

**DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO
DAS CONDIÇÕES DE FORMAÇÃO EM
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**



Lucas Gaspar Ribeiro
Ribeirão Preto - 2022

**Desenvolvimento de Instrumento para Avaliação e Acompanhamento
das Condições de Formação em Programas de Residência
de Medicina de Família e Comunidade**

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Clínica Médica

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pazin-Filho

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ribeiro, Lucas Gaspar

Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, 2022.

115 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Clínica Médica.

Orientador: Pazin-Filho, Antônio.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação Médica. 4. Internato e Residência. 5. Avaliação de Programas.

Nome: RIBEIRO, Lucas Gaspar

Título: Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em programas de residência de medicina de família e comunidade

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 08/11/2022

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcos Carvalho Borges

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Julgamento: APROVADO

Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Julgamento: APROVADO

Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus

Instituição: Universidade Federal da Bahia – UFBA

Julgamento: APROVADO

Dedico esta tese a todos os profissionais médicos e médicas de família e comunidade que utilizam parte de seus dias, noites e muitos esforços em busca da formação e qualificação de nossa especialidade através da educação de novos médicos de família e comunidade para o país.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente tenho que agradecer às pessoas que tornaram isso possível, meus pais Tito e Nádia, porque foram exemplos dentro e fora de casa, da universidade e do espiritismo.

Agradeço também à Laís, a pessoa que está a meu lado há mais de uma década e meia, com toda cumplicidade, paciência, cobranças para ajudar com o Tomás, que está acompanhando essa jornada da tese desde sua primeira semana de vida, afinal os dois nasceram juntos.

Nessa jornada de crescimento meu, da casa, do Tomás, também está o crescimento da família, com a futura vinda do Mateus em breve (dezembro de 2022).

Não posso me esquecer do “mais velho da casa”, que me obriga a parar para dar comida, carinho, passeios. Outro que cobra a “volta ao mundo real”, o Chewbacca...

Aos meus irmãos Vitor, Gabriel e Pedro, que me incentivaram na caminhada, reforçaram as linhas e mostraram que é possível ultrapassar adversidades da vida e do videogame.

À Cláudia, esposa do meu pai, que apoiou todo o meu caminho até chegar aqui.

A todos os profissionais que dedicaram parte do seu dia, do seu descanso para responder aos e-mails, aos questionários que foram enviados, principalmente o grupo de pessoas que dedicou uma parte maior de seu dia-a-dia para auxiliar na construção do instrumento de Avaliação de Implementação dos programas, o eixo norteador da tese, sendo eles: Alcir (DF), Adiel (GO), Cybelle (PA), Jetele (ES), Lidiane (MG), Rafael (SC), Rita (RJ), Saliciano (RN) e Thiago (SC).

À minha coorientadora Eliana, que permitiu minha chegada aqui no doutorado, me orientando no mestrado, me ensinando o caminho das pedras e apoiando na construção dos resultados.

Ao Pazin, pessoa que me acompanha nos passos do ensino, pesquisa e extensão desde meu primeiro ano na faculdade. Assumiu a difícil tarefa de orientar um médico de família e comunidade, que gosta de escrever e elucubrar hipóteses, com uma pitada de *workaholic* em pesquisa. Já são 14 anos pesquisando, produzindo, pensando juntos, gerando resultados na área de urgência, educação, gestão e amizades.

Por fim, agradeço a todos que me apoiaram de forma não física, mas estando presentes, assoprando o caminho quando estava com dificuldades, corrigindo o traço quando saía do lugar, que sempre estiveram e sempre estarão ao meu lado, que são os guias espirituais (apoiadores que não vemos, mas que estão ali a todo momento).

Meu sincero obrigado a todos que fizeram e fazem parte deste resultado de alguma forma.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

“Trata-se de aprender a ler a realidade para em seguida poder
reescrever essa realidade”

Paulo Freire

“A medicina geral e familiar é o trabalho mais fácil de se fazer
malfeito e o mais difícil de se fazer bem-feito”

Prof. Sir Denis Pereira Gray

RESUMO

Ribeiro LG. Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em programas de residência de medicina de família e comunidade [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2022.

Introdução: Para o credenciamento de programas de residência na Comissão Nacional de Residência Médica é necessário ser avaliado e aprovado por especialistas da área de solicitação. Contudo, não há instrumento-padrão para a medicina de família e comunidade (MFC) considerando sua especificidade de atuação, a atenção primária à saúde (APS). **Objetivo:** Desenvolver e apresentar um instrumento para avaliar e monitorar a qualidade de programas de residência médica em MFC. **Método:** Analisar a experiência dos preceptores de residência em MFC, compreendendo suas fortalezas e ameaças, associando a legislação da residência médica para construir uma matriz avaliativa inicial. A matriz foi adequada por método Delphi nacionalmente. Por fim, o instrumento foi testado em programas de residência médica no estado de São Paulo. **Resultados:** Foram apresentados 36 aspectos a partir dos preceptores, gerando uma matriz final com 11 itens após cinco ciclos pelos juízes e literatura, sendo aplicado a seis programas de residência médica. Os programas obtiveram resultados entre insatisfatório e completamente implementado. **Discussão:** A percepção dos preceptores foi importante na construção da matriz, para ser próxima da realidade sob suas necessidades diárias, sendo corroborada pela literatura e pelos juízes, tornando-a focada na APS e na residência. O desenvolvimento da ferramenta permitiu confirmar de forma objetiva (gerando escores) a percepção subjetiva obtida na abertura da pesquisa, reforçando a necessidade de tal ferramenta e sendo uma importante estrutura, baseada em legislação e na vivência da especialidade MFC. **Conclusão:** Um instrumento de avaliação e monitoramento de programas de residência em medicina de família e comunidade pode ser uma ferramenta para facilitar os gestores de programas e permite a avaliação e monitoramento, qualificando-os continuamente.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade. Internato e residência. Atenção primária à saúde. Educação médica. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

Ribeiro LG. Development of an instrument for the evaluation and monitoring of training conditions in family and community medicine residency programs [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2022.

Introduction: For the accreditation of residency programs at the National Commission for Medical Residency, it is necessary to be evaluated and approved by specialists around application. However, there is no standard instrument for Family and Community Medicine (FCM) considering its specificity of action, Primary Health Care (PHC). **Objective:** To develop and present an instrument to assess and monitor the quality of residency programs in FCM. **Method:** To analyze the experience of residency preceptors in FCM, understanding their strengths and threats, associating medical residency legislation to build an initial evaluation matrix. The matrix was adapted by the Delphi method nationally. Finally, the instrument was tested in medical residency programs in the state of São Paulo. **Results:** A total of 36 aspects were presented from the preceptors, generating a final matrix with 11 items after five cycles by the judges and literature, being applied to six medical residency programs. The programs obtained results between unsatisfactory and fully implemented. **Discussion:** The preceptors' perception was important in the construction of the matrix, to be close to reality under their daily needs, being corroborated by the literature and by the judges, making it focused on PHC and residency. The development of the tool made it possible to objectively confirm (generating scores) the subjective perception obtained in the opening of the research, reinforcing the need for such a tool and being an important structure, based on legislation and on the experience of the FCM specialty. **Conclusion:** An instrument for evaluating and monitoring residency programs in family and community medicine can be a tool to facilitate program managers and allow evaluation and monitoring, continuously qualifying them.

Keywords: Family practice. Internship and residency. Primary health care. Medical education. Program evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Arco de Marguerez do projeto Desenvolvimento de Instrumento para Avaliação e Acompanhamento das Condições de Formação em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (2017-2022)	30
Figura 2 – Realização dos ciclos de avaliação do questionário Delphi para definir a matriz dos programas de residência em MFC	46
Figura 3 – Arco de Ribeiro et al.....	59
Quadro 1 – Recomendações técnicas propostas para os PRM-MFCs.....	19
Quadro 2 – Matriz FOFA baseada nos núcleos do sentido a partir da percepção de preceptores do estado de São Paulo, com base na tríade de Donabedian.....	33
Quadro 3 – Grupo 1: Organização da unidade (A.1. a A.3.).....	51
Quadro 4 – Grupo 2: Recursos humanos (B.1. a B.4.)	52
Quadro 5 – Grupo 3: Relação preceptor-residente (C.1. e C.2.)	53
Quadro 6 – Critério excluído da matriz.....	53
Quadro 7 – Análise de implantação: análise da entrevista dos residentes do segundo ano, preceptores, coordenadores e gestores municipais em 2021 (Grupos A, B e C)	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cursos de preceptoria realizados pelos preceptores até 2019	31
Tabela 2 – Análise de implantação dos PRM-MFCs analisados em 2021	61
Tabela 3 – Perfil histórico e demográfico dos PRM-MFCs analisados em 2021	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APS	Atenção primária à saúde
CEREM	Comissão Estadual de Residência Médica
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação continuada
EP	Educação permanente
ESF	Estratégia de saúde da família
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine
FiocCruz	Fundação Oswaldo Cruz
FOFA	Forças, oportunidades, fraquezas e ameaças
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de família e comunidade
MS	Ministério da Saúde
PRM	Programa de residência médica
PRM-MFC	Programa de residência médica em medicina de família e comunidade
PROFSaúde	Mestrado Profissional em Saúde da Família
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SL	Hospital Sírio-Libanês
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strengths, weaknesses, opportunities, and threats
TD	Tríade de Donabedian
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	A residência médica.....	14
1.2	O médico de família.....	15
1.3	O preceptor da residência em MFC.....	16
1.4	Atuação e avaliação do processo de trabalho e educacional do preceptor na APS.....	17
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo primário.....	20
2.2	Objetivos secundários.....	20
3	METODOLOGIA.....	21
4	COLETÂNEA DE ARTIGOS.....	24
4.1	Artigo 1 – Avanços e desafios em programas de residência em medicina de família e comunidade: a percepção dos preceptores sobre a residência.....	26
4.2	Artigo 2 – Aprimorando a qualidade de programas de residência em medicina de família e comunidade: a proposta de uma matriz avaliativa..	40
4.3	Artigo 3 – A implantação da residência de medicina de família e comunidade na atenção primária: uso da ferramenta de análise de implantação.....	53
5	DISCUSSÃO.....	77
6	CONCLUSÃO.....	87
	REFERÊNCIAS.....	88
	ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	97
	ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1.....	107
	ANEXO 3 – CARTA DE APROVAÇÃO DO ARTIGO 2.....	108
	APÊNDICE – FERRAMENTA APLICADA AOS PRM-MFCS.....	111

1 INTRODUÇÃO

1.1 A residência médica

A residência médica é o padrão-ouro para formação de novos profissionais especialistas nas diversas áreas de atuação, sendo considerada como continuação da formação médica após a graduação, e permite que o graduado possa adquirir competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para além do que obteve. O surgimento dessa modalidade ocorreu no final do século XIX nos Estados Unidos e é descrito na década de 1940 no Brasil (1–3).

Atualmente existem 60 programas de residência médica (PRM) em medicina de família e comunidade (MFC) no estado de São Paulo, 41 com residentes, totalizando 403 residentes do primeiro e segundo ano em julho de 2022, dados solicitados via Lei de Acesso à Informação (4).

Os programas podem ser vinculados a instituições de ensino públicas, particulares, hospitais vinculados ao SUS (particulares, filantrópicos e da rede pública), além das secretarias de saúde (residência em rede). Nestes contextos, os médicos responsáveis pela formação desses residentes são denominados preceptores de residência médica (5–7).

A MFC está com um aumento de ocupação em residência médica desde 2011, quando apresentava 206 vagas ocupadas (8), sendo que em 2022 apresenta 2.535 vagas, um aumento de 12,3 vezes. A residência médica em MFC teve início em 1976 no Brasil, pelos PRM-MFCs em três locais diferentes (Centro de Saúde Escola Murialdo – RJ, Projeto Vitória – PE e Serviço de Medicina Integral da UERJ – RJ) (9,10).

Os PRMs apresentam expansão intermitente de vagas desde seu início até 2013, quando foi lançada a Lei Mais Médicos (n.º 12.871/2013) pelo Ministério da Saúde (MS) com apoio do Ministério da Educação (MEC), ocorrendo um acréscimo substancial de vagas (11,12).

Os ministérios investem atualmente na formação de novos profissionais pelos PRM-MFCs, pois consideram essencial o aumento do número de especialistas em nosso país, baseados na opção realizada em 1994 pelo Programa de Saúde da Família, no modelo de atenção à saúde, com foco na atenção primária à saúde (APS),

depois transformado em estratégia de saúde da família (ESF) em 2006, em que a MFC é a especialidade padrão-ouro para atuar na estratégia (13,14).

Em 2021 a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) lançou o documento “Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde” (15). Esse documento tem por objetivo aumentar o número de residências em saúde e aprimorar tecnicamente e financeiramente os programas de residência médica, com grande foco no preceptor.

Entretanto, quando observado o profissional de MFC, o Brasil possui 7.149 médicos de família e comunidade (16) para 47.501 equipes de saúde da família (17). Isso demonstra que há uma necessidade importante na formação de novos profissionais na área rapidamente.

Contudo, o país possui 1.237 residentes no segundo ano de residência em MFC em 2022. Mantendo a formação de 1.000 profissionais por ano, o país necessitaria de 36 anos para ter todas as equipes atuais com um profissional de MFC atuando, se mantido o número de equipes e a mesma taxa de formação atual.

1.2 O médico de família e comunidade

O país necessita do aumento de profissionais especialistas na área de forma mais intensa e rápida, com o intuito de ofertar saúde de maneira qualificada e adequada na APS, pois segundo definição do WONCA (World Organization of Family Doctors) para a especialidade:

O médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra. Perfil do Médico de Família e Comunidade – Definição Ibero-americana (18).

Sendo assim, o médico de família e comunidade é um especialista, e para conseguir atingir os objetivos propostos é importante ter uma formação complementar, a residência médica nessa especialidade (19). Contudo, como dito acima, a maioria das equipes não possui esse profissional vinculado e muitos médicos estão sendo contratados para essas equipes com o objetivo de serem preceptores dos residentes

em MFC, principalmente após 2013, com o aumento substancial e crescente de vagas em residência na área, tendo eles formação ou não na especialidade.

1.3 O preceptor da residência em MFC

A partir das proposições acima, constata-se que hoje os atuais preceptores podem ser especialistas em MFC (titulados via Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC ou via residência médica) ou não (médicos generalistas, sem formação ou especialistas em outras áreas), legalmente habilitados para tal papel segundo a legislação específica dos PRM-MFCs, diferentemente de outras áreas, que demandam especialidade na área de formação (20,21).

Considerado o contexto da MFC, o médico que está vinculado a uma equipe é o “preceptor” dos residentes nessa área de atuação, pois é com ele que o residente estará presente na maior parte de sua formação. Assim, a baixa inserção de profissionais capacitados (formados) para atuação na APS pode levar a uma formação inadequada de novos profissionais pelos PRM-MFCs, considerando que médicos sem formação específica para a área (especialistas) estão formando os novos especialistas, o que não ocorre em outras áreas (22).

Durante o mestrado, o autor da tese definiu o preceptor de medicina de família e comunidade como o **profissional médico cuja vinculação está na equipe de saúde da família em que o médico residente atua. Esse profissional é o principal responsável pela formação direta do residente, sendo uma pessoa altamente qualificada na área de atuação e um exímio educador**, considerando que esse profissional é o médico vinculado à equipe de saúde do residente (7).

A dissertação também enumera as motivações que os preceptores de residência médica têm para continuar no cargo e qual sua satisfação nele. É interessante notar que a grande maioria está bastante satisfeita com o que faz, mas traz também diversos tipos de limitações, dificuldades e complicações em estar nesse cargo.

Dentre elas, a dificuldade em educação para adultos, organização da agenda para conseguir praticar a assistência e ensino concomitantemente, e excesso de responsabilidades como um formador, um modelo. A educação permanente e a continuada, tanto do preceptor quanto da unidade, deveriam ser fatores de

acolhimento, diminuindo essas barreiras como uma forma de formar a partir das relações e demandas do trabalho e das vivências (23).

Para reduzir essas dificuldades existem tanto no Brasil quanto no exterior diversos programas para formação de preceptores em residência médica, com um aumento do número desses programas no país juntamente com a ampliação de vagas.

Dois programas oferecidos em nível nacional foram lançados através de uma parceria do Ministério da Saúde (Proad-SUS) e entidades privadas de formação médica (Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio-Libanês) (24), além do curso de formação próprio da SBMFC, o curso de formação EURACT (apoiado pela SBMFC).

Com o objetivo de o residente recém-formado também estar apto a assumir equipes como preceptor, o Ministério da Saúde promoveu um curso de formação em preceptoria ao longo da residência médica em MFC (24). Ademais, há a formação a título de mestrado em rede coordenada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva, SBMFC e Fiocruz (PROFSaúde), e outros desenvolvidos por instituições de ensino.

Com isso, é desejável que o preceptor de residência médica tenha, além da formação em sua especialidade de ensino, a formação de educador e que esteja atualizado nesse campo e no campo de atuação da MFC, com uma estrutura física e organizacional compatível com sua atuação.

1.4 Atuação e avaliação do processo de trabalho e educacional do preceptor na APS

Frente ao aumento do número de programas de residência médica entre 2011 e 2021, com o aumento de especialistas em MFC e aumento de profissionais com formação para a preceptoria, apresenta-se a necessidade de compreender como os preceptores estão atuando na assistência e educação dos PRM-MFCs e compreender como o trabalho deles está sendo desenvolvido na APS com residência médica.

Além de compreender o trabalho, é preciso avaliar se ele está sendo desenvolvido de acordo com a legislação e as recomendações de PRM-MFC. Para tal, a metodologia da problematização proposta por Berbel pressupõe que compreender a realidade antes da teorização e intervenção é de grande valia, permitindo conhecer os pontos-chave, construindo possibilidades para o que está

ocorrendo e propondo intervenções mais críticas e pautadas na realidade observada (25).

Esse movimento proposto foi aplicado pelo autor em seu mestrado, obtendo que a grande maioria dos preceptores está satisfeita com seu trabalho, apesar de perceberem bastante dificuldade na atuação da preceptoria. O grupo estudado é composto por 70% de especialistas em MFC e mais de 80% têm formação para preceptoria, como dados quantitativos. Os dados qualitativos permitiram a construção de uma matriz de recomendações esperadas para os PRM-MFCs, baseada na vivência dos preceptores (Quadro 1).

Quadro 1 – Recomendações técnicas propostas para os PRM-MFCs

Eixo temático	Proposta
A. Organização da unidade	A.1. Adequação de espaço físico da unidade para o trabalho.
	A.2. Aprimoramento da organização da agenda e demanda das unidades e equipes de saúde da família no contexto de unidades-escola, considerando o contexto social e vulnerabilidade da população adscrita para que tanto o preceptor quanto o residente possam ter espaços protegidos para a formação adequada do profissional em treinamento.
	A.3. Qualificação e melhor inter-relação da gestão do serviço com a residência médica para que se mantenha a unidade como unidade-escola.
B. Recursos humanos (médico preceptor na unidade)	B.1. Incentivar e dar preferência para a contratação de profissionais para o cargo de preceptoria com título e/ou residência em medicina de família e comunidade.
	B.2. Aprimoramento contínuo desses profissionais através de: B.2.1. Educação Permanente em serviço; B.2.2. Educação Continuada do preceptor por meio de cursos de preceptoria, educação em saúde, formação clínica continuada, matriciamento de casos, dentre outros.
	B.3. Contratação de profissionais já com um período mínimo de assistência prévia ao trabalho de preceptoria (“horas de voo”).
	B.4. Homogeneização do conhecimento sobre a medicina de família e comunidade como especialidade médica, a fim de reduzir as discrepâncias acerca da compreensão sobre médico de família e comunidade.
	B.5. Apoio financeiro para os preceptores, com complementação de salário ou bolsa de preceptoria.
C. Relação preceptor-residente	C.1. Observação criteriosa do número de residentes por preceptor para ter adequado momento de formação.
	C.2. Observação da sobrecarga de “educandos” por preceptor nos níveis de graduação e residência.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019) (23).

A matriz de recomendações associada à vivência dos preceptores traz à luz a necessidade de avaliar os PRM-MFCs para além das ferramentas já utilizadas pela

Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O processo de avaliar algo é emitir um juízo de valores a partir de uma comparação com um padrão predeterminado ou uma referência ideal, sendo um processo sistematizado para buscar falhas e tentar corrigi-las (26).

Donabedian traz que avaliar é um processo de monitoramento contínuo dos serviços de saúde, buscando detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões, sendo possível aperfeiçoar e desenvolver melhorias nos serviços. Para tal, propõe a **tríade de Donabedian**, em que a avaliação da qualidade de um serviço de saúde é resultado da divisão do serviço (e assim também o processo avaliativo) em três componentes distintos, que são: **estrutura, processo e resultados** (27–29).

Contudo, apenas realizar a avaliação pontual de um PRM-MFC, baseada em estrutura, processo e resultado, pode ser bastante limitante quando considerada a complexidade de um programa de residência, que tem como objetivo não apenas prover saúde, sendo avaliado como um serviço de saúde, mas tendo a função de formar novos profissionais especialistas na área da MFC. Também é preciso considerar o contexto da Rede de Atenção à Saúde em que o PRM está inserido, a APS, local de características únicas, como muito bem delimitado por Starfield (30).

Com isso, avaliar um PRM-MFC não é apenas observar quantos residentes são formados, se estão adquirindo as competências esperadas (31), se o PRM-MFC modificou a qualidade em saúde local (32,33), mas compreender a complexidade da inserção de um serviço baseado em serviço e assistência no principal componente da rede de saúde, a APS, desde a implantação do PRM-MFC na APS até o monitoramento de qualidade local e dos residentes (e médicos formados pela residência) ao longo do tempo.

Frente ao exposto, a pergunta deste estudo é: É possível avaliar se os PRM-MFCs estão adequadamente implantados na APS? Se sim, como realizar?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Desenvolver e validar uma ferramenta de avaliação e acompanhamento para PRM-MFC.

2.2 Objetivos secundários

- a) Adequar a matriz produzida em 2019, com o desenvolvimento de uma matriz final, baseada no estudo de mestrado, adequando-a nacionalmente através de juízes especialistas em MFC;
- b) Avaliar a aplicabilidade das recomendações, com base nas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças pontuadas pelos preceptores de São Paulo e a literatura nacional.

3 METODOLOGIA

A metodologia da tese será descrita de forma sucinta, pois conforme orientação da Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, quando a tese é desenvolvida como coletânea de artigos, a metodologia e resultados devem ser substituídos pela coletânea. Contudo, os autores consideraram relevante a apresentação da metodologia neste momento. A tese apresentada é a continuação da dissertação de mestrado ***Os preceptores da residência médica em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem?*** do mesmo autor.

Na dissertação foram apresentadas características dos preceptores de residência médica em MFC do estado de São Paulo, conforme características sociodemográficas, de formação e trabalho. Tais características permitiram compreender que a residência médica necessita não apenas de pessoas com qualidade para a educação, mas de uma estrutura organizativa capaz de suprir as necessidades singulares de um PRM-MFC, o que gerou o Artigo 1, observando, além do preceptor, quais os pontos positivos e negativos na sua atuação, considerando as necessidades e aspectos que influenciam os PRM-MFCs na APS.

Para tal atingir o diagnóstico situacional dos programas, utilizou a análise de conteúdo de Bardin (34). Esta autora define esse tipo de ferramenta como um grupo de técnicas de análise da mensagem (comunicação escrita e entrevista transcrita utilizados nessa tese) a fim de obter e compreender os conhecimentos e condições relativas da população em estudo. Foi optado por essa técnica porque ela é capaz de categorizar respostas em temas comuns a partir das observações de leitura, assim como de identificar ideias singulares dentro do grupo, permitindo fazer tanto a análise de grupo quanto análise individual.

Com isso, não há perda de informação, mas sim complementação dela, sendo utilizada em todas as questões abertas e entrevistas presentes nos três artigos, sendo uma metodologia transversal à dissertação e à tese.

Após a análise de conteúdo, foi possível a construção de um planejamento estratégico do tipo SWOT/FOFA (35) e posterior avaliação de saúde, pela tríade de Donabedian (28), ambos presentes no Artigo 1 e estruturantes para o desenvolvimento da tese.

A matriz FOFA (35) divide em quatro grupos a situação do objeto em estudo e define os possíveis campos de planejamento. As forças e fraquezas são características internas do objeto. Nos PRM-MFCs, é considerada como forças e fraquezas que dependem apenas dos programas (e seus responsáveis diretos) a manutenção ou modificação. As oportunidades e ameaças são fatores externos ao objeto, ou seja, em PRM-MFCs são consideradas ações em que os responsáveis diretos dos programas não têm uma ação, mas são modificados pela ação de outros, como a gestão municipal e a graduação no exemplo dos PRM-MFCs.

Já Donabedian propõe uma metodologia de avaliação de serviços de saúde em uma tríade (28). Há uma sustentação que os serviços poderiam ser avaliados em três componentes diferentes: estrutura (as propriedades físicas e organizacionais do serviço), os processos (as atividades realizadas para o cuidado, que no âmbito da educação consideramos como os processos de ensino e aprendizado) e os resultados (uso de indicadores de resultado em saúde, novamente adaptados à educação com indicadores de satisfação do residente, da equipe, da população, número e qualidade dos residentes, melhora da graduação, dentre outros). A tríade necessitou de adaptação para a educação, como reforçado acima.

Por fim, o terceiro artigo fez uso da avaliação de quarta geração (36). Esta ferramenta não tem como objetivo emitir um juízo de valores apenas, mas gerar modificação no item analisado, os PRM-MFCs. Ela considera que todos os usuários do serviço têm experiências diferentes e todos são competentes para emitir juízo crítico de valores do objeto.

Para a pesquisa em questão, foram considerados como usuários dos PRM-MFCs o residente, o preceptor, o coordenador do programa e o gestor municipal, sendo eles os principais responsáveis pelo desenvolvimento e resultado do programa. Após a análise de grupo, é importante a devolutiva aos programas como fechamento da avaliação e esta será feita a partir dos artigos produzidos.

Para conseguir, a partir da experiência dos preceptores, retornar à realidade (com a avaliação dos programas), foi necessário desenvolver ferramentas avaliativas de implementação e validação da ferramenta.

Para tal, o método Delphi foi utilizado como ferramenta para atingir consenso da ferramenta construída a partir da vivência dos preceptores. Ele consiste em apresentar a especialistas (considerados juízes) as frases, perguntas, técnicas de validação dos itens avaliados e busca de atingir consenso nas respostas. O método

pode ser aplicado tanto presencialmente quanto por ferramentas na internet. Como a pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia de SARS-CoV-2, as ferramentas utilizadas, tanto no método Delphi quanto entrevistas, foram pela internet.

A sumarização das metodologias, ferramentas e sequência de ações estão descritas nos artigos da coletânea que é representada na tese. A ferramenta produzida e utilizada está no Apêndice, assim como a descrição da aplicação dela.

4 COLETÂNEA DE ARTIGOS

A tese ***Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em programas de residência de medicina de família e comunidade*** está apresentada com a coletânea de três artigos desenvolvidos ao longo do período de 2019 a 2022, os quais têm como objetivos responder às perguntas enumeradas na introdução:

- a) é possível avaliar se os PRM-MFCs estão adequadamente implantados na APS?
- b) se sim, como realizar?

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, sob o número CAAE 78853317.0.0000.5411, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, sob o número CAAE 78853317.0.0000.5411/2017 (Anexo 1).

As perguntas estão diretamente relacionadas aos objetivos primário e secundários, sendo que cada artigo é resultado de um objetivo.

O **Artigo 1**, “Avanços e desafios em programas de residência de medicina de família e comunidade: a percepção dos preceptores da residência”, está vinculado ao objetivo secundário 2 – avaliar a aplicabilidade das recomendações, suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Ele é o resultado da releitura da dissertação de mestrado, com a interlocução da tese do doutorado. Assim, esse artigo representa a tese investigada no doutorado.

O **Artigo 2**, “Aprimorando a qualidade de programas de residência em medicina de família e comunidade: a proposta de uma matriz avaliativa”, aproxima-se do objetivo secundário 1 – desenvolver a matriz final e consenso das recomendações produzidas por juízes especialistas na área em nível nacional. Esse artigo utiliza como base as recomendações do Quadro 1 e adequa nacionalmente para ser aplicado.

Ele foi submetido à *Revista de Saúde Pública*, **aprovado** para publicação e está em fase de preparação do manuscrito pela revista (Anexo 2). Fator de impacto JCR 2,77.

Por fim, o Artigo 3, “A implantação da residência de medicina de família e comunidade na atenção primária: uso da ferramenta de análise de implantação”, é

resultado da aplicação da ferramenta que avalia a implementação dos PRM-MFCs na APS, sendo o objetivo primário da pesquisa.

Os **artigos 1 e 3** serão submetidos a revistas científicas após defesa da tese.

Para a escrita e apresentação da tese, os artigos foram inseridos na forma de capítulos, facilitando sua leitura e organização. Assim, os quadros e tabelas estão numerados sequencialmente e não com reinício de numeração em cada artigo. Suas referências estão inseridas ao final da tese, como uma estrutura única.

4.1 Artigo 1 – Avanços e desafios em programas de residência em medicina de família e comunidade: a percepção dos preceptores sobre a residência do estado de São Paulo

Advances and challenges in family and community medicine residency programs: the perception of preceptors about the residence

Lucas Gaspar Ribeiro^a; Eliana Goldfabr Cyrino^b; Antônio Pazin-Filho^c

RESUMO

Introdução: Está ocorrendo um aumento de vagas de programas de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC) no Brasil, sem avaliação da qualidade deles. **Objetivo:** Analisar aspectos do desenvolvimento dos PRMFCs no estado de São Paulo e sua inserção na atenção primária à saúde a partir da percepção de preceptores. **Metodologia:** Estudo descritivo com aplicação de questionário qualitativo com preceptores com a elaboração da matriz forças, oportunidades, fraquezas e ameaças (FOFA) sobrepondo a tríade de Donabedian (TD) a partir da análise de conteúdo. Estatística descritiva para perfil dos preceptores. **Resultados:** Um total de 67 pessoas em 27 programas respondeu com mediana de idade de 37 anos e 52% de mulheres. Em média, são dois residentes por preceptor e 67% atuam com a graduação. Dos preceptores, 56,7% realizaram residência médica, 13,4% são titulados, e 82% têm cursos de preceptor. O resultado da análise qualitativa gerou três grandes áreas de interesse: relação preceptor-residente, relação preceptor-unidade e relação preceptor-gestão, vinculadas à TD. **Discussão:** A população estudada é qualificada para o cargo, com mais de 70% de especialistas na área e mais de 80% formada para atuar na educação de adultos. As percepções dos preceptores construídas na FOFA definem os pontos de estrutura, processo e resultados dos programas, sendo essenciais neste momento de aumento de vagas no Brasil.

Palavras-chave: Internato e residência. Serviços de saúde para estudantes. Atenção primária à saúde. Educação médica. Medicina de família e comunidade.

^a Departamento de Medicina – Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – <https://orcid.org/0000-0003-4842-4294>

^b Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (FMB-Unesp) – <https://orcid.org/0000-0002-6526-3528>

^c Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (FMRP-USP) – <https://orcid.org/0000-0001-5242-329X>

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o pilar para sua estruturação a estratégia de saúde da família (ESF). Uma parte dos médicos que atuam na APS são especialistas em medicina de família e comunidade (MFC) (37). Hoje o país possui 7.149 MFCs (16) para 43.286 equipes de saúde da família (17), sendo necessário aumentar em 7,4 vezes o número atual de especialistas para atingir a recomendação de 53.150 equipes com médicos de família e comunidade, baseado em um médico para 4 mil pessoas (38).

A residência médica é considerada o padrão-ouro para formação de novos especialistas. Permite que o profissional adquira competências específicas e na última década houve aumento de quase 11 vezes no número de vagas ofertadas em MFC (7). Para a formação desses profissionais, é necessária a presença de preceptores qualificados (7), sendo desconhecida a distribuição dos preceptores em nível nacional.

Além da falta de profissionais, também se observa uma distribuição desigual de unidades de ESF e de programas de residência no país (PRM) (39). A maioria dos especialistas está nas regiões Sul e Sudeste, correspondendo a 71,4% dos especialistas e 46% das unidades (16). Em 2022, o estado de São Paulo possuía 60 programas de residência médica de MFC cadastrados (PRM-MFC), com 403 residentes para 1.420 vagas, equivalente a 15,9% dos residentes ativos em MFC do Brasil (4).

Para melhorar os números, o governo federal busca há mais de uma década o aumento de formação de médicos especialistas em MFC através de programas e políticas como o pró-residência, o Provac e a Lei Mais Médicos (40). O mais recente projeto é o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, que tem como norteador aumentar o número de vagas e qualificar o preceptor de residência médica, com enfoque na medicina de família e comunidade (15).

Frente à crescente abertura de vagas de PRM-MFC, principalmente na última década, é importante traçar o perfil dos profissionais médicos atuantes como preceptores da residência e avaliar a qualidade dos serviços aos quais os residentes estão vinculados em sua maior parte do tempo, compreendendo como são desenvolvidos os processos educacionais e assistenciais na APS.

MÉTODO

A metodologia utilizada está apresentada na Figura 1, adaptada do arco de Marguerez (25). Este artigo tem como objetivo apresentar os resultados das etapas de 1 a 3. As etapas subsequentes do arco serão desenvolvidas a posteriori, sendo todas vinculadas à pesquisa *Desenvolvimento de um instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em programas de residência médica em medicina de família e comunidade*.

A pesquisa apresentada neste artigo foi realizada como estudo observacional e transversal dos PRM-MFCs do estado de São Paulo. Na primeira etapa obtiveram-se informações sobre os preceptores da residência em MFC e sua experiência entre novembro de 2017 e maio de 2018. Nesse momento existiam 46 programas, com 135 preceptores aproximadamente.

Os dados foram obtidos através de um instrumento auto aplicado, estruturado com questões abertas e fechadas, encaminhado por via eletrônica aos preceptores. O questionário foi construído a partir de revisão da literatura, adequação de outras especialidades e aspectos inerentes à MFC brasileira e os contatos obtidos, através dos coordenadores dos PRM-MFCs, vinculados à Comissão Estadual de Residência Médica (23). Ao todo foram 19 perguntas fechadas, sendo utilizados neste artigo: características gerais, informações sobre a atividade atual e formação complementar, e 7 de texto livre. Para esse material, as seguintes perguntas abertas foram analisadas:

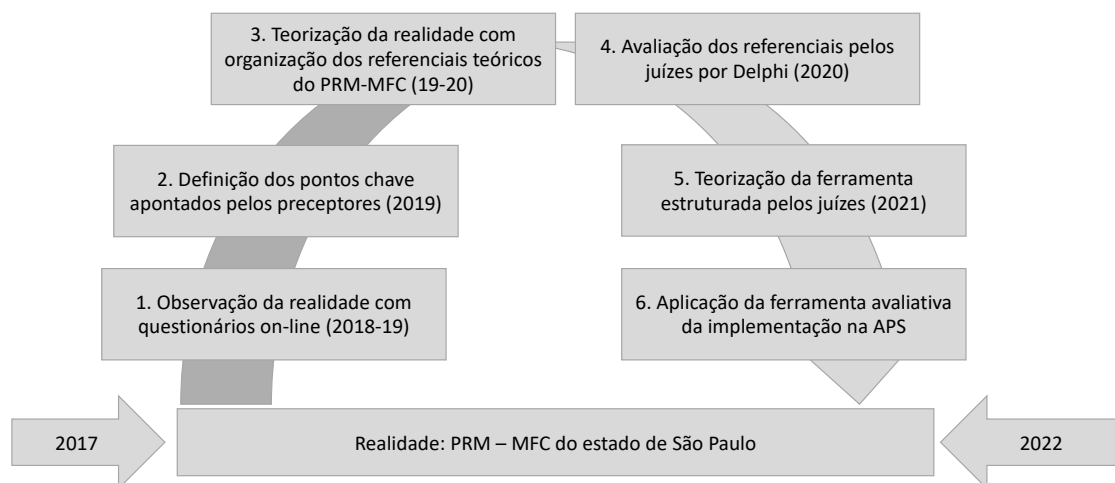
“O que é ser preceptor do programa de residência para você, a partir do seu dia a dia?”; “Conte-me o que você faz como preceptor, como é seu dia a dia?”; “Quais os pontos positivos em se trabalhar como preceptor?”; “E quais os negativos?”; “Há algum desafio em trabalhar na preceptoría? Se sim, quais?”; “Há alguma recompensa em seu trabalho?”.

A Etapa 2 consistiu na análise dos dados, utilizando estatística descritiva, com variáveis categóricas com frequência absoluta e relativa, e as quantitativas por mediana e intervalos correspondentes no Microsoft Excel (41). Utilizou-se análise de conteúdo de Bardin (34) para analisar as questões abertas para produzir a matriz SWOT/FOFA (forças, oportunidades, fraquezas e ameaças) (35) com os núcleos obtidos.

A terceira etapa do arco consistiu em, com base na observação da realidade dos preceptores, da legislação vigente sobre programas de residência médica (principalmente da área em questão) e materiais de orientação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) sobre residência médica, determinar pontos passíveis de avaliação dos programas tendo como referencial a tríade de Donabedian (28).

A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP com os pareceres CAAE 78853317.0.0000.5411 e 30805420.5.0000.5440.

Figura 1 – Arco de Margueriez do projeto Desenvolvimento de Instrumento para Avaliação e Acompanhamento das Condições de Formação em Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (2017-2022)



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

RESULTADOS

A Fase 1 contabilizou 67 questionários respondidos e 27 programas (58% dos programas e 50% de preceptores), distribuídos em seis da capital, quatro do ABC Paulista e os demais do interior e litoral, sendo uma taxa adequada para a metodologia (42). Dentre as respostas, 43 programas são vinculados à Secretaria Municipal de Saúde e 23 são vinculados a instituições de ensino. Um preceptor desconhecia o vínculo.

Ao se observarem características gerais dos preceptores, é sutilmente maior o gênero feminino (35 pessoas – 52%), com mediana de idade de 37 anos (mínimo de

27 e máximo de 62). Do total, 56 pessoas (73%) trabalharam como especialistas em MFC antes de assumir a preceptoría, com uma mediana de atuação de 60 meses (mínimo quatro e máximo 228), e atuando como preceptor a mediana é de 24 meses (mínimo dois e máximo 276).

Considerando o número de residentes assistidos (primeiro e segundo ano), a mediana é dois (mínimo de um e máximo de nove). Adicionalmente, 45 pessoas (67%) supervisionam a graduação e residência médica.

Ao observar bolsa para atuar como preceptor e se ela foi decisiva na escolha, 22 preceptores (33%) relataram receber algum valor, sendo que seis pessoas (30%) apontaram a bolsa como um fator decisivo na escolha, 11 (55%) não consideraram um fator importante e três (15%) dizem que talvez tenha sido importante.

Quando analisada a formação do profissional quanto à especialização, residência e título de especialista, os resultados demonstram que 47 (70,1%) são especialistas em MFC, distribuídos em 38 (56,7%) com residência médica e nove (13,4%) titulados pela SBMFC. Apenas dois (2,9%) profissionais não têm nenhuma formação complementar.

Por fim, a Tabela 1 apresenta a formação complementar do preceptor através de cursos de preceptoría realizados pelos entrevistados.

Tabela 1 – Cursos de preceptoría realizados pelos preceptores até 2019

Curso	Total de preceptores	Unicamente esse curso	Total de preceptores (%)	Unicamente esse curso (%)
SL*	16	6	23,8	8,9
HAOC*	30	18	44,77	26,8
EN1*	24	10	36,17	14,9
SBMFC*	6	1	8,9	1,4
ABEM*	1	0	1,4	0
Outros	9	2	13,4	2,9
Nenhum	12	0	17,9	
Total	67	37	100	82,1

Nota: SL: Especialização em preceptoría pelo Hospital Sírio-Libanês; HAOC: Aperfeiçoamento em preceptoría pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz; EN1: EURACT Nível 1; SBMFC: Curso de preceptoría promovido pela Sociedade Brasileira de MFC; ABEM: Curso de preceptoría promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Com relação à formação *stricto sensu*, 20 preceptores (29,8%) estão presentes nesse grupo: nove com mestrado completo (13,4%), oito em andamento (11,9%), um com doutorado completo (1,4%) e dois com doutorado em andamento (2,9%). As áreas são: saúde coletiva (7), saúde coletiva, políticas públicas e gestão (1), saúde da família (2), engenharia biomédica (1), tecnologias educacionais em saúde (1), demografia (1), educação médica (1), gestão e saúde coletiva (1), dermatologia (1) e nutriologia (1).

O resultado das Fases 2 e 3, relativas aos dados qualitativos, com síntese na matriz FOFA e sobreposição dos núcleos obtidos com avaliação em saúde pela tríade de Donabedian, estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Matriz FOFA baseada nos núcleos do sentido a partir da percepção de preceptores do estado de São Paulo, com base na tríade de Donabedian

FOFA	Estrutura (E.n.)	+ Processo (P.n.)	= Resultados (R.n.)
Forças	E.1. Oferta de cursos em preceptoria E.2. Ser especialista em MFC* E.3. Adequado processo de trabalho da equipe na unidade (agenda, salas, território adscrito)	P.1. Uso de ferramentas de ensino em preceptoria (preceptor em 1 minuto, sobre, simulação, etc.) P.2. Ser modelo para o outro como especialista P.3. Uso da gestão compartilhada com o residente	R.1. Adequada avaliação da consulta e do residente R.2. Aumento de especialistas, consolidando a MFC* e capacitando novos médicos para atuar na APS** R.3. Melhora da agenda, maior cobertura de assistência, retorno positivo do serviço prestado
Fraquezas	E.4. Falta de ambiente para utilizar as ferramentas de preceptoria E.5. Não ser especialista em MFC* E.6. Dificuldade na organização do processo de trabalho da equipe na unidade (agenda, salas, território adscrito)	P.4. Uso de ferramentas de educação tradicional (grupo de estudos, aula teórica) P.5. Ser modelo sem formação em MFC* P.6. Desequilíbrio da demanda <i>versus</i> ensino	R.4. Dificuldade em avaliar a qualidade do médico em formação R.5. Desistência dos residentes e falta de preparo desde a graduação R.6. Excesso de demanda <i>versus</i> o ensino (tamanho territorial e agenda) com pior qualidade na formação
Oportunidades	E.7. Pagamento de bolsa de preceptoria E.8. Transformação social do sistema de saúde local/APS** E.9. Maior quantidade de especialistas em MFC* disponíveis no mercado	P.7. Retorno financeiro sendo preceptor P.8. Grupo coletivo que deseja os serviços de formação na APS** P.9. Políticas de formação na APS**	R.7. Escolha de ser preceptor para receber a mais R.8. Aumento de especialistas em MFC* na APS** com bom retorno da equipe e pacientes R.9. Aumento de profissionais-modelo no programa
Ameaças	E.10. Desconhecimento da natureza da especialidade no momento da escolha E.11. Falta de apoio financeiro (insuficiência ou falta de bolsa) E.12. Falta de apoio da gestão municipal	P.10. Desistência durante a residência por desconhecimento da especialidade P.11. Ausência de bolsa de preceptoria para auxiliar na contratação de especialistas P.12. Demanda <i>versus</i> ensino e estrutura física inadequada para ensino e assistência	R.10. Maior dificuldade em aumento da especialidade R.11. Baixo auxílio financeiro (não captação de profissionais capacitados) R.12. Demandas assistenciais da unidade além da capacidade de ensino

* MFC: Medicina de Família e Comunidade; ** APS: Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

DISCUSSÃO

O artigo traz como metodologia a utilização de uma técnica do ensino na pesquisa sobre residência médica, utilizando ferramentas de avaliação e planejamento em saúde para definir os pontos adequados e com necessidade de intervenção nos PRM-MFCs, além de utilizar a tríade de Donabedian em unidades-escola para avaliar assistência e ensino, algo inédito.

A amostra de preceptores do estado de São Paulo pode ser considerada significativa e passível de ser extrapolada para o restante da Federação nas características de gênero, idade e formação em residência médica (43), o que demonstra que o preceptor é uma pessoa jovem e sem diferenças significativas de gênero no Brasil.

Os resultados apresentam dados inéditos e para objetivar os resultados, eles foram representados pela caracterização em três grandes áreas: 1) relação preceptor-residentes; 2) relação preceptor-unidade; e 3) relação preceptor-gestão municipal. Tais dimensões da atuação do preceptor demonstraram interesse em aplicação de novas metodologias, podendo estar sendo limitadas por questões estruturais e do processo da unidade e gestão municipal.

Considerando a relação preceptor-residente, a formação em preceptoria (componente E.1.) é uma força do componente estrutura. Ela pode existir a partir da formação ofertada pelo governo federal em cursos específicos ou uma busca do preceptor por cursos livres, como o EURACT (44) e outros.

Na amostra obtida, 82,1% possuíam algum curso de preceptoria, sendo que 68,6% são ofertados pelo governo federal (PRM-MFC). É interessante observar a alta relação de profissionais com formação em preceptoria associada a ser especialista em MFC – considerando que 70,1% são especialistas (56,7% com residência), representando preceptores capacitados para sua atuação e considerados modelos educacionais pela literatura (7), presente também no E.2.

A característica de preceptoria é um dado inédito, pois a formação em preceptoria é recente, e o achado pode não ser reproduzido em outras unidades federativas, considerando-se a facilidade de acesso e concentração de unidades formadoras presentes no estado de São Paulo. Também não é comparado a fora do

país, pois não existe coleta semelhante no exterior, com a observação de formação concomitante na MFC e em preceptoria.

A partir dessa formação complementar à graduação, uma segunda força surge (componente P.1.). Compreender o aprendizado do adulto e saber utilizar metodologias de ensino que promovam melhores resultados é essencial na educação (45). Tais ferramentas podem ser aplicadas como metodologias ativas e na observação direta de seus preceptores (modelos), por exemplo (46). O uso das metodologias ativas emergiu tanto de forma positiva quanto negativa na percepção dos preceptores (componentes E.5., P.2. e P.5.).

Pessoas com habilidade em preceptoria e formadas em MFC podem promover melhor resultado da especialidade no futuro, compreendendo os componentes de resultado (R.2., R.8. e R.9.), o que gera novas oportunidades de estrutura dos PRM-MFCs (E.8. e E.9.). Assim, há um ciclo virtuoso entre melhorar a formação a partir de uma estrutura adequada e que aprimora estruturas futuras, essencial para aumentar os especialistas no Brasil, e possibilidade de modificar a legislação atual que permite médicos não especialistas em MFC como preceptores.

O acréscimo de especialistas permite uma maior interlocução entre os formadores (p. 8.), fato corriqueiro na Europa (47) e existente como grupos de trabalho da SBMFC, apesar de pouca produção técnica e baixa oferta de cursos formativos até o momento. Assim, é uma oportunidade pouco desenvolvida no país e é necessário crescimento.

De forma linear, o aumento dos PRM-MFCs com especialistas na área melhora a assistência na APS e da rede de saúde regional, como observado em um município que realizou alto investimento na APS e em PRM-MFCs nos últimos anos (32,33). A qualificação da rede de saúde pela residência é um pilar para a estruturação e qualificação do SUS, como proposto nos últimos projetos governamentais (40,15), pois modifica o cuidado, forma profissionais e aumenta a interação entre os especialistas.

Apesar de esse investimento em educação e saúde e os resultados aparentarem ser senso comum, há baixa produção na literatura sobre a qualidade e modificação de resultados que os PRM-MFCs geram, mas está presente na fala dos preceptores como vivências (R.2., R.3., R.8. e R.9.). É necessário divulgar as vivências, como neste artigo, mas também coletar dados objetivos de modificação de resultados em curto, médio e longo prazo.

Mesmo com os aspectos positivos na relação preceptor-residente, essa área apresenta a graduação médica como ameaça. As Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina vigentes reforçam a formação do generalista com alta carga horária na APS (48), mas a percepção dos profissionais é o baixo conhecimento da especialidade pelos alunos (E.10.).

Uma possível justificativa para a graduação inadequada, resultando em baixa cobertura de vagas nos PRM-MFCs, evasão durante a residência e dificuldade de aumentar o número de especialistas (E.10., P.10., R.5. e R.10.), pode ser sua formação longe de grandes centros, local que a literatura traz como preferencial na fixação de especialistas em MFC (43) e que é reforçado pela distribuição no país (16,43), apesar de que os dados são do estado com muitos especialistas em cidades de médio e grande porte (16), 67% atuando na graduação concomitantemente.

As possíveis justificativas para a graduação ineficaz nesse aspecto podem ser as relações preceptor-unidade e preceptor-gestão, que acarretam maiores ou menores dificuldades no processo de trabalho e processo de ensino-aprendizagem, definidor de como é apresentada e realizada a MFC na ESF com pessoas em formação, ou seja, o modelo de especialista é variável de acordo com cada serviço, para o bem e para o mal, como apresentado no Quadro 2 e discutido a seguir.

Ser modelo médico modifica a escolha da especialidade de MFC durante a graduação, podendo aumentar o número de especialistas (49,50). Principalmente em um país onde há distribuição desigual de especialistas e que necessita de um incremento de mais de sete vezes o número atual de pessoas com título de MFC para conseguir suprir a necessidade do SUS, o ser modelo e o estar em unidades-escola na APS podem ser definidores de escolhas, apresentadas no Quadro 2, como ser especialista, ser modelo e organização da unidade.

O termo “unidade-escola” emerge de forma indireta na relação preceptor-unidade. Ela pode ser observada na organização do processo de trabalho, considerada uma força (componente E.3.) ou fraqueza (E.6.), dependendo do trabalho em equipe e do espaço físico (P.12.).

Idealmente, os serviços deveriam se organizar como unidades-escola, com estrutura física e territorial compatível, equilibrando assistência e ensino, permitindo o ensino pelo trabalho (51). A organização da agenda, do território, e a autonomia do residente frente à equipe são competências esperadas para a formação em MFC (31,52). Como evidenciado no Quadro 2, tal organização está parcialmente presente

em seu dia a dia, como apresentado nos componentes P.3., P.6., R.3. e R.9. Outras fraquezas, componentes semelhantes aos expostos acima, são o E.4. e o E.6.

Apesar de não haver dados na literatura que justifiquem a percepção dos preceptores, pode ser razoável inferir que a excessiva demanda assistencial frente à necessidade de ensino do residente e aluno dificulte sua formação, como já mostrado em outros trabalhos (6,7,53). Mesmo com a presença de um corpo clínico especialista em MFC e altamente qualificado para a formação, há necessidade do equilíbrio entre demanda e ensino (54,55).

Contudo, o modelo atual de financiamento da APS é um fator limitador do processo de trabalho em unidades-escola. Ele utiliza critérios de pagamento por desempenho e tamanho territorial cadastrado para o repasse (38). Aumentar a área adscrita e necessidade intensa de metas com mais pessoas eleva o volume assistencial da unidade, o que acarreta maior tempo na assistência em detrimento do ensino, como apresentado nos componentes E.6., R.6. e R.12.

A atual política de financiamento não discrimina unidade-escola de unidade puramente assistencial, cujos processos de trabalho são incomparáveis. É necessário políticas de indução da residência médica na APS com a observação de financiamento para a APS considerando tais singularidades para corresponder a unidades-escola.

Não apenas o excesso de demanda assistencial modifica o ensino, pois o número de alunos também pode ser um fator na implantação de metodologia ativa de ensino e de avaliação do residente, estando presente nos componentes E.4., P.4. e R.4. Além da demanda e número de alunos, a aplicação de metodologias ativas depende de estrutura física adequada (46,56), o que foi apresentado como uma fraqueza pelos preceptores (E.4.).

Com isso, as unidades que se propõem a receber alunos e residentes deveriam ter estrutura física e funcional adequada para exercer tais atividades. Não há dados na literatura que definem como deveria ser a unidade, mas a matriz e o currículo baseado em competências da MFC sugerem que diversas atividades além da assistência deveriam ocorrer na APS, como, por exemplo, procedimentos (31,52). Unidades não compatíveis com o proposto podem gerar profissionais sem todas as competências esperadas.

Também há a necessidade de avaliar se o residente consegue aplicá-lo em sua prática e não apenas apresentar conhecimentos (46,47). As diferentes formas avaliativas estão presentes nos componentes R.1. e R.4. Novamente, a estrutura

física e o processo de trabalho da unidade interferem no resultado de avaliar as competências dos residentes ao longo de sua formação, permitindo, ou não, que o preceptor tenha espaço físico e de agenda assistencial para tal.

Com isso, a organização da unidade é capaz de interferir em diversos componentes educacionais: volume de atendimento adequado para conseguir organizar momentos de ensino, equipe com sincronismo de uma unidade-escola, volume de pessoas sob a tutela de um mesmo orientador em cenário de prática de ensino, espaço físico compatível com a presença de estudantes, tamanho populacional compatível com o processo de ensino e de gestão da unidade, e presença de profissionais capacitados para atuar na APS.

A organização da unidade é influenciada também pela relação preceptor-gestão, como, por exemplo, no financiamento da APS e estrutura física, mas pode ser observada para além da unidade, como bolsa de preceptoria, melhoria da rede de saúde e percepção da residência como modificador do sistema local de saúde, com valorização do serviço prestado.

Os PRM-MFCs melhoram o acompanhamento de saúde e encaminhamento para especialistas focais (32,33), além de aumentar o número de especialistas no mercado de trabalho, sendo componentes desejados pelos preceptores (R.8. e R.9.). A presença dos programas também é percebida pela gestão municipal como melhora do serviço e da relação trabalhista (39).

Por fim, uma pesquisa avaliou resultados do PRM-MFC com melhora no processo de trabalho na ESF, sem o mesmo resultado nos indicadores de assistência na APS (57), apesar da percepção diferente pelos preceptores (R.3. e R.8.). Há a necessidade de aumentar as pesquisas sobre PRM-MFCs sobre a qualidade da assistência para identificar correlações de resultados, inclusive se os resultados se modificam com a presença de especialistas em MFC nos PRMs ou não, tendo em vista a permissividade da legislação atual.

A partir da expectativa de resultados, as gestões municipais ofertam bolsa de preceptoria para médicos de família e comunidade nos programas municipais (39). Contudo, a amostra analisada apresenta que 33% recebem um valor adicional para serem preceptores, e a maioria que recebe relata não ter sido este o diferencial para a escolha da atividade (55%), compatível com a literatura internacional (58).

Isso demonstra que, apesar de estar presente nos componentes E.7. e E.11., o profissional deseja ser preceptor por outros motivos, que não financeiros, sugerindo que a fixação de pessoas qualificadas não tange ao campo financeiro apenas.

Outros pontos de fixação do profissional são o local de formação na residência e o local de nascimento (43), demonstrando que a fixação dos profissionais também depende de aspectos de familiaridade com o serviço e relações familiares. Portanto, o aumento de profissionais pode ficar prejudicado a espaços geográficos definidos, assim como já ocorre na distribuição da especialidade no país (16), apesar das políticas de interiorização e fixação de médicos na APS (12,59).

É necessário compreender os motivos de o profissional desejar ser preceptor e o que o mantém no cargo, para aumentar sua fixação com qualidade de ensino e assistência. Os dados apresentados no Quadro 2 sugerem as motivações e dificuldades em atuar na preceptoria, pois os núcleos foram obtidos a partir dessas perguntas, também, sendo dados inéditos na literatura e que possibilitarão compreender novas formas de fixação dos profissionais nos PRM-MFCs.

De forma inédita, o presente estudo apresentou 36 componentes sobre residência médica, triangulando planejamento em saúde (FOFA), avaliação em saúde (triáde de Donabedian) e educação (arco de Margueréz) na residência médica. Ele traz dados importantes que permitiram compreender as atividades na APS dos PRM-MFCs e suas limitações. Contudo, atividades características da ESF não foram elencadas, como visita domiciliar, procedimentos na APS, grupoterapia e trabalho em equipe.

Infelizmente, metade dos preceptores do estado de São Paulo não respondeu ao questionário, o que poderia modificar a característica de respostas obtidas, reduzindo a qualidade do painel de especialistas, por exemplo, apesar de a característica dos dados obtidos ser similar à obtida em outros dados da literatura.

Por fim, é necessário aumentar o número de especialistas em MFC no país, sendo uma demanda essencial para qualificar o SUS e a ESF, uma política de Estado. O presente artigo traz em voga a discussão de aumentar as vagas para suprir apenas volume de especialistas, ou é necessário aumentar com qualidade? Discussão presente há mais de três décadas no mundo (60) e que se mantém necessária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A MFC é uma especialidade que está em crescimento desde a década de 1970 no Brasil, com aumento relevante do número de vagas e especialistas formados pela residência médica na última década. O aumento de vagas foi acompanhado do aumento de preceptores. Esses profissionais vivenciam a assistência e ensino concomitantemente, percebendo as facilidades e desafios de atuar na APS e no PRM-MFC simultaneamente.

Quando observada a percepção deles, os resultados demonstraram que há uma preocupação na melhoria da formação do residente, mas com muitas dificuldades na organização, sendo necessário adequar a APS para a formação do residente e instrumentos que avaliem esse espaço, adequando ensino e assistência.

4.2 Artigo 2 – Aprimorando a qualidade de programas de residência em medicina de família e comunidade: a proposta de uma matriz avaliativa

Improve of quality in family and community medicine residency programs: the proposal of an evaluation matrix

Lucas Gaspar Ribeiro^a; Eliana Goldfabr Cyrino^b; Antônio Pazin-Filho^c

RESUMO

Introdução: Para o credenciamento de programas de residência na Comissão Nacional de Residência Médica, eles necessitam ser avaliados e aprovados por especialistas. Contudo, não há instrumento-padrão para a medicina de família e comunidade (MFC) considerando sua especificidade. **Objetivo:** Desenvolver e apresentar um instrumento para avaliar e monitorar a qualidade de programas de residência médica em MFC a partir dos preceptores e residentes, considerando a inserção do programa de rede de saúde. **Método:** A elaboração do instrumento foi desenvolvida em três etapas, sendo esta última a produção, adequação e aprovação do instrumento avaliativo por profissionais renomados na MFC brasileira, totalizando nove pessoas, utilizando a técnica Delphi e obtenção de 80% de concordância. Para os resultados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Ao todo ocorreram cinco ciclos de avaliação para adequação das recomendações propostas, com eliminação de um item e ponderação, com metodologia de análise de resultado de 10 itens resultantes, atingindo uma matriz esperada para a organização de programas de residência na rede de saúde, com divisão em três domínios, organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-educando. **Conclusão:** Um instrumento de avaliação e monitoramento de programas de residência em medicina de família e comunidade pode ser uma ferramenta para facilitar os gestores de programas e permite a avaliação e monitoramento, qualificando-os continuamente.

Palavras-chave: Internato e residência. Medicina de família e comunidade. Avaliação de programas. Instrumentos de pesquisa. Educação médica.

^a Departamento de Medicina – Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – <https://orcid.org/0000-0003-4842-4294>

^b Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (FMB-Unesp) – <https://orcid.org/0000-0002-6526-3528>

^c Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (FMRP-USP) – <https://orcid.org/0000-0001-5242-329X>

INTRODUÇÃO

A residência médica é considerada a melhor estratégia para formação de novos especialistas médicos, considerada uma formação após a graduação completa. Alguns autores relatam que teve início nos Estados Unidos com as clínicas médica e cirúrgica, no final do século XIX. No Brasil, ela é considerada legalmente como curso de pós-graduação, modalidade de especialização, com foco no treinamento em serviço, existindo desde 1944 (10).

As residências em medicina de família e comunidade (MFC) iniciaram em 1976 (10), apresentando uma expansão pequena de vagas até 2013 se comparada com o período seguinte (2013-2021) (9). A partir da lei n.º 12.871/2013, conhecida como Lei Mais Médicos, o número de vagas ocupadas passou de 206 em 2011 para mais de 2.282 (aumento de 11,7 vezes), dados de outubro de 2021. O estado de São Paulo possuía 62 programas de residência médica (PRM) de MFC cadastrados, com 37 programas com residentes (405 residentes e 1.366 vagas, 29% de ocupação), correspondendo a 17,8% dos residentes em MFC do Brasil, sendo o estado com maior número (16) no ano de 2021. Os dados do ano de 2021 foram obtidos a partir da Lei de Acesso a Informação (4).

Por mais que a estratégia de saúde da família (ESF) esteja pautada na presença do especialista em MFC como profissional médico, o país possui aproximadamente 7 mil profissionais de MFC (16) para mais de 43 mil equipes de saúde da família (17). Essa discrepância se intensifica quando observada sua distribuição, presentes em sua maioria no Sul e Sudeste, correspondendo a 71,4% dos especialistas do Brasil e 46% das unidades de saúde da família (16,17).

Também quando observado o número de especialistas em MFC por habitantes, o Amapá, Bahia, Maranhão e Piauí apresentam menos de 1,1 especialista por 100 mil habitantes, enquanto Acre, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentam entre 4,9 e 8,7 especialistas por 100 mil habitantes (16). Para fazer o cálculo da relação ideal, é possível inferir que cada médico de família e comunidade seja responsável por 4 mil pessoas (38), ou seja, o país necessitaria da relação de 25 médicos de família e comunidade por 100 mil habitantes. Assim, considerando que no ano de 2020 foram formados aproximadamente 1.500 novos especialistas pela residência, mantendo o atual volume de vagas ocupadas, o país só atingiria o número

de especialistas necessários após duas décadas, sem considerar perdas ao longo do tempo.

Frente à escassez e concentração de especialistas, a formação depende de preceptores de outras áreas de atuação os quais são legalmente habilitados para tal papel, segundo a legislação específica dos PRM-MFCs, diferentemente de outras áreas, que exigem especialidade na área de formação como pré-requisito para a função (7).

Isso provavelmente implica grande variabilidade nas condições de formação. Soma-se a essa situação que também inexistem informações e padrões para condições mínimas de uma estrutura física e insumos adequados para garantir a formação. Com isso, os programas necessitam de diretrizes para a abertura e expansão de vagas de forma ordenada e capaz de suprir a formação, considerando a singularidade da MFC, que atua predominantemente na ESF/atenção primária à saúde (APS).

Para tal, é necessário compreender o próprio serviço e avaliar. Este ato compreende emitir um juízo de valores a partir de um padrão predeterminado ou um referencial ideal, buscando falhas e corrigindo-as (26,61,62). Donabedian reforça que o processo de avaliar exige um monitoramento contínuo do serviço de saúde, buscando detectar e corrigir desvios de padrões, podendo avaliar estruturas, processos e resultados obtidos (27). Frente a esses fatores, o presente estudo propôs uma matriz para avaliação e monitoramento dos programas de residência em MFC no Brasil, com enfoque na APS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de metodologia avaliativa, descritiva e exploratório, com início em 2018 a 2022. Ele é constituído de pesquisa quantitativa e qualitativa, com o uso de formulário eletrônico para obtenção de respostas dos participantes e revisão de literatura para complementação e caracterização do instrumento apresentado ao final.

O presente estudo desenvolveu um instrumento-matriz para definir as condições de formação ofertadas pelos programas de residência médica em MFC baseada na estrutura da APS. A construção foi dividida em três estágios de desenvolvimento, iniciando em compreender a realidade através do preceptor e

finalizando com a proposição de um instrumento avaliativo com possibilidade de aplicação em âmbito nacional.

No primeiro estágio, foram convidados 132 preceptores em MFC do estado de São Paulo entre fevereiro e novembro de 2018, aplicando um Google Forms® com questões abertas e fechadas. Todos os profissionais foram convidados via correio eletrônico, com o objetivo de compreender características do profissional e do trabalho que realiza. Os resultados completos estão em artigo específico (63), em que foram enumeradas as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças (FOFA) que 67 preceptores percebem em seu trabalho e nos PRM-MFCs.

Com as respostas obtidas, o segundo estágio iniciou com a revisão de literatura nacional e internacional, resoluções e portarias sobre residência médica em geral e de MFC, comparando a literatura com a percepção dos preceptores, sobrepondo a FOFA com a tríade de Donabedian (63). O quadro construído permitiu obter as respostas passíveis de avaliação na APS, gerando uma matriz de recomendações sobre programas de residência em MFC, finalizando o segundo estágio da matriz a ser validada nacionalmente.

O terceiro estágio validou por pares o documento, garantindo a homogeneidade de qualidade, com possibilidade do uso em todas as regiões. Para tanto, o instrumento foi apresentado a um grupo de juízes especialistas em MFC, utilizando-se o método Delphi (64). Foram convidados a participar os presidentes de todas as associações estaduais ativas de MFC e o presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, contemplando 24 pessoas. Esses foram escolhidos pelos autores considerando sua diversidade regional e representatividade nacional. O presidente da estadual paulista foi excluído por ser o autor do projeto.

O questionário Delphi possuía estrutura igual para todas as questões: descrição do item avaliado, perguntas sobre a pertinência e permanência do item no questionário final (sim e não), escalas Likert de 0 a 10 sobre a relevância do item e que nota ou valor esse item deveria receber na avaliação do programa (0 a 10). Também foram inseridas perguntas abertas sobre sugestões de escrita, comentários sobre a nota e sobre o tema em questão em todos os itens para aperfeiçoar o item. Para ser considerado consenso entre os juízes, o valor de corte para aceite foi de 80%, valores menores significando a não aprovação do item.

Para as questões abertas foi utilizada a análise de Bardin com o intuito de atingir a compreensão do grupo sobre as temáticas, sugestão da escrita e motivos de modificar as questões, inclusive eliminar ou fundi-las.

Ambas as pesquisas, tanto com o preceptor quanto com os juízes, foram aprovadas por comitês de ética em pesquisa, sob os protocolos CAAE 78853317.0.0000.5411 e 30805420.5.0000.5440.

Ao final dos ciclos de discussão, as recomendações foram reavaliadas pelos autores, organizadas e cotejadas com a legislação vigente.

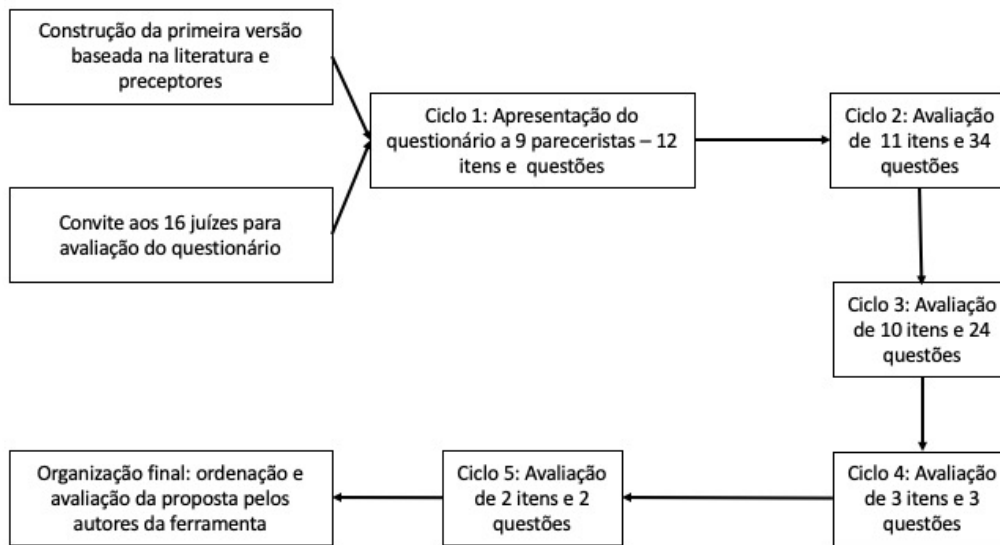
RESULTADOS

As respostas da Fase 1 demonstraram que 70% dos entrevistados eram especialistas em MFC e mais de 90% tinham alguma formação específica em preceptoria. Embora 62% (42 pessoas) tenham se considerado bastante satisfeitas com sua atuação, 27 pessoas relatam grande dificuldade no trabalho.

As recompensas apresentadas pelos preceptores com maior frequência são: qualificação na área, se manter atualizado, qualificação pessoal e participar de um processo de transformação. Os desafios foram: demanda excessiva *versus* dificuldade no tempo de ensino, subvalorização da especialidade, dificuldade na relação com a gestão local e dificuldade no processo de ensino, espaço físico insuficiente para educação e dificuldade na organização da agenda da unidade.

Associando a visão do preceptor com a literatura nacional e internacional sobre residência médica e na área em específico, foi produzida a matriz de recomendações a programas de residência em MFC (estágio 2). Ela foi apresentada aos juízes para a continuidade do processo de construção. Ao todo, foram necessários cinco ciclos de avaliação entre os juízes até obter a concordância de pelo menos 80%, com nove participantes. O questionário iniciou com 12 itens e foi finalizado com 11 itens, com a eliminação da questão sobre a obrigatoriedade de o preceptor ter um período de assistência exclusivamente antes de iniciar o papel de formador, justificado pelo país ter um baixo número de profissionais especialistas (Quadro 6). O processo para a construção da matriz está apresentado na Figura 2 e o número de ciclos até a matriz final e pontuações nos Quadros 3 a 6 (terceiro estágio).

Figura 2 – Realização dos ciclos de avaliação do questionário Delphi para definir a matriz dos programas de residência em MFC



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

O instrumento foi dividido em organização da unidade (Quadro 3), recursos humanos (Quadro 4) e relação preceptor-residente (Quadro 5). Cada item recebeu um valor mínimo de 1 e máximo de 10 de acordo com a relevância dada pelos juízes, sendo que a maioria dos itens recebeu nota máxima 8 ou 9. Apenas dois itens receberam nota máxima: a obrigatoriedade de o preceptor ser especialista em MFC e o pagamento de bolsa complementar a profissionais que atuam com preceptoria concomitante. Os quadros de 3 a 6 apresentam o instrumento final.

DISCUSSÃO

Os resultados do trabalho demonstram que a maioria dos preceptores do estado de São Paulo são especialistas na área e com formação para o cargo de educadores. Suas principais dificuldades em exercer o cargo estão relacionadas à organização da agenda, da unidade, e à relação com os gestores municipais, que muitas vezes possuem objetivos diferentes em relação à função da residência médica, observando o residente como um médico da equipe e não como um médico em formação, sendo que dados semelhantes foram percebidos em outros trabalhos sobre residência em MFC (39,65).

A partir da fala dos preceptores e da legislação atual, propõem-se recomendações aplicáveis aos programas de residência médica em medicina de família e comunidade, sendo validadas por juízes, resultando em uma matriz com 11 itens, organizados em três núcleos: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-residente. Isso permite observar a formação com uma óptica mais realística em comparação ao realizado atualmente, como realizado pela residência multiprofissional em saúde (66). Assim, o instrumento contempla a estrutura e processos de formação, adaptado da tríade de Donabedian e a vivência dos preceptores (63).

Quando observado o instrumento, o primeiro grupo avaliado (A1 a A3) são os recursos físicos e organizativos da unidade, dos quais são avaliados o espaço físico, a possibilidade de desenvolver as competências esperadas na residência e a organização da unidade, aspectos que influenciam diretamente a formação do residente. Diferentemente de residências hospitalares, em que a estrutura do serviço é de rotatividade, a APS tem como características ser resolutiva, próxima dos indivíduos (acessível), com enfoque comunitário e em equipe multiprofissional (37). Sua formação educacional nesse espaço também é singular (67,52).

Os pontos acima foram elencados como desafios pelos preceptores do estado de São Paulo em atuar na residência e coincidem com os encontrados em pesquisas anteriores (10,58,65,68), sendo corroborados pelos juízes como pontos a serem observados no programa. Este é um ponto crítico que demonstra a necessidade da interlocução entre ensino e assistência.

Quando avaliado o domínio A, os três componentes convergem para dois pontos essenciais: tamanho populacional e estrutura física da unidade/programa de residência, pois delimitam a agenda de consultas, atividades da unidade de saúde e cenários e metodologias de ensino-aprendizagem, além do próprio financiamento da saúde e da residência. Assim, a adequação de cenários de aprendizagem se interpõe com a própria organização das secretarias municipais de saúde pelas necessidades de cobertura populacional, financiamento em saúde, adequação de espaço físico e equipes de saúde, inclusive pela legislação que rege tais aspectos (37,38,69).

O tamanho populacional adequado por equipe em “unidades-escola” é sugerido desde 2015 com o máximo de 3.000 pessoas, além de momentos de educação permanente para o preceptor e para o residente e quais seriam suas funções na unidade (21). Contudo, a presença desses desafios demonstra que é preciso

aprimorar a interlocução e definição de processos de trabalho entre a residência e a gestão municipal, já sendo demonstrado por outros trabalhos que os objetivos são diferentes (39,65), dificultando que o PRM-MFC atinja seus objetivos: educação baseada no serviço de qualidade e modelo formativo.

Sendo assim, o componente A das recomendações é mandatório, pois é preciso observar a unidade e como ela está inserida no município, desde a população coberta até o processo de trabalho da formação do residente.

É conhecido que desde a gênese de uma legislação até sua efetiva implementação várias etapas são necessárias com monitorização constante para adequar a estrutura e processo. Assim, a matriz apresentada pode ser uma estratégia para se atingir esse objetivo, como realizado na rede de urgências e emergências (70).

Outro cenário de aprendizagem que pode ser inserido na formação são os laboratórios de simulação. Por sua natureza, a MFC necessita de simulações que envolvam o domínio comportamental (como aquelas desenvolvidas com atores) e habilidades técnicas (como colocação de dispositivo intrauterino), sendo uma nova estratégia de aprendizagem a ser adquirida pelos preceptores e novo cenário para a residência (46,71).

No segundo grupo de questões (B1 a B4), envolvido no domínio dos recursos humanos, dois itens apresentaram alto valor de aceitação pelos juízes: se o preceptor é especialista em MFC (B1) e se o preceptor recebe um valor diferenciado em seu salário (B4).

No ano de 2020 existiam 7.149 profissionais especialistas na área, ocorrendo um aumento de 3.127 profissionais nos últimos cinco anos (16,72). Apesar de ter sido apontado pelos juízes o desejo de especialistas na área para a formação de residentes, a política nacional de residência médica em MFC permite a atividade de profissionais de outras áreas como preceptores (21). Uma justificativa pode ser o baixo número de especialistas. Com isso, é mandatório avaliar se os preceptores da residência são especialistas na área ou se têm competência para exercer o cargo, o que está contemplado pelo instrumento desenvolvido.

O segundo item que recebeu ponderação máxima foi a complementação de bolsa para ser preceptor (B4). Este é um item que o Ministério da Saúde incentiva desde 2019, com a remuneração para o município e para o preceptor (69). No entanto, apesar de estudos demonstrarem que o preceptor não recebe bolsa rotineiramente

(65,23), já há evidências de que esta não seja a principal motivação para que os profissionais venham a exercer essa função (23). Ademais, a utilização de qualquer incentivo financeiro deve estar acoplada a indicadores de produção para que seja uma política indutora efetiva. Entretanto, os juízes não especificaram o motivo de sua escolha, o que impede uma conclusão assertiva sobre o tema e poderia ser uma oportunidade de aprimoramento do instrumento em versões futuras.

Os outros itens do Grupo B visam ao aspecto de educação pelo trabalho, educação permanente e educação continuada, sendo políticas de saúde de qualificação profissional (73). Quando observado o preceptor, muitos não definem de forma clara e homogênea a especialidade em MFC (23). Assim, é mandatório que o programa apresente sistematicamente a especialidade a todos os envolvidos, garantindo adequado conhecimento da área (itens B2 e B3).

Além do mais, considerando a educação permanente como política de saúde, sua presença na residência é fundamental (74). Por fim, a formação como educador possibilita aos preceptores maior quantidade e qualidade de ferramentas educacionais e assistenciais (46) (B2).

O terceiro domínio de avaliação (C1 e C2) foi o que mais exigiu ciclos de avaliação pelos juízes, pois visou a atingir um consenso do número de educandos por preceptor, valor já determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica, sendo seis residentes por preceptor (40 horas) (75).

Apesar desse número predeterminado, os programas apresentam uma grande variação, apresentando proporções que abrangem entre um e nove residentes por preceptor no estado de São Paulo. Além dos residentes, 67% dos preceptores são responsáveis por graduandos e outras áreas não médicas, aumentando o número de formandos por profissional (23).

Tais dados correspondem a números expressivamente superiores quando comparados a programas do exterior (23). Apesar de uma proporção menor entre residentes por preceptor provavelmente ser adequada, até que se atinja um número desejado de preceptores, esse item continuará a ser divergente entre os programas. A utilização repetida do instrumento poderá prover dados sobre a evolução desse indicador (relação preceptor/residente) e sua comparação entre as regionais, permitindo intervenção junto às instâncias responsáveis para aprimoramento contínuo dos programas.

Também nesse domínio é apresentado o número de educandos por preceptor, resultado da soma de residentes de MFC e alunos de outras instâncias (graduação e residência multidisciplinar). É importante observar esse número porque quanto mais educandos estiverem sob a tutela do preceptor, menor pode ser o tempo dedicado para a residência e ao graduando.

Por fim, o item excluído do questionário inicial, por orientação dos juízes, foi “Contratação de profissionais já com um período mínimo de assistência prévia ao trabalho de preceptoria (‘horas de voo’), sendo a fonte de verificação pelo menos três anos de atuação antes da preceptoria, como descrito para a residência em Portugal (76).

A justificativa é que o país ainda não possui um número suficiente de profissionais especialistas na área para ter assistência, docência, gestão e preceptoria de forma adequada. Assim, é necessário que o recém-formado da residência já assuma uma equipe para formar novos residentes, o que realmente ocorre na prática (23).

Como limitações do presente estudo podemos apontar que o instrumento foi desenvolvido utilizando como base apenas os preceptores do estado de São Paulo, que é o estado com maior número de programas de MFC implantados na Etapa 1. Já as Etapas 2 e 3 tiveram abrangência nacional. Ainda será necessária a validação do instrumento em outros estados da Federação com realidades distintas. Também é importante ressaltar que nenhum processo de avaliação deve ser apenas por uma ferramenta, mas um conjunto de ferramentas (77).

CONCLUSÃO

Este trabalho propõe um instrumento avaliativo de estruturas e processos para programas de residência em MFC dividido em três domínios: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-residente. Tal instrumento, quando adequadamente validado, poderá permitir a avaliação contínua dos programas para garantir a implementação das políticas públicas que regimentam a residência de MFC.

A seguir, os quadros de 3 a 6 apresentam a matriz de organização do PRM-MFC baseado na avaliação dos juízes.

Quadro 3 – Grupo 1: Organização da unidade (A.1. a A.3.)

Matriz desejável no programa	Modo de organizar e avaliar o critério	Número de ciclos avaliativos (1-5) e ponderação definida pelos juízes (8-10)
A.1. – Adequação de espaço físico da unidade para o trabalho:		
A.1.1 – Número de consultórios adequados para toda a equipe em atendimento, sem necessidade de rodízios durante os períodos em que o residente está em consulta, considerando que ele também tem atividades fora do consultório.	Ao menos um consultório por profissional e/ou não necessidade de rodízios.	Quatro ciclos e atingindo a ponderação de nove pontos.
A.1.2 – Salas e materiais de procedimentos na unidade (atividades propostas pelo currículo baseado em competências – CBC). Caso não haja essas atividades na unidade, o residente tem espaços na grade para realizar em outros espaços de treinamento.	Sala para realizar os procedimentos formativos para a especialidade com base no CBC, seja ela na unidade de referência, seja em outro espaço que garanta sua formação (como, por exemplo, outra unidade).	Quatro ciclos e atingindo a ponderação de nove pontos.
A.2. – Aprimoramento da organização da agenda e demanda dos serviços de atenção primária no contexto de unidades-escola, considerando o contexto social e vulnerabilidade da população definida. (Obs.: Tanto o preceptor quanto o residente devem ter espaços protegidos para a formação adequada do profissional em treinamento/preceptor, considerando a singularidade da MFC (visitas domiciliares, atividades coletivas, reuniões da unidade, agenda teórica, dentre outras demandas específicas de cada programa). Também devem ser considerados contextos singulares de cada programa: acadêmico, em rede SUS e em rede privado.)	O residente possui uma agenda protegida para atender e discutir casos. Além disso, tem espaços para visita domiciliar, procedimentos e grupos comunitários.	Três ciclos, atingindo a ponderação de nove pontos.
A.3. – Qualificação e melhor inter-relação da gestão do serviço com a residência médica para que se mantenha a unidade como unidade-escola.	A gestão corrobora a organização da unidade para que seja obtida formação adequada, pactuando metas e promovendo espaços de feedback dos profissionais da unidade e usuários com a residência médica.	Três ciclos, atingindo a ponderação de oito pontos.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Quadro 4 – Grupo 2: Recursos humanos (B.1. a B.4.)

Matriz desejável no programa	Modo de organizar e avaliar o critério	Número de ciclos (1-5) e ponderação definida pelos juízes (8-10)
B.1. – Incentivar e dar preferência para a contratação de profissionais para o cargo de preceptoría com título e/ou residência em medicina de família e comunidade com desejo/formação em preceptoría.	Todos os profissionais são especialistas em MFC.	Dois ciclos, com dez pontos de valor final.
B.2. Aprimoramento contínuo desses profissionais através de:		
B.2.1. – Educação em serviço baseado em estratégias de educação permanente e de demandas: da unidade, da carteira de serviços e do programa de residência.	Processo formativo do preceptor baseado nas demandas do serviço, da residência e da unidade, possuindo um espaço protegido na agenda para tal.	Três ciclos e nove pontos de ponderação.
B.2.2. – Educação continuada do preceptor por meio de cursos de preceptoría, educação em saúde, formação clínica continuada, matriciamento de casos, dentre outros. Também a inclusão de educação permanente em equipes que tenha residentes e preceptores, com agenda protegida.	Liberação do preceptor para cursos da Secretaria de Saúde, cursos externos, formação continuada pelo programa, matriciamento com outros profissionais, dentre outros.	Três ciclos e nove pontos de ponderação.
B.3. – Fornecer formação continuada aos profissionais (preceptores, residentes e equipe da unidade da residência) sobre a especialidade, suas atualizações e características, para que todos tenham o mesmo discurso e consigam avançar conforme o avanço da especialidade.	Há sistematicamente a apresentação aos residentes, preceptores e equipe de informação e formação sobre a especialidade?	Cinco ciclos e ponderação de nove pontos.
B.4. – Apoio financeiro para os preceptores, com complementação de salário ou bolsa de preceptoría.	Avaliar se o preceptor tem um salário diferenciado para o cargo em comparação a médicos assistencialistas exclusivos (complementação salarial).	Três ciclos e dez de ponderação.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Quadro 5 – Grupo 3: Relação preceptor-residente (C.1. e C.2.)

Matriz desejável no programa	Modo de organizar e avaliar o critério	Número de ciclos (1-5) e ponderação definida pelos juízes (8-10)
C.1. – Observação criteriosa do número de residentes por preceptor para ter adequado momento de formação de acordo com a organização do programa baseado na conformação da equipe.	Presença de, no máximo, três residentes por preceptor (somando os residentes do primeiro e segundo ano) por preceptor (40 h).	Quatro ciclos e nove de ponderação.
C.2. – Observação da sobrecarga de “educandos” por preceptor nos níveis de graduação e residência.	O número máximo é de cinco educandos (graduandos e residentes). Pode ser adequado a depender da possibilidade da equipe, espaço e acordos com as instituições de ensino (não gerando sobrecarga do preceptor).	Cinco ciclos e nove de ponderação.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Quadro 6 – Critério excluído da matriz

Matriz desejável no programa	Modo de organizar e avaliar o critério	Observação
Contratação de profissionais já com um período mínimo de assistência prévia ao trabalho de preceptoria (“horas de voo”).	Número de profissionais médicos de família e comunidade com pelo menos três anos de atuação antes de ser preceptor.	Excluído no Ciclo 2; 44,4% dos juízes concordaram manter esse critério. Assim, foi excluído por não atingir 80% de concordância em manter. Também sugerido retirar nos comentários por baixo número de profissionais especialistas em MFC no ano de 2021.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

4.3 Artigo 3 – A implantação da residência de medicina de família e comunidade na atenção primária: uso da ferramenta de análise de implantação no estado de São Paulo.

Implementation of family and community medicine residency in primary care: use of the implementation analysis tool in state of São Paulo.

Lucas Gaspar Ribeiro^a; Eliana Goldfabr Cyrino^b; Antônio Pazin-Filho^c

RESUMO

Introdução: A medicina de família e comunidade (MFC) é a especialidade preferencial para estar presente na principal porta de entrada dos sistemas de saúde, a atenção primária à saúde (APS). A melhor forma de incremento dessa especialidade é a residência médica, em que ao menos 70% do período de estágio é na APS. Assim, é imprescindível a qualidade de implantação da residência na APS. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de implementação dos programas de residência médica em MFC na APS. **Método:** Utilização de uma ferramenta desenvolvida para análise de implementação de residência de MFC na APS em programas pequenos (até dois residentes do segundo ano), médios (dois a cinco) e grandes (a partir de seis), avaliando de zero a quatro pontos, entre não implantado e totalmente implantado. As notas foram obtidas a partir de entrevista com residentes, preceptores, coordenadores e gestores municipais, considerando avaliação de quarta geração. **Resultados:** Seis programas foram avaliados, em municípios de 20 mil a 700 mil habitantes, com variação de um a 22 residentes do segundo ano, variando de insatisfatório (um programa) a totalmente implantado (dois programas). Municípios com maior cobertura de APS apresentaram resultados de implementação maiores. As notas mais baixas foram nos itens “educação permanente” e “educação continuada” e as mais altas na presença de especialistas em MFC como preceptores. Há diferença de percepção entre os entrevistados considerando as mesmas áreas. **Discussão:** O estudo sugere que municípios com maior investimento na APS também possuem melhores programas de residência, independentemente de o vínculo ser com centros educacionais ou secretarias de saúde. A pandemia de SARS-CoV-2 também dificultou a educação em saúde. Os resultados também foram definidores quando entrevistadas diferentes pessoas, demonstrando ser essencial essa metodologia. **Conclusão:** Há a necessidade de observar a implementação dos programas de residência na APS para garantir formação de qualidade, e não apenas quantidade para provimento.

^a Departamento de Medicina – Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – <https://orcid.org/0000-0003-4842-4294>

^b Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (FMB-Unesp) – <https://orcid.org/0000-0002-6526-3528>

^c Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (FMRP-USP) – <https://orcid.org/0000-0001-5242-329X>

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade. Atenção primária à saúde. Internato e residência. Educação médica. Avaliação de serviços.

INTRODUÇÃO

A residência médica é considerada a melhor estratégia para formação de novos especialistas médicos, sendo uma formação após a graduação, modalidade de especialização, com foco no treinamento em serviço (78). Uma das residências com maior crescimento na última década é o programa de medicina de família e comunidade (PRM-MFC), devido à necessidade do sistema de saúde em agregar especialistas para a atenção primária à saúde (APS) na modalidade, especialmente na modalidade de estratégia de saúde da família, a principal porta de entrada do sistema público (7).

Mesmo com a crescente abertura de vagas ofertadas e ocupadas nos últimos anos, o número de especialistas na área ainda é insuficiente para a necessidade do país, em que cada médico é responsável por até 4 mil pessoas (2–4). Apesar de o investimento federal na última década ter aumentado o número de vagas ocupadas em mais de 10 vezes (5), o governo federal propôs em 2021 um novo programa para aumento das residências no país (6).

A política de aumento de vagas lançada em 2021 busca equilibrar o desnível de profissionais distribuídos no país, com maior presença em regiões do Sul e Sudeste (16). Mas quando observados os locais dos PRM-MFCs e a fixação de profissionais, tanto para atuar na residência quanto nas outras práticas possíveis, eles têm preferência para se manter em grandes centros (43).

Além da escassez e da má distribuição de especialistas, a taxa de cobertura populacional e o número de equipes são bastante variáveis no país (16), contribuindo para uma variabilidade da estrutura das unidades, processos de trabalho e número de habitantes por área da unidade (80). Com isso, há uma variabilidade esperada entre organização e estruturação dos PRM-MFCs.

Os PRM-MFCs têm como principal área para o treinamento a APS e as unidades de saúde da família (7). Tal característica na formação é essencial para obter as competências esperadas do especialista em MFC, sendo desejosa a presença de preceptores com competência para atuar nessa área (8), contudo a legislação atual permite a presença de preceptores de outras áreas nos PRM-MFCs atuando e formando na APS (21), diferentemente de outras especialidades (20,21).

Para minimizar esta discrepância citada acima, em 2019 foi publicada a matriz de competências para os PRM-MFCs pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), definindo o que é esperado para o ensino nos PRM-MFCs, além de orientações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) sobre quais as competências que o futuro profissional deve possuir e como a unidade pode se organizar com o preceptor, mas sem apresentar o detalhamento e a robustez necessários sobre as condições mínimas de uma estrutura física e insumos adequados para atingir os objetivos propostos (31,56,79,52).

Contudo, tais documentos apresentam, em teoria, o que deveria ser desenvolvido durante os dois anos, mas inexistem ferramentas para avaliar as condições mínimas de uma estrutura física, insumos e processos educacionais adequados para garantir a formação dos novos profissionais, apenas orientações da SBMFC e da CNRM sobre quais as competências que o futuro profissional deve possuir e como a unidade pode se organizar com o preceptor (31,52,56). Com isso, os programas necessitam de diretrizes para a abertura e expansão de vagas de forma ordenada e capaz de suprir a formação, considerando a singularidade da MFC, que atua predominantemente na APS, diferentemente do utilizado pelo Ministério da Educação para análise de credenciamento e credenciamento de vagas, com alto volume de itens analisando o componente hospitalar.

A partir deste pressuposto, é necessário avaliar os PRM-MFCs a partir de sua singularidade, a APS, estão com a implantação adequada no serviço. Sendo que a atividade de emitir um juízo de valores a partir de um padrão predeterminado ou um referencial ideal, buscando falhas e corrigindo-as é avaliar (26). Os serviços de ensino e assistência na APS, como os PRM-MFCs, necessitam de instrumentos avaliativos que considerem a singularidade das atividades ali exercidas. Assim, o presente artigo apresenta a aplicação de um instrumento que avalia a implementação dos PRM-MFCs para a APS em seis programas do Estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Para conseguir realizar a comparação entre a implantação real em comparação com o referencial ideal de PRM-MFCs na APS foi necessário desenvolver um instrumento inédito. O desenvolvimento está apresentado na sequência metodológica da Figura 3. A primeira e segunda etapas compreenderam a percepção dos

preceptores sobre o processo de trabalho na residência. A terceira etapa sobrepôs os dados obtidos com a legislação vigente, construindo uma matriz do instrumento. Esse resultado foi apresentado e aprovado por médicos de família e comunidade considerados referências nacionais (juízes) utilizando o método Delphi (etapa 4), sendo os processos acima descritos em artigos dedicados (63,79).

O documento apresentado e aprovado pelos juízes foi organizado em três dimensões: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-estudante. Cada dimensão foi dividida em itens, sendo eles pontuados de zero a quatro, com base na implementação do PRM-MFC frente às fontes de verificação predeterminadas: 0 – não implantado ($\leq 20\%$); 1 – insatisfatório (entre $> 20\%$ e $\leq 40\%$); 2 – intermediário (entre $> 40\%$ e $\leq 60\%$); 3 – satisfatório ($> 60\%$ e $\leq 80\%$); 4 – pleno (acima de 80%), sendo um referencial utilizado em outras pesquisas semelhantes (70).

Assim, a média de cada PRM-MFC ou de cada item pesquisado foi considerada como: não implantado: **$\leq 0,8$ pontos**; insatisfatório: **0,8-1,5 pontos**; intermediário: **1,6-2,3 pontos**; satisfatório: **2,4-3,2 pontos**; pleno: **$\geq 3,2$ pontos**.

As notas aplicadas em cada item resultam da análise de conteúdo de entrevistas de quatro representantes de categorias vinculadas a PRM-MFCs, sendo eles o residente do segundo ano, preceptor da residência médica, coordenador ou supervisor do programa (a depender da organização de cada programa) e o gestor municipal, além de dados objetivos do programa (área adscrita da equipe com residente), contabilizando 12 itens avaliados.

O objetivo da pontuação a partir de quatro integrantes diferentes visou à utilização da metodologia de avaliação de quarta geração nos PRM-MFCs (36). Esse formato de avaliação propõe observar e obter dados de todos os envolvidos no processo para assim se obter uma avaliação mais fidedigna, com múltiplas vivências e percepções do objeto. O resultado dessa ferramenta é promover a mudança do serviço que está sendo avaliado a partir dos resultados e não apenas emitir um juízo de valores, como ocorre na avaliação de primeira geração, por exemplo.

A percepção dos diferentes entrevistados frente à mesma pergunta pode ser diferente, mas não é julgada como correta ou incorreta pela avaliação de quarta geração. As observações de cada pessoa permitem a complementação dos dados, pois cada um emite seu juízo de valores. Como há referencial ideal para todos os itens, definido por juízes nacionalmente (86), foi utilizada a análise de cunho mais

negativo, mas com plausibilidade, para obter a nota final, comparando o dado com a fonte de verificação.

Figura 3 – Arco de Ribeiro et al.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

No ano de 2021, o estado de São Paulo possuía 34 PRM-MFCs, com ao menos um residente do segundo ano (11 programas com até dois residentes do segundo ano, 12 programas de três a cinco residentes e 11 programas com seis ou mais residentes do segundo ano) (4).

O critério de inclusão para as entrevistas é o PRM-MFC possuir ao menos um residente do segundo ano em 2021, sendo o critério de exclusão a ausência da entrevista de um dos participantes para análise. As entrevistas foram realizadas por videoconferências, gravadas, e o áudio foi transcrito na íntegra para posterior análise de conteúdo de Bardin (34).

Idealmente, as amostras devem possuir programas vinculados a cursos de medicina e programas vinculados a secretarias municipais de saúde. Os grupos também deviam ser homogêneos em características de tamanho populacional municipal ou região de saúde (se comparada a capital com o interior), mas não foram critérios delimitadores.

As entrevistas foram suspensas quando seis programas preencheram os critérios de inclusão e exclusão. Os seis programas deveriam estar distribuídos igualmente em grupos de até dois residentes do segundo ano, três a cinco residentes e seis ou mais residentes do segundo ano a fim de comparação de grupos, definido pelos autores essa divisão.

Os programas que não preencheram os critérios foram por ausência de um ou mais entrevistados ao final da coleta e/ou não aprovação pelas secretarias municipais em realizar pesquisa na rede de saúde antes da finalização da coleta.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP com o parecer CAAE: 30805420.5.0000.5440.

RESULTADOS

Ao todo foram entrevistados 40 participantes de 13 programas diferentes, sendo utilizadas 22 pessoas de seis programas como respostas analisadas, visto que coordenadores de dois programas também exercem a preceptoria concomitantemente, sendo um programa do grupo de até dois residentes e outro do grupo de três a cinco residentes. Os demais participantes de PRM-MFC não preencheram os critérios de inclusão e preencheram os critérios de exclusão.

A Tabela 2 apresenta o resultado da análise de implantação e a Tabela 3 a característica histórica e demográfica dos PRM-MFCs analisados, atingindo o objetivo de PRM-MFCs com semelhança demográfica e institucional dentro dos grupos. É importante ressaltar que os seis programas avaliados são públicos, sendo que nos serviços de saúde complementar a organização estrutural pode ser diferente.

Tabela 2 – Análise de implantação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) analisados em 2021

Dimensão	Subdimensão	Item avaliado	Até 2 R2		2 a 5 R2		A partir de 6 R2		Média por grupo	Fonte de verificação
			PRM1	PRM2	PRM3	PRM4	PRM5	PRM6		
A (organização da unidade)										
A1	Espaço físico	Consultórios	4	1	3	3	3	4	3	Ao menos consultório por profissional e/ou não necessidade de rodízios em momentos assistenciais do residente
		Procedimentos	3	1	4	2	1	3	2,4	Salas para realizar os procedimentos formativos para a especialidade
A2	Agenda da unidade	Agenda do residente	4	1	2	1	2	4	2,4	O residente possui uma agenda protegida para atender e discutir casos; além disso, tem espaços para visita domiciliar, procedimentos, grupos comunitários
		Tamanho populacional	4	4	1	1	4	3	2,8	A população é considerada de um tamanho suficiente para o cuidado continuado e são considerados aspectos de vulnerabilidade no painel (baseado na portaria)
A3	Relação gestão-residência		2	1	2	2	1	3	2	A gestão corrobora a organização da unidade para que seja obtida formação adequada
B (recursos humanos)										
B1	Preceptor é MFC		4	3	2	4	4	4	3,5	Preceptor com título ou residência
B2	Formação complementar	Educação permanente	2	1	0	0	1	3	1,2	Educação permanente na unidade de saúde

Dimensão	Subdimensão	Item avaliado	Até 2 R2		2 a 5 R2		A partir de 6 R2		Média por grupo	Fonte de verificação
			PRM1	PRM2	PRM3	PRM4	PRM5	PRM6		
		ocorrendo na Unidade de Saúde da Família								
		Educação continuada / Liberação para formação externa à unidade de saúde	4	2	2	0	3	4	2,5	Liberação da gestão municipal/residência para o preceptor participar de atividades formativas
B3		Teoria sobre a MFC	4	4	2	3	4	4	3,5	Apresentação sobre a especialidade de forma teórica e vivência prática
B4		Apoio financeiro (bolsa)	4	1	3	1	4	4	2,9	Auxílio financeiro para o preceptor
C (relação preceptor-residente)										
C1		3 residentes/preceptor	4	4	3	0	3	4	3	Máximo de 3 residentes por preceptor 40 h/semana
C2		5 alunos/preceptor	4	4	3	0	0	2	2,2	Máximo de 5 alunos (residentes e graduandos) por preceptor 40 h/semana
Média final (0-4)			3,6	2,3	2,3	1,4	2,5	3,5	Média das notas = 2,6	

Nota: não implantado ($\leq 20\%$) ($\leq 0,8$ pontos); insatisfatório (entre $> 20\%$ e $\leq 40\%$) ($0,8 - 1,5$ pontos); intermediário (entre $> 40\%$ e $\leq 60\%$) ($1,6 - 2,3$ pontos); satisfatório ($> 60\%$ e $\leq 80\%$) ($2,4 - 3,2$ pontos); pleno (acima de 80%) ($\geq 3,2$ pontos). R2: residente do segundo ano de MFC.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 3 – Perfil histórico e demográfico dos PRM-MFCs analisados em 2021

	PRM1	PRM2	PRM3	PRM4	PRM5	PRM6
Vínculo	Secretaria de Saúde	Acadêmico	Secretaria de Saúde	Acadêmico	Secretaria de Saúde	Acadêmico
População do município	33.598	12.396.372 ¹	695.328	737.310	336.454	240.542
Número de equipes de saúde da família (ESF)	7	1498	40	44	102	31
Número de equipes de atenção primária	2	0	2	74	0	10
Cobertura de APS no município em dezembro de 2021	75%	40%	22%	44%	88%	63%
Início do programa	2019	2016	2014	2020	2012	2012
Residentes do primeiro ano em 2021	2	0	3	4	30	6
Residentes do segundo ano em 2021	2	1	7	10	22	6
Unidades de saúde da família com residentes	2	1	3	5	16	8
População estimada das equipes com residência	3.000	3.500	5.000-7.500	2.500-5.000 ²	3.000-3.500	3.500-4.000

¹ Cidade de São Paulo: 12.396.372 / Organização Social é responsável por aproximadamente. 600.000 e a Unidade de Saúde da Família que o residente atua possui seis equipes, com 21 mil pessoas no território (número considerado como “população” a fim de comparação com os outros PRM-MFCs).

² 2.500 são três equipes rurais, as duas unidades urbanas são de quatro equipes de 18 e 20 mil pessoas.

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Quadro 7 – Análise de implantação: análise da entrevista dos residentes do segundo ano, preceptores, coordenadores e gestores municipais em 2021 (Grupos A, B e C) de 6 Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC).

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
A (organização da unidade)					
A1	Espaço físico	Consultórios	PRM1 e PRM6: construção de unidades-escola que comportem residentes e alunos (nota 4).	PRM2: número de salas insuficiente para comportar todos os médicos assistentes mais o residente (nota 1).	PRM2: residente: há falta de uma sala – seis salas de consultório para distribuir entre sete pessoas, sendo que sempre um está sem acesso (não vivenciado na residência pela ausência de um profissional com agenda – escala de sala COVID). Gestão municipal: há rodízio de consultórios, não sendo possível garantir o consultório em 100% do tempo necessário.
		Procedimentos	PRM3: atividades desenvolvidas em nível secundário (com maior número de materiais e procedimentos) e matriciamento do profissional especialista na Atenção Primária à Saúde (APS) para ampliar ações na unidade (nota 4).	PRM2: citologia – apenas enfermagem, coleta. PRM5: não é pactuado que a atenção primária realize procedimentos, exceto DIU e lavagem otológica. Falta de material para realizar pequenos procedimentos na APS, comprados com verba do preceptor (quando o preceptor deseja fazer) (nota 1).	

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
A2	Agenda da unidade	Agenda do residente	PRM1 e PRM6: preceptores presentes 40 h, e sempre disponíveis (mesmo estando a graduação junto – agenda do preceptor) (nota 4).	PRM2: contrato CLT para 15 h, dividindo equipe com o preceptor (obrigatória meta de 20 h de atendimentos, visitas domiciliares, etc.). Para atingir essa meta, o estágio optativo fora da unidade foi suspenso. Discussão de casos via WhatsApp, pois o preceptor está com agenda simultânea, sendo que o horário em comum é de 20 h/semana. Agenda para reunião é protegida (nota 1). PRM4: os residentes do segundo ano ficam sozinhos nas unidades rurais. Os dois preceptores são contratados 20 h/semana para duas unidades e todos os residentes. Discussão de casos 1 h por semana. A agenda de visitas e reuniões depende da demanda assistencial e “orientação da secretaria de saúde” (nota 1).	PRM2: percepção da gestão de que o residente tem 35 h para atingir meta de 20 h, sendo factível atender e discutir casos, independentemente da organização e agenda do preceptor simultânea. Agenda de 15 em 15 minutos, sendo que poucas vezes encontra o preceptor ao longo da semana (residente). Já houve discussões com a gestão quanto à residência para “tocar o de serviço” <i>versus</i> aprendizado (preceptor/supervisor da residência). PRM4: percepção da gestão de que há uma orientação de manter visitas domiciliares e horários de discussão de casos, sendo suficiente. Residente e supervisor do programa relatam orientações da secretaria municipal em suspender visitas domiciliares, reuniões de equipe e discussão de casos em detrimento da assistência direta.
		Tamanho populacional	PRM1: máximo 3.000 (nota 4). PRM2 e PRM5: 3.000-3.500 (nota 4).	PRM3: 5.000-7.500 (nota 1). PRM4: 3.500 (assume equipe) a 5.000 (nota 1).	

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
A3	Relação gestão-residência		PRM6: gestão não interfere na agenda da unidade ou volume de atendimentos, mesmo com o residente recebendo bolsa. Percepção de apoio e construção conjunta. Dificuldade na estruturação de recursos humanos nas unidades (temporário) e de troca de informações entre a secretaria de saúde e a universidade (nota 3).	PRM2: vide agenda do residente. Orientações e organizações pela gestão municipal (nota 1). PRM5: atritos da residência com a gestão da unidade de saúde, principalmente por indicação política de pessoas não técnicas. Mudanças repentinas das agendas sem pactuação. O aumento da residência no último ano desorganizou a estrutura do PRM-MFC no município (percepção do residente, preceptor e supervisor). Gestor tem a percepção de que o aumento da residência deixou o ambiente menos harmônico, sendo mais difícil de controlar todas as unidades com mais residentes (nota 1).	PRM2: percepção do supervisor do programa foi a gestão ouvindo as demandas, mas não mudou pelas dificuldades devido à pandemia. A resposta do residente foi enfática: não ajudou em dois anos.
B (recursos humanos)					
B1	Preceptor é residente ou titulado em MFC		PRM5: contratação obrigatória dos preceptores com título/residência em MFC acrescida da obrigatoriedade de formação em curso de preceptor (nota 4).	PRM3: formação da residência em unidades básicas tradicionais com clínico, ginecologista-obstetra e pediatra, mantendo conformação até o momento, mas com a presença de especialistas em MFC presentes na unidade (principalmente com a atuação clínica do adulto) (nota 2).	

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
B2	Formação complementar	Educação permanente ocorrendo na Unidade de Saúde da Família (USF)	PRM6: Após a reunião de equipe há a discussão de temas pertinentes à unidade (por escolha da equipe, geralmente, mas também escolhidos pelo residente/preceptor), mas com diminuição durante a pandemia de COVID-19 (nota 3).	PRM3: pressão da secretaria municipal para assistência em detrimento da formação da equipe (nota 0). PRM4: presença de educação continuada verticalizada pela secretaria de saúde, via EaD, mas com baixo acesso e dificuldade de organização da rede (nota 0). PRM6: a gestão oferta espaços na agenda para educação permanente, mas não são todas as equipes que a utilizam, apenas fecham a agenda (nota 3).	
		Educação continuada / Liberação para atividades	PRM1 e PRM6: liberação do preceptor mediante acordo e aviso prévio à Secretaria Municipal de Saúde, considerado como direito do servidor/profissional (nota 4).	PRM4: presença de educação continuada verticalizada pela secretaria de saúde, via EaD, mas com baixo acesso e dificuldade de organização da rede. Portaria durante a pandemia impedindo a liberação dos profissionais para cursos (nota 0).	
B3	Teoria sobre a MFC		Geral: aulas no primeiro ano sobre a especialidade em MFC e atuação em unidades de saúde da família com especialistas em MFC (nota 4). PRM6: avaliação na entrevista da prova de residência para compreender se o candidato a residente conhece a especialidade (nota 4).	PRM3: apresentado na primeira semana de atividade, mas toda a atuação ocorre em unidades básicas de saúde de modelo parametrizado (clínico, ginecologista-obstetra e pediatra em unidades de saúde da família) (nota 2). PRM4: matriciamento de ginecologistas e pediatras para	

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
				os PRM-MFCs, sem contrapartida de volume de atendimentos para esses profissionais (nota 3).	
B4	Apoio financeiro (bolsa)		Geral: pagamento de bolsa além do salário para atuar como preceptor, mediante realização de atividades: aulas teóricas, aulas práticas, número de residentes sob sua supervisão, dentre outras (nota 4).	PRM2: sem apoio financeiro para ser preceptor na unidade, mas recebe por aulas realizadas no PRM-MFC (nota 1). PRM4: contratação tipo bolsa de preceptoria, sem receber salário para ser preceptor e/ou médico da unidade (nota 1). PRM5: bonificação variável de acordo com o número de residentes (1-5) e número de aulas ofertadas no PRM (nota 4).	
C (relação preceptor-residente)					
C1	Três residentes por preceptor (primeiro e segundo ano)		PRM3 e PRM5: variação de dois a quatro residentes por preceptor, maioria dos preceptores com no máximo três residentes (nota 3).	PRM4: dois preceptores para 14 residentes (nota 0).	
C2	Cinco alunos por preceptor (residente e graduação)		PRM1: máximo de três alunos para os dois preceptores, somado os quatro residentes, sendo que os alunos atendem a agenda do preceptor (nota 4). PRM2: o preceptor da residência não atua com a	PRM4: mesmo sem graduação junto com a residência, a média é de sete alunos (residentes + graduandos) por preceptor (nota 0). PRM5: há um excessivo número de cursos de medicina que utilizam a rede como	PRM6: é frequente a universidade inserir alunos de graduação na APS sem consultar a secretaria municipal sobre a possibilidade de uso da unidade, justamente pelo fato de o preceptor de residência ser docente da

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
			graduação, por definição contratual com a universidade (nota 4).	campo de estágio em todos os anos, elevando o número de alunos sob supervisão do preceptor, que divide a preceptoria dos alunos com os residentes do segundo ano (nota 0).	graduação de medicina na mesma unidade (nota 4).

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Quando observada a Tabela 2, a nota média de todos os programas é de 2,6, um resultado de implementação considerado satisfatório (2,4-3,2). Dois programas estavam plenamente implementados, com 3,6 e 3,5 pontos, sendo o PRM1 com quatro residentes (dois do primeiro e dois do segundo ano, em um município de pequeno porte e iniciado em 2019). O segundo, PRM6, apresenta 12 residentes (seis em cada ano), sendo um município de médio porte, com 10 anos de programa em 2022, sem distinção entre acadêmico e vinculado à secretaria de saúde, pois há presença das duas vinculações.

Apenas um programa está com média satisfatória, o PRM5, sendo ele também com 10 anos de abertura, mas é o maior programa avaliado, com 30 residentes do primeiro ano e 22 do segundo, vinculado à secretaria de saúde.

Dois programas (PRM2 e PRM3) foram considerados com implantação intermediária, sendo o perfil dos programas variável em tamanho e tempo de existência e vinculação. Por fim, é um programa de implementação insatisfatória (1,4), de vínculo acadêmico. Coincidentemente, os três programas são os com menores taxas de cobertura de estratégia de saúde da família no município.

Ao se observar a média dos itens analisados, apenas dois são considerados implantados: os preceptores com titulação em MFC (residência ou título) e a apresentação teórica sobre a especialidade aos residentes de forma estruturada, ambos com média 3,5. A agenda do residente na unidade e a relação da residência com a gestão municipal tiveram suas médias de 2,2 e 1,9 respectivamente, demonstrando ser intermediário esse item. O único item insuficiente é a educação continuada presente na unidade de saúde da família em que o residente está atuando. Os demais itens tiveram uma média satisfatória.

A análise de Bardin permitiu a elaboração das notas de cada item, justificando-as, sendo que os extremos das falas (o máximo de positivo e de negativo) estão apresentados no Quadro 7, além da divergência das falas entre os entrevistados. Como descrito na metodologia, quando ocorreu essa discrepância, foi utilizada a fala com teor mais negativo.

DISCUSSÃO

Este artigo finaliza o projeto **Desenvolvimento de Instrumento para Avaliação e Acompanhamento das Condições de Formação em Programas de**

Residência de Medicina de Família e Comunidade, com a aplicação do instrumento em programas de residência (Figura 3 – Etapa 6), sendo aplicado em PRM-MFCs do estado de São Paulo, constituindo uma pesquisa qualitativa, observacional e transversal.

Seus resultados apresentam a percepção de quatro representantes de categorias dos PRM-MFCs. A observação permitiu avaliar os mesmos itens e dimensões a partir de diferentes ângulos do mesmo objeto, compreendendo o grau de implantação do programa de residência na APS, atingindo um dos objetivos da análise de quarta geração (36).

A presença de diferentes pessoas apresentando suas percepções foi decisiva na obtenção das notas finais de cada programa. Isso resultou em maior fidedignidade na análise e implantação dos PRM-MFCs, principalmente no PRM2 e no PRM4, nos quais a divergência ficou evidente (Quadro 7) e definiu as notas finais. Os dois programas obtiveram os menores resultados dentre os seis estudados.

Os resultados da implantação (Tabela 2) associados a características do município e do PRM-MFC (Tabela 3) sugerem que municípios com coberturas de APS acima de 50% também apresentam os melhores resultados na implantação dos PRM-MFCs, independentemente de seu vínculo (secretaria de saúde ou acadêmico), inclusive estão acima da média do estado de São Paulo, com cobertura de 40,65% em dezembro de 2021.

O PRM1 e o PRM6 foram os únicos com notas permitindo ser totalmente implantados pela ferramenta e apresentam cobertura acima de 60% de APS no município. O PRM5 teve resultado satisfatório. Apesar da maior taxa de cobertura, ele possui o maior número de residentes concomitantemente dentre os PRM-MFCs avaliados.

Os dois programas que se apresentaram intermediários em suas notas – 2,3 pontos – têm uma cobertura abaixo de 50%, e quando observada a pontuação de cada item, elas diferem nas causas da nota. Por fim, um programa pontuou como insatisfatório, com 1,4 ponto, com diversas áreas necessitando de intervenções, apesar de uma cobertura de 40%, semelhante ao PRM2.

Este estudo é inédito na análise de vínculo e implementação de programas de residência na APS, não podendo ser comparado com outros na literatura nacional ou internacional, pois não é realizada sistematicamente a acreditação de programas no Brasil, exceto pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a qual não

divulga dados relativos aos programas, apenas se é creditado ou não, com resultados de programas e vagas aprovados pela comissão.

Concomitantemente, a literatura se estrutura em provimento e aumento de vagas em residência médica, em especial para o SUS (9,19,81,82,93). Observar o provimento e aumento de profissionais é de grande importância, pois permite que o sistema de saúde possua um maior número de profissionais qualificados. Contudo, surge como questão norteadora no atual artigo a qualidade da formação e não apenas taxas de cobertura e volume de formados.

Para tal, além do dado acima, em que municípios com maiores investimentos em APS possuem melhores resultados da residência médica, sugerindo uma correlação de valorização do município à política de Estado, a estratégia de saúde da família e a política de fortalecimento dos PRM-MFCs de qualidade, também serão analisados os dados obtidos nas três dimensões do instrumento: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-residente, nessa ordem.

A dimensão “organização da unidade” apresentou as notas mais baixas em procedimentos, agenda do residente e relação entre PRM e gestão municipal, com 2,4, 2,4 e 2 pontos em média, os dois primeiros com média satisfatória e o terceiro com média intermediária. Os três aspectos estão interligados com o suporte municipal para os PRM-MFCs. A agenda do residente é dependente do equilíbrio do volume assistencial *versus* tempo e organização do ensino, espaços protegidos para outras atividades, além de atendimentos em consultório (visita domiciliar, reunião de equipe, grupos, procedimentos, dentre outros).

Os procedimentos dependem do fluxo de materiais para a APS (como, por exemplo, instrumentais cirúrgicos) e/ou ambulatoriais fora da APS para o residente. Por fim, na relação entre PRM-MFCs e gestão são essenciais a colaboração e a inter-relação, pois a residência está vinculada à Rede de Atenção à Saúde na APS municipal, sendo já definida essa relação por documentos federais e outros trabalhos (21,31,39,65).

A partir dessa interseção, aparentemente há uma necessidade de elaboração de planos de desenvolvimento e inserção adequada dos PRM-MFCs nos municípios, pois o município é o responsável por definir metas assistenciais, organização da agenda e organização de fluxos de materiais para a APS (37).

Tais características se evidenciam no Quadro 7, com a percepção direta e indireta dos entrevistados na pressão assistencial ou na agenda protegida ou

liberdade de organização da agenda dos PRMs, definindo melhor ou pior implementação do PRM-MFC na APS, tendo em vistas as notas na dimensão “organização da unidade”, refletindo o PRM1 e o PRM6 com maiores notas, inclusive o PRM6 com melhor interação com a gestão municipal.

O currículo e a matriz de competências esperadas para a formação em MFC apresentam tais domínios como essenciais na formação (31,52), contudo não é possível atingir as metas propostas sem uma estrutura organizacional de unidade e de rede de saúde (como, por exemplo, o fluxo do anatomopatológico de uma lesão) ou insumos para realizar as atividades, como apresentado no PRM5, em que o profissional compra instrumentais para realização de procedimentos.

Além das competências cirúrgicas e procedimentais, há uma competência essencial desde a graduação que é a coleta de citologia oncótica, não realizada em nenhum dos dois anos de residência no PRM2, por organização da unidade, sendo uma falha grave na formação do residente.

Assim, o instrumento reforça a importância de observar as diversas pessoas inseridas na residência (avaliação de quarta geração), pois foram falas de preceptores e residentes que permitiram tais diagnósticos, demonstrando que os PRMs estão aquém do esperado, apesar de serem considerados adequados em avaliação da CNRM, cumprindo a matriz esperada de um PRM-MFC.

A dimensão “recursos humanos” apresenta as piores médias nos itens da educação permanente (1,2 pontos) e educação continuada (2,5 pontos). A educação permanente (EP) é uma política estruturada como essencial na educação dos trabalhadores da APS desde 2007 (80,94), sendo que aparentemente a baixa nota foi resultado da pandemia do vírus SARS-CoV-2, coexistindo com período de coleta de dados, explicitada no Quadro 7.

Essa justificativa ocorre porque os municípios possuem profissionais nomeados para organizar a política de EP e continuada (EC) para a rede de saúde e eles tiveram dificuldades na implementação das ações nos anos de 2020 e 2021. Por exemplo, o PRM4 modificou as atividades presenciais para encontros virtuais ou aulas gravadas, enquanto o PRM3 suspendeu as atividades a fim de aumentar a assistência. Tais modificações poderiam ser justificáveis pela pandemia, mas descaracterizaram a atividade de educação da unidade, como previsto por políticas já existentes (73,83), resultando nas notas do ano de 2021.

É necessária a avaliação dos mesmos parâmetros em períodos fora da desorganização estrutural das políticas públicas em saúde advindas de uma pandemia e, assim, seria também possível avaliar se os departamentos de educação em saúde dos municípios estão conseguindo realizar a tarefa esperada, não apenas a implantação nas unidades de saúde da família.

É importante ressaltar que a EP é baseada no serviço, com a definição das discussões pela equipe e não por alguns profissionais apenas, apresentado pela política e por outros autores (73,83). Justamente a centralidade na definição de temáticas reduziu a nota do PRM6 de 4 para 3. Apesar de conseguirem realizar atividades nas unidades de saúde, em períodos da semana predeterminados, o uso de temáticas optadas por poucos não caracteriza a sensibilização e modificação da equipe propostas em uma educação permanente.

No mesmo PRM6, também é de conhecimento da gestão que unidades possuem agenda protegida para a EP, mas não fazem uso do momento para tal, demonstrando que apesar de presente e protegido o espaço, é necessário sensibilizar a equipe e o PRM-MFC para fazer o uso adequado dele. É interessante ressaltar que a colocação foi realizada pela pessoa responsável pelo departamento de EP do município, assim, há o conhecimento e a limitação em nível central.

Já a EC foi considerada como atividades fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou liberação dos profissionais para cursos e eventos, caracterizando um processo formativo fora da APS (73,83). De forma geral, os PRM-MFCs e os governos municipais não demonstraram negativas ou resistências com essa formação, principalmente em período pandêmico, o que, como apresentado acima, reforçou a necessidade de movimentos educacionais utilizando tecnologia (educação a distância).

Um programa que foi atípico foi o PRM4, com dificuldade de organização e liberação de profissionais no período de pandemia do SARS-CoV-2 (Quadro 7). Assim como ocorreu para a EP, essa modalidade formativa também foi afetada pela pandemia, e necessitou do rearranjo da APS, assim como ocorreu em outros momentos epidêmicos e pandêmicos (84).

Serão necessários novos estudos para avaliar como é o processo educacional fora de momentos atípicos. É importante ressaltar que a EP e a EC são duas ferramentas essenciais para o gerenciamento e reorganização de processos de trabalho, sendo utilizadas durante a pandemia para esse fim, como apresentado em

literatura específica (85), mas nenhum dos 22 entrevistados trouxe essas ferramentas como organizadoras do trabalho. Esse fato pode ter ocorrido porque a coleta ocorreu em 2021, pós-reorganização, ou porque não foi utilizada realmente, mas sim uma gestão verticalizada e com orientações a todas as unidades, sem espaço de diálogo.

O item “pagamento de bolsa de preceptor” atingiu uma média satisfatória (2,9 pontos). O apoio financeiro foi definido nas políticas de indução dos PRM-MFCs em 2021 (15), sendo o mesmo ano da coleta dos dados, e com isso não influenciou os resultados. A nota obtida demonstra que políticas municipais ou dos próprios PRM-MFCs buscaram fortalecer a atividade do preceptor, dado semelhante ao de outros municípios em âmbito nacional (39).

Para o auxílio ao preceptor, foram apresentadas funções que eles deveriam desempenhar, além da atuação na unidade, como ofertar aulas, assistir um número definido de residentes, dentre outros. A relação de auxílio baseado em outras responsabilidades é considerada algo positivo, pois o ganho financeiro é visto como um pagamento por um trabalho a mais.

A ação de um pagamento variável secundário a uma atividade específica ainda é recente e pouco usual no Brasil, apesar de ser comum fora do país, mas é percebida como algo que valoriza o trabalho e gera maiores resultados (86). Assim, a remuneração diferenciada é um fator importante desde que atrelada à entrega de produtos relacionados à residência médica, não apenas a número de residentes sob a tutela do preceptor, como obtido no PRM5 (quanto mais residentes, maior a bonificação, com o teto de cinco residentes).

Ainda na dimensão “recursos humanos”, dois itens são interessantes de destacar: formação em MFC e apresentação da especialidade MFC, pois depara-se com uma discussão mais aprofundada, apesar de considerados plenos na implantação (média de 3,5 pontos). A organização da APS no PRM2, no PRM3 e no PRM4 será apresentada com mais detalhes a seguir, pois os três foram os únicos que não receberam nota 4 nos itens.

Os três programas possuem profissionais especialistas na área atuando como preceptores. Contudo, o período de preceptoría é menor que o tempo que o residente permanece na unidade. No PRM2 o residente é contratado 15 horas por semana como médico assistente (Quadro 7 – campo A2, pontos negativos), não sendo assistido pelo preceptor nesse período. Essa carga horária corresponde a 42% do tempo do

residente na unidade (35 horas por semana), sendo a justificativa a “bolsa adicional para o residente”.

Já no PRM3 e no PRM4, os residentes não possuem vínculo empregatício, mas os preceptores são contratados por um período menor que 40 horas por semana (variando de 15 a 30 horas). Na vacância do preceptor especialista em MFC, profissionais de outras especialidades os supervisionam nas unidades de saúde da família como médicos contratados da unidade ou na modalidade de matriciamento (Quadro 7).

Esses são aspectos negativos e que descaracterizam a residência médica como treinamento em serviço sob supervisão e a especialidade em MFC, que possui características de integralidade e longitudinalidade da equipe e pessoas assistidas (7). A qualidade dos PRM-MFCs fica afetada com a formação de futuros especialistas, sendo modelada por profissionais com carga horária inferior à residência e a própria assistência de uma unidade de saúde da família, matriciados sem supervisão dos preceptores médicos de família e comunidade, ou seja, com a especificidade da MFC no matriciamento, e permanecem parte do tempo de APS da residência sem supervisão e com relação trabalhista e não de formação, inclusive vinculados à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Por fim, a terceira dimensão – relação preceptor-residente – foi caracterizada como não implantada em apenas um programa (PRM4), pois os 14 residentes são assistidos por dois preceptores, sendo que cada um está atuando 20 horas na preceptoria. Assim, são 14 pessoas em formação assistidas por 40 horas por semana de preceptoria, número abaixo da crítica e único programa com tal desenho dentre os avaliados. Mesmo o PRM5, que também é volumoso em número de residentes, possui uma organização e distribuição adequadas.

É preciso aumentar o número de profissionais supervisionando os residentes para atingir o mínimo esperado pela legislação vigente para programas de residência de forma geral e programa de residência em medicina de família e comunidade (22,87), sendo injustificável a permissividade do credenciamento de tal programa pela CNRM.

Quando observado também o número de graduandos, presente no item “número de educandos”, este demonstrou ser um fator de grande relevância. Com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina, 30% da carga horária do internado deve ser realizada em dois cenários: APS e urgência e emergência (48).

Esse aspecto aumentou a necessidade do uso das unidades dos municípios como unidades-escola para os cursos de medicina, atingindo mais de 60% dos municípios com residência e graduação concomitantes (39).

Dos seis programas avaliados, quatro recebem alunos, sendo que o aumento de alunos pode deslocar o preceptor da residência para educação dos alunos de graduação (como ocorre no PRM6) ou mesmo os residentes para esse papel (PRM5). A formação do residente em preceptoria da graduação é uma competência esperada (52), mas deve ser supervisionada pelo preceptor da unidade. Não ficou clara na entrevista tal atividade, pelo contrário, o supervisor está sobrecarregado e o residente auxilia na discussão de casos com a graduação.

Assim, a presença da graduação é uma realidade que será cada vez mais presente, mas a presença e o número de alunos não deveriam desorganizar o processo de trabalho da unidade e de formação do grupo, tanto residentes quanto alunos, como apresentado em estudo específico da graduação (88), podendo inclusive acometer a escolha de especialidade do graduando, como presente na fala de preceptores em artigo próprio (63) e mesmo em currículos voltado a graduação na APS, a organização das disciplinas pode corroborar com as escolhas profissionais (55).

Os gestores do PRM5 e do PRM6 (Quadro 7) apresentam o excesso de graduandos e a dificuldade de interlocução com as universidades como fatores de preocupação. A inserção da graduação dos cursos de saúde é uma realidade para a APS, mas serão necessários novos estudos no futuro para compreender como os PRM-MFCs estão se organizando com a graduação concomitante e como eles podem auxiliar no processo, mas já existem estudos demonstrando essa correlação como positiva (54).

Como limitantes do presente estudo, é importante ressaltar o limitado número de PRM-MFCs avaliados, apenas seis em um universo de 40 programas no estado de São Paulo, com apenas um da capital, e ausência de um PMR em MFC com até dois ou mais de seis residentes do segundo ano em municípios com mais de 400 mil habitantes, apesar de o objetivo deste estudo ser a experimentação da ferramenta.

Também é válido reforçar que em programas com mais de um residente ou preceptor seria possível entrevistar mais pessoas e obter diferentes percepções do mesmo cargo, sendo estas as limitações da aplicação do instrumento nesta análise.

Avaliar um PRM-MFC além do esperado pela CNRM é um desafio, pois não há literatura nacional disponível com a temática, sendo necessária a criação de instrumentos para tal, e o apresentado nesse material visa essencialmente a observar a implantação dos programas na APS, observando a realidade e retornando a ela (Figura 3).

Para uma adequada fundamentação na qualidade do PRM-MFC será necessário desenvolver e utilizar outras ferramentas, por exemplo: Como é feita a formação teórica e prática do residente? Como é realizada sua avaliação sistemática? São utilizadas ferramentas somativas e formativas? Os estágios fora do serviço de APS são compatíveis com o esperado para as competências em MFC, inclusive a possibilidade de avaliação do residente e do PRM-MFC pela equipe e população? Esses não foram os objetivos da ferramenta, mas são essenciais na avaliação do PRM e em possível discussão futura sobre acreditação de PRM na MFC brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os PRM-MFCs estão em ascensão de vagas na última década, com aumento de vagas abertas e ocupadas. Entretanto, não se objetivou avaliar a qualidade dos PRMs e da APS onde eles estão inseridos, mas sim a necessidade do país em possuir um maior número de especialistas em MFC, ou o provimento. O presente artigo apresenta a aplicação de um instrumento que visa a avaliar se os PRM-MFCs estão implantados na APS e quais os pontos que necessitam de melhora, de forma inédita.

Tal instrumento foi aplicado em seis programas do estado de São Paulo, demonstrando uma variabilidade de respostas e qualidade dos programas em sua implantação, atingindo o objetivo proposto. A partir dos resultados, é possível ampliar seu uso para a validação da ferramenta, sendo uma potente estrutura de qualificação da MFC no futuro a partir de PRM-MFCs.

5 DISCUSSÃO

A coletânea de artigos é o resultado de seis anos de pesquisa sobre PRM-MFCs, sendo desenvolvida desde o mestrado em 2017, mas com vivência teórico-prática desde a escolha pela residência médica na MFC, em 2014. O mestrado iniciou com a hipótese sobre a qualidade dos preceptores em residência médica, este sendo o principal fator definidor da qualidade dos PRM-MFCs, inclusive teorizando sobre o preceptor ideal (7).

Contudo, tal hipótese foi refutada pela amostra que respondeu ao questionário (50% dos preceptores do estado de São Paulo), pois a maioria é especialista na área e com formação em preceptoria. Tal fato gerou novas hipóteses, as quais ampliaram a percepção dos programas e a importância de sua relação com a APS, e não apenas com o preceptor (23).

A partir dessa nova ótica, o presente trabalho teve como objetivo desenvolver uma ferramenta avaliativa do grau de implementação dos PRM-MFCs em seu local de maior inserção teórico-prática, a APS. Esse ponto da Rede de Atenção à Saúde é o principal local de atuação do médico de família e comunidade, sendo a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, tanto público quanto suplementar (30). Por isso há a obrigatoriedade de o residente permanecer, ao menos, 70% do tempo na unidade de saúde da família (21).

Para se conseguir atingir o objetivo proposto, foi necessária a adequação do Arco de Margueret, com observação da realidade, teorização, definição de hipóteses, determinação de intervenções e retorno à realidade para teste de hipóteses, com base no ensino e pesquisa (25), associando metodologia científica e avaliação, permitindo a interlocução do ensino (a originalidade do arco) com pesquisa. O arco se faz completo quando observada a dissertação de mestrado (23) e os **três artigos** presentes nesta tese.

A dissertação permitiu gerar hipóteses com as dimensões que afetam a qualidade do programa, dentre elas: inserção dos PRM-MFCs na APS utilizando sua estrutura física e processo de trabalho (por exemplo, organização da agenda, procedimentos na APS, grupos, reuniões de equipe, dentre outros), utilização de metodologias de ensino-aprendizagem, mesclando entre metodologias ativas e tradicionais, número de residentes e alunos de graduação na unidade, relação e

interação com a gestão municipal, as quais definem a organização do trabalho na APS, dentre outras.

Tais ponderações dos preceptores permitiram a elaboração do **Artigo 1**, com uma análise sobre as percepções da residência médica, construída em uma matriz FOFA (35) sobreposta a TD (27) (**Artigo 1** – Quadro 2). O resultado da análise foi definir três áreas essenciais na qualidade dos PRM-MFCs: relação preceptor-residente; relação preceptor-unidade; relação preceptor-gestão municipal.

Considerando a relação preceptor-residente, foi obtido que a maioria dos preceptores possui formação em educação e são especialistas, sendo uma força dos PRM-MFCs essa dupla formação. Tanto em São Paulo quanto nos outros estados da Federação, a prevalência de especialistas é semelhante (43), mas é inédito o dado da formação complementar em preceptoria, sendo um dos motivos a presença destes como algo relativamente recente no país, com maior inserção após as políticas nacionais de fortalecimento da preceptoria (15,24,44,69), inclusive permitindo a utilização de metodologias ativas para ensino e aprendizagem e compreensão de ser modelo na educação (45,46,89).

O município do Rio de Janeiro, um exemplo de município que fez grande investimento na APS e na construção de um PRM-MFC pela Secretaria Municipal de Saúde a partir de 2012 (90,91), está obtendo resultados de melhora da assistência na APS a partir do modelo de residência médica (32,33), baseado em aumento de cobertura de APS e aumento de preceptores e residentes atuando (91). Assim, os PRM-MFCs podem ser modificadores do cuidado na APS, promotores de saúde e formadores de profissionais altamente especializados em cuidar de pessoas, como sugerido pelos preceptores no **Artigo 1**.

Uma necessidade de mudança para aumentar o número de residentes em MFC consiste em modificar uma ameaça (**Artigo 1** – Quadro 2): a formação na graduação. Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da Medicina de 2014 reforçarem o papel da APS na graduação (48), os preceptores relatam dificuldade com os alunos da graduação, pois muitos residentes iniciam a formação com baixo conhecimento da especialidade.

Esse baixo conhecimento pode ser um fator da procura insuficiente de médicos que escolhem a carreira da MFC, como apresentado em outros artigos (50,92). Ter modelos na graduação pode definir a especialidade, sendo que uma possível justificativa para a baixa apresentação da especialidade na graduação é a área da

relação preceptor-unidade. Essa área sugere como organizar o processo de trabalho e ensino, organizando as unidades como unidades-escola e com foco no ensino pelo trabalho (48), permitindo que os especialistas apresentem a APS e a MFC como a especialidade.

Apesar de não haver dados quantitativos de volume de atendimentos e número de salas, pode ser razoável inferir que a excessiva demanda assistencial frente à necessidade de ensino do residente e aluno dificulta sua formação pelos preceptores, tanto na produção das competências quanto em sua avaliação, tanto que tal característica foi presente nos **Artigos 1, 2 e 3**, demonstrando a importância da estrutura física e funcional do serviço.

Por fim, a terceira área, relação preceptor-gestão, está intimamente ligada a aspectos apresentados acima, como também ao apoio financeiro à preceptoria, organização da Rede de Atenção à Saúde e valorização do PRM-MFC como ferramenta para qualificar o sistema de saúde, como demonstrado no acompanhamento e encaminhamento para serviços da Rede de Atenção à Saúde (32,33), mas também na percepção dos próprios gestores municipais da mudança da rede (39).

Uma forma de valorizar a residência e fixar preceptores qualificados é a oferta de bolsas (43). Contudo, esse auxílio não é definidor da escolha em ser preceptor da maioria dos profissionais, semelhante ao que ocorre fora do Brasil (58). Além disso, o auxílio financeiro é apenas um aspecto que auxilia na fixação de profissionais, tendo questões familiares e relacionais também de grande relevância (43), o que poderia justificar a má distribuição de especialistas em MFC no país (16) e com dificuldade na interiorização da especialidade.

Para modificar esse parâmetro, é necessário compreender as motivações do preceptor e dos gestores para estar nos PRM-MFCs dos municípios. O Quadro 2 no **Artigo 1** apresenta aspectos que reforçam ou afastam os preceptores dos programas, e que podem fornecer indícios para essa mudança e permitir construir instrumentos para qualificar a APS e aproximar a prática do ideal.

A construção da matriz a partir do enumerado acima (**Artigo 1**) está descrita no **Artigo 2**, considerando a continuação da pesquisa, sendo que a grande maioria dos 36 itens obtidos na matriz são os balizadores do instrumento final, demonstrando que a realidade vivenciada é um importante indicador de qualidade e de percepção das características que devem ser mantidas ou modificadas, obtida a da vivência, já

aqui enumerando um processo de avaliação e definição de características por pares, o que é uma das etapas da avaliação de quarta geração, inclusive (36), mesmo que não inserida na metodologia neste momento.

A matriz foi validada por juízes, resultando em 11 itens, organizados em três núcleos: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-residente. Assim, o instrumento contempla a estrutura e processos de formação, adaptado da tríade de Donabedian, e a vivência dos preceptores (63).

Quando observado o instrumento (**Artigo 2** – Quadros 3 a 6), o primeiro grupo avaliado (A1 a A3) são os recursos físicos e organizativos da unidade, os quais foram apontados pelos preceptores como nós críticos. A APS tem como características ser resolutive, próxima dos indivíduos (acessível), com enfoque comunitário e em equipe multiprofissional (37). Sua formação educacional nesse espaço também é singular (52,67). Assim, ter uma unidade funcional e com capacidade de assistência individual, coletiva, procedimentos e reuniões é de grande valia, mesmo que não apontados pelos preceptores em um primeiro momento todos esses aspectos.

Outras duas características que definem a organização da unidade, além do espaço físico, são o tamanho populacional e a agenda de atividades na APS, que atualmente estão diretamente vinculadas a financiamento da APS (69,93). Para conseguir equilibrar as atividades assistenciais e educacionais é importante que a adequação de cenários de aprendizagem seja corroborada e apoiada pelas secretarias municipais de saúde, equilibrando necessidades de cobertura populacional, financiamento em saúde, adequação de espaço físico e equipes de saúde, inclusive pela legislação que rege tais aspectos (37,38,69).

No domínio de recursos humanos, dois itens apresentaram alto valor de aceitação pelos juízes: se o preceptor é especialista em MFC e se o preceptor recebe um valor diferenciado em seu salário. Dados do **Artigo 1** e de outros autores (43) já demonstraram que a maioria é especialista na área e que também não é um fator essencial a bolsa em preceptoria, apesar da alta taxa de aceitação dos pares (juízes) e da inserção desse auxílio como Oportunidade ou Ameaça (**Artigo 1** – Quadro 2).

Já quanto ao ser especialista, quando observado o número de vagas credenciadas e de especialistas em MFC no Brasil, há 7.149 profissionais especialistas em 2020, sendo que em 2022 estavam credenciadas 7.158 vagas em programas de MFC (somando residentes do primeiro e segundo ano) (4).

Ou seja, o país apresenta o mesmo número de especialistas e de vagas, demonstrando baixa quantidade de especialistas para as vagas existentes, pois nem todos os médicos estão vinculados a programas – a distribuição sobre onde trabalham os médicos de família e comunidade no Brasil não está presente na literatura.

A questão do Grupo B que trata sobre a apresentação sistemática da especialidade aos residentes é bastante interessante quando observado que a maioria dos preceptores não define de forma clara e homogênea a própria área em que atua (23), menos ainda a clareza em trabalhar em estratégia de saúde da família com educação permanente ou continuada e definir essa política (73). Assim, é mandatório que o programa apresente sistematicamente a especialidade a todos os envolvidos, garantindo adequado conhecimento da área. Tais fatos podem ocorrer pelas fraquezas e ameaças presentes no **Artigo 1**, também.

Por fim, a terceira dimensão avaliada (número de residentes e graduandos) foi a que mais exigiu ciclos de avaliação pelos juízes e um ponto apresentado no **Artigo 1** com bastante intensidade. Apesar de a CNRM definir um número máximo de residentes por preceptor de 40 horas semanais para residências no geral (75), as DCNs não apresentam quantos alunos há por preceptor, apenas a necessidade do estágio na APS. Essa inserção sobrepôs nas mesmas unidades a residência e graduação médica em nível nacional (39), gerando uma sobrecarga educacional ao preceptor. Com isso, é imprescindível a definição do número ideal de residentes e estudantes (residentes e graduandos) por preceptor, principalmente se comparado ao exterior, em que os números são menores (15).

Por fim, o item excluído do questionário inicial (**Artigo 2** – Quadro 6) foi “contratação de profissionais já com um período mínimo de assistência prévia ao trabalho de preceptoria (‘horas de voo’), sendo a fonte de verificação pelo menos três anos de atuação antes da preceptoria, como descrito para a residência em Portugal (76). Apesar de esse item ter sido excluído, ele pode ser um indicador de qualidade dos PRM-MFCs no futuro, quando o país tiver um maior número de especialistas atuando. A realidade do Brasil atual é que muitos recém-egressos dos PRMs já assumem a preceptoria (15), invalidando esse indicador.

Após a elaboração da matriz de avaliação, o instrumento foi construído pelo autor, inserindo as notas possíveis em cada dimensão e área e as fontes de validação aprovadas pelos juízes na metodologia descrita no **Artigo 2**. Ao final, com o instrumento finalizado, os autores o aplicaram, utilizando a avaliação de quarta

geração (36) em seis programas do estado de São Paulo. O desenvolvimento e a aplicação do instrumento, assim como seus resultados, estão apresentados no **Artigo 3**.

Como apresentado no artigo, o instrumento foi aplicado em seis programas diferentes, variando de um a 22 residentes do segundo ano de medicina e em municípios de pequeno, médio e grande porte, além de diferentes taxas de coberturas de APS no município, variando de 22% a 88% de cobertura em dezembro de 2021. Com isso, há uma variabilidade da característica do município e dos programas, permitindo comparações entre eles, presente no **Artigo 3** – Tabela 3.

As entrevistas permitiram compreender os motivos das notas obtidas em cada dimensão avaliada (**Artigo 3** – Tabela 2 e Quadro 7), sendo parte das dimensões já presentes como fortalezas e ameaças desde o **Artigo 1**, com a percepção e vivência dos preceptores, e outras que foram sendo adequadas e inseridas devido à legislação específica e à percepção de juízes, como descrito no **Artigo 2**.

Assim, o **Artigo 3** atinge o objetivo da tese, que é o desenvolvimento e a aplicação de um instrumento para avaliar a implementação de um PRM-MFC na APS, através de uma metodologia que obteve dados de diferentes pessoas, todas inseridas no mesmo objeto de estudo (programa de residência em MFC), com funções diferentes e percepções diferentes. Isso permitiu que, além de pontuar notas no programa, fossem observados os pontos adequados e com necessidade de intervenção, gerando uma avaliação participativa e construtivista, característica da avaliação de quarta geração (36).

Tais dados completam o arco de Margueres (**Artigo 3** – Figura 3). A presença de diferentes pessoas apresentando suas percepções foi decisiva na obtenção das notas finais de cada programa. Isso resultou em maior fidedignidade na análise de implantação dos PRM-MFCs, como caracterizado no **Artigo 3** – Quadro 7.

Primeiramente, os dados sugerem uma correlação entre cobertura de APS e implementação da residência médica, visto que os programas com maiores notas de implementação (**Artigo 3** – Tabela 2) estão nos municípios com maiores coberturas de APS (**Artigo 3** – Tabela 3), independentemente do fato de o PRM-MFC ter vínculo com a secretaria de saúde ou instituições de ensino. Tal resultado não pode ser comparado com outros dados da literatura, pois é inédita a análise de implementação e a correlação cobertura-inserção do PRM-MFC na APS. O único órgão que avalia a organização dos PRMs é a CNRM, a qual não divulga dados relativos aos programas,

apenas se são creditados ou não, com resultados de programas e vagas aprovadas pela comissão.

Concomitantemente, a literatura se estrutura em provimento e aumento de vagas em residência médica, em especial para o SUS (9,19,81,82). Observar o provimento e aumento de profissionais é de grande importância, pois permite que o sistema de saúde possua um maior número de profissionais qualificados. Contudo, surge como questão norteadora no atual artigo a qualidade da formação e não apenas taxas de cobertura e volume de formados. A discussão em formar mais ou formar com qualidade existe há mais de 30 anos (60), mas ainda está muito presente, tendo em vista a grande abertura de vagas de residência, mas também de graduação (16).

Para tal, além do dado acima, municípios com maiores investimentos em APS possuem melhores resultados da residência médica, sugerindo uma correlação de valorização do município à política de Estado de estratégia de saúde da família e a política de fortalecimento dos PRM-MFCs de qualidade. Também serão analisados os dados obtidos nas três dimensões do instrumento: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-residente, nessa ordem, como sugerido pelos preceptores no **Artigo 1**, definida a ferramenta no **Artigo 2**.

A dimensão “organização da unidade” apresentou as notas mais baixas em procedimentos, agenda do residente e relação PRM-gestão municipal. Os três aspectos estão interligados com o suporte municipal para os PRM-MFCs. A agenda do residente é dependente do equilíbrio do volume assistencial *versus* tempo e organização do ensino, necessitando de espaços protegidos para todas as atividades da APS. Compreender a APS (27), a Política Nacional de Atenção Básica (34), e fazer as ações de área são atributos essenciais da MFC e das competências esperadas para a residência (28,49).

Por fim, a relação entre PRM-MFC e gestão é a essencial à colaboração e inter-relação, pois a residência está vinculada à Rede de Atenção à Saúde na APS municipal, sendo já definida essa relação por documentos federais e outros trabalhos (21,31,39,65). Tais características também emergiram como desafios no **Artigo 1** e são reforçados pelos juízes no **Artigo 2**.

O instrumento permite realizar análise estratégica e monitoramento de modificação da qualidade dos PRM-MFCs, baseado na matriz e competências esperadas (31,52), mas com uma ferramenta objetiva, aprovada por juízes nacionalmente (**Artigo 2**). É importante ressaltar que a organização física da unidade,

a organização do processo de trabalho e os fluxos de materiais cirúrgicos para a APS são responsabilidade da gestão municipal (37).

Além das competências cirúrgicas e procedimentais, há uma competência essencial desde a graduação que é a coleta de citologia oncótica, não realizada em nenhum dos dois anos de residência no PRM2, por organização da unidade, sendo uma falha grave na formação do residente.

A dimensão “recursos humanos” apresenta as piores médias nos itens da educação permanente (1,2 pontos) e educação continuada (2,5 pontos). A educação permanente (EP) é uma política estruturada como essencial na educação dos trabalhadores da APS desde 2007 (73,83), sendo que aparentemente a baixa nota foi resultado da pandemia do vírus SARS-CoV-2, coexistindo com período de coleta de dados, explicitada no **Artigo 3** – Quadro 7, sendo necessário fazer uma nova avaliação pós-pandêmica.

O item “pagamento de bolsa de preceptor” atingiu uma média satisfatória (2,9 pontos). O apoio financeiro foi definido nas políticas de indução dos PRM-MFCs em 2021 (15), sendo o mesmo ano da coleta dos dados. Com isso, não influenciou os resultados. A nota obtida demonstra que políticas municipais ou dos próprios PRM-MFCs buscaram fortalecer a atividade do preceptor, dado semelhante ao de outros municípios em âmbito nacional (39). É importante ressaltar que a literatura apresenta como positivo o pagamento variável, e não apenas o auxílio pela função.

Contudo, a ação de um pagamento variável secundário a uma atividade específica ainda é recente e pouco usual no Brasil, apesar de ser comum fora do país, mas é percebido como algo que valoriza o trabalho e gera maiores resultados (86). Apesar de os **Artigos 1 e 2** sugerirem a necessidade de pagamento adicional, não é mencionada pelos preceptores e juízes a condição variável, podendo sugerir ainda a cultura não presente para tal, interessante de estar inserida no instrumento no futuro.

Ainda na dimensão “recursos humanos”, dois itens são interessantes de destacar: formação em MFC e apresentação da especialidade MFC, pois depara-se com uma discussão mais aprofundada, apesar de considerados plenos na implantação (média de 3,5 pontos). Uma consideração relevante, apresentada no **Artigo 3**, é a presença de profissionais com características da especialidade em tempo integral para serem os guias do residente, apresentando a ele os processos de trabalho da APS e da MFC, inclusive na discussão de matriciamento (92).

Essa ferramenta é diferente no preceptorado por especialistas. Há uma troca de saberes e conhecimentos, inserindo a APS e o cuidado da pessoa como centro da relação, com uma formação horizontal. Quando o residente tem matriciadores sem preceptores, a relação pode se tornar vertical, como uma preceptoria tradicional (3), sem a especificidade da preceptoria de MFC (4) e sem a potencialidade do matriciamento (92).

Por fim, a terceira dimensão – relação preceptor-residente – foi caracterizada como não implantada em apenas um programa (PRM4). No **Artigo 2**, a fonte de verificação foram três residentes por preceptor de 40 horas/semana e cinco alunos (somando todos os residentes e alunos de graduação) por preceptor de 40 horas/semana, números abaixo do proposto pela CNRM, o que sugere seis residentes por preceptor de 40 horas/semana na residência médica, de forma geral (22).

Contudo, um número adequado de estudantes permite melhores habilidades e ferramentas de ensino-aprendizagem, como apresentado no **Artigo 1**, sendo que um número adequado de estudantes permite melhor observação do ensino e avaliação do residente e do graduando, superando apenas a transmissão do conhecimento vertical para observar as habilidades adquiridas (93), atingindo o número proposto por juízes no **Artigo 2**.

A SBMFC sugere metodologias de organização da equipe de acordo com o número de residentes em suas recomendações (51), mas o objetivo da ferramenta é ampliar e aprimorar a recomendação proposta, inserindo a graduação e o trabalho na APS.

Como limitantes da tese, é importante ressaltar o pequeno número de PRM-MFCs avaliados na aplicação da ferramenta (seis em um universo de 40 programas no estado de São Paulo, com apenas um da capital, e ausência de PMRs em MFC com até dois ou mais de seis residentes do segundo ano em municípios com mais de 400 mil habitantes). Contudo, o objetivo deste estudo foi a experimentação da ferramenta construída.

A ferramenta foi construída na sua primeira versão com a concordância de especialistas renomados na área, mas é interessante ela ser validada nacionalmente e por um número maior de pessoas antes de ser utilizada em larga escala, já com correções e limitações apresentadas em sua aplicação e desenvolvidas ao longo da discussão.

Avaliar PRM-MFCs além do esperado pela CNRM é um desafio, pois não há literatura nacional disponível com a temática, sendo necessária a criação de instrumentos para tal, e o apresentado neste material visa essencialmente a observar a implantação dos programas na APS, observando a realidade e retornando a ela (**Artigo 3** – Figura 3). Apesar que em outros países ser comum a Acreditação de Programas de Medicina de Família e Comunidade, a singularidade da APS e dos PRM-MFC nacionais não permitem a transposição de ferramentas externas para nós

Para uma adequada fundamentação na qualidade global dos PRM-MFCs, será necessário desenvolver e utilizar outras ferramentas, por exemplo: Como é feita a formação teórica e prática do residente? Como é realizada sua avaliação sistemática? São utilizadas ferramentas somativas e formativas? Os estágios fora do serviço de APS são compatíveis com o esperado para as competências em MFC, inclusive a possibilidade de avaliação do residente e do PRM-MFC pela equipe e população?

Também é interessante observar a evolução do Currículo por Competências para os Currículos por Atividades Profissionais, que permitirão avaliar as atividades esperadas da MFC e não apenas competências específicas (94).

Contudo, esses não foram os objetivos dessa ferramenta e dessa tese, mas são essenciais na avaliação do PRM e possível discussão futura sobre acreditação de PRM na MFC brasileira.

6 CONCLUSÃO

Os PRM-MFCs estão em ascensão de vagas na última década, com aumento de vagas abertas e ocupadas. Entretanto, ao longo desse período o foco foi a cobertura de assistência da APS e a oferta de vagas para formar novos recursos humanos para esse espaço, sem observar a qualidade dos PRM-MFCs e a organização da APS onde eles estão inseridos.

Com isso, a presente tese buscou desenvolver uma ferramenta para avaliar como os PRM-MFCs brasileiros estão inseridos em seu principal campo de estágio, a APS, evoluindo com a comparação com a literatura nacional e auxiliado por juízes nacionalmente, para assim retornar à realidade e aplicar o instrumento, verificando uma similitude entre o percebido pelos preceptores há três anos e como está implantado hoje, reforçando a necessidade de avaliar e modificar os PRM-MFCs.

REFERÊNCIAS

1. Horii CL. Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores [Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
2. Howell JD. A History of Medical Residency. *Rev Am Hist.* 2016;44(1):126–31.
3. Júnior UJP de M. Comissão nacional de residência médica: caminhos e descaminhos na gestão desta modalidade de especialização médica no Brasil [Mestrado]. Escola Brasileira de Administração Pública - FGV; 1997.
4. Brasil. Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº. Brasília; 2011. Diário Oficial da União, Brasília; 2011.
5. Botti O, Rego A. Do Preceptor Na Residência Médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2011;65–85.
6. Botti SH de O, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Rev Bras Educ Med.* 2006;32(3):363–73.
7. Ribeiro LG, Villardi ML, Cyrino EG. Preceptor em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: Compreendendo a singularidade desse profissional. *In: Teixeira CP, Guilam MCR, Machado M de FAS, Gomes MQ, Almeida PF de, organizadores. Atenção, Educação e Gestão Produções da Rede ProfSaúde. 1º ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020. p. 253–68.*
8. Simas KB da F, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2018 dez 17;13(40):1–13.
9. Berger CB, Dallegrave D, de Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2017 jul 10;12(39):1–10.
10. Castells MA. Estudos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: a questão da preceptoria [Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2014.
11. Oliveira FP de, Araújo C de A, Torres OM, Figueiredo AM de, Souza PA, Oliveira FA de, et al. The More Doctors Program and the rearrangement of medical residency education focused on Family and Community Medicine. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2019;23(suppl 1):1–16.
12. Brasil. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7

- de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2013 p. 1–14.
13. Brasil. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36 p.
 14. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Cien Saude Colet. 2009 out;14(suppl 1):1493–7.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Ministério da Saúde, organizador. Brasília - DF; 2021. 27 p.
 16. Scheffer M. Demografia Média no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020. 312 p.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura de Atenção Básica em Dezembro de 2021 [Internet]. e-Gestor; 2022. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
 18. Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernández MÁ. Perfil do médico de família e comunidade. Definição Iberoamericana. WONVA. Slovenia: WONCA; 2010. p. 1.
 19. Rodrigues RD, Campos CEA, Anderson MIP. Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias. 1º ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005. 28 p.
 20. Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução Nº2, de 3 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde, que oferecerem programas de residência médica e dá outras pro. Brasília: Presidência da República; 2013. p. 5.
 21. Brasil. Resolução Nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2015. p. 7.
 22. Brasil. Resolução Comissão Nacional de Residência Médica No 02 /2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2006, seção I: 23-36.
 23. Ribeiro LG. Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem? [Dissertação Mestrado]. Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 2019.
 24. Brasil. Portaria interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modal. Brasília - DF: Diário Oficial da União;

2015 p. 30.

25. Berbel NAN. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semina: Ciências Sociais/Humanas*. 1995;16(2):9–19.
26. Ander-Egg MJA e E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Vozes; 1995.
27. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan (US): Health Administration Press; 1980. 77–125 p.
28. Donabedian A. The Quality of Care How Can It Be Assessed ? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1988;260(12):1743–8.
29. Donabedian A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. *Quality Review Bullietin*. 1992;18(11):356–60.
30. Starfield B. *Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Porto Alegre. Brasília: Ministério da Saúde e UNESCO; 2002. 726 p.
31. Brasil. Ministério da Educação. *Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2019. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192
32. Jantsch AG, Burström B, Nilsson G, de Leon AP. Detection and follow-up of chronic health conditions in Rio de Janeiro – the impact of residency training in family medicine. *BMC Fam Pract*. 2021 dez 13;22(1):223.
33. Jantsch AG, Burström B, Nilsson GH, Ponce de Leon A. Residency training in family medicine and its impact on coordination and continuity of care: an analysis of referrals to secondary care in Rio de Janeiro. *BMJ Open*. 2022 fev 15;12(2):e051515.
34. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1º ed. Edições 70 - Brasil; 2011. 280 p.
35. Wehrich H. The TOWS matrix—A tool for situational analysis. *Long Range Plann*. 1982 abr;15(2):54–66.
36. Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de Quarta Geração*. Campinas: Editora UNICAMP; 2011. 320 p.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS)*. Brasília - DF; 2017 p. 1–35.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. *Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de*

financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº . Brasília: Ministério da Saúde; 2019 p. 7.

39. Leite APT, Correia IB, Chueiri PS, Sarti TD, Jantsch AG, Waquil AP, et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? *Cien Saude Colet*. 2021 jun;26(6):2119–30.
40. Storti MMT, Oliveira FP de, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet]*. 2017;21(suppl 1):1301–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501301&lng=pt&tlng=pt
41. Microsoft Office 365. Microsoft Excel para Mac versão 16.19. 2018.
42. Wachelke J, Natividade J, Andrade A de, Wolter R, Camargo B. Avaliação De Uma Coleta De Dados Online. *Avaliação Psicológica*. 2014;13(34):143–6.
43. Leite APT, Mai S, Waquil AP, Cordero EAA, Rosa VS da, Daudt CVG, et al. Perfil e migração de membros dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Saude Publica*. 2022 abr 22;56:21.
44. Brasil. Portaria No 139, de 18 de março de 2016 Estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsa-formação para os médicos-residentes participantes do curso de formação de preceptores para os Programas de Residência na modalida. Brasília; 2016 p. 4.
45. Filho AP. Características do aprendizado do adulto. *Medicina (B Aires)*. 2007;40(1):7–16
46. Barreiros BC, Diercks MS, Biffi M, Fajardo AP. Estratégias Didáticas Ativas de Ensino-Aprendizagem para Preceptores de Medicina de Família e Comunidade no EURACT. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(3).
47. Heyrman J. The EURACT Educational Agenda of General Practice / Family Medicine. *EURACT*. 2006;1(1):56.
48. Brasil. Ministério da Educação. Resolução N 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília - DF; 2014 p. 14.
49. Benbassat J. Role Modeling in Medical Education. *Academic Medicine*. 2014 abr;89(4):550–4.
50. McDonald P, Jackson B, Alberti H, Rosenthal J. How can medical schools encourage students to choose general practice as a career? *British Journal of General Practice*. 2016 jun;66(647):292–3.
51. Morris C, Blaney D. Work-based learning. Em: Swanwick T, organizador. *Understanding Medical Education*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd;

2013. p. 97–109.

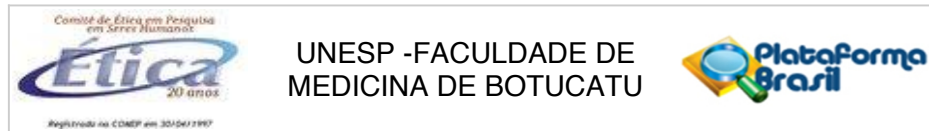
52. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2015;1(1):66. Available from: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
53. Carvalho Filho A de M, Santos AA dos, Wyszomirska RM de AF, Gauw JH de, Gaia IMSRS, Houly RM. Formação na Residência Médica: visão dos preceptores. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(2).
54. Tiseo TR, Santos MCL dos, Smiderle C de ASL. Estágio em Medicina de Família e Comunidade em unidades com residência médica no município do Rio de Janeiro: qual o seu impacto na formação dos acadêmicos? . *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 7º de outubro de 2022;17(44):3101.
55. Cuoghi HF et al. Currículo médico baseado em competência e especialização voltada à atuação na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2022;46(01):e007.
56. Barban Morelli Rosas J, Lopes Junior A, Moreira JV, Pellizzaro Dias Afonso M, Sarno MM, Borret RH do ES, et al. Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2020 jul 17;15(42):2509.
57. Herrera SDSC. Residência de Medicina da Família e Comunidade promove melhoria da Atenção Básica de Saúde? [Internet] [Dissertação (Mestrado)]. Universidade Federal do Tocantins; 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/11612/1056>
58. Aguiar AC de. Preceptoria em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão. 1º ed. Rio de Janeiro: CEPESC Editora; 2017. 207 p.
59. Melo Neto AJ de, Barreto D da S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2019 ago 26;14(41):2162.
60. Davidoff F. Medical Residencies: Quantity or Quality? *Ann Intern Med* [Internet]. 1989 maio 15;110(10):757. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-110-10-757>
61. Klessig JM, Wolfsthal SD, Levine MA, Stickley W, Bing-You RG, Lansdale TF, et al. A Pilot Survey Study to Define Quality in Residency Education. *Academic Medicine.* 2000 jan;75(1):71–3.
62. Elliott RL, Juthani N V, Rubin EH, Greenfeld D, Skelton WD, Yudkowsky R. Quality in residency training: toward a broader, multidimensional definition. *Academic Medicine.* 1996;71(3).
63. Ribeiro LG, Cyrino EG, Villardi ML, Pazin-Filho A. Forças, Oportunidades,

- Fraquezas e Ameaças a Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no estado de São Paulo: um olhar dos preceptores. Preprint Scielo. 2022;
64. Marques JBV, Freitas D de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. Pro-Posições. 2018;29(2):389–415.
 65. Oliveira AMF de, Moreira MRC, Xavier SPL, Machado MDFAS. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. Rev Bras Educ Med. 2021;45(1):1–10.
 66. Vasconcelos MIO, Souza FL de, Lira GV, Dias MS de A, Silva GSN da. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA POR INDICADORES. Trabalho, Educação e Saúde. 2015;13(supl 2):53–77.
 67. Bollela VR, Germani ACCG, Campos H de H, Amaral E. Educação baseada na comunidade para as profissoes da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. São Paulo: FUNPEC-Editora; 2014. 334 p.
 68. Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. Cien Saude Colet. 2017 mar;22(3):737–46.
 69. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.510, de 18 de Dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação. Brasília - DF; 2019.
 70. Oliveira DC. Análise de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências _ RUE Análise de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências _ RUE. Universidade de São Paulo; 2017.
 71. Pazin-Filho A, De Carvalho Panzeri Carlotti AP, Scarpelini S. Implantação e desenvolvimento do Laboratório de Simulação (LabSim) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Medicina (Brazil). 2017;50(4):272–83.
 72. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2015. 2015. 283 p.
 73. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ,. 2005;9(16):161–77.
 74. França T, Medeiros KR de, Belisario SA, Garcia AC, Pinto IC de M, Castro JL de, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Cien Saude Colet. 2017 jun;22(6):1817–28.
 75. Brasil. Resolução CNRM No 02, de 07 de julho de 2005. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília - DF; 2005.

76. Carvalho F, Ventura T, Barroso R. Perfil de competências do orientador de formação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2004;20(1):147–52.
77. Bollela VR, Castro M. Avaliação de programas educacionais nas profissões da saúde: Conceitos básicos. *Medicina (Brazil)*. 2014;47(3).
78. Brasil. Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1981. p. 5.
79. Ribeiro LG, Cyrino EG, Pazin-Filho A. O que é esperado de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade? Um olhar do preceptor da residência, de médicos de família e comunidade e legislação. Preprint Scielo. 2021;
80. Marqui ABT de, Jahn A do C, Resta DG, Colomé IC dos S, Rosa N da, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(4):956–61.
81. Chaves HL, Borges LB, Guimarães DC, Cavalcanti LP de G. Vagas para residência médica no Brasil: Onde estão e o que é avaliado. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(4):557–65.
82. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011.
83. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2009. 64 p.
84. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Organization of primary health care in pandemics. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2021 jul 15;16(43):2655.
85. Esposti CDD, Ferreira L, Szpilman ARM, Cruz MM da. O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research [Internet]*. 2020 dez 23;22(1):4–8. Available from: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/33685>
86. Poli Neto P, Faoro NT, do Prado Júnior JC, Pisco LAC. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: Relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2016;21(5):1377–88.
87. Brasil. Portaria No. 3147, de 28 de Dezembro de 2012. Institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Portaria Nacional de Atenção Básica, que trata a Portaria no 2488/GM. Brasília - DF; 2012 p. 2012.
88. Gaion JP de BF, Kishi RGB, Nordi AB de A. Preceptor na atenção primária

- durante as primeiras séries de um curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(3).
89. Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ.* 2002;325:707–10.
 90. Soranz DR. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.* 2014 jan 26;9(30):67.
 91. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet [Internet].* 2016 maio;21(5):1471–80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501471&lng=pt&tng=pt
 92. Henderson M, Upham S, King D, Dick ML, van Driel M. Medical students, early general practice placements and positive supervisor experiences. *Education for Primary Care.* 2018 mar 4;29(2):71–8.
 93. Campos GW de S, Guerrero AVP. Manual de práticas da atenção básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 1º ed. Vol. 1, Cadernos de Saúde Pública. Campinas: HUCITECH / Rede UNIDA; 2011. 417 p.
 94. Borges Costa L, Esteche FF, Fernandes Augusto Filho R, Benevides Bomfim AL, Aguiar Mourão Ribeiro MT. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet].* 20º de março de 2018 [citado 9º de dezembro de 2022];13(40):1-11. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1632>.
 95. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine.* 1990 set;65(9):S63-7.

ANEXO 1 – Carta de Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Perfil dos Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo.

Pesquisador: Lucas Gaspar Ribeiro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 78853317.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 17/12/2019

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.858.214

Apresentação da Notificação:

Trata a presente notificação de envio de relatório final de pesquisa.

Objetivo da Notificação:

Avaliar o relatório final de pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

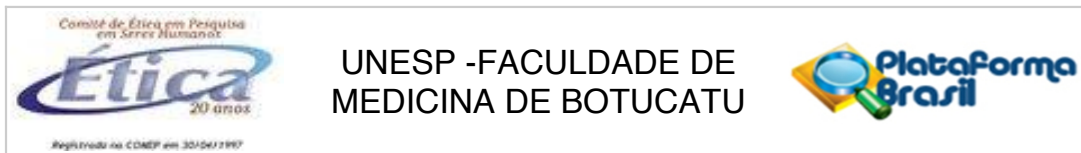
Já avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Foi enviado o relatório final de pesquisa, cuja metodologia seguiu a aprovada por este CEP. Apresenta os principais resultados e conclusões.

O trabalho gerou um artigo enviado para publicação mas não envolveu ações junto à comunidade.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.858.214

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já avaliados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 17/02/2020, a NOTIFICAÇÃO apresentada encontra-se APROVADA.

Ao final da execução da Pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	CEP_Lucas_Gaspar_Ribeiro.pdf	17/12/2019 17:09:02	Lucas Gaspar Ribeiro	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 27 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **CEP:** 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Pesquisador: Lucas Gaspar Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30805420.5.0000.5440

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.995.134

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de Doutorado de Lucas Gaspar Ribeiro, orientado pelos professores Antônio Pazin-Filho e Eliana Goldfarb Cyrino, do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). O projeto é uma continuidade de um estudo que o discente desenvolveu em seu mestrado. No Brasil, os Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) são considerados legalmente como cursos de especialização com foco no treinamento em serviço. Existem no país desde 1944 na Faculdade de Medicina da USP, e está em ascensão desde os anos 1970, quando foi organizada e fundada a Comissão Nacional de Residência Médica e a legislação específica dessa formação médica em 1977. Apesar do grande investimento dos Ministérios da Saúde e da Educação em novos profissionais especialistas em MFC, considerando a abertura de vagas e pela Lei Mais Médicos, há uma baixa procura desses programas, sendo as razões: a não necessidade de ser especialista/titulado para incorporar uma equipe de saúde da família; a baixa inserção no ensino sobre APS (com as mudanças propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 isso pode se modificar); o mercado de trabalho; a imagem negativa do MFC por outros especialistas; a visão dessa especialidade como vínculo apenas ao Sistema Único de Saúde e, por fim, ser de "baixa complexidade" e que qualquer um pode realizar. A pergunta a ser respondida é: "A aplicação de uma ferramenta específica para os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

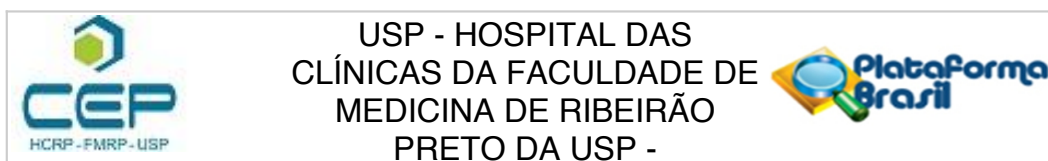
UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.995.134

Comunidade pode contribuir para a validação, avaliação e melhoramento dos programas?''.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Propor recomendações técnicas a programas de residência médica em medicina de família e comunidade.

Objetivos secundários: (1) Atingir a matriz final e o consenso das recomendações produzidas por juízes especialistas na área em nível nacional; (2) Aplicar as recomendações finais no estado de São Paulo; (3) Avaliar a aplicabilidade das recomendações, suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças; e (4) Divulgar as recomendações finais para as sociedades e entidades responsáveis pela Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há potenciais riscos aos participantes, mas os pesquisadores advertem no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre os desconfortos resultantes do gasto de tempo para responder ao questionário. Os supervisores dos programas são informados que os resultados não serão utilizados para a avaliação dos mesmos, sendo as informações sobre sua identificação e respostas sigilosas e não constarão dos resultados apresentados.

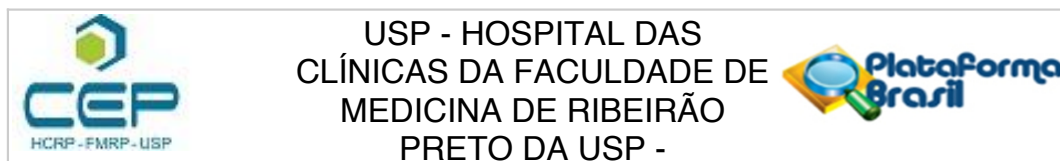
Benefícios:

Não há benefícios diretos aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa inclui duas diferentes fases: (a) Validação da proposta por juízes através de questionário eletrônico, e (b) Aplicação das recomendações nos programas do estado de São Paulo. São apresentadas quatro versões do TCLE: para os juízes, para os supervisores de programas (online e "in loco"), e para os preceptores.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.995.134

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentam o cronograma da pesquisa, o orçamento, a Folha de Rosto e as versões do TCLE (para uso online). Os documentos são adequados.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do presente projeto de pesquisa e seus respectivos TCLEs.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa versão Março 2020, assim como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

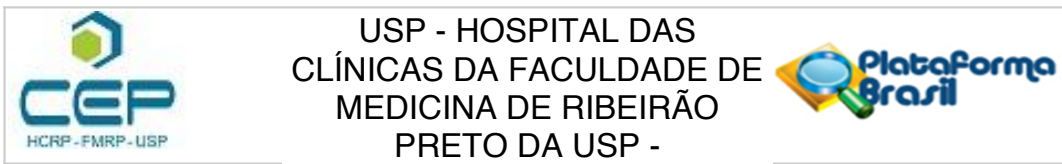
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1531650.pdf	15/04/2020 18:21:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_4.docx	15/04/2020 18:20:53	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3.docx	15/04/2020 18:20:40	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	15/04/2020 18:20:23	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_1.docx	15/04/2020 18:20:13	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 3.995.134

Justificativa de Ausência	TCLE_1.docx	15/04/2020 18:20:13	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DoutoradoV5.docx	15/04/2020 18:19:54	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	13/04/2020 15:05:34	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	08/04/2020 22:02:18	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Outros	LIBERACAO.pdf	08/04/2020 21:59:07	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	PBLucasRibeiro.pdf	08/04/2020 21:32:52	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

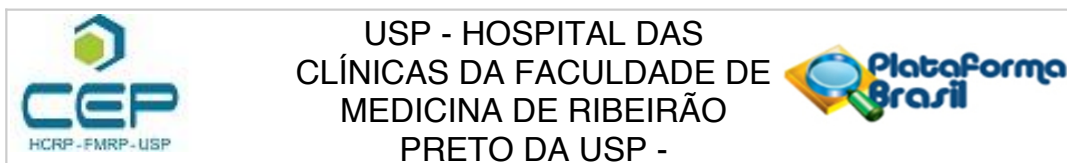
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 28 de Abril de 2020

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Pesquisador: Lucas Gaspar Ribeiro

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 30805420.5.0000.5440

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.940.351

Apresentação do Projeto:

Trata-se de EMENDA ao projeto de pesquisa conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1808675_E3.pdf":

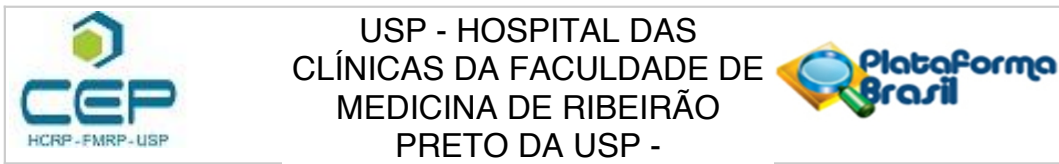
Justificativa da Emenda:

Modificação do projeto aceitando a proposta da banca de qualificação, com aumento do número de programas e personagens a serem avaliados.

Resumo:

Introdução: A residência médica é o padrão ouro de formação dos médicos após a graduação, tanto no Brasil, quando em outros países. Dentre os programas existentes no país, um dos que mais cresce em número de vagas é a residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Sendo que para o credenciamento de programas na Comissão Nacional de Residência Médica, o programa necessita de ser avaliado e aprovado por uma comissão de especialistas, utilizando uma ferramenta para checagem padronizada para todos os programas. Contudo, a especialidade Medicina de Família e Comunidade possui peculiaridades que a diferem, por ser uma especialidade que não distingue gênero, idade, patologia, de atividade essencialmente ambulatorial na Atenção Primária à Saúde. Frente a essa singularidade, foram construídas recomendações técnicas a partir

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.940.351

da visão dos preceptores de residência médica sobre o que é esperado em um programa. A partir dessa ferramenta se inicia uma possibilidade de avaliação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, observando a estrutura, o processo e o resultado obtido, através da observação de mais de um ator responsável pelo programa. Objetivos: Produzir uma ferramenta que permita avaliar e monitorar a qualidade de programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, considerando suas singularidades. Metodologia: adequação e aprovação da ferramenta avaliativa por profissionais altamente renomados na Medicina de Família e Comunidade Brasileira. Após essa fase, aplicar o questionário em supervisores, preceptores e residentes do segundo ano do estado de São Paulo. Os questionários são qualitativos e quantitativos para obter máxima eficiência das respostas. Resultados Esperados: Construção de uma ferramenta avaliativa compatível com a especialidade. Construção de uma matriz SWOT sobre as potências e dificuldades de aplicação do questionário. Aprimoramento da ferramenta para aplicabilidade nacional.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1808675_E3.pdf":

Objetivo Secundário:

- 1- Completar o desenvolvimento da matriz final e do consenso das recomendações produzidas por juizes especialistas na área em nível nacional;
- 2- Avaliar a aplicabilidade das recomendações, suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1808675_E3.pdf":

Riscos:

Tempo despendido respondendo o questionário e entrevista.

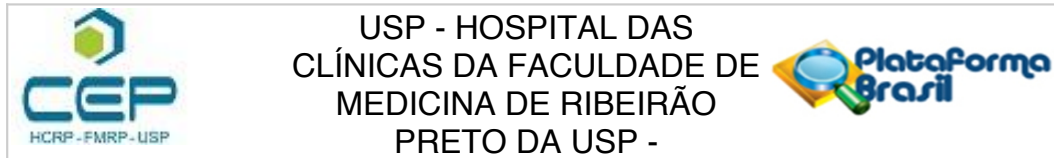
Benefícios:

Melhora dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade. Melhora do processo avaliativo de credenciamento e credenciamento dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade. Qualificar a ferramenta proposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da emenda conforme documento "Ementa3.docx":

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.940.351

"Venho por meio desse solicitar avaliação da adequação da metodologia do projeto de pesquisa intitulado Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, número CAAE 30805420.5.0000.5440, aprovado dia 28 de abril de 2020 nesse comitê de ética. A adequação da metodologia se dá na adição do gestor municipal como entrevistado da pesquisa, pois sendo uma entrevista de quarta geração, esse será um dos personagens citados entre os entrevistados. A transcrição será realizada de forma anônima e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será enviado ao participante por e-mail e confirmada sua leitura e aceite ao início da gravação, garantindo, assim, a aprovação do mesmo em participar da atividade. Também adicionado dados quantitativos demográficos do projeto e município e por fim o grupo de programas entrevistados foi modificado para atingir um maior número de programas, e não apenas com 6 ou mais residentes como proposto inicialmente. Todas as propostas foram elucidadas a partir da qualificação do mesmo dia 03/08/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos da emenda:

- TCLE_Ementa3.docx;
- Oficio_Ementa_3.docx;
- Ementa3.docx

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP analisou e aprovou a EMENDA 3 submetida em 13/08/2021 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE_Ementa3.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1808675_E3.pdf	13/08/2021 10:12:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Ementa3.docx	13/08/2021 10:11:51	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 4.940.351

Justificativa de Ausência	TCLE_Ementa3.docx	13/08/2021 10:11:51	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Outros	Oficio_Ementa_3.docx	13/08/2021 09:41:49	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Ementa3.docx	13/08/2021 09:37:45	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Outros	Relat_Parc_CEP.docx	28/06/2021 11:51:59	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	13/04/2020 15:05:34	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	08/04/2020 22:02:18	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	PBLucasRibeiro.pdf	08/04/2020 21:32:52	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 30 de Agosto de 2021

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

ANEXO 2 – Carta de Aprovação do Artigo 2**Carta de decisão (RSP-2022-4822)**

De: mcherchiglia@gmail.com

Para: lucasgasparribeiro@gmail.com

CC:

Assunto: Revista de Saúde Pública – Decision on Manuscript ID RSP-2022-4822

Corpo: 23-Aug-2022

Dear Dr. Ribeiro:

Manuscript ID RSP-2022-4822 entitled "Aprimorando a qualidade de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade", which you submitted to the Revista de Saúde Pública, has been reviewed. The comments of the reviewer (s) are included at the bottom of this letter.

The reviewer (s) have recommended publication but also suggest some minor revisions to your manuscript. Therefore, I invite you to respond to the reviewer (s)' comments and revise your manuscript.

To revise your manuscript, log into <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo> and enter your Author Center, where you will find your manuscript title listed under "Manuscripts with Decisions." Under "Actions," click on "Create a Revision." Your manuscript number has been appended to denote a revision.

You may also click the below link to start the revision process (or continue the process if you have already started your revision) for your manuscript. If you use the below link, you will not be required to login to ScholarOne Manuscripts.

*** PLEASE NOTE: This is a two-step process. After clicking on the link, you will be directed to a webpage to confirm. ***

https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo?URL_MASK=68c04b341030488c9491471689e61172

You will be unable to make your revisions on the originally submitted version of the manuscript. Instead, revise your manuscript using a word processing program and save it on your computer. Please also highlight the changes to your manuscript within the document by using bold or colored text.

Once the revised manuscript is prepared, you can upload it and submit it through your Author Center.

When submitting your revised manuscript, you will be able to respond to the comments made by the reviewer (s) in the space provided. You can use this space to document any changes you make to the original manuscript. In order to expedite the processing of the revised manuscript, please be as specific as possible in your response to the reviewer (s).

IMPORTANT: Your original files are available to you when you upload your revised manuscript. Please delete any redundant files before completing the submission.

Because we are trying to facilitate timely publication of manuscripts submitted to the Revista de Saúde Pública, your revised manuscript should be submitted by 23-Sep-2022. If it is not possible for you to submit your revision by this date, we may have to consider your paper as a new submission. Please note that the expirations of revision options of ScholarOne are based upon 11:59 p.m. Eastern time. Unfortunately, it is not possible to change the due time to that of Brazil's time. As a precaution, we recommend sending the revisions one day before the due time.

Once again, thank you for submitting your manuscript to the Revista de Saúde Pública, and I look forward to receiving your revision.

Sincerely,
Prof. Mariangela Leal Cherchiglia

Associate Editor, Revista de Saúde Pública
mcherchiglia@gmail.com

Associate Editor: 1

Comments to the Author:

O estudo tem por objetivo aperfeiçoar e apresentar uma ferramenta que permita avaliar e monitorar a qualidade de programas de residência médica em medicina de família e comunidade (MFC). Foi utilizado o método Delphi para a coleta de dados e para os resultados a Análise de Conteúdo de Bardin. O manuscrito foi avaliado por dois revisores. Um revisor recomendou o aceite sem sugestões e o outro sugeriu algumas alterações menores (arquivo anexo). SMJ, sou favorável que o manuscrito prossiga no processo de avaliação.

Entire Scoresheet:

Reviewer: 1

Recommendation: Accept

Comments:

CONGRATULATIONS!

Additional Questions:

Does the manuscript contain new and significant information to justify publication?: Yes

Does the Abstract (Summary) clearly and accurately describe the content of the article?: Yes

Is the problem significant and concisely stated?: Yes

Are the methods described comprehensively?: Yes

Are the interpretations and conclusions justified by the results?: Yes

Is adequate reference made to other work in the field?: Yes

Length of article is: Adequate

Number of tables is: Adequate

Number of figures is: Too few

Please state any conflict (s) of interest that you have in relation to the review of this paper (state "none" if this is not applicable):. NO.

Rating:

Interest: 2. Good

Quality: 2. Good

Originality: 2. Good

Overall: 2. Good

Reviewer: 2

Recommendation: Minor Revision

Comments:

Parabenizo os autores pelo trabalho e pelo investimento pessoal (e de tempo) até a construção do instrumento apresentado. O artigo apresenta temática bastante interessante. Estimula a reflexão quanto à avaliação dos programas de residência em MFC e evidencia a necessidade de aprimoramento. Traz uma nova contribuição para a estruturação/avaliação dos Programas de Residência em MFC, uma matriz avaliativa subdividida em três agrupamentos: (1) Organização da Unidade (Espaço físico, organização da agenda e da demanda de serviços e inter-relação gestão do serviço e residência médica), (2) Recursos Humanos e (3) Relação Preceptor-paciente, totalizando 11 itens de avaliação. Entende-se que os itens apresentados precisam ser

altamente priorizados nas avaliações dos Programas de Residência em MFC. É um artigo relevante que pode contribuir para o aperfeiçoamento dos Programas de Residência em MFC e para a APS do Brasil, mesmo que os autores deixem claro que outros instrumentos precisam ser desenvolvidos para a avaliação e monitoramento dos Programas de Residência em MFC no Brasil.

Additional Questions:

Does the manuscript contain new and significant information to justify publication?: Yes

Does the Abstract (Summary) clearly and accurately describe the content of the article?: Yes

Is the problem significant and concisely stated?: Yes

Are the methods described comprehensively?: Yes

Are the interpretations and conclusions justified by the results?: Yes

Is adequate reference made to other work in the field?: Yes

Length of article is: Adequate

Number of tables is: Adequate

Number of figures is: Adequate

Please state any conflict (s) of interest that you have in relation to the review of this paper (state "none" if this is not applicable).: None

Rating:

Interest: 2. Good

Quality: 2. Good

Originality: 2. Good

Overall: 2. Good

Data do envio: 23-ago-2022

APÊNDICE – FERRAMENTA APLICADA AOS PRM-MFCS

Orientações ao aplicador:

- a) Marcar um “X” no respondente.
- b) Explicar o instrumento ao respondente. As informações em parênteses são descrições dos itens, sendo possível apresentar ao respondente as descrições se necessário.
- c) Marcar um “X” no grau de implementação de cada item baseado na justificativa, pois ela irá delimitar o grau de implantação do programa de 0 a 4: Não implantado ($\leq 20\%$) – 0; insatisfatório (entre $> 20\%$ e $\leq 40\%$) – 1; intermediário (entre $> 40\%$ e $\leq 60\%$) – 2; satisfatório ($> 60\%$ e $\leq 80\%$) – 3; pleno (acima de 80%) – 4.

1. Respondente:

- () Residente
 () Preceptor
 () Coordenador / Supervisor
 () Gestor municipal

2. Apresentação do documento

O instrumento foi desenvolvido para avaliar o grau de implementação dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade.

Ele está dividido em organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-residente.

Todas as perguntas deverão ser respondidas da mesma forma: não, parcialmente, sim. Justifique sua resposta.

Grupo 1: Organização da unidade

- a) A unidade possui consultórios suficientes para os momentos assistenciais do residente?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

(Objetivo da análise: número de consultórios adequados para toda a equipe em atendimento, sem necessidade de rodízios durante os períodos em que o

residente está em consulta, considerando que ele também tem atividades fora do consultório.)

- b) A unidade possui sala para realizar os procedimentos formativos para a especialidade baseado no currículo baseado em competências (seja ela na unidade de referência, seja em outro espaço que garanta sua formação)?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: salas e materiais de procedimentos na unidade (atividades propostas pelo currículo baseado em competências.)

Caso não haja essas atividades na unidade, o residente tem espaços na grade para realizar em outros espaços de treinamento.

- c) O residente possui uma agenda protegida para desenvolver todas as competências da especialidade em formação: grupos, visita domiciliar, procedimentos, discussão de caso, reunião de equipe e educação permanente?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: aprimoramento da organização da agenda e demanda dos serviços de atenção primária no contexto de unidades-escola, considerando o contexto social e vulnerabilidade da população definida. Obs.: tanto o preceptor quanto o residente devem ter espaços protegidos para a formação adequada do profissional em treinamento/preceptor, considerando a singularidade do MFC – visitas domiciliares, atividades coletivas, reuniões da unidade, agenda teórica, dentre outras demandas específicas de cada programa. Também devem ser considerados contextos singulares de cada programa: acadêmico, em rede SUS e em rede privada.)

- d) A gestão corrobora a organização da unidade para que seja obtida formação adequada, pactuando metas e promovendo espaços de feedback dos profissionais da unidade e usuários com a residência médica?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: qualificação e melhor inter-relação da gestão do serviço com a residência médica para que se mantenha a unidade como unidade-escola.)

Você gostaria de comentar algo sobre esse tópico – organização da unidade?

Grupo 2: Recursos humanos

- a) Os profissionais preceptores são especialistas em MFC?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: incentivar e dar preferência para a contratação de profissionais para o cargo de preceptoría com título e/ou residência em medicina de família e comunidade com desejo/formação em preceptoría.)

- b) A unidade possui educação permanente (baseada nas demandas do serviço e da equipe)?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: educação em serviço baseado em estratégias de educação permanente e de demandas: da unidade, da carteira de serviços e do programa de residência.)

- c) O preceptor da residência é liberado para atividades formativas fora da unidade?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: educação continuada do preceptor por meio de cursos de preceptoría, educação em saúde, formação clínica continuada, matriciamento de casos, dentre outros. Também a inclusão de educação permanente em equipes que tenham residentes e preceptores, com agenda protegida.)

- d) Os residentes são apresentados à especialidade MFC de forma estruturada dentro do programa?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: fornecer formação continuada aos profissionais – preceptores, residentes e equipe da unidade da residência – sobre a especialidade, suas atualizações e características, para que todos tenham o mesmo discurso e consigam avançar conforme o avanço da especialidade.)

- e) O preceptor recebe um valor extra (bolsa e/ou complementação) para sua atividade de preceptoría?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: apoio financeiro para os preceptores, com complementação de salário ou bolsa de preceptoría.)

Você gostaria de comentar algo sobre esse tópico – recursos humanos?

Grupo 3: Relação preceptor-residente

- a) O preceptor possui, no máximo, três residentes sob sua tutela (considerando o preceptor 40 h)?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: observação criteriosa do número de residentes por preceptor para ter adequado momento de formação de acordo com a organização do programa baseado na conformação da equipe.)

- b) O preceptor recebe, no máximo, cinco alunos (considerando a soma de graduandos e residentes) sob sua tutela (considerando o preceptor 40 h)?

0 1 2 3 4

(Objetivo da análise: observação da sobrecarga de “educandos” por preceptor nos níveis de graduação e residência.)

Você gostaria de comentar algo sobre esse tópico – relação preceptor-residente?