequada de instrumentos como Mini-CEX e feedback estruturado. De forma complementar, Carvalho et al.¹⁸ argumentam que a inovação nos processos de preceptoria depende do

fortalecimento das metodologias ativas e do desenvolvimento pedagógico dos profissionais responsáveis pela formação em serviço.

A percepção de preparo insuficiente para o exercício da tutoria também encontra respaldo em Izecksohn et al.¹⁹ que identificaram a predominância de trajetórias docentes pouco sistematizadas na Medicina de Família e Comunidade, caracterizadas por forte expertise clínica, mas limitada formação pedagógica formal. Os resultados deste estudo sugerem que essa lacuna permanece presente no contexto do PMpB e contribui para a heterogeneidade das práticas tutorais observadas nos diferentes territórios.

Ao mesmo tempo, as adaptações realizadas pelos tutores para superar dificuldades operacionais evidenciam a centralidade do trabalho vivo em ato descrito por Merhy e Franco.²⁰ Segundo os autores, os profissionais mobilizam continuamente conhecimentos, experiências e criatividade para responder às limitações impostas pelas tecnologias duras e pelas condições estruturais dos serviços. Nos achados deste estudo, a utilização de estratégias informais para manutenção das atividades pedagógicas ilustra esse movimento de ressignificação do trabalho diante das fragilidades institucionais.

Os gestores municipais relataram repercussões positivas da tutoria sobre a resolutividade clínica, a continuidade do cuidado, a integração das equipes e a confiança dos usuários nos serviços de saúde. Esses resultados dialogam com Starfield²¹ que identifica a longitudinalidade e o vínculo como atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, associados à melhoria dos desfechos assistenciais. Os achados também convergem com Scheffer et al.²² ao evidenciar que políticas de provimento não podem ser analisadas apenas pelo aumento numérico de profissionais, mas também pela capacidade de promover permanência, qualificação profissional e fortalecimento dos vínculos nos territórios.

Entretanto, conforme argumentam Oliveira et al.²³ os efeitos positivos das políticas de provimento permanecem condicionados às condições estruturais dos serviços. Essa interpretação ajuda a compreender por que, mesmo diante dos benefícios reconhecidos pelos participantes, persistem desafios relacionados à infraestrutura, conectividade e organização das atividades de tutoria.

Por fim, a categoria referente às recomendações dos participantes reforça que a sustentabilidade do programa depende da consolidação de mecanismos institucionais capazes de integrar formação, gestão e assistência. Dolea et al.²⁴ destacam que a retenção de profissionais em áreas remotas está diretamente relacionada à existência de suporte clínico estruturado e oportunidades contínuas de desenvolvimento profissional. De modo

semelhante, Scheffer et al.²² apontam que a redução das desigualdades na distribuição de médicos exige estratégias permanentes de carreira, valorização profissional e suporte institucional.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Embora tenha contemplado participantes de diferentes categorias envolvidas no Programa Médicos pelo Brasil e municípios distribuídos em distintas regiões do país, os achados refletem percepções e experiências situadas em um determinado contexto temporal e institucional, não sendo passíveis de generalização estatística. Além disso, as análises foram baseadas em relatos dos participantes, estando sujeitas a vieses de memória, percepção e deseabilidade social. Outra limitação refere-se à ausência de observação direta das atividades de tutoria, o que poderia ampliar a compreensão das interações pedagógicas e dos processos de trabalho desenvolvidos nos encontros. Apesar dessas limitações, a inclusão de médicos bolsistas, tutores e gestores municipais permitiu a triangulação de perspectivas e contribuiu para uma compreensão abrangente da organização, da governança e das repercussões da tutoria clínica no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil.

Nesse cenário, a principal contribuição dos resultados reside na demonstração de que a tutoria clínica produz efeitos que ultrapassam o desenvolvimento individual dos médicos bolsistas, repercutindo na organização dos serviços, na atuação das equipes e na qualidade da assistência prestada. Contudo, para que esses efeitos sejam plenamente incorporados aos processos de gestão e qualificação da APS, torna-se necessário fortalecer os mecanismos de diálogo entre tutores, médicos e gestores, transformando aprendizagens individuais em processos institucionais de Educação Permanente em Saúde. Tal interpretação converge com Fonseca et al.²⁵ ao defender que a EPS somente se consolida quando promove transformações nas relações de trabalho e nos modos de organização dos serviços.

Conclusões ou Considerações finais

Os achados deste estudo evidenciam que a tutoria clínica do Programa Médicos pelo Brasil constitui um potente dispositivo formativo para qualificar a prática médica na Atenção Primária à Saúde, ao articular aprendizagem em serviço, prática reflexiva e apoio pedagógico e emocional aos médicos bolsistas atuantes em contextos frequentemente marcados por desafios assistenciais, territoriais e organizacionais. A “logística

pedagógica” e a “logística adaptativa” emergiram como elementos estruturantes da experiência tutorial, demonstrando que a efetividade da tutoria está diretamente relacionada às condições materiais, organizacionais e tecnológicas disponíveis, bem como à capacidade de articulação entre o programa, os serviços de saúde e a gestão local.

Os resultados também evidenciam que os efeitos da tutoria ultrapassam o desenvolvimento individual dos médicos, repercutindo na qualificação da prática assistencial, na organização dos serviços e no fortalecimento das equipes de saúde. Contudo, a necessidade de formação pedagógica específica para tutores, de maior integração entre tutores e gestores e de mecanismos institucionais de acompanhamento e devolutiva revela desafios importantes para a consolidação da estratégia. Tais achados dialogam com a literatura sobre desenvolvimento docente, mentoria e Educação Permanente em Saúde, indicando que a institucionalização da tutoria clínica como componente estruturante do PMpB requer investimentos contínuos em desenvolvimento pedagógico, infraestrutura, apoio institucional e governança compartilhada, de modo a potencializar seus efeitos sobre a formação profissional e a qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Referências

¹ STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 14 nov. 2025]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-primaria-equilibrio-entre-necessidades-de-saude-servicos-e-tecnologia/>

² Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). [Internet]. Washington, DC: OPAS, 2007. [acesso em 14 nov 2025]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf

³ Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico e cobertura da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2 fev 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>

⁴ Facchini LA, Tomasi E, Diléllo AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde Debate [Internet]. 2018 Sep;42(spe1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.

⁵ Brasil. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF, 19 dez. 2019 [acesso em 2. fev 2026]; Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm. Acesso em: 13 nov. 2025.

⁶ Silva CLF da, Jorge TM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. Rev Med (Ribeirão Preto). 2023;56(2):1-9. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.196780>.

- ⁷ Santos CMJ dos, Andrade SZD de, Wollmann L, Frade FVC de C, Andreato N da SA, Silveira Junior RR da, et al. Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados. *Ciênc saúde coletiva*. 2023 Nov;28(11):3273-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.00072023>.
- ⁸ Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Manual de integração de tutores do Programa Médicos pelo Brasil [Internet]. Brasília, DF: ADAPS; 2022 [acesso em 25 nov. 2025]. Disponível em: https://agenciasus.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Manual_de_Integracao_Tutor_Med_v2.pdf.
- ⁹ STRAUSS A, CORBIN J. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ¹⁰ Moreira ACG, Costa EPSR, Almeida RB, Constâncio TB, Gottems LBD, Arrais A, et al. Programa Mais Médicos: análise a partir de um modelo lógico. *Comun Ciências da Saúde*. 2017;28(3-4):291-302.
- ¹¹ Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Regulamento do Estágio de Experiência Remunerado (EER) do Programa Médicos pelo Brasil [Internet]. Brasília, DF: ADAPS; 2022 [acesso em 15 jun. 2026]. Disponível em: https://agenciasus.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Regulamento_EER.pdf.
- ¹² Ferreira L, Barbosa JS de A, Esposti CDD, Cruz MM da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Deb*. 2019 Jan;43(120):223-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.
- ¹³ Ferraz E de M, Mendonça F de F, Carvalho BG, Nunes E de FP de A, Santini SML. Educação permanente em saúde: estratégia de fortalecimento na formação e atuação de equipes gestoras municipais no Sistema Único de Saúde. *Physis*. 2025;35(3):e350304. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350304pt>.
- ¹⁴ MOITA GF, et al. A construção de um modelo de avaliação por profissionais e gestores de saúde: validação e consolidação de dimensões e indicadores de performance em serviços e unidades de saúde do SUS. *Revista do Serviço Público*. 2020;71(3):540-81. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v71i3.3955>.
- ¹⁵ Sambunjak, D., Straus, S.E. & Marusic, A. A Systematic Review of Qualitative Research on the Meaning and Characteristics of Mentoring in Academic Medicine. *J Gen Intern Med*. 2010;25(1):72-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1165-8>.
- ¹⁶ Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
- ¹⁷ Rodrigues RM. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: aperfeiçoamento dos caminhos da preceptoria na Atenção Primária em Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2023;23(6):e12496. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e12496.2023>.
- ¹⁸ Carvalho JO, et al. Estratégias de aprendizagem: o uso de metodologias ativas na formação e na qualificação de preceptores. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2023;34(2):ahead of print. DOI: <https://doi.org/10.51723/ccs.v34i02.1512>.
- ¹⁹ Izecksohn MMV, Teixeira JE, Stelet, BP, Jantsch, AG. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017;22(3):737-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>.
- ²⁰ Merhy EE; Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*. 2023;27(65):316-323.
- ²¹ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
- ²² SCHEFFER M, org. Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP; CFM; Cremesp, 2023.
- ²³ Oliveira JPA, Pacheco C, Taves FAQ, Barbosa JMV, Santos LMP. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2024;22:e02635249. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2635>.

²⁴ Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010;88(5):379-85. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>.

²⁵ Fonseca ENR da, Cunha SMR de AS, Carneiro MTD, Barbosa KK da S, Batista M da C, Ferreira FCR, França SM de, Marques MLF de C, Bastos M de LF, Medeiros EC de. Educação permanente em saúde: desafios e potencialidades para o processo de trabalho. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2023;23(7):e13480. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e13480.2023>.

Tutoria clínica na Atenção Primária à Saúde: evidências da implementação do Programa Médicos pelo Brasil

Resumo executivo

O projeto Análise do Programa Médicos pelo Brasil no Território Nacional avaliou a implementação do PMpB quanto à realização das tutorias e à focalização de populações vulneráveis em diferentes regiões do país. O presente documento apresenta o recorte qualitativo dessa avaliação, construído a partir de entrevistas com médicos bolsistas, tutores e gestores municipais, com o objetivo de compreender como a tutoria clínica se organiza na prática cotidiana, quais efeitos produz sobre o cuidado e quais condições favorecem sua efetividade na Atenção Primária à Saúde.

Os resultados indicam que a tutoria clínica constitui um dispositivo central de desenvolvimento profissional em serviço, promovendo maior segurança nas decisões clínicas, amadurecimento profissional, fortalecimento do vínculo com a comunidade e ampliação da resolutividade da APS. A tutoria também se configura como espaço de aprendizagem reflexiva e apoio emocional, especialmente relevante em territórios de maior vulnerabilidade social.

Ao mesmo tempo, observa-se que essa potência permanece parcialmente realizada, em função de desafios relacionados à articulação entre tutor, médico e gestão local, à continuidade dos vínculos formativos, à heterogeneidade pedagógica na condução da tutoria, à limitada integração das aprendizagens ao cotidiano do serviço e às condições operacionais (conectividade, logística e agenda protegida).

Gestores federais, estaduais e municipais encontram neste documento evidências qualitativas da implementação do Programa Médicos pelo Brasil e orientações estratégicas para apoiar decisões relacionadas ao aprimoramento da tutoria clínica na APS.

Em destaque:

- A tutoria clínica funciona como principal espaço de aprendizagem em serviço, sustentando o desenvolvimento profissional dos médicos na APS
- Seus efeitos positivos dependem da articulação entre tutor, médico e gestão local
- A continuidade dos vínculos pedagógicos é determinante para o amadurecimento clínico e o cuidado longitudinal
- A ausência de governança pedagógica limita a transformação do aprendizado individual em melhoria institucional
- Condições operacionais (agenda protegida, conectividade e logística) definem a regularidade e a profundidade da tutoria

Contextualização

Este policy brief apresenta achados de uma avaliação qualitativa do Programa Médicos pelo Brasil, com foco na implementação da tutoria clínica na Atenção Primária à Saúde (APS). O documento sistematiza experiências de médicos bolsistas, tutores e gestores municipais em diferentes territórios do país, buscando compreender como a tutoria se organiza na prática cotidiana, quais efeitos produz sobre o cuidado e quais condições favorecem sua efetividade.

A tutoria clínica tem sido incorporada como estratégia central de apoio ao desenvolvimento profissional em serviço, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social, onde o isolamento profissional, a complexidade clínica e os desafios estruturais tendem a ser mais intensos (STARFIELD, 2002; BODENHEIMER; SMITH, 2013).

Por que olhar para a tutoria clínica?

A supervisão e a tutoria clínica são reconhecidas na literatura internacional como estratégias fundamentais para o desenvolvimento profissional em contextos de atenção primária, contribuindo para a consolidação do raciocínio clínico, o suporte à tomada de decisão e a redução do isolamento profissional, especialmente em áreas remotas ou vulneráveis (FREEMAN et al., 2010; WHO, 2010).

A presença de um profissional mais experiente como referência pedagógica favorece aprendizagem situada, feedback estruturado e maior segurança assistencial, elementos centrais para a qualificação da prática médica em serviços de base territorial.

Como os achados foram organizados?

A análise qualitativa foi estruturada em cinco eixos formativos que sintetizam padrões recorrentes observados nos territórios:

- 1) governança pedagógica do programa;
- 2) continuidade formativa e vínculo territorial;
- 3) tutoria como eixo central de desenvolvimento profissional;
- 4) integração ensino-serviço;
- 5) infraestrutura como condição de implementação.

Esses eixos permitem compreender tanto as potencialidades quanto os aspectos ainda em consolidação da tutoria clínica, oferecendo uma leitura integrada sobre como esse dispositivo pode ser fortalecido no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Objetivos

Apresentar resultados qualitativos da avaliação da implementação da tutoria clínica no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil, a partir das experiências de médicos bolsistas, tutores e gestores municipais, com foco em compreender como esse dispositivo formativo se organiza na prática da Atenção Primária à Saúde, quais efeitos produz sobre o cuidado e quais fatores favorecem ou limitam sua efetividade nos territórios.

Objetivos específicos:

- compreender o funcionamento da tutoria clínica no cotidiano dos serviços;
- identificar efeitos percebidos sobre a prática assistencial, o vínculo territorial e o desenvolvimento profissional;
- mapear aspectos institucionais e operacionais que influenciam a tutoria.

Método

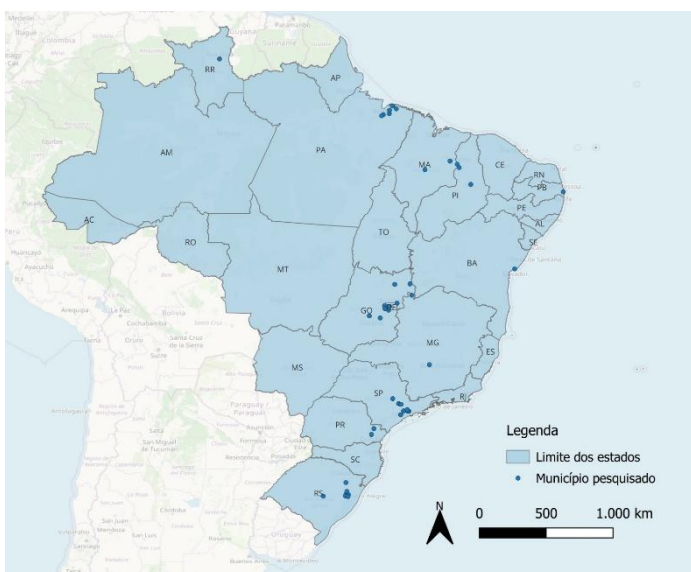
Trata-se de estudo qualitativo integrante da avaliação nacional do Programa Médicos pelo Brasil, com foco na análise da implementação da tutoria clínica na Atenção Primária à Saúde em diferentes contextos territoriais do país. A pesquisa foi realizada em 42 municípios distribuídos nas cinco macrorregiões brasileiras, contemplando realidades diversas quanto à organização dos serviços, acesso geográfico e vulnerabilidade social, conforme ilustrado no mapa.

Participaram médicos bolsistas, tutores clínicos e gestores municipais, selecionados de forma intencional para garantir diversidade regional e de experiências com o programa. A coleta de dados envolveu entrevistas semiestruturadas presenciais e remotas, além da aplicação de questionários eletrônicos, totalizando mais de 90 entrevistas. Essa estratégia permitiu captar diferentes perspectivas sobre o funcionamento da tutoria clínica e sua articulação com o cotidiano dos serviços de saúde.

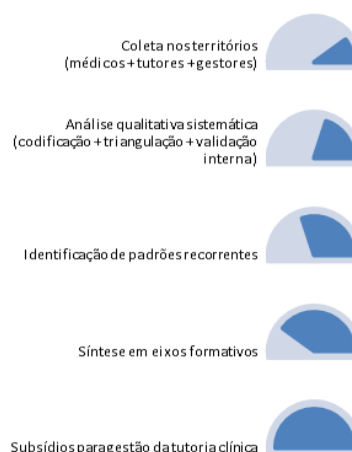
A análise seguiu abordagem qualitativa orientada pela Teoria Fundamentada (GLASER; STRAUSS, 1967), método que permite identificar padrões e interpretações a partir das experiências relatadas pelos participantes. As entrevistas foram examinadas de forma sistemática, comparando-se as diferentes falas para compreender convergências, divergências e recorrências nos territórios. Houve comparação entre perspectivas de médicos, tutores e gestores, garantindo visão abrangente do funcionamento da tutoria clínica. As interpretações foram discutidas e revisadas pela equipe de pesquisa, assegurando consistência e transparência na construção dos resultados.

O processo analítico buscou identificar padrões recorrentes, convergências e contrastes nas narrativas, permitindo compreender tanto as potencialidades quanto os aspectos em consolidação da tutoria clínica nos territórios. A partir desse percurso, foram sistematizados elementos centrais relacionados à governança do processo formativo, à construção de vínculos, à prática clínica em serviço e às condições institucionais que influenciam a efetividade da tutoria.

COLETA IN LOCO



Distribuição espacial dos 42 municípios, em 12 estados do Brasil, selecionados para coleta das entrevistas.



A abordagem qualitativa permitiu compreender não apenas o desenho formal da tutoria clínica, mas sua operacionalização concreta nos territórios, incluindo dinâmicas de trabalho, relações entre atores, adaptações locais e efeitos percebidos na prática assistencial. Os resultados oferecem evidências sobre os processos formativos em serviço, com foco na tutoria clínica como estratégia de apoio ao desenvolvimento profissional e à qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Principais resultados

A avaliação qualitativa do Programa Médicos pelo Brasil evidencia que a tutoria clínica teve papel central no desenvolvimento profissional dos médicos bolsistas e na qualificação da prática assistencial na Atenção Primária à Saúde. Ao mesmo tempo, revela limites estruturais que condicionaram sua implementação nos territórios. A seguir, apresentam-se os principais resultados organizados por eixo analítico.

Eixo 1 – Governança pedagógica do programa

Os resultados indicam que a presença ativa da gestão municipal na dinâmica da tutoria esteve associada a maior engajamento profissional, sensação de reconhecimento institucional e melhor organização do trabalho nas unidades.

Médicos relataram que, nos territórios onde a gestão compreendia o papel da tutoria e participava das conversas formativas, o trabalho “fluía melhor”, com impacto direto na motivação e no vínculo com a população.

Em contrapartida, em diversos contextos a tutoria ocorreu de forma paralela ao serviço, sem articulação sistemática com a gestão local, que frequentemente desconhecia o tutor responsável e acompanhava o programa apenas por indicadores administrativos, sem acesso a devolutivas pedagógicas estruturadas.

Pontos positivos

- Engajamento profissional e permanência no território
- Sensação de reconhecimento simbólico do médico
- Melhoria no fluxo de apoio operacional
- Fortalecimento do pertencimento institucional

Pontos críticos

- Tutoria realizada de forma paralela ao cotidiano da unidade
- Gestão local sem conhecimento do tutor em diversos territórios
- Ausência de devolutivas pedagógicas estruturadas
- Monitoramento concentrado em aspectos administrativos

Recomendações

Criar uma instância formal de governança pedagógica territorial, integrando tutor, médico e gestão municipal, com responsabilidades definidas sobre acompanhamento formativo, devolutivas periódicas e incorporação dos resultados da tutoria no planejamento local.

Eixo 2 – Continuidade formativa e vínculo territorial

A permanência do médico no território e a estabilidade do vínculo com o tutor mostraram-se centrais para a construção do cuidado longitudinal e do pertencimento comunitário.

Médicos bolsistas descreveram um processo progressivo de integração afetiva com equipes e usuários, passando a ser reconhecidos como referência local. Entretanto, a rotatividade entre bolsistas e tutores interrompeu processos pedagógicos em curso e exigiu reconstrução recorrente das relações de confiança.

Os médicos descrevem um processo de “pertencer para cuidar”: com o tempo, passam a ser chamados pelo nome, recebem manifestações espontâneas de afeto da comunidade e se reconhecem como parte do território.

Tutoria e permanência permitem que o vínculo deixe de ser apenas assistencial e se torne também dispositivo pedagógico, sustentando identidade profissional e compromisso social.

Pontos positivos

- Construção progressiva do vínculo comunitário
- Médico reconhecido como referência local
- Fortalecimento do conhecimento no cuidado longitudinal
- Integração afetiva com equipes e usuários

Pontos críticos

- Rotatividade de tutores em razão de desligamento do profissional do programa, conflitos na relação pedagógica com o bolsista ou reorganizações territoriais decorrentes de mudanças de município ou unidade de atuação
- Interrupção de vínculos pedagógicos associada à ausência de um processo estruturado de transição entre tutores após situações de rotatividade
- Reconstrução recorrente das relações formativas, vínculo e de alinhamento pedagógico, afetando a continuidade do acompanhamento formativo.

Recomendações

- Estabelecer critérios mínimos de permanência de tutores por território e protocolos nacionais de transição pedagógica entre tutores, garantindo continuidade do projeto formativo individual do médico.

Eixo 3 – Tutoria como dispositivo central de desenvolvimento profissional

A tutoria clínica foi descrita como espaço seguro de aprendizagem reflexiva, apoio emocional e desenvolvimento da autonomia profissional. Médicos destacaram a possibilidade de discutir casos reais, receber feedback não julgador e construir raciocínio clínico de forma compartilhada. Os médicos descrevem o tutor como alguém que: “não julga, mas orienta”; “ajuda a enxergar o que a gente não vê no dia a dia”. A tutoria aparece como o núcleo pedagógico vivo do PMpB, responsável por transformar dúvida em aprendizado e insegurança em autonomia clínica.

Pontos positivos

- Médicos e tutores convergem ao afirmar que a tutoria:
- Funciona como espaço seguro de aprendizagem reflexiva
- Promove amadurecimento clínico e identitário
- Oferece apoio emocional diante da complexidade dos territórios
- Estimula pensamento crítico e revisão de condutas
- Rompe com modelo vertical de supervisão

Pontos críticos

- Uso improvisado de instrumentos avaliativos
- Ausência de trilha formativa pedagógica para tutores
- Heterogeneidade na condução da tutoria

Recomendações

- Instituir uma trilha nacional obrigatória de formação pedagógica de tutores, com certificação, incluindo metodologias ativas, avaliação formativa, feedback estruturado e uso de instrumentos como Mini-CEX.

Observou-se que tutores com formação prévia por especialização, especialmente residência médica, apresentaram maior clareza no uso das ferramentas pedagógicas, o que favorece tutorias mais estruturadas e aprofundadas. Houve heterogeneidade na condução da tutoria, com uso improvisado de instrumentos avaliativos e ausência de trilha formativa pedagógica para tutores, evidenciando a necessidade de maior padronização e qualificação.

Embora o modelo de tutoria preconizasse observação direta com mini-CEX, utilização de ferramentas estruturadas (PUNs/DENs, SNAPPS, preceptoria em um minuto), participação em atividades da equipe e construção sistemática do Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal (PDPP), a maior parte dos relatos indica que esses dispositivos não foram aplicados de forma regular ou estruturada. Observou-se heterogeneidade na condução pedagógica da tutoria, com predomínio de discussões clínicas informais e menor utilização sistemática dos instrumentos avaliativos previstos no modelo. **Quadro – Modelo pedagógico previsto × Implementação observada**

Modelo pedagógico previsto	Implementação observada na prática
Semana padrão estruturada com planejamento formativo	Organização variável, muitas vezes sem rotina pedagógica formalizada
Observação direta de atendimentos com mini-CEX	Observação pouco frequente e uso não sistemático do instrumento
Aplicação de metodologias ativas (Kolb, SNAPPS, preceptoria em um minuto)	Predomínio de discussões clínicas informais, com baixa utilização estruturada das ferramentas
Identificação de PUNs e DENs para orientar aprendizagem	Uso pontual ou inexistente desses instrumentos na maioria dos relatos
Participação em reunião de equipe e visita domiciliar com enfoque pedagógico	Envolvimento variável, frequentemente condicionado à disponibilidade local
Construção e acompanhamento do PDPP	Elaboração realizada, porém, nem sempre acompanhada de monitoramento sistemático
Avaliação formativa estruturada e feedback regular	Feedback presente, porém, com formatos heterogêneos e nem sempre formalizados

Eixo 4 – Integração ensino-serviço Os aprendizados gerados na tutoria repercutiram diretamente na prática clínica cotidiana, ampliando a resolutividade assistencial e estimulando mudanças de postura profissional. Em alguns territórios, médicos compartilharam conhecimentos adquiridos com as equipes, favorecendo práticas mais reflexivas. No entanto, esses efeitos permaneceram predominantemente no plano individual, sem conversão sistemática em processos formais de educação permanente ou planejamento local, indicando potencial pouco explorado de institucionalização da integração ensino-serviço.

Pontos positivos

- Aprendizados da tutoria repercutiram na prática clínica cotidiana
- Compartilhamento pontual de conhecimentos com equipes
- Ampliação da resolutividade assistencial

Pontos críticos

- Aprendizado restrito majoritariamente ao nível individual
- Baixa incorporação das experiências ao planejamento local
- Ausência de sistematização como educação permanente

Recomendações

- Incorporar os produtos da tutoria (planos de desenvolvimento do médico, registros reflexivos e sínteses clínicas) como insumos formais da educação permanente municipal, fortalecendo a integração ensino-serviço e outros níveis de formação

Eixo 5 – Infraestrutura como condição de implementação

As condições operacionais mostraram-se determinantes para a qualidade da tutoria. Onde houve conectividade estável, agenda protegida e apoio logístico da gestão local, os encontros ocorreram com maior profundidade pedagógica.

Por outro lado, tutores geograficamente distantes de seus bolsistas relataram dificuldades para acompanhar a prática clínica in loco, e a tutoria remota foi frequentemente prejudicada por internet instável e limitações de deslocamento. Esses fatores afetaram a regularidade, a observação direta dos atendimentos e a construção do vínculo pedagógico.

Pontos positivos

- Onde houve conectividade e agenda protegida, a tutoria ocorreu com maior profundidade pedagógica
- Apoio logístico da gestão facilitou encontros presenciais

Pontos críticos

- Internet instável
- Dificuldades de deslocamento
- Tutorias remotas prejudicadas

Recomendações

- Garantir pacote mínimo nacional de condições de implementação da tutoria (conectividade, apoio ao deslocamento e agenda protegida).

Lacunas operacionais

A experiência do Programa Médicos pelo Brasil demonstra que a tutoria clínica possui elevada capacidade de qualificar a prática médica na APS, desde que acompanhada de governança pedagógica, continuidade dos vínculos formativos e condições operacionais adequadas. Os limites observados oferecem aprendizados relevantes para o desenho de futuras estratégias de tutoria clínica em políticas públicas de provimento médico.

A comunicação entre tutor, bolsista e gestão municipal apresentou variações significativas entre os territórios. Em diversos contextos, não havia fluxo estruturado de devolutivas pedagógicas para a gestão local, limitando a incorporação dos aprendizados ao planejamento do serviço. Além disso, a ausência de mecanismos formais de transição entre tutores após situações de rotatividade dificultou a continuidade do acompanhamento formativo.

A consolidação de canais institucionais claros de comunicação e registro pedagógico emerge como elemento estratégico para fortalecer a integração entre formação e gestão na APS.

Dimensão	Lacuna observada
Governança	Tutoria pouco integrada à gestão municipal
Continuidade	Ausência de mecanismo formal de transição entre tutores
Padronização	Uso irregular das ferramentas pedagógicas previstas
Comunicação	Fluxo limitado de devolutivas entre tutor, bolsista e gestão
Infraestrutura	Conectividade instável no remoto e ausência de agenda protegida no presencial

Aplicabilidade para o SUS

Contribuições para os Programas de Provimento Médico

Contribuições para Programas de Provimento Médico

Os achados da avaliação qualitativa indicam que a tutoria clínica pode atuar como dispositivo estruturante do desenvolvimento profissional em serviço e da qualificação da prática assistencial na Atenção Primária à Saúde. Entretanto, sua efetividade mostrou-se fortemente condicionada pelas desigualdades territoriais, pela capacidade de articulação com a gestão local e pela existência de condições operacionais mínimas.

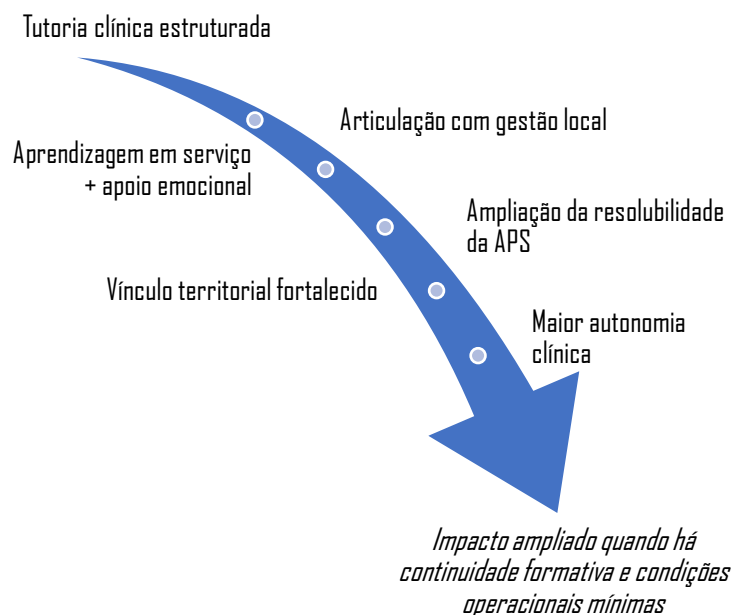
Lições da implementação da tutoria clínica

Achado da avaliação	Implicação para o SUS
Tutoria fortalece autonomia clínica e vínculo territorial	Incorporar tutoria como eixo central do desenvolvimento profissional em serviço
Tutoria - transformar dúvida em aprendizado e insegurança em autonomia clínica.	Valorizar espaços permanentes de reflexão sobre a prática e educação em serviço.
Resultados variam conforme contexto local	Adaptar estratégias de provimento considerando as especificidades regionais
Ausência de governança pedagógica limita impacto	Instituir dispositivos formais de articulação tutor-médico-gestão
Rotatividade interrompe processos formativos	Prever mecanismos de continuidade pedagógica
Infraestrutura condiciona profundidade da tutoria	Garantir conectividade, logística e agenda protegida

A experiência do Programa Médicos pelo Brasil evidencia que estratégias de provimento médico não produzem efeitos homogêneos nos territórios. Contextos com maior vulnerabilidade social, fragilidade institucional e limitações de infraestrutura demandam arranjos mais intensivos de apoio pedagógico e organizacional para que a tutoria clínica cumpra seu papel formativo.

Nesse sentido, os resultados oferecem aprendizados relevantes para o SUS, ao demonstrar que o impacto da tutoria depende menos de seu desenho formal e mais de sua incorporação aos processos locais

Como potencializar a tutoria clínica em políticas de provimento



Elementos-chave para programas de provimento médico

Dimensão pedagógica

- Formação estruturada de tutores
- Instrumentos avaliativos padronizados (mini-CEX, PUNs/DENs, SNAPPS, preceptoria em um minuto)
- Planejamento pedagógico da semana padrão
- Construção e acompanhamento do Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal (PDPP)
- Espaços regulares de reflexão sobre a prática

Dimensão institucional

- Governança pedagógica territorial
- Devolutivas sistemáticas à gestão
- Integração da tutoria à educação permanente
- Mecanismos formais de transição entre tutores

Dimensão operacional

- Conectividade estável
- Apoio ao deslocamento
- Agenda protegida para tutorias
- Registro e sistematização das atividades formativas

A experiência analisada demonstra que a tutoria clínica pode reduzir desigualdades de cuidado ao apoiar médicos em territórios vulneráveis, desde que acompanhada por governança pedagógica, continuidade dos vínculos formativos e infraestrutura mínima. Incorporar esses elementos em políticas de provimento médico representa oportunidade estratégica para fortalecer a Atenção Primária à Saúde no SUS.

RECOMENDAÇÕES

Como os resultados deste projeto podem contribuir para a tomada de decisão?

A avaliação qualitativa demonstra que a tutoria clínica pode atuar como eixo estruturante do desenvolvimento profissional em serviço na Atenção Primária à Saúde, desde que acompanhada por governança pedagógica, continuidade formativa e condições adequadas de implementação. Os achados oferecem lições concretas para o desenho e a condução de programas de provimento médico no SUS.

1) Tutoria não é acessório — é eixo estruturante

Nos territórios onde houve observação direta de atendimentos, feedback estruturado e acompanhamento longitudinal pelo mesmo tutor, médicos relataram maior segurança clínica e melhor integração com a equipe. Em contrapartida, onde a tutoria se restringiu a encontros informais e esporádicos, os efeitos permaneceram limitados ao nível individual.

Decisão estratégica: reconhecer a tutoria como componente central do provimento, com definição clara de carga horária, instrumentos obrigatórios e integração à rotina da unidade.

2) Governança pedagógica define o alcance institucional

Os achados mostram que, na maioria dos municípios, não havia fluxo estruturado de devolutivas pedagógicas à gestão local, e a tutoria ocorria de forma paralela ao planejamento do serviço. Nos poucos casos em que tutor, bolsista e gestão dialogavam regularmente, houve maior incorporação das aprendizagens à organização do trabalho.

Decisão estratégica: instituir mecanismos formais de comunicação tutor-gestão, com devolutivas estruturadas e integração à educação permanente municipal.

3) Continuidade formativa sustenta resultados

A rotatividade de tutores, por desligamento, conflitos ou reorganização territorial, ocorreu sem mecanismo formal de transição, resultando em interrupção de vínculos pedagógicos e necessidade de reconstrução do acompanhamento clínico. Isso impactou a profundidade do processo formativo e a consolidação do cuidado longitudinal.

Decisão estratégica: prever estabilidade mínima da relação tutor-médico e protocolos formais de transição pedagógica quando houver substituição.

4) Formação pedagógica do tutor impacta qualidade da tutoria

Médicos relataram maior profundidade clínica e melhor organização pedagógica quando acompanhados por tutores com residência

REFERÊNCIAS

BODENHEIMER, Thomas; SMITH, Mark D. Primary care: proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. *Health Affairs*, v. 32, n. 11, p. 1881-1886, 2013.

FREEMAN, Richard et al. Clinical supervision for nurses and allied health professionals: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, v. 47, n. 9, p. 1146-1163, 2010.

GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967.

STARFIELD, Barbara. **Primary care: balancing health needs, services, and**

médica ou formação estruturada. Em contraste, a ausência de trilha formativa específica para tutores contribuiu para uso irregular de ferramentas como mini-CEX, PUNs/DENs, SNAPPS e PDPP.

Decisão estratégica: estabelecer critérios mínimos de qualificação pedagógica e trilhas formativas nacionais para atuação como tutor.

5) Infraestrutura é fator habilitador

Nos territórios com internet instável, ausência de agenda protegida ou grande distância geográfica entre tutor e bolsista, a observação direta e o acompanhamento sistemático foram prejudicados. A tutoria remota, quando realizada sem condições adequadas, reduziu a profundidade do feedback e da avaliação formativa.

Decisão estratégica: incluir pacote mínimo de condições operacionais — conectividade, apoio ao deslocamento e agenda protegida — como requisito estrutural das políticas de provimento.

Equipe executora

Projeto: Análise do Programa Médicos pelo Brasil no Território Nacional

[CAAE: 77022523.8.0000.0030 Parecer: 6.920.832]

EQUIPE EXECUTORA

Wallace Enrico Boaventura Gonçalves dos Santos
(Coordenador)

Taciana Silveira Passos
(Vice-coordenador)

Rodolfo Rego Deusdara Rodrigues
(Supervisor acadêmico)

Leonor Maria Pacheco Santos
(Pesquisadora Sênior)

Assistentes de pesquisa:

Adriana Alves Rodrigues de Oliveira

Anastasiia Shynkarenko

Brayan Steven Moreno Casadiego

Elizel Monteiro dos Santos

Isabel Lima de Sousa

Vitor Frazão Neri

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, alcançou o objetivo de avaliar o processo de trabalho da tutoria clínica no Programa Médicos pelo Brasil, ao dar visibilidade às práticas, desafios e contribuições percebidas por médicos bolsistas, tutores clínicos e gestores locais em diferentes contextos da APS brasileira. A partir da Grounded Theory, foi possível construir um modelo explicativo em que a tutoria aparece simultaneamente como eixo pedagógico central do PMpB e como dispositivo atravessado por limites logísticos, institucionais e avaliativos, o que ajuda a compreender por que experiências formativas potentes convivem com fragilidades importantes na sua consolidação como política de Estado.

Os achados mostram que a tutoria clínica é reconhecida pelos três grupos como um dispositivo de Educação Permanente em Saúde capaz de articular teoria e prática no “aprender fazendo”, qualificar o raciocínio clínico e fortalecer a identidade do médico de família, desde que haja tempo protegido, acessibilidade do tutor e continuidade dos encontros.

Ao mesmo tempo, o trabalho evidencia que a potência pedagógica da tutoria é condicionada por uma “logística pedagógica” frequentemente marcada por imprevisto, precariedade tecnológica e assistencialização do tempo formativo, o que confirma a importância de integrar planejamento, infraestrutura e gestão do trabalho às estratégias de formação em serviço.

Do ponto de vista da política pública, os resultados indicam que o PMpB contribui para ampliar a capacidade de resposta das UBS, favorecer a fixação de médicos na APS e fortalecer o vínculo com os usuários, mas que esses ganhos são condicionados às condições de implementação, isto é, dependem da qualidade da articulação entre tutoria, gestão municipal e suporte institucional.

Por fim, os resultados sustentam recomendações concretas para o aprimoramento da tutoria clínica no PMpB e, por extensão, de políticas nacionais de formação em APS: criação de uma política estruturada de formação e certificação de tutores, com ênfase em metodologias ativas e avaliação formativa; institucionalização de tempos e agendas protegidos para a tutoria; fortalecimento da infraestrutura tecnológica para suportar modalidades híbridas; e implementação de rotinas de devolutiva e

indicadores que transformem o aprendizado individual em política local de educação permanente.

Este mestrado representou para mim um percurso de formação intenso na interface entre avaliação de políticas públicas, Atenção Primária à Saúde e educação em saúde. Participar do projeto nacional “Avaliação em Ciência da Implementação: Análise do Programa Médicos pelo Brasil no Território Nacional” me permitiu transitar por diferentes realidades do SUS, escutar médicos bolsistas, tutores e gestores, e compreender, a partir de suas experiências, a complexidade de fazer tutoria clínica em contextos marcados por vulnerabilidade social e desafios estruturais. Esse processo consolidou meu interesse por pesquisa aplicada em saúde coletiva e reforçou meu compromisso com a qualificação da APS como campo estratégico de cuidado, formação e justiça social.

O artigo científico derivado do estudo, ao sistematizar os principais resultados e discutir suas implicações para a qualificação da atenção à saúde, foi um passo importante para inserir essa reflexão no debate acadêmico mais amplo, contribuindo para que outras pesquisas e experiências possam dialogar com as evidências produzidas. Ao transformar a pesquisa em conhecimento comunicável, aprendi a transitar entre a linguagem técnica da avaliação em saúde e a escrita científica, fortalecendo competências que pretendo levar para minha atuação futura em pesquisa e docência.

Elaborar o policy briefing como produto técnico do mestrado foi, por sua vez, um exercício de tradução do conhecimento para a tomada de decisão em gestão. Ao sintetizar evidências qualitativas em mensagens-chave, eixos formativos e recomendações operacionais para gestores federais, estaduais e municipais, pude experimentar o desafio de transformar categorias analíticas em orientações concretas, sem perder a complexidade dos territórios e das relações de trabalho que sustentam a tutoria clínica. Esse processo reforçou em mim a convicção de que a pesquisa em saúde coletiva precisa dialogar com quem planeja, financia e organiza os serviços, contribuindo para políticas que reconheçam a tutoria não como acessório, mas como componente estruturante da formação em serviço na APS.

9. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASILEIRA DE APOIO À GESTÃO DO SUS (AgSUS). Programa Médicos pelo Brasil. Brasília, DF: AgSUS, 2025. Disponível em: <https://agenciasus.org.br/programa-medicos-pelo-brasil/>. Acesso em: 20 out. 2025.

AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ADAPS. *Manual de Integração de Tutores do Programa Médicos pelo Brasil*. Brasília, DF: ADAPS, 2022. Disponível em: https://agenciasus.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Manual_de_Integracao_Tutor_Med_v2.pdf. Acesso em: 25 nov. 2025.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV3N9-066>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 4, p. 578-583, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 dez. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13958.htm. Acesso em: 13 nov. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ADAPS). Guia para aplicação dos instrumentos de avaliação da tutoria clínica: Programa Médicos pelo Brasil. Brasília, DF: Sistema Universidade Aberta do SUS, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ADAPS). Manual de tutoria clínica: Programa Médicos pelo Brasil. Brasília, DF: Universidade Aberta do SUS, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.034, de 05 de maio de 2020. Dispõe sobre critérios de vulnerabilidade para alocação de médicos no âmbito do PMpB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 9.177, de 8 de dezembro de 2025. Altera o Capítulo IX do Título IV e o Anexo 2 do Anexo CIII da Portaria de Consolidação n.5, de 28 de setembro de 2017, para dispor o Programa Médicos pelo Brasil. *Diário Oficial da União*: Seção 1, Brasília, DF, 9 dez. 2025. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-9.177-de-8-de-dezembro-de-2025-673878058>. Acesso em: 10 fev. 2026

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 206, p. 1, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_avancos_desafios_aps.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

CARDOSO, V.M.; MENEZES, P.T.C. Recursos humanos na APS: escassez e má distribuição. In: CARDOSO, V. M.; MENEZES, P.T.C. (org). Planejamento estratégico em saúde. 1. ed. Maceió, AL: Ed. do Autor, 2025 v.1, p. 25-26. Disponível em: <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1131284>. Acesso em: 22 nov. 2025.

CARVALHO, Jacqueline Oliveira de et al. Estratégias de aprendizagem: o uso de metodologias ativas na formação e na qualificação de preceptores. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 34, n. 2, nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/ccs.v34i02.1512>. Acesso em: 25 dez. 2025.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública*, v.26, n. 4, p. 693-705, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400012>. Acesso em: 25 dez. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Demografia Médica: com 546 mil médicos, Brasil deve ultrapassar densidade de profissionais por mil habitantes de países da OCDE. Portal Médico, 2018. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/noticias/com-546-mil-medicos-brasil-deve-ultrapassar-densidade-de-profissionais-por-mil-habitantes-de-paises-da-ocde>. Acesso em: 7 jan. 2025.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.11.1864>. Acesso em: 25 nov. 2025.

CURY, G. C.; FONSECA, A.F. A retomada do Programa Mais Médicos em 2023. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 21, e02415229, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2415>. Acesso em: 25 nov. 2025.

DIAS, C. P. et al. Educação permanente: potencializando a aprendizagem no contexto do trabalho em saúde. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 17, n. 12, p. e12422, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.12-059. Disponível em:

<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/12422>. Acesso em: 5 dez. 2025.

DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J.-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 88, n. 5, p. 379-385, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.09.070607>. Acesso em: 20 nov. 2025.

FERRAZ, E.M; *et al.* Educação permanente em saúde: estratégia de fortalecimento na formação e atuação de equipes gestoras municipais no Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 35, n. 3, e350304, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350304pt>. Acesso em: 25 nov. 2025.

FERREIRA, L. R.; NEVES, V. R.; ROSA, A.S. Desafios na avaliação da atenção básica a partir de um programa de melhoria da qualidade. *Escola Anna Nery*, v. 26, e20210287, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0287pt>. Acesso em: 5 dez. 2025.

FERREIRA, L.; *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 120, p. 223-239, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 20 nov. 2025.

FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Evaluating medical education regulation in Brazil: workforce impact. *Human Resources for Health*, V. 19, n. 1, p. 33, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00580-5>. Acesso em: 20 nov. 2025.

FONSECA, E. N. R. *et al.* Educação permanente em saúde: desafios e potencialidades para o processo de trabalho. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 7, e13480, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e13480.2023>. Acesso em: 25 nov. 2025.

FRANCO, T. B. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B., ed. *Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 261-275. ISBN 978-85-2321876-8. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523218768.0012>.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>. Acesso em: 15 nov. 2025.

HIGASHIJIMA, M. N. S. *et al.* Princípios e características da Educação Permanente em Saúde: resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, e05902023, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.05902023>. Acesso em: 25 nov. 2025.

MENDONÇA, F. F. *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 137, p. 13-30, abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>. Acesso em: 20 nov. 2025.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>. Acesso em: 05 dez. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que mudou com o programa Médicos pelo Brasil. *Portal GOV.BR*, 21 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/o-que-mudou-com-o-programa-medicos-pelo-brasil>. Acesso em: 05 dez. 2025.

MOITA, G. F. et al. A construção de um modelo de avaliação por profissionais e gestores de saúde: validação e consolidação de dimensões e indicadores de performance em serviços e unidades de saúde do SUS. *Revista do Serviço Público*, v. 71, n. 3, p. 540-581, 2020. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3955>. Acesso em: 5 dez. 2025.

MOITA G. F. Gestão da Atenção Primária: uma proposta de avaliação de impacto da APS em duas cidades do Nordeste do Brasil. *APS em Revista*, v. 3 n. 2, p. 117-130, 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/210>. Acesso em: 05 dez. 2025.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 05 maio. 2025

OLIVEIRA, F. P. de. As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos. 237 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34447>. Acesso em: 10 dez. 2025.

OLIVEIRA, J. P. A.; et al. Efeitos do Programa Mais Médicos na Atenção Primária e seus impactos na saúde: uma revisão sistemática. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 22, e02635249, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2635>. Acesso em: 05 dez. 2025.

OLIVEIRA, L. et al. Desafios e potencialidades da formação da preceptoria no Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: relato de experiência da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, v. 1, p. 59-67, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/269776.1.4-5>. Acesso em: 08 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/f6740467-9c10-410b-af65-7587f4de454b>. Acesso em: 14 nov. 2025.

PEREIRA, A. L. P. et al. A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde*

Coletiva, v. 32, n. 3, e320305, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320305>. Acesso em: 05 dez. 2025.

RODRIGUES, R. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: aperfeiçoamento dos caminhos da preceptoria na Atenção Primária em Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 6, p. e12496, 14 jun. 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/12496>. Acesso em: 5 dez. 2025.

RUSSO, L. X. Effect of More Doctors (Mais Médicos) Program on geographic distribution of primary care physicians. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 1585-1594, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.26932020>. Acesso em: 8 dez. 2025.

SANTOS, C. M. J. *et al.* Programa Médicos pelo Brasil: primeiros resultados e lições. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 11, p. 3273-3279, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2023.v28n11/3273-3279/>. Acesso em: 22 nov. 2025.

SCHEFFER, M. (org.). *Demografia médica no Brasil 2023*. São Paulo: FMUSP; CFM; Cremesp, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/368352233_Demografia_Medica_no_Brasil_2023. Acesso em: 8 dez. 2025.

SILVA, A. J. B. *et al.* Potencialidades e desafios da tutoria clínica do Programa Médicos pelo Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 6, p. e15535, 15 jun. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e15535.2024>. Acesso em: 8 dez. 2025.

SILVA, P. H. B. *et al.* Formação profissional em práticas integrativas e complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 399–408, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40732020>. Acesso em: 9 dez. 2025.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD B.; SHI L, MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>. Acesso em: 20 out. 2025.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WOLLMANN, L.; D'AVILA, O.P.; HARZHEIM, E. Programa Médicos pelo Brasil: mérito e equidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, e2346, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2346](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2346). Acesso em: 1 nov. 2025.

10. APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DO(A) MÉDICO(A) BOLSISTA – TUTORIA PRESENCIAL.

ORIENTAÇÕES PARA A CONDUÇÃO DA ENTREVISTA

Esta entrevista integra o estudo qualitativo sobre a atuação de tutores, médicos(as) bolsistas e gestores no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). A abordagem utilizada baseia-se nos princípios da Teoria Fundamentada (Grounded Theory), que busca construir conhecimento a partir das experiências e significados atribuídos pelos(as) próprios(as) participantes.

Estrutura das perguntas:

As perguntas foram organizadas em dois níveis complementares:

- **Pergunta geral:** convida o(a) participante a falar de forma livre e espontânea sobre suas vivências, percepções e práticas no contexto do PMpB.
→ Essa abordagem favorece a emergência de elementos relevantes que podem não ter sido antecipados pelos pesquisadores.
- **Perguntas norteadoras específicas:** funcionam como apoio ao entrevistador(a).
→ São utilizadas somente quando o(a) participante não aborda espontaneamente aspectos que consideramos importantes para a compreensão do tema, ou quando for necessário aprofundar pontos trazidos.

Importante:

- A entrevista não deve se tornar um roteiro fechado de perguntas e respostas.
- Comece sempre pela pergunta geral. Utilize as norteadoras de forma flexível e natural, respeitando o ritmo e a narrativa do participante.
- Permita que o entrevistado fale com liberdade antes de intervir com perguntas mais dirigidas.

Por que não começamos diretamente pelas perguntas específicas?

- Começar pelas perguntas específicas pode limitar a fala do(a) participante, inibindo a emergência de aspectos não previstos.
- Queremos captar nuances, perspectivas pessoais e experiências concretas que só surgem quando o(a) participante tem espaço para se expressar sem direcionamento prévio.
- A sequência geral mais específica garante maior profundidade, autenticidade e riqueza dos dados, essenciais para a abordagem qualitativa e para o método da Teoria Fundamentada.

Papel do entrevistador:

- Atuar como facilitador(a) da narrativa do(a) participante, não como fiscal do roteiro.
- Praticar a escuta ativa e empática, respeitando o tempo e a forma de expressão de cada entrevistado.
- Estimular um ambiente de confiança e abertura.
- Adaptar o uso das perguntas específicas conforme o fluxo da conversa.

Nosso foco não é confirmar hipóteses prévias, mas sim compreender profundamente as experiências e significados atribuídos pelos participantes à sua atuação no Programa Médicos pelo Brasil.

INTRODUÇÃO PARA A ENTREVISTA

Olá, obrigado(a) por aceitar participar desta entrevista.

Esta entrevista faz parte de um estudo que busca compreender as experiências e percepções sobre a atuação no Programa Médicos pelo Brasil, com foco na tutoria clínica, no desenvolvimento profissional dos médicos bolsistas e na integração com os serviços e equipes de saúde. Não se trata de uma avaliação individual de seu desempenho ou da gestão local, mas de uma oportunidade de compartilhar sua vivência no Programa.

A entrevista é baseada em perguntas gerais e perguntas complementares. Você pode responder com liberdade, trazendo exemplos e situações que considerar relevantes. Não há respostas certas ou erradas, queremos ouvir sua perspectiva.

Se em algum momento não se sentir confortável para responder alguma pergunta, fique à vontade para informar. A participação é voluntária e as informações serão tratadas de forma totalmente confidencial. Podemos começar?

CATEGORIA A | Logística e Organização dos Encontros Presenciais com o(a) Tutor(a)

[Atenção! Se o tutor referir que não teve encontros com o tutor, seguir para a CATEGORIA E | Relação com a Gestão Local e Suporte Institucional]

1. Descreva como se dá/dava a logística e a organização dos encontros presenciais com o(a) seu(sua) tutor(a) clínico(a)?

Explorar: cumprimento das diretrizes do Manual de Tutoria Clínica de Prática Presencial.

Perguntas norteadoras:

1.1 Quem é o(a) seu(sua) tutor(a)? Há quanto tempo você permanece vinculado a ele(a)?

1.2 Como é/era a pactuação na sua UBS em relação à ausência para a tutoria clínica presencial?

1.3 Como a pactuação era feita com a gestão e/ou com a equipe? Quem pactuava: o(a) tutor(a) ou você mesmo(a)?

1.4 Pensando no ambiente de trabalho, como você avalia o clima organizacional e a infraestrutura da UBS do(a) tutor(a) para receber o(a) bolsista? Na sua opinião, a unidade estava preparada para apoiar o processo de tutoria presencial (disponibilidade de sala, equipamentos, acolhimento da equipe e do gestor)?

1.5 Como é/era a sua relação com a equipe de saúde do(a) tutor(a)?

1.6 Você atende/atendia na unidade do(a) seu(sua) tutor(a)?

1.6.1 Se você atende/atendia, você tem acesso ao sistema de prontuário eletrônico? Com qual tipo de login, próprio ou do(a) tutor(a)?

1.6.2 Você está/estava vinculado(a) ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade do(a) tutor(a)?

1.7 Como se dá/dava o deslocamento entre a sua cidade/unidade para a do(a) tutor(a)?

1.8 Você teve desafios logísticos para chegar até UBS do(a) tutor(a) (transporte, tempo, custos)? Como esses desafios foram solucionados?

1.9 Como está a frequência e a modalidade de encontro atualmente (presencial, virtual, híbrida)?

CATEGORIA B | Mudanças na Equipe Médica / Vínculo com Equipe e Comunidade

2. Você mudou de equipe ou de UBS desde que iniciou a sua atuação no Programa? Se sim, como você percebeu essas mudanças e suas implicações?

Perguntas norteadoras:

2.1 Essa mudança influenciou no seu vínculo com a equipe de saúde? De que forma?

2.2 E o vínculo com a comunidade/usuários? Quais as mudanças percebidas?

2.3 Quais as implicações no seu processo de ensino-aprendizagem e/ou no seu processo de trabalho derivaram dessa mudança de equipe/UBS?

2.4 O processo de transição para a nova equipe/UBS foi bem conduzido pela AgSUS (antiga ADAPS) e pela gestão local ou poderia ser melhorado?

2.4.1 Quais as limitações desse processo de transição?.

2.5 Quais ações que ajudaram a construir o vínculo com a nova equipe/UBS e/ou com a comunidade?

CATEGORIA C | Processo de Tutoria Clínica

3. Como se dá/dava o processo de tutoria clínica presencial?

Explorar: dispositivos e ferramentas pedagógicas utilizados pelo(a) tutor(a) durante os encontros.

Perguntas norteadoras:

3.1 Como eram organizadas as atividades da semana padrão?

3.2 Havia atendimento ambulatorial com observação direta pelo(a) tutor(a) e preenchimento do mini-CEX? (*mini-CEX - Mini Clinical Evaluation Exercise → Instrumento para avaliação direta e estruturada do desempenho clínico do(a) médico(a) durante um atendimento real, com observação e feedback imediato.*)

3.3 Como se dava a sua participação na reunião de equipe na semana padrão?

3.4 Como se dava a sua participação na visita domiciliar na semana padrão?

3.5 Havia o envolvimento de outros profissionais de saúde (ex.: enfermeiro, ACS, odontólogo) no plano pedagógico?

3.6 Fale sobre a sua experiência com a utilização do modelo de aprendizado por Kolb na tutoria?

(*Modelo que propõe o ciclo de aprendizado pela experiência prática, reflexão, conceitos e nova aplicação — aprendizagem experiencial.*)

3.7 Fale sobre sua experiência com a utilização dos PUNs e DENs na tutoria?

(*Ferramenta para identificar necessidades não atendidas dos(as) pacientes — Patient's Unmet Needs — e necessidades de aprendizado do(a) médico(a) — Doctor's Educational Needs — durante o atendimento.*)

3.8 Fale sobre sua experiência com a utilização da técnica de “preceptoría em um minuto” na tutoria?

(*Método de ensino rápido e estruturado com cinco etapas: obter compromisso, explorar raciocínio, ensinar regra geral, reforçar acertos, corrigir ou sugerir melhorias.*)

3.9 Fale sobre sua experiência com a utilização da ferramenta SNAPPS durante a tutoria?

(Estrutura para apresentação ativa de casos clínicos pelo(a) médico(a), com seis etapas: resumir o caso, afunilar hipóteses, analisar hipóteses, perguntar sobre dúvidas, propor plano de manejo, selecionar questões para estudo.)

3.10 Fale sobre os feedbacks dados pelo(a) seu(sua) tutor(a) sobre o seu desempenho?

4. Como você percebe as atividades e instrumentos que são utilizados para avaliar o seu desempenho ao longo do Programa?

(Incluindo avaliações feitas pelo(a) tutor(a), autoavaliação, atividades práticas e outros registros que contribuam para sua avaliação final.)

Perguntas norteadoras:

4.1 Que tipos de avaliação você já realizou no Programa até agora?

4.2 O(a) tutor(a) explicou como essas avaliações seriam feitas?

4.3 Como foi organizada a sua semana de atividades práticas com o(a) tutor(a) pensando no processo de avaliação?

4.4 Como você percebe o processo de **avaliação** (mini-CEX, modelagem, estudo dirigido à prática, provas, trabalhos, relatórios)?

4.5 Como foi a sua experiência na construção do **Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal (PDPP)** com o(a) tutor(a)? Era um processo colaborativo? Em quanto tempo esse plano é reavaliado?

4.6 De que maneira o Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal (PDPP) influenciou a sua prática profissional?

CATEGORIA D | Relações na Tutoria na Prática Clínica e do Cuidado

5. Como se deu a construção da sua relação com o(a) seu(sua) tutor(a) clínico(a)? E como essa relação influenciou a sua prática clínica?

Perguntas norteadoras:

5.1 Como era a comunicação entre você e o(a) tutor(a)?

5.2 Qual a sua percepção sobre a disponibilidade do(a) seu(sua) tutor(a) para te auxiliar nas suas atividades?

5.3 Você se sentia à vontade e confia na capacidade do seu(sua) tutor(a) para discutir dúvidas e dificuldades?

5.4 Como a relação que você estabeleceu com o(a) tutor(a) facilitou ou dificultou seu desenvolvimento como médico(a) da APS?

5.5 Houve alguma situação atípica na relação entre você e seu(sua) tutor(a)?

6. Como o processo de tutoria clínica influenciou a sua prática clínica e a prática do cuidado do seu trabalho?

Perguntas norteadoras:

6.1 Quais contribuições a tutoria trouxe para as competências e habilidades específicas no seu trabalho cotidiano?

6.2 Em quais aspectos na prática do cuidado as mudanças foram mais evidentes?

6.3 Essas mudanças se relacionam a competências e atributos essenciais e derivados na APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural)?

6.4 Poderia dar exemplos não apenas em condutas técnicas, mas também na postura, na abordagem biopsicossocial do paciente e na atitude profissional?

6.5 Como a tutoria contribuiu para que você se sentisse mais seguro(a) e confiante na sua prática clínica e nas decisões cotidianas? Pode compartilhar algum exemplo de situação em que isso tenha ficado evidente?

6.6 Qual foi a influência da tutoria na forma como você se relaciona com a equipe de saúde e com os usuários?

CATEGORIA E | Relação com a Gestão Local e Suporte Institucional

7. Como a gestão local (secretária de saúde municipal/ coordenação da APS/ gerência da unidade/ responsável técnico) contribuiu para o desenvolvimento de ações e atividades da tutoria clínica?

Perguntas norteadoras:

7.1 De que forma a gestão local facilita/facilitou a sua participação nas atividades de tutoria com algum tipo de apoio logístico ou operacional (ex.: transporte, moradia, alimentação, acesso a tecnologias, organização da agenda)?

7.2 Além dos aspectos logísticos, a gestão local contribuiu de alguma forma para articular as suas atividades da tutoria com o serviço (ex.: reorganização de agenda, pactuações com a equipe, envolvimento em reuniões, orientações sobre a tutoria)?

7.3 Além do suporte recebido, quais foram as principais barreiras ou fatores limitantes que você enfrentou no processo de tutoria, seja por parte da gestão, da estrutura da unidade ou do próprio programa?

7.4 A sua gestão local entende/entendeu a importância da sua participação no processo de tutoria?

8. De que forma a gestão local te oferece oportunidades de educação continuada e permanente?

Perguntas norteadoras:

8.1 Quais atividades de educação continuada ou permanente promovida ou apoiada pela gestão local você já participou?

8.2 De que forma essas atividades contribuíram para o seu trabalho na Atenção Primária à Saúde?

8.3 Na sua rotina de trabalho, há momentos reservados para atividades de educação permanente? Com que frequência isso acontece?

8.4 Quando há a oportunidade de participação em processos de educação permanente ofertados pelo município, você participa/ participou?

8.5 De que forma a gestão local inclui você em momentos de decisão, reuniões ou processos internos da unidade? Como é essa participação?

9. Na sua percepção, a gestão local demonstra satisfação/insatisfação com o Programa? Relate alguma(s) situação(ões).

Perguntas norteadoras:

9.1 Qual a sua percepção sobre a seguinte afirmativa: “A gestão valoriza os médicos do Programa como parte estratégica da equipe de saúde e não os vê apenas como solução provisória.”.

9.2 Como a gestão se comporta em relação à permanência ou substituição dos médicos do PMpB? Isso gera algum tipo de instabilidade ou segurança para a equipe?

9.3 Você percebe se há diferenças no tratamento entre médicos do PMpB ou do PMM? E de médicos de programas de provimento em relação a outros profissionais médicos?

9.4 Você acredita que a forma como a gestão se posiciona influência na sua motivação e permanência no programa? De que forma?

CATEGORIA F | Aspectos Relevantes e Sugestões de Melhoria

10. Existe algum aspecto relevante, seja ele positivo ou negativo, que você considera importante mencionar e que não foi abordado?

11. Há alguma sugestão de melhoria para o Programa ou para o processo de tutoria clínica que você gostaria de compartilhar?

IDENTIFICAÇÃO

12.1 Nome: _____

12.2 Idade: _____

12.3 Gênero:

☐ Homem cis ☐ Homem trans

☐ Mulher cis ☐ Mulher trans

☐ Não-binário ☐ Prefiro não responder

☐ Outro _____

12.4 Raça/Cor:

☐ Branca ☐ Preta

☐ Parda ☐ Amarela

☐ Indígena

12.5 Contato (celular): () _____

12.6 E-mail: _____

12.7 CRM (UF): _____ ()

12.8 CPF: _____

12.9 Ano de formatura: _____

12.10 Especialização/residência (se houver): _____

12.11 Mestrado:

☐ Sim ☐ Não

12.12 Doutorado:

☐ Sim ☐ Não

12.13 Tempo de atuação na Atenção Básica (em anos): _____

12.14 Ano de entrada no PMpB: _____

12.15 CNES da unidade de saúde de lotação: _____

12.16 Município e UF de lotação: _____

12.17 Nome do(a) tutor(a) atual ou último(a): _____

12.18 Tempo de vinculação com o(a) tutor(a) (em meses): _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DO(A) MÉDICO(A) BOLSISTA – TUTORIA REMOTA.

ROTEIRO DE ENTREVISTA - BOLSISTA - TUTORIA REMOTA

ORIENTAÇÕES PARA A CONDUÇÃO DA ENTREVISTA

Esta entrevista integra o estudo qualitativo sobre a atuação de tutores, médicos(as) bolsistas e gestores no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). A abordagem utilizada baseia-se nos princípios da Teoria Fundamentada (Grounded Theory), que busca construir conhecimento a partir das experiências e significados atribuídos pelos(a) próprios(as) participantes.

Estrutura das perguntas:

As perguntas foram organizadas em dois níveis complementares:

- **Pergunta geral:** convida o participante a falar de forma livre e espontânea sobre suas vivências, percepções e práticas no contexto do PMpB.
→ Essa abordagem favorece a emergência de elementos relevantes que podem não ter sido antecipados pelos(as) pesquisadores.
- **Perguntas norteadoras específicas:** funcionam como apoio ao entrevistador(a).
→ São utilizadas somente quando o participante não aborda espontaneamente aspectos que consideramos importantes para a compreensão do tema, ou quando for necessário aprofundar pontos trazidos.

Importante:

- A entrevista não deve se tornar um roteiro fechado de perguntas e respostas.
- Comece sempre pela pergunta geral. Utilize as norteadoras de forma flexível e natural, respeitando o ritmo e a narrativa do(a) participante.
- Permita que o(a) entrevistado(a) fale com liberdade antes de intervir com perguntas mais dirigidas.

Por que não começamos diretamente pelas perguntas específicas?

- Começar pelas perguntas específicas pode limitar a fala do(a) participante, inibindo a emergência de aspectos não previstos.
- Queremos captar nuances, perspectivas pessoais e experiências concretas que só surgem quando o(a) participante tem espaço para se expressar sem direcionamento prévio.
- A sequência geral mais específica garante maior profundidade, autenticidade e riqueza dos dados, essenciais para a abordagem qualitativa e para o método da Teoria Fundamentada.

Papel do entrevistador:

- Atuar como facilitador(a) da narrativa do participante, não como fiscal do roteiro.
- Praticar a escuta ativa e empática, respeitando o tempo e a forma de expressão de cada entrevistado(a).
- Estimular um ambiente de confiança e abertura.
- Adaptar o uso das perguntas específicas conforme o fluxo da conversa.

Nosso foco não é confirmar hipóteses prévias, mas sim compreender profundamente as experiências e significados atribuídos pelos(as) participantes à sua atuação no Programa Médicos pelo Brasil.

INTRODUÇÃO PARA A ENTREVISTA

Olá, obrigado(a) por aceitar participar desta entrevista.

Esta entrevista faz parte de um estudo que busca compreender as experiências e percepções sobre a atuação no Programa Médicos pelo Brasil, com foco na tutoria clínica, no desenvolvimento profissional dos médicos bolsistas e na integração com os serviços e equipes de saúde. Não se trata de uma avaliação individual de seu desempenho ou da gestão local, mas de uma oportunidade de compartilhar sua vivência no Programa.

A entrevista é baseada em perguntas gerais e perguntas complementares. Você pode responder com liberdade, trazendo exemplos e situações que considerar relevantes. Não há respostas certas ou erradas — queremos ouvir sua perspectiva.

Se em algum momento não se sentir confortável para responder alguma pergunta, fique à vontade para informar. A participação é voluntária e as informações serão tratadas de forma confidencial.

Podemos começar?

CATEGORIA A | Logística e Organização dos Encontros Remotos

[Atenção! Se o tutor referir que não teve encontros com o tutor, seguir para a CATEGORIA E | Relação com a Gestão Local e Suporte Institucional]

1.0 Como se dá/dava a logística e a organização dos encontros por videoconferência com seu tutor(a) clínico(a)?

Explorar: cumprimento das diretrizes do Manual de Tutoria Clínica de Prática Remota

Perguntas norteadoras:

- 1.1 Com que frequência e duração vocês se encontram?
- 1.2 Como você combina esses horários com sua equipe e com a gestão municipal?
- 1.3 Pensando no ambiente de trabalho, como você avalia o clima organizacional e a infraestrutura da UBS para organizar a tutoria remota do(a) bolsista? Na sua opinião, a unidade estava preparada para apoiar o processo de tutoria remota (disponibilidade de sala, equipamentos, acolhimento da equipe e do gestor)?
- 1.4 Você recebe um plano prévio de atividades para cada sessão? Como é compartilhado?
- 1.5 Quais plataformas e ferramentas (e-SUS, videoconferência, LMS) você utiliza?
- 1.6 Você tem acesso estável ao e-SUS e demais sistemas durante a tutoria? Como garante isso?
- 1.7 Que dificuldades logísticas você enfrenta (internet, equipamento, privacidade)?
- 1.8 Quais facilitadores tornam esses encontros mais eficazes?

CATEGORIA B | Mudanças na Tutoria e Vínculos

2.0 Houve substituição ou interrupções na tutoria remota? Como você percebeu essas mudanças?

Perguntas norteadoras:

- 2.1 Como essas trocas ou ausências impactaram seu vínculo com o tutor(a)?
- 2.2 Mudou algo na sua relação com a comunidade/usuários em função dessas trocas?
- 2.3 Essas alterações afetaram seu aprendizado remoto? De que forma?
- 2.4 O que ajudou a restabelecer a conexão com seu tutor(a)?
- 2.5 Que estratégias você usou para manter a continuidade do vínculo (grupos, e-mail, materiais)?

CATEGORIA C | Processo de Tutoria Clínica Remota e Avaliações Somativas

3.0 Qual sua percepção sobre o processo de tutoria clínica remota?

Explorar: dispositivos, ferramentas pedagógicas e avaliações

Perguntas norteadoras:

3.1 Como são organizadas as atividades da “semana padrão” remota?

3.2 Você participa de atendimentos por vídeo com observação do tutor(a) e preenchimento de **mini-CEX virtual**? Como funciona?

(mini-CEX - Mini Clinical Evaluation Exercise → Instrumento para avaliação direta e estruturada do desempenho clínico do(a) médico(a) durante um atendimento real, com observação e feedback imediato.)

3.3 Há discussões de casos via videoconferência em grupo ou reuniões de equipe? Com que frequência?

3.4 Vocês analisam juntos casos de visitas domiciliares que você realiza? Como se dá essa discussão?

3.5 Quais instrumentos ou formulários seu tutor(a) usa para avaliar suas atividades remotas?

3.6 — Avaliações Somativas

3.6.1 Como você percebe o processo de **avaliação somativa** (mini-CEX virtual, estudo dirigido à prática, provas, trabalhos, relatórios)?

3.6.2 Como vocês negociam a “semana padrão” de atividades dedicadas à avaliação?

3.6.3 Como foi a sua experiência na construção do **Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal (PDPP)** com o(a) tutor(a) no ambiente remoto? Era um processo colaborativo? Em quanto tempo esse plano é reavaliado?

3.7 — Feedback e Desenvolvimento

3.7.1 Como você recebe feedback estruturado (chat, gravação, e-mail) após cada atividade?

3.7.2 Como foi a sua experiência na construção do Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal (PDPP) com o(a) tutor(a)? Era um processo colaborativo? Em quanto tempo esse plano é reavaliado?

3.8 — Ferramentas Pedagógicas

3.8.1 Você conhece e participa do **Ciclo de Aprendizagem de Kolb** (Experiência → Reflexão → Conceituação → Experimentação)? Como?

(Kolb - Modelo que propõe o ciclo de aprendizado pela experiência prática, reflexão, conceitos e nova aplicação — aprendizagem experiencial.)

3.8.2 Seu tutor(a) registra e discute **PUNs** (Pontos de Urgência no Aprendizado) e **DENs** (Dificuldades Específicas Notadas)?

(Ferramenta para identificar necessidades não atendidas dos(as) pacientes — Patient's Unmet Needs — e necessidades de aprendizado do(a) médico(a) — Doctor's Educational Needs — durante o atendimento.)

3.8.3 Você é desafiado(a) com **perguntas esclarecedoras** que exploram seu raciocínio clínico? Exemplifique.

3.8.4 Já vivenciou a técnica **One-Minute Preceptor**? Em quais contextos?

(Método de ensino rápido e estruturado com cinco etapas: obter compromisso, explorar raciocínio, ensinar regra geral, reforçar acertos, corrigir ou sugerir melhorias.)

3.8.5 Utiliza a ferramenta **SNAPPS** (Summarize, Narrow, Analyze, Probe, Plan, Select)? Como impacta seu aprendizado?

(Estrutura para apresentação ativa de casos clínicos pelo(a) médico(a), com seis etapas: resumir o caso, afunilar hipóteses, analisar hipóteses, perguntar sobre dúvidas, propor plano de manejo, selecionar questões para estudo.)

CATEGORIA D | Influência na Prática Clínica e no Cuidado

4.0 Você percebe mudanças na sua prática clínica desde o início da tutoria remota? Pode exemplificar?

Perguntas norteadoras:

4.1 Em quais aspectos do atendimento (uso de prontuário eletrônico, comunicação, protocolos) você evoluiu mais?

4.2 Em quais aspectos na prática do cuidado as mudanças foram mais evidentes?

4.3 As mudanças se relacionam a competências e atributos essenciais e derivados na APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural)?

4.4 Poderia dar exemplos não apenas em condutas técnicas, mas também na postura, na abordagem biopsicossocial do paciente e na atitude profissional?

5.0 Como a tutoria remota impactou seu cotidiano profissional no serviço de saúde?

Perguntas norteadoras:

5.1 Relate situações emblemáticas em que sentiu esse impacto.

5.2 Você se sente mais seguro(a) e confiante? Exemplifique.

5.3 Mudou algo na sua interação com a equipe ou com os usuários?

CATEGORIA E | Relação com a Gestão Local e Suporte Institucional

6.0 Como você avalia o apoio da gestão local (secretária de saúde municipal/ coordenação da APS/ gerência da unidade/ responsável técnico) à tutoria remota?

Perguntas norteadoras:

6.1 Que suporte institucional (infraestrutura de TI, licenças, treinamento) foi disponibilizado?

6.2 Como isso facilitou seu acesso remoto (pontos de internet, equipamentos)?

6.3 Que outras condições (moradia, alimentação, comunicação) a gestão ofereceu ou poderia melhorar?

6.4 Além do suporte recebido, quais foram as principais barreiras ou fatores limitantes que você enfrentou no processo de tutoria, seja por parte da gestão, da estrutura da unidade ou do próprio programa?

7.0 A gestão local oferece/garante educação continuada e/ou permanente para bolsistas remotos?

Perguntas norteadoras:

7.1 Você participou de cursos ou oficinas online de educação continuada?

7.2 Essas ações estiveram integradas à tutoria remota? Como?

7.3 Quais temas de educação continuada você considera prioritários?

7.4 De que forma a gestão local inclui você em momentos de decisão, reuniões ou processos internos da unidade? Como é essa participação?

8.0 Na sua percepção, a gestão local está satisfeita ou insatisfeita com o PMpB com a tutoria na modalidade remota?

Perguntas norteadoras:

8.1 Você percebe apoio ou resistência da gestão às ações remotas?

8.2 Em que situações notou manifestações de satisfação ou descontentamento?

8.3 A gestão vê o PMpB como estratégia permanente de APS ou como solução temporária?

CATEGORIA F | Aspectos Relevantes e Sugestões de Melhoria

9.0 Existe algum aspecto relevante, positivo ou negativo, que não foi abordado?

Perguntas norteadoras:

9.1 Houve situação marcante na tutoria remota que queira compartilhar?

9.2 Qual aprendizado pessoal/profissional foi importante na sua experiência?

9.3 Que questões merecem mais discussão no PMpB com a tutoria na modalidade remota?

10.0 Você tem sugestões de melhoria para o Programa ou processo de tutoria remota?

Perguntas norteadoras:

10.1 Quais aspectos do processo remoto poderiam ser aprimorados?

10.2 Que mudanças sugeriria na articulação com a gestão local?

10.3 Como fortalecer o apoio institucional aos bolsistas remotos?

IDENTIFICAÇÃO

11.1 Nome: _____

11.2 Idade: _____

11.3 Gênero:

☐ Homem cis ☐ Homem trans

☐ Mulher cis ☐ Mulher trans

☐ Não-binário ☐ Prefiro não responder

☐ Outro _____

11.4 Raça/Cor:

☐ Branca ☐ Preta

☐ Parda ☐ Amarela

☐ Indígena

11.5 Contato (celular): () _____

11.6 E-mail: _____

11.7 CRM (UF): _____ ()

11.8 CPF: _____

11.9 Ano de formatura: _____

11.10 Especialização/residência (se houver): _____

11.11 Mestrado:

☐ Sim ☐ Não

11.12 Doutorado:

☐ Sim ☐ Não

11.13 Tempo de atuação na Atenção Básica (em anos): _____

11.14 Ano de entrada no PMpB: _____

11.15 CNES da unidade de saúde de lotação: _____

11.16 Município e UF de lotação: _____

11.17 Nome do(a) tutor(a) atual ou último(a): _____

11.18 Tempo de vinculação com o(a) tutor(a) (em meses): _____

APÊNDICE C - ROTEIRO DO(A) TUTOR(A) – TUTORIA PRESENCIAL.

ROTEIRO DE ENTREVISTA - TUTOR - TUTORIA PRESENCIAL

ORIENTAÇÕES PARA A CONDUÇÃO DA ENTREVISTA

Esta entrevista integra o estudo qualitativo sobre a atuação de tutores, médicos(as) bolsistas e gestores no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). A abordagem utilizada baseia-se nos princípios da Teoria Fundamentada (Grounded Theory), que busca construir conhecimento a partir das experiências e significados atribuídos pelos próprios participantes.

Estrutura das perguntas:

As perguntas foram organizadas em dois níveis complementares:

- **Pergunta geral:** convida o participante a falar de forma livre e espontânea sobre suas vivências, percepções e práticas no contexto do PMpB.
→ Essa abordagem favorece a emergência de elementos relevantes que podem não ter sido antecipados pelos(as) pesquisadores.
- **Perguntas norteadoras específicas:** funcionam como apoio ao entrevistador(a).
→ São utilizadas somente quando o(a) participante não aborda espontaneamente aspectos que consideramos importantes para a compreensão do tema, ou quando for necessário aprofundar pontos trazidos.

Importante:

- A entrevista não deve se tornar um roteiro fechado de perguntas e respostas.
- Comece sempre pela pergunta geral. Utilize as norteadoras de forma flexível e natural, respeitando o ritmo e a narrativa do(a) participante.
- Permita que o entrevistado fale com liberdade antes de intervir com perguntas mais dirigidas.

Por que não começamos diretamente pelas perguntas específicas?

- Começar pelas perguntas específicas pode limitar a fala do(a) participante, inibindo a emergência de aspectos não previstos.
- Queremos captar nuances, perspectivas pessoais e experiências concretas que só surgem quando o(a) participante tem espaço para se expressar sem direcionamento prévio.
- A sequência geral mais específica garante maior profundidade, autenticidade e riqueza dos dados, essenciais para a abordagem qualitativa e para o método da Teoria Fundamentada.

Papel do(a) entrevistador(a):

- Atuar como facilitador da narrativa do(a) participante, não como fiscal do roteiro.
- Praticar a escuta ativa e empática, respeitando o tempo e a forma de expressão de cada entrevistado.
- Estimular um ambiente de confiança e abertura.
- Adaptar o uso das perguntas específicas conforme o fluxo da conversa.

Nosso foco não é confirmar hipóteses prévias, mas sim compreender profundamente as experiências e significados atribuídos pelos(as) participantes à sua atuação no Programa Médicos pelo Brasil.

INTRODUÇÃO PARA A ENTREVISTA

Olá, obrigado(a) por aceitar participar desta entrevista.

Esta entrevista faz parte de um estudo que busca compreender as experiências e percepções sobre a atuação no Programa Médicos pelo Brasil, com foco na tutoria clínica, no desenvolvimento profissional dos(as) médicos(as) bolsistas e na integração com os serviços e equipes de saúde. Não se trata de uma avaliação individual de seu desempenho ou da gestão local, mas de uma oportunidade de compartilhar sua vivência no Programa.

A entrevista é baseada em perguntas gerais e perguntas complementares. Você pode responder com liberdade, trazendo exemplos e situações que considerar relevantes. Não há respostas certas ou erradas — queremos ouvir sua perspectiva.

Se em algum momento não se sentir confortável para responder alguma pergunta, fique à vontade para informar. A participação é voluntária e as informações serão tratadas de forma confidencial.

Podemos começar?

PONTO DE PARTIDA: Perfil e Motivações do(a) Tutor(a)

1. Para começar, conte-nos um pouco sobre sua trajetória como educador(a)/tutor(a). Você possui alguma formação (cursos de formação de educação em saúde, inclusive EAD, pós-graduação em educação médica etc.), ou experiência prévia específica em docência, preceptoria ou tutoria?

2. O que o(a) motivou a se tornar tutor(a) no Programa MpB?

CATEGORIA A | Logística e Organização dos Encontros Presenciais

3. Como se dá/dava a logística e a organização dos encontros presenciais com o(a) médico(a) bolsista sob sua tutoria?

Explorar: cumprimento das diretrizes do Manual de Tutoria Clínica de Prática Presencial

Perguntas norteadoras:

3.1 Qual a frequência e a duração típicas desses encontros presenciais?

3.2 Pensando no ambiente de trabalho, como você avalia o clima organizacional e a infraestrutura da UBS para receber o(a) bolsista? Na sua opinião, a unidade estava preparada para apoiar o processo de tutoria (disponibilidade de sala, equipamentos, acolhimento da equipe e do gestor)?

3.3 Você acha que a sua unidade é um cenário propício para receber alunos e residentes da área da saúde?

3.4 Como você pactuava com a gestão municipal e/ou sua equipe para viabilizar a tutoria (liberação de carga-horária do(a) bolsista, uso de sala)?

3.5 Havia planejamento prévio das atividades? Como era definido?

3.6 Como você avalia a relação do(a) bolsista com a equipe de saúde da UBS?

3.7 O(a) bolsista estava vinculado(a) ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da sua unidade? Na sua percepção, que impacto tinha presença ou ausência desse vínculo ao CNES no dia a dia da tutoria?

3.8 Como você garantia o acesso do(a) bolsista ao e-SUS (login próprio, compartilhado)?

3.9 Você teve conhecimento de desafios logísticos que o(a) bolsista enfrentava para chegar até sua UBS (transporte, tempo, custos)? Como esses desafios foram solucionados?

CATEGORIA B | Mudanças na Equipe de Bolsistas e Vínculo

4. Durante seu tempo como tutor(a) houve substituição ou rotação de bolsistas que você tutorou presencialmente? Como você percebeu essas mudanças?

Perguntas norteadoras:

- 4.1 De que forma essas trocas afetaram seu vínculo com cada bolsista?
- 4.2 Como você percebeu que essas mudanças impactaram o vínculo do(a) bolsista com a comunidade/usuários?
- 4.3 Na sua visão, as trocas tiveram implicações no processo de ensino-aprendizagem presencial? Quais?
- 4.4 Na sua opinião, a transição entre bolsistas foi bem conduzida pelo Ministério da Saúde e pela gestão local? O que poderia ser aprimorado?
- 4.5 Que desafios a rotatividade e o tempo para preenchimento de novas vagas trouxeram para o seu trabalho?
- 4.6 Que estratégias você usou para manter ou reconstruir o vínculo após cada troca?

CATEGORIA C | Processo de Trabalho, Ferramentas e Avaliações Somativas

5. Qual sua percepção sobre o processo de tutoria clínica presencial que você realiza?

Explorar: dispositivos, ferramentas pedagógicas e como se dão as avaliações – tudo em um fluxo único.
Que métodos, ferramentas e processos de avaliação você utilizava?

Perguntas norteadoras:

- 5.1 Como eram organizadas as atividades da “semana padrão” de tutoria presencial?
- 5.2 O(a) bolsista participava de atendimentos sob sua observação direta e preenchimento de **mini-CEX** ((exercício clínico avaliativo? Como ocorria esse registro e feedback?
(mini-CEX - Mini Clinical Evaluation Exercise → Instrumento para avaliação direta e estruturada do desempenho clínico do(a) médico(a) durante um atendimento real, com observação e feedback imediato)
- 5.3 Você conduzia reuniões de equipe com participação do(a) bolsista? Com que frequência?
- 5.4 Vocês faziam visitas domiciliares em dupla? Como planejavam e avaliavam essas práticas?
- 5.5 Quais instrumentos ou formulários você utilizava para avaliar cada atividade presencial?
- 5.6 Quais foram as mudanças no processo de tutoria ocasionadas pela pandemia do Covid-19?
- 5.7 Você tem experiência prévia com telessaúde? Se sim, você utilizou alguma dessas ferramentas digitais para complementar ou apoiar a tutoria presencial? De que forma isso ajudou ou atrapalhou?
- 5.8 Avaliações do(a) bolsista**
 - 5.8.1 Como você conduz o processo de **avaliação** (mini-CEX, modelagem, estudo dirigido à prática, provas, relatórios presenciais)?
 - 5.8.2 Como era pactuada com o(a) bolsista a “semana padrão” de atividades dedicadas à avaliação?
 - 5.8.3 De que forma você e o(a) bolsista constroem o **Plano de Avaliação Profissional e Pessoal (PAPP)** em contexto presencial? É um processo colaborativo? Em quanto tempo esse plano é reavaliado?
- 5.9 Feedback e Desenvolvimento**
 - 5.9.1 Como você oferece feedback estruturado (imediato no local, reunião de encerramento)?
 - 5.9.2 Como o **Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional (PDPP)** era elaborado na sua unidade? Era um processo colaborativo? Em quanto tempo esse plano é reavaliado?
- 5.10 Ferramentas Pedagógicas**
 - 5.10.1 Você aplica o **modelo de Aprendizagem Experiencial de Kolb** (Experiência → Reflexão → Conceituação → Experimentação)? Como?
(Kolb - Modelo que propõe o ciclo de aprendizado pela experiência prática, reflexão, conceitos e nova aplicação — aprendizagem experiencial.)

5.10.2 Você registra e discute **PUNs** (Pontos de Urgência no Aprendizado) e **DENs** (Dificuldades Específicas Notadas)?

(Ferramenta para identificar necessidades não atendidas dos(as) pacientes — Patient's Unmet Needs — e necessidades de aprendizado do(a) médico(a) — Doctor's Educational Needs — durante o atendimento.)

5.10.3 Você utiliza **perguntas esclarecedoras** durante as atividades práticas? Dê exemplos.

5.10.4 Aplica a técnica **One-Minute Preceptor** (“preceptoria em um minuto”)? Em quais momentos?
(Método de ensino rápido e estruturado com cinco etapas: obter compromisso, explorar raciocínio, ensinar regra geral, reforçar acertos, corrigir ou sugerir melhorias.)

5.10.5 Emprega **SNAPPS** (Summarize, Narrow, Analyze, Probe, Plan, Select)? Como isso fortalece o aprendizado?

(Estrutura para apresentação ativa de casos clínicos pelo(a) médico(a), com seis etapas: resumir o caso, afunilar hipóteses, analisar hipóteses, perguntar sobre dúvidas, propor plano de manejo, selecionar questões para estudo.)

CATEGORIA D | Influência nas Práticas Clínica e do Cuidado

6. Que mudanças na prática clínica e na prática do cuidado do(a) bolsista você percebeu ao longo da tutoria presencial? Pode exemplificar?

Perguntas norteadoras:

6.1 Em quais aspectos do atendimento (comunicação, exames, condutas) as mudanças foram mais evidentes?

6.2 Em quais aspectos na prática do cuidado as mudanças foram mais evidentes?

6.3 Essas mudanças se relacionam a competências e atributos essenciais e derivados na APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural)?

6.4 Poderia dar exemplos não apenas em condutas técnicas, mas também na postura, na abordagem biopsicossocial do paciente e na atitude profissional?

7. Como a tutoria presencial influenciou seu cotidiano profissional como tutor(a)?

Perguntas norteadoras:

7.1 Relate situações emblemáticas em sua rotina de tutor(a).

7.2 De que forma a tutoria aprimorou suas competências como educador(a)?

7.3 Houve mudança na sua interação com a equipe de saúde da UBS?

CATEGORIA E | Relação com a Gestão Local e Suporte Institucional

8. Como você percebeu o envolvimento da gestão local (secretária de saúde municipal/ coordenação da APS/ gerência da unidade/ responsável técnico) no suporte à tutoria presencial?

Perguntas norteadoras:

8.1 Que tipos de apoio institucional você recebeu (infraestrutura, liberação de carga-horária)?

8.2 Em que formatos esse suporte se materializou (salas, equipamentos, materiais)?

8.3 Você tem conhecimento se a gestão municipal ofereceu algumas contrapartidas para facilitar o deslocamento do(a) bolsista (transporte, diárias) foram oferecidas?

8.4 Além do suporte recebido, quais foram as principais barreiras ou fatores limitantes que você enfrentou no processo de tutoria, seja por parte da gestão, da estrutura da unidade ou do próprio programa?

9. A gestão local oferece/garante educação continuada e/ou permanente para os(as) bolsistas presenciais?

Perguntas norteadoras:

9.1 Você sabe se o(a) bolsista participou de cursos ou oficinas presenciais de educação continuada? Ele(a) demonstra interesse?

9.2 Essas ações foram integradas ao processo de tutoria presencial? Como?

9.3 Quais temas de educação continuada você considera prioritários?

10. Na sua percepção, a gestão local demonstra satisfação ou insatisfação com o PMpB na modalidade presencial?

Perguntas norteadoras:

10.1 Você percebe apoio ou resistência da gestão às ações de tutoria presencial?

10.2 Em que situações notou manifestações de satisfação ou descontentamento?

10.3 A gestão entende o Programa como estratégia de longo prazo na APS ou como medida temporária?

CATEGORIA F | Aspectos Relevantes e Sugestões de Melhoria

11. Existe algum aspecto relevante, positivo ou negativo, que não foi abordado?

Perguntas norteadoras:

11.1 Houve situação marcante durante a tutoria presencial que queira compartilhar?

11.2 Qual aprendizado pessoal ou profissional você destacaria?

11.3 Que questões deveriam ser mais discutidas no PMpB presencial?

12. Você tem sugestões de melhoria para o Programa ou para o processo de tutoria presencial?

Perguntas norteadoras:

12.1 Quais aspectos do processo presencial poderiam ser aprimorados?

12.2 Que mudanças sugeriria na articulação com a gestão municipal?

12.3 Como fortalecer o apoio institucional aos bolsistas presenciais?

IDENTIFICAÇÃO

13.1 Nome: _____

13.2 Idade: _____

13.3 Gênero:

☐ Homem cis ☐ Homem trans

☐ Mulher cis ☐ Mulher trans

☐ Não-binário ☐ Prefiro não responder

☐ Outro _____

13.4 Raça/Cor:

☐ Branca ☐ Preta

☐ Parda ☐ Amarela

☐ Indígena

13.5 Contato (celular): () _____

13.6 E-mail: _____

13.7 CRM (UF): _____ ()

13.8 CPF: _____

13.9 Ano de formatura: _____

13.10 Especialização/residência: _____

13.11 Mestrado:

☐ Sim ☐ Não

13.12 Doutorado:

☐ Sim ☐ Não

13.13 Tempo de atuação na Atenção Básica (em anos): _____

13.14 Ano de entrada no Programa MpB como tutor: _____

13.15 CNES da unidade de saúde de tutoria: _____

13.16 Município e UF de lotação: _____

13.17 Número máximo de bolsistas que você supervisiona em 2025: _____

13.18 Desde o início de atuação no Programa, qual foi o número máximo de bolsistas que você supervisionou simultaneamente?:

13.19 Qual é o maior e o menor tempo que um bolsista permaneceu com você, após o período de ajuste (em meses)? _____

APÊNDICE D - ROTEIRO DO(A) TUTOR(A) – TUTORIA REMOTA.

ROTEIRO DE ENTREVISTA - TUTOR - TUTORIA REMOTO

ORIENTAÇÕES PARA A CONDUÇÃO DA ENTREVISTA

Esta entrevista integra o estudo qualitativo sobre a atuação de tutores, médicos(as) bolsistas e gestores no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). A abordagem utilizada baseia-se nos princípios da Teoria Fundamentada (Grounded Theory), que busca construir conhecimento a partir das experiências e significados atribuídos pelos próprios participantes.

Estrutura das perguntas:

As perguntas foram organizadas em dois níveis complementares:

- **Pergunta geral:** convida o participante a falar de forma livre e espontânea sobre suas vivências, percepções e práticas no contexto do PMpB.
→ Essa abordagem favorece a emergência de elementos relevantes que podem não ter sido antecipados pelos(as) pesquisadores.
- **Perguntas norteadoras específicas:** funcionam como apoio ao entrevistador(a).
→ São utilizadas somente quando o(a) participante não aborda espontaneamente aspectos que consideramos importantes para a compreensão do tema, ou quando for necessário aprofundar pontos trazidos.

Importante:

- A entrevista não deve se tornar um roteiro fechado de perguntas e respostas.
- Comece sempre pela pergunta geral. Utilize as norteadoras de forma flexível e natural, respeitando o ritmo e a narrativa do(a) participante.
- Permita que o entrevistado fale com liberdade antes de intervir com perguntas mais dirigidas.

Por que não começamos diretamente pelas perguntas específicas?

- Começar pelas perguntas específicas pode limitar a fala do(a) participante, inibindo a emergência de aspectos não previstos.
- Queremos captar nuances, perspectivas pessoais e experiências concretas que só surgem quando o(a) participante tem espaço para se expressar sem direcionamento prévio.
- A sequência geral mais específica garante maior profundidade, autenticidade e riqueza dos dados, essenciais para a abordagem qualitativa e para o método da Teoria Fundamentada.

Papel do(a) entrevistador(a):

- Atuar como facilitador da narrativa do(a) participante, não como fiscal do roteiro.
- Praticar a escuta ativa e empática, respeitando o tempo e a forma de expressão de cada entrevistado.
- Estimular um ambiente de confiança e abertura.
- Adaptar o uso das perguntas específicas conforme o fluxo da conversa.

Nosso foco não é confirmar hipóteses prévias, mas sim compreender profundamente as experiências e significados atribuídos pelos(as) participantes à sua atuação no Programa Médicos pelo Brasil.

INTRODUÇÃO PARA A ENTREVISTA

Olá, obrigado(a) por aceitar participar desta entrevista.

Esta entrevista faz parte de um estudo que busca compreender as experiências e percepções sobre a atuação no Programa Médicos pelo Brasil, com foco na tutoria clínica, no desenvolvimento profissional dos(as) médicos(as) bolsistas e na integração com os serviços e equipes de saúde. Não se trata de uma avaliação individual de seu desempenho ou da gestão local, mas de uma oportunidade de compartilhar sua vivência no Programa.

A entrevista é baseada em perguntas gerais e perguntas complementares. Você pode responder com liberdade, trazendo exemplos e situações que considerar relevantes. Não há respostas certas ou erradas — queremos ouvir sua perspectiva.

Se em algum momento não se sentir confortável para responder alguma pergunta, fique à vontade para informar. A participação é voluntária e as informações serão tratadas de forma confidencial.

Podemos começar?

PONTO DE PARTIDA: Perfil e Motivações do(a) Tutor(a)

1. Para começar, conte-nos um pouco sobre sua trajetória como educador(a)/tutor(a). Você possui alguma formação (cursos de formação de educação em saúde, inclusive EAD, pós-graduação em educação médica, etc.), ou experiência prévia específica em docência, preceptoria ou tutoria?

2. O que o(a) motivou a se tornar tutor(a) no Programa MpB?

CATEGORIA A | Logística e Organização dos Encontros Remotos

3. Como se dá/dava a logística e a organização dos encontros por videoconferência com o(a) médico(a) bolsista sob sua tutoria?

Explorar: cumprimento das diretrizes do Manual de Tutoria Clínica de Prática Remota

Perguntas norteadoras:

3.1 Qual a frequência e a duração típicas desses encontros síncronos?

3.2 Pensando no ambiente de trabalho, como você avalia o clima organizacional e a infraestrutura da UBS para viabilidade de tutoria remota? Na sua opinião, a unidade estava preparada para apoiar o processo de tutoria (disponibilidade de sala, equipamentos, acolhimento da equipe e do gestor)?

3.3 Como você pactuava com a gestão municipal e/ou sua equipe para viabilizar a tutoria (liberação de carga-horária do(a) bolsista, uso de sala física/sala virtual)?

3.4 Havia planejamento prévio das atividades? Como era definido e compartilhado?

- 3.5 Quais plataformas e ferramentas digitais (e-SUS, LMS, videoconferência) eram usadas?
- 3.6 Como você garantia que o(a) bolsista tivesse acesso estável ao e-SUS e demais sistemas?
- 3.7 Que desafios logísticos o(a) bolsista enfrentava (conexão, áudio, equipamento)?
- 3.8 Quais facilitadores de acesso remoto você destacaria?
- 3.9 Você teve conhecimento de desafios logísticos que o(a) bolsista enfrentava para participar dos encontros síncronos? Como esses desafios foram solucionados?

CATEGORIA B | Mudanças na Equipe de Bolsistas e Vínculo

4. Durante seu tempo como tutor(a) houve substituição ou rotação de bolsistas que você tutorou remotamente? Como percebeu essas mudanças?

Perguntas norteadoras:

- 4.1 De que forma essas trocas afetaram seu vínculo com cada bolsista?
- 4.2 Como você percebeu o impacto dessas mudanças no vínculo do(a) bolsista com a comunidade/usuários, mesmo à distância?
- 4.3 Na sua visão, as trocas tiveram implicações no processo de ensino-aprendizagem remoto? Quais?
- 4.4 Na sua opinião, a transição entre bolsistas foi bem conduzida pelo Ministério da Saúde e pela gestão local? O que poderia ser aprimorado?
- 4.5 Que desafios a rotatividade e o tempo para preenchimento de novas vagas trouxeram para o seu trabalho?
- 4.6 Que estratégias você utilizou para manter ou reconstruir o vínculo após cada troca?

CATEGORIA C | Processo de Trabalho e Avaliações Somativas

5. Qual sua percepção sobre o processo de tutoria clínica remota que você realiza?

Explorar: dispositivos, ferramentas pedagógicas e como se dão as avaliações. Que métodos, ferramentas e processos de avaliação você utilizava?

Perguntas norteadoras:

- 5.1 Como eram organizadas as atividades da “semana padrão” remota?
- 5.2 O(a) bolsista participava de atendimentos por vídeo sob sua observação e preenchimento de mini-CEX (**exercício clínico avaliativo**) virtual? Como ocorria esse registro e feedback? *(mini-CEX - Mini Clinical Evaluation Exercise → Instrumento para avaliação direta e estruturada do desempenho clínico do(a) médico(a) durante um atendimento real, com observação e feedback imediato.)*
- 5.3 Havia reuniões de equipe virtuais com participação do(a) bolsista? Com que frequência?
- 5.4 Vocês discutiam casos de visitas domiciliares relatados pelo(a) bolsista? Como estruturava essa discussão?
- 5.5 Quais foram as mudanças no processo de tutoria ocasionadas pela pandemia do Covid-19?
- 5.6 Você tem experiência prévia com telessaúde? Se sim, você utilizou alguma dessas ferramentas digitais para complementar ou apoiar a tutoria remota? De que forma isso ajudou ou atrapalhou?
- 5.7 Quais instrumentos ou formulários você usava para avaliar cada atividade remota?
- 5.8 — Avaliações do(a) bolsista**

5.8.1 Como você conduz o processo de avaliação somativa/formativa (mini-CEX virtual, estudo dirigido à prática, provas online, trabalhos, relatórios)?

5.8.2 Como era pactuada com o(a) bolsista a “semana padrão” de atividades dedicadas à avaliação?

5.8.3 De que forma você e o(a) bolsista constroem o **Plano de Avaliação Profissional e Pessoal (PAPP)** em contexto presencial? É um processo colaborativo? Em quanto tempo esse plano é reavaliado?

5.9 — Feedback e Desenvolvimento

5.9.1 Como você oferece feedback estruturado (chat, gravação, e-mail, após cada atividade)?

5.9.2 Como o Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional (PDPP) era elaborado na sua unidade? Era um processo colaborativo online? Em quanto tempo esse plano é reavaliado?

5.10 — Ferramentas Pedagógicas

5.10.1 Você aplica o modelo de Kolb (Experiência → Reflexão → Conceituação → Experimentação) no remoto? Como?

(Kolb - Modelo que propõe o ciclo de aprendizado pela experiência prática, reflexão, conceitos e nova aplicação — aprendizagem experiencial.)

5.10.2 Você registra e discute PUNs (Pontos de Urgência no Aprendizado) e DENs (Dificuldades Específicas Notadas)?

(Ferramenta para identificar necessidades não atendidas dos(as) pacientes — Patient's Unmet Needs — e necessidades de aprendizado do(a) médico(a) — Doctor's Educational Needs — durante o atendimento.)

5.10.3 Você utiliza perguntas esclarecedoras em tempo real? Dê exemplos.

5.10.4 Você aplica a técnica One-Minute Preceptor (“preceptoria em um minuto”)? Em quais situações?

(Método de ensino rápido e estruturado com cinco etapas: obter compromisso, explorar raciocínio, ensinar regra geral, reforçar acertos, corrigir ou sugerir melhorias.)

5.10.5 Você faz uso da ferramenta SNAPPS (Summarize, Narrow, Analyze, Probe, Plan, Select)? Como fortalece o aprendizado?

(Estrutura para apresentação ativa de casos clínicos pelo(a) médico(a), com seis etapas: resumir o caso, afunilar hipóteses, analisar hipóteses, perguntar sobre dúvidas, propor plano de manejo, selecionar questões para estudo.)

CATEGORIA D | Influência na Prática Clínica e no Cotidiano do Tutor(a)

6. Que mudanças na prática clínica e na prática do cuidado do(a) bolsista você percebeu ao longo da tutoria remota? Pode exemplificar?

Perguntas norteadoras:

6.1 Em quais aspectos do atendimento (uso de prontuário eletrônico, comunicação com pacientes) as mudanças foram mais evidentes?

6.2 Em quais aspectos na prática do cuidado as mudanças foram mais evidentes?

6.3 Essas mudanças se relacionam a competências e atributos essenciais e derivados na APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural)?

6.4 Poderia dar exemplos não apenas em condutas técnicas, mas também na postura, na abordagem biopsicossocial do paciente e na atitude profissional?

7. Como a tutoria remota influenciou seu cotidiano profissional como tutor(a)?

Perguntas norteadoras:

7.1 Relate situações emblemáticas em sua rotina de tutor(a) remoto(a).

7.2 De que forma a tutoria remota aprimorou suas competências como educador(a)?

7.3 Houve mudança na sua interação com a equipe de saúde da UBS à distância?

CATEGORIA E | Relação com a Gestão Local e Suporte Institucional

8. Como você percebeu o envolvimento da gestão local (secretária de saúde municipal/ coordenação da APS/ gerência da unidade/ responsável técnico) no suporte às atividades da tutoria remota?

Perguntas norteadoras:

8.1 Que tipos de apoio institucional você recebeu (licenças de software, suporte de TI, treinamentos)?

8.2 Em que formatos esse suporte se concretizou (pontos de acesso à internet, equipamentos, manutenção)?

8.3 A gestão ofereceu condições para facilitar o acesso remoto do(a) bolsista (pontos de internet, materiais)?

9. A gestão local oferece/garante educação continuada e/ou permanente para os(as) bolsistas remotos?

Perguntas norteadoras:

9.1 Você sabe se o(a) bolsista participou de atividades de educação continuada online? Ele(a) demonstra interesse?

9.2 Essas ações foram articuladas ao processo de tutoria remota? Como?

9.3 Quais temas de educação continuada você considera prioritários no contexto remoto?

10. Na sua percepção, a gestão municipal demonstra satisfação ou insatisfação com o PMpB na modalidade remota?

Perguntas norteadoras:

10.1 Você percebe apoio ou resistência da gestão às ações de tutoria remota?

10.2 Em que situações notou manifestações de satisfação ou descontentamento?

10.3 A gestão trata o Programa remoto como estratégia contínua de APS ou solução temporária?

CATEGORIA F | Aspectos Relevantes e Sugestões de Melhoria

11. Existe algum aspecto relevante, positivo ou negativo, que não foi abordado e você considera importante mencionar?

Perguntas norteadoras:

11.1 Houve situação marcante durante a tutoria remota que queira compartilhar?

11.2 Qual aprendizado pessoal ou profissional foi importante na sua atuação como tutor(a) remoto(a)?

11.3 Que questões você acha que deveriam ser mais discutidas no PMpB remoto?

12. Você tem sugestões de melhoria para o Programa ou processo de tutoria remota?

Perguntas norteadoras:

12.1 Quais aspectos do processo remoto você acha que poderiam ser aprimorados?

12.2 Que mudanças sugeriria na articulação com a gestão municipal?

12.3 Como fortalecer o apoio institucional aos bolsistas remotos?

IDENTIFICAÇÃO

13.1 Nome: _____

13.2 Idade: _____

13.3 Gênero:

☐ Homem cis ☐ Homem trans

☐ Mulher cis ☐ Mulher trans

☐ Não-binário ☐ Prefiro não responder

☐ Outro _____

13.4 Raça/Cor:

☐ Branca ☐ Preta

☐ Parda ☐ Amarela

☐ Indígena

13.5 Contato (celular): () _____

13.6 E-mail: _____

13.7 CRM (UF): _____ ()

13.8 CPF: _____

13.9 Ano de formatura: _____

13.10 Especialização/residência: _____

13.11 Mestrado:

☐ Sim ☐ Não

13.12 Doutorado:

☐ Sim ☐ Não

13.13 Tempo de atuação na Atenção Básica (em anos): _____

13.14 Ano de entrada no Programa MpB como tutor: _____

13.15 CNES da unidade de saúde de tutoria: _____

13.16 Município e UF de lotação: _____

13.17 Número máximo de bolsistas que você supervisiona em 2025): _____

13.18 Desde o início de atuação no Programa, qual foi o número máximo de bolsistas que você supervisionou simultaneamente)?:

13.19 Qual é o maior e o menor tempo que um bolsista permaneceu com você, após o período de ajuste (em meses)? _____

APÊNDICE E - ROTEIRO DO(A) GESTOR(A).

ORIENTAÇÕES PARA A CONDUÇÃO DA ENTREVISTA

Esta entrevista integra o estudo qualitativo sobre a atuação de tutores, médicos(as) bolsistas e gestores no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB). A abordagem utilizada baseia-se nos princípios da Teoria Fundamentada (Grounded Theory), que busca construir conhecimento a partir das experiências e significados atribuídos pelos próprios(as) participantes.

Estrutura das perguntas:

As perguntas foram organizadas em dois níveis complementares:

- **Pergunta geral:** convida o participante a falar de forma livre e espontânea sobre suas vivências, percepções e práticas no contexto do PMpB.
→ Essa abordagem favorece a emergência de elementos relevantes que podem não ter sido antecipados pelos(as) pesquisadores.
- **Perguntas norteadoras específicas:** funcionam como apoio ao entrevistador(a).
→ São utilizadas somente quando o participante não aborda espontaneamente aspectos que consideramos importantes para a compreensão do tema, ou quando for necessário aprofundar pontos trazidos.

Importante:

- A entrevista não deve se tornar um roteiro fechado de perguntas e respostas.
- Comece sempre pela pergunta geral. Utilize as norteadoras de forma flexível e natural, respeitando o ritmo e a narrativa do(a) participante.
- Permita que o(a) entrevistado fale com liberdade antes de intervir com perguntas mais dirigidas.

Por que não começamos diretamente pelas perguntas específicas?

- Começar pelas perguntas específicas pode limitar a fala do(a) participante, inibindo a emergência de aspectos não previstos.
- Queremos captar nuances, perspectivas pessoais e experiências concretas que só surgem quando o(a) participante tem espaço para se expressar sem direcionamento prévio.

- A sequência geral mais específica garante maior profundidade, autenticidade e riqueza dos dados, essenciais para a abordagem qualitativa e para o método da Teoria Fundamentada.

Papel do(a) entrevistador(a):

- Atuar como facilitador da narrativa do(a) participante, não como fiscal do roteiro.
- Praticar a escuta ativa e empática, respeitando o tempo e a forma de expressão de cada entrevistado(a).
- Estimular um ambiente de confiança e abertura.
- Adaptar o uso das perguntas específicas conforme o fluxo da conversa.

Nosso foco não é confirmar hipóteses prévias, mas sim compreender profundamente as experiências e significados atribuídos pelos(as) participantes à sua atuação no Programa Médicos pelo Brasil.

INTRODUÇÃO PARA A ENTREVISTA

Olá, obrigado(a) por aceitar participar desta entrevista.

Esta entrevista faz parte de um estudo que busca compreender as experiências e percepções sobre a atuação no Programa Médicos pelo Brasil, com foco na tutoria clínica, no desenvolvimento profissional dos(as) médicos(as) bolsistas e na integração com os serviços e equipes de saúde. Não se trata de uma avaliação individual de seu desempenho ou da gestão local, mas de uma oportunidade de compartilhar sua vivência no Programa.

A entrevista é baseada em perguntas gerais e perguntas complementares. Você pode responder com liberdade, trazendo exemplos e situações que considerar relevantes. Não há respostas certas ou erradas — queremos ouvir sua perspectiva.

Se em algum momento não se sentir confortável para responder alguma pergunta, fique à vontade para informar. A participação é voluntária e as informações serão tratadas de forma confidencial.

Podemos começar?

CATEGORIA A | Logística e Organização das Ações de Tutoria Local

1. Como a gestão local acompanha e organiza o processo de tutoria clínica dos(as) médicos(as) vinculados(as) ao Programa?

Perguntas norteadoras:

- 1.1** De que forma a gestão local tem conhecimento da logística e frequência dos encontros de tutoria (presenciais ou remotos)?
- 1.2** Como acontecem as pactuações ou acordos com a(s) unidade(s) de saúde para viabilizar a participação dos(as) médicos(as) nas tutorias?
- 1.3** Existem desafios logísticos que a gestão precisou enfrentar para apoiar a tutoria? Quais?

2. Como a gestão local acompanha a atuação dos(as) médicos(as) bolsistas?

Perguntas norteadoras:

- 2.1 A gestão busca identificar as necessidades de suporte dos(as) médicos(as) bolsistas? Como isso é feito?
- 2.2 Cite as iniciativas para favorecer a integração dos(as) médicos(as) bolsistas com as equipes de saúde?

3. Como a gestão local participa das atividades de avaliação dos(as) médicos(as) bolsistas?

Perguntas norteadoras:

- 3.1 De que forma a gestão recebe informações sobre o desempenho dos(as) médicos(as) durante a tutoria?
- 3.2 Como se dá o diálogo entre a gestão e os(as) tutores(as) sobre o desenvolvimento dos(as) médicos(as)?
- 3.3 De que maneira a gestão contribui com o planejamento de ações de formação ou de avaliação dos(as) médicos(as)?
- 3.4 Qual a sua percepção sobre a seguinte afirmativa: “A gestão participa e contribui do processo de avaliação dos médicos bolsistas do PMpB, inclusive com *feedbacks* acerca do seu processo de trabalho”.

4. Qual a sua percepção sobre o processo de tutoria clínica realizado com os(as) médicos(as) bolsistas?

Perguntas norteadoras:

- 4.1 Como você acredita que a tutoria contribui para a qualificação da prática dos(as) médicos(as) na APS?
- 4.2 Qual a sua percepção sobre a influência da tutoria clínica no trabalho das equipes de saúde?
- 4.3 Você observa relação entre a tutoria e a permanência dos(as) médicos(as) no município?
- 4.4 Como você percebe a contribuição da tutoria para a atuação clínica mais segura e confiante dos médicos bolsistas? Pode compartilhar algum exemplo de situação em que isso tenha ficado evidente?

5. Quais mudanças você percebeu no território após a chegada dos(as) médicos(as) bolsistas do PMpB?

Perguntas norteadoras:

- 5.1 Essas mudanças foram observadas em aspectos como acesso, qualidade do cuidado, vínculo com a população?
- 5.2 Houve influência nas práticas de trabalho das equipes de saúde?
- 5.3 Houve influência na relação entre os(as) profissionais de saúde e a gestão municipal?
- 5.4 Qual foi a influência do Programa na relação dos médicos com a equipe e com usuários?

6. Como você avalia a relação da gestão local (secretária de saúde municipal/ coordenação da APS/ gerência da unidade / responsável técnico) com o Programa Médicos pelo Brasil?

Perguntas norteadoras:

6.1 Como a gestão local recebe suporte para implementar o Programa (apoio institucional, orientações, comunicação com os órgãos responsáveis)?

6.2 Quais são os principais desafios enfrentados pela gestão na implementação do Programa?

6.3 Existem boas práticas ou estratégias que a gestão tem utilizado para apoiar a atuação dos(as) médicos(as) bolsistas?

7. A gestão local oferece/garante educação continuada e/ou permanente para os(as) médicos(as) bolsistas?

Perguntas norteadoras:

7.1 Quais programas ou ações formais de educação continuada são ofertadas pela gestão?

7.2 Como a gestão articula essas ações com as necessidades de formação identificadas nas unidades de saúde?

7.3 Quais temas você considera prioritários para ações de educação continuada no município?

7.4 Qual a sua percepção sobre a seguinte afirmativa: “A gestão garante ao médico e à equipe momentos reservados / tempo protegido para atividades de educação permanente na sua rotina de trabalho.”.

7.5 Os médicos do PMpB participam dos processos de educação permanente ofertados pela gestão?

8. Existe algum aspecto relevante, seja ele positivo ou negativo, que você considera importante mencionar e que não foi abordado?

9. Há alguma sugestão de melhoria para o Programa ou para o processo de tutoria clínica que você gostaria de compartilhar?

IDENTIFICAÇÃO

10.1 Nome: _____

10.2 Idade: _____

10.3 Gênero:

☐ Homem cis ☐ Homem trans

☐ Mulher cis ☐ Mulher trans

☐ Não-binário ☐ Prefiro não responder

☐ Outro _____

10.4 Raça/Cor:

☐ Branca ☐ Preta

☐ Parda ☐ Amarela

☐ Indígena

10.5 Contato (celular): () _____

10.6 E-mail: _____

10.7 Formação: _____

10.8 Especialização

10.9 Mestrado:

☐ Sim ☐ Não

10.10 Doutorado:

☐ Sim ☐ Não

10.11 Tempo de atuação na Gestão (em anos): _____

10.12 CNES da unidade de saúde: _____

10.13 Município e UF de lotação: _____

APÊNDICE F - ROTEIRO DO ENTREVISTADOR.

ROTEIRO DE CAMPO – ENTREVISTADOR

Entrevistador(a): _____

Data da Entrevista: ____/____/____ Hora de início: ____ h Hora de término: ____ h

Local: _____

Perfil do entrevistado: ☐ Médico bolsista ☐ Tutor ☐ Gestor ☐ Outro: _____

Checklist pré-entrevista

- [] Solicitei a autorização verbal e/ou escrita para gravação.
- [] Reforcei o sigilo e o objetivo da entrevista.
- [] Conferi se o ambiente estava adequado (silencioso, reservado, confortável).
- [] Apresentei o tempo aproximado da conversa e o direito de não responder.

Observações contextuais durante a entrevista

(Expressões marcantes, pausas longas, hesitações, emoções, ruídos, interferências externas etc.)

> Exemplo: “Entrevistado hesita antes de responder à pergunta sobre supervisão – respira fundo e olha para o lado.”

Notas pós-entrevista (até 30 min após o encerramento)

1. Clima geral da entrevista

☐ Fluido ☐ Tenso ☐ Reservado ☐ Emocional ☐ Outro: _____

2. Participante estava à vontade para falar?

☐ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não

3. Houve algum trecho em que a fala foi especialmente reveladora? (Anotar minuto aproximado ou conteúdo resumido):

4. Aspectos não verbais relevantes (postura corporal, tom de voz, mudanças emocionais, expressões faciais marcantes):

5. Aspectos do ambiente que podem ter influenciado a entrevista (interrupções, temperatura, privacidade, barulho externo):

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Avaliação do Programa Médicos pelo Brasil”. O objetivo desta pesquisa é avaliar a implementação do programa e estudar as repercussões desta iniciativa, visando a sua ampliação ou aperfeiçoamento. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. A sua participação será por meio de entrevista, com gravação de voz e que posteriormente será transcrita para análise e sistematização do seu conteúdo, pelos próprios pesquisadores. Você terá acesso às perguntas somente depois que tenha dado o seu consentimento em participar do estudo.

Os benefícios da sua participação se relacionam com a sua contribuição para o processo de avaliação e aprimoramento das ações do Ministério da Saúde no provimento de médicos no Brasil. Os riscos na participação na pesquisa envolvem a quebra de sigilo e/ou privacidade dos seus dados. Contudo, a fim de reduzir esses riscos potenciais, a equipe de pesquisa será treinada, as entrevistas serão realizadas em ambiente reservado. Asseguramos que seu nome e qualquer outro dado que possa identificá-lo(a) não será divulgado, mantendo a privacidade.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a participar ou responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Você será reembolsado por eventuais despesas de participação na pesquisa. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, podendo também serem publicados em meios de comunicação da área da saúde. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável pelo prazo de 5 anos

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, poderá contatar a qualquer hora e por chamada a cobrar, a pesquisadora responsável, Dr^a Leonor Pacheco, ou os pesquisadores do projeto na Universidade de Brasília pelo celular do projeto: (61) 98120-6190, ou por meio do e-mail lagetis@unb.br. Esta pesquisa foi Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

O CEP é um colegiado interdisciplinar e autônomo, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação aos direitos enquanto participantes da pesquisa, podem ser obtidos junto ao CEP, por meio do telefone: (61) 3107-1947, do e-mail: cepfs@unb.br e cepfsunb@gmail.com, bem como no endereço Faculdade de Ciências da

Saúde. Campus Darcy Ribeiro. Universidade de Brasília. Brasília DF 70.904-970

Este TCLE foi elaborado em duas vias, que deverão ser assinadas ao final pelo(a) Senhor(a), ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela(s) pessoa(s) por ele delegada(s). o(a) Senhor(a) receberá uma via deste TCLE, assinada e rubricada em todas as páginas.

Local: _____

Data: __/__/

Nome do Participante de Pesquisa

Nome do(a) pesquisador(a) responsável

