

FOFA da residência em medicina de família e comunidade no estado de São Paulo

SWOT at family and community medicine residency in São Paulo state

Lucas Gaspar Ribeiro¹ | lucas.gaspar.ribeiro@usp.br
Eliana Goldfarb Cyrino² | eliana.goldfarb@unesp.br
Antônio Pazin-Filho¹ | apazin@fmrp.usp.br

RESUMO

Introdução: A residência médica é o padrão ouro para formação em medicina de família e comunidade. Na última década houve aumento substancial de vagas sem a avaliação da qualidade dos programas.

Objetivo: Este estudo teve como objetivos observar e qualificar a percepção dos preceptores da residência nessa área.

Método: Aplicou-se um questionário quali-quantitativo no estado de São Paulo, com análise estatística descritiva e elaboração da matriz FOFA associada à tríade de Donabedian a partir da análise de conteúdo dos entrevistados.

Resultado: A amostra foi de 64 preceptores em 27 programas, com mediana de idade de 37 anos e composta de 52% de mulheres. A distribuição mais prevalente é de dois residentes por preceptor, e 67% atuam também com a graduação. Da amostra, 56,7% possuem residência médica e 13,4% são titulados, além de 82% com cursos em preceptorship. A análise qualitativa aponta a formação em preceptorship e o aumento de especialistas como pontos relevantes, mas ainda há a dificuldade com a organização dos serviços e o baixo apoio da gestão municipal.

Conclusão: Embora haja preceptores com formação adequada, ainda é necessário seu incremento ante o aumento do número de vagas desproporcional à capacidade instalada. Melhoria das condições estruturais e maior apoio dos municípios serão necessários de acordo com a percepção dos preceptores em medicina de família e comunidade.

Palavras-chave: Internato e Residência; Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency is the gold standard for training in Family and Community Medicine. In the last decade there has been a significant increase in vacancies without evaluating quality of the programs.

Objective: To observe and qualify the perception of the residency preceptors in this area.

Methodology: Application of a quali-quantitative questionnaire in the state of São Paulo, with descriptive statistical analysis and use of the SWOT matrix associated with the Donabedian Triad based on Content Analysis of the interviewees.

Results: The sample consisted of 64 preceptors in 27 programs, with a median age of 37 years, consisting of 52% women. The most prevalent distribution is 2 residents per preceptor and 67% also work with undergraduate students. Of the sample, 56.7% have medical residency and 13.4% have degrees, in addition to 82% courses in preceptorship. The qualitative analysis indicates training in preceptorship and the increase in specialists as relevant points, but there is still difficulty with the organization of services and low support from municipal management.

Conclusion: Although there are preceptors with adequate training, it is still necessary to increase their number considering the disproportionate increase in the number of vacancies to the installed capacity. Improvement of structural conditions and greater support from municipalities will be necessary, according to the perception of preceptors in family and community medicine.

Keywords: Internship and Residency; Primary Health Care; Health Services Research; Family and Community Medicine.

¹Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", São Paulo, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Kristopherson Lustosa Augusto.

Recebido em 11/07/23; Aceito em 06/02/24.

Avaliado pelo processo de double blind review.

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 Saúde da Família (ESF). O profissional médico que atua preferencialmente na APS é o especialista em medicina de família e comunidade (MFC)¹. Em 2023, o país possuía 11.255 MFC² para 50.804 equipes de saúde da família³, sendo necessário aumentar em 7,4 vezes o número atual de especialistas para atingir a recomendação de 53.150 equipes com MFC, de modo a considerar 1 um médico para quatro mil pessoas.

A residência médica é considerada o padrão ouro para formação de novos especialistas. Permite que o profissional adquira competências específicas⁴⁻⁶. Na última década, houve aumento de quase 11 vezes o número de vagas ofertadas em MFC⁷. Para a formação desses profissionais, é necessária a presença de preceptores qualificados⁸, sendo desconhecida sua distribuição em nível nacional e considerando que a especialidade só foi reconhecida no Brasil a partir de 1981, com o nome medicina geral comunitária⁹.

Além da falta de profissionais, também se observa uma distribuição desigual de unidades de ESF e de programas de residência no país¹⁰. A maioria dos especialistas está nas regiões Sul e Sudeste, correspondendo a 70% dos especialistas e 46% das unidades². 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 Brasil⁷.

O governo federal busca há mais de uma década o aumento de formação de especialistas por meio de programas

e políticas, como o Pró-Residência e a Lei Mais Médicos¹¹⁻¹³. 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 MFC³.

Diante da crescente abertura de vagas e PRM-MFC, principalmente na última década, torna-se imprescindível determinar não somente a quantidade e a qualidade de médicos formadores (preceptores), como também das unidades de saúde da família (estrutura física e profissional) vinculados à residência médica em MFC na APS. Assim, o objetivo do artigo é apresentar a percepção dos preceptores sobre a qualidade dos programas que atuam a partir dos referenciais de avaliação em saúde e planejamento estratégico.

MÉTODO

A metodologia utilizada está apresentada na Figura 1, adaptada do Arco de Margueres¹⁴, permitindo uma intersecção de ensino e pesquisa. Este artigo tem como objetivo apresentar os resultados das etapas de 1 a 3 do arco. As etapas subsequentes estão apresentadas em artigos próprios. A descrição pormenorizada é apresentada a seguir.

A pesquisa apresentada neste artigo foi realizada como estudo observacional e transversal dos PRM-MFC do estado de São Paulo. Na primeira etapa do arco, obtiveram-se informações sobre os preceptores da residência em MFC e sua experiência na atuação desse cargo nos períodos de novembro de 2017 a maio de 2018 no estado. Neste momento, existiam 46 programas, com 135 preceptores aproximadamente (números baseados em informações de

Figura 1. Arco de Margueres-Ribeiro 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)”. Adaptado do Arco de Margueres.



Fonte: Elaborada por Lucas Gaspar Ribeiro.

coordenadores e supervisores), nominalizando no arco como “observação da realidade”.

As informações foram obtidas utilizando um instrumento desenvolvido para autoaplicação, estruturado com questões abertas e fechadas, e encaminhado por via eletrônica aos preceptores dos PRM-MFC do estado de São Paulo. O questionário foi construído a partir de revisão da literatura, adequação de outras especialidades e aspectos profissionais inerentes ao preceptor brasileiro⁸. Ele consistiu em 19 perguntas fechadas, e, para o presente trabalho, foram analisadas as seguintes informações: características gerais, informações sobre a atividade atual e formação complementar. Além disso, aplicaram-se sete perguntas abertas:

- 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 *são* os pontos positivos em se trabalhar como preceptor?
- E quais *são* os negativos?
- Há algum desafio em trabalhar na preceptoría?
- Se sim, quais *são*?
- Há alguma recompensa em seu trabalho?

O instrumento desenvolvido foi testado em estudo-piloto com preceptores de residência de MFC de fora do estado de São Paulo antes da aplicação.

Os contatos dos preceptores foram obtidos por intermédio dos coordenadores dos PRM-MFC, vinculados à Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem-SP).

A etapa 2 do arco consistiu na análise dos dados, utilizando estatística descritiva para as perguntas fechadas, com variáveis categóricas com frequências absoluta e relativa, e as quantitativas por mediana e intervalos correspondentes. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin¹⁵ para examinar as questões abertas.

Para a análise de resultados, realizaram-se as seguintes etapas: pré-análise (leitura flutuante e escolha dos referenciais teóricos a partir das falas/ideias/representações emergentes), exatidão da leitura, formulação de hipóteses e categorização das falas em núcleos temáticos, com subnúcleos (exploração e categorização emergentes do texto e associação com os referenciais que “surgiram” das entrevistas). A partir da análise, os resultados de maior representatividade para esta pesquisa foram inseridos em uma matriz SWOT/FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças)¹⁶. Existem outros núcleos e subnúcleos que não estão representados neste material, por não terem correlação direta com a matriz e com a etapa subsequente do arco para os objetivos propostos¹⁷.

A terceira etapa do arco consistiu em, a partir da observação da realidade dos preceptores, da legislação

vigente sobre PRM (principalmente da área em questão) e de materiais de orientação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade sobre residência médica, determinar pontos possíveis para avaliação dos programas baseado na tríade de Donabedian¹⁸.

Por fim, a teorização da percepção dos preceptores, a partir da análise de conteúdo (temática categorial, emergente pela inferência), associada à construção da matriz FOFA com sobreposição na tríade de Donabedian, foi objetivada em três grandes áreas de avaliação dos programas: relação preceptor-residente, relação preceptor-unidade e relação preceptor-gestão, com base nos conteúdos emergentes da análise. Assim, o preceptor foi o cerne de um círculo utilizando como referências metodológicas e teóricas a análise de conteúdo, o planejamento estratégico e a avaliação de serviços de saúde (Figura 2). A discussão será embasada no halo do círculo, utilizando as camadas como estruturantes.

A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp) e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) com os pareceres CAEE nºs 78853317.0.0000.5411 e 30805420.5.0000.5440.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A observação da realidade (Figura 1) contabilizou 64 questionários respondidos (dois excluídos da análise por respostas incompletas), de 27 programas, totalizando 58% dos programas e 50% de preceptores caracterizados, sendo uma percentagem adequada para a metodologia¹⁹. No que concerne à distribuição geográfica, foram seis programas da capital, quatro programas do ABC paulista e os demais do interior e litoral. Dentre as respostas, 43 programas (67%) eram vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, e 23, a instituições de ensino. Um preceptor desconhecia o vínculo do programa.

Dentre as características gerais dos preceptores em 2019, é sutilmente maior o gênero feminino (35 preceptoras – 52%), com mediana de idade de 37 anos (mínimo de 27 anos e máximo de 62 anos). Essa amostra significativa de preceptores de MFC do estado de São Paulo pode ser extrapolada para o restante da Federação nas características de gênero, idade e formação em residência médica²⁰. Diferentemente, os dados apresentados a seguir são inéditos na literatura nacional.

Do total, 56 pessoas (73%) trabalharam como MFC antes de assumirem o cargo de preceptoría, com uma mediana de atuação de 60 meses (variando de quatro a 228 meses). Considerando o tempo de atuação como preceptor, a mediana é de 24 meses (mínimo dois e máximo 276).

Considerando o número de residentes presentes sob sua tutela (primeiro e segundo anos), a mediana é de dois, com um mínimo de um e máximo de nove concomitantemente. Adicionalmente, 45 pessoas (67%) orientam a graduação também.

Quanto à bolsa para atuar como preceptor e se ela foi decisiva na escolha da carreira de educador, 22 preceptores (33%) relataram receber bolsa de preceptoria, dos quais apenas seis (30%) apontaram a bolsa como um fator decisivo na escolha, 11 (55%) não a consideraram um fator importante e três (15%) relataram que talvez tenha sido importante.

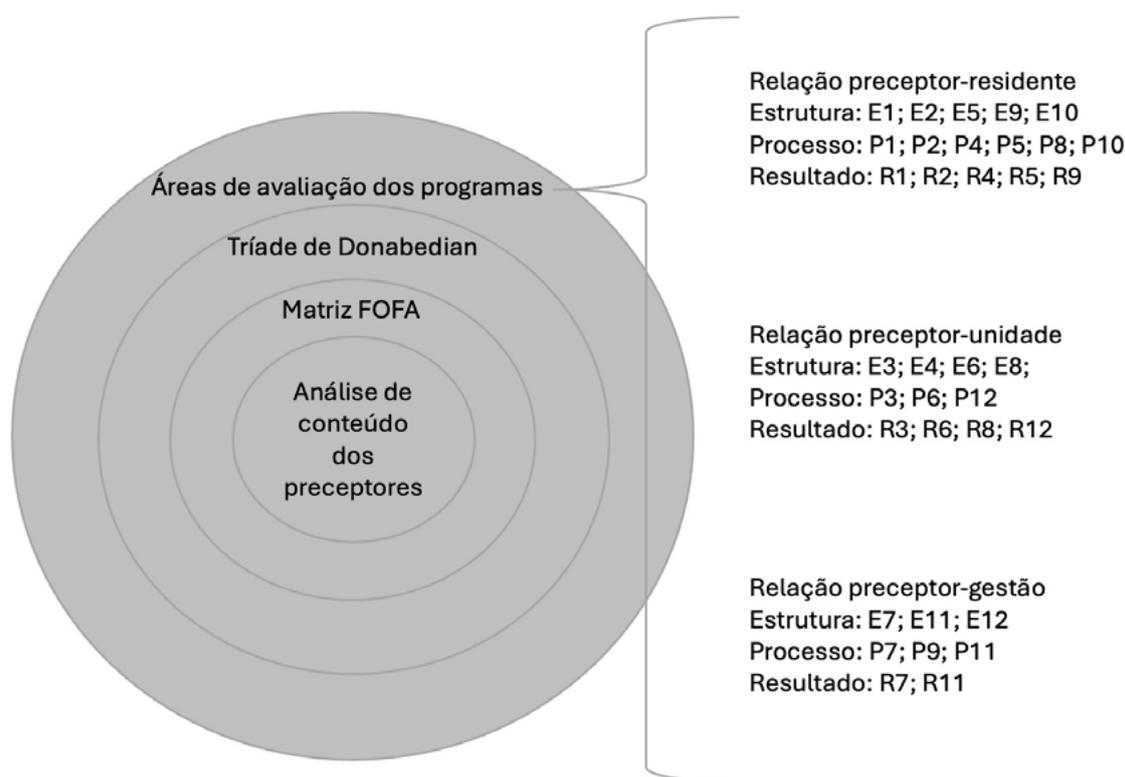
O segundo aspecto avaliado foi a formação do profissional quanto à especialização, à residência e ao título de especialista.

A amostra foi composta por 47 (70,1%) especialistas em MFC, distribuídos em 38 (56,7%) pessoas que fizeram residência médica em MFC e nove (13,4%) que obtiveram o título por meio da prova de títulos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade/Associação Médica Brasileira. A amostra também é composta por dois (2,9%) profissionais que não têm nenhuma formação complementar.

Por fim, a Tabela 1 apresenta a formação complementar do preceptor por meio de cursos de preceptoria realizados pelos entrevistados até o ano de 2019.

Com relação à formação *stricto sensu*, obtiveram-se 20 preceptores (29,8%), sendo nove com mestrado completo

Figura 2. Círculo representativo da análise de conteúdo e apresentação das etapas de construção dos núcleos de avaliação e dos itens presentes em cada subnúcleo baseado no Quadro 1 dos programas de residência em medicina de família e comunidade.



Fonte: Elaborada por Lucas Gaspar Ribeiro.

Tabela 1. Cursos de preceptoria realizados pelos preceptores até 2019.

Curso	Total de preceptores	Unicamente esse curso	Total de preceptores (%)	Unicamente esse curso (%)
PROAD-SUS1 ^a	16	6	23,8	8,9
PROAD-SUS2 ^b	30	18	44,77	26,8
Privado	24	10	36,17	14,9
Outros	16	3	23,7	4,3
Nenhum	12	0	17,9	
Total	98 (62 preceptores)	37	100	82,1

^a PROAD-SUS1: curso presencial; ^b PROAD-SUS2: curso a distância.

Fonte: Elaborada pelos autores.

(13,4%), oito em andamento (11,9%), um doutorado completo (1,4%) e dois em andamento (2,9%). Sendo as áreas de formação: saúde coletiva (sete), saúde coletiva, políticas públicas e gestão (um), saúde da família (dois), engenharia biomédica (um), tecnologias educacionais em saúde (um), demografia (um), educação médica (um), gestão e saúde coletiva (um), dermatologia (um) e nutriologia (um).

A etapa 2 do arco (Figura 1) consistiu na construção da matriz FOFA a partir da análise de Bardin¹⁵, utilizando cinco perguntas a que os preceptores responderam dentre as sete questões abertas realizadas durante a coleta de dados (Quadro 1).

Por fim, a etapa 3 (Figura 1) consistiu na interlocução dos dados qualitativos (tanto a matriz FOFA quanto as questões descritivas) com as bases de dados do legislativo e produção científica sobre residência médica em MFC e APS para a construção de uma tríade de Donabedian¹⁸ associando a forças, fraquezas, oportunidades e ameaças percebidas pelos preceptores (Quadro 1).

Após a organização da Quadro 1, o processo de trabalho dos preceptores foi distribuído em três grandes áreas, sendo os núcleos avaliativos: 1. relação preceptor-residente(s) 2. relação preceptor-unidade e 3. relação preceptor-gestão (Figura 2). Essas dimensões da atuação do preceptor demonstraram interesse em aplicação de novas metodologias, as quais pode estar limitadas por questões estruturais e do processo da unidade e gestão municipal.

A caracterização da relação do preceptor com o residente, com a unidade e a gestão (Quadro 1) pôde ser avaliada nas dimensões de estrutura, processo e resultado nas três grandes áreas, dividindo em forças, oportunidades, fraquezas e ameaças em relação aos PRM-MFC, correlacionando avaliação de saúde¹⁸ com análise situacional¹⁶ dentro do campo de educação em saúde.

Quando observada a área relação preceptor-residente, emergem componentes de: formação em MFC e em preceptoria

Quadro 1. Matriz FOFA fundamentada 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 um minuto, sobra, 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 versus 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 versus 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 dos 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 versus 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.

Fonte: Elaborado pelos autores

médica pelo preceptor, sendo esse profissional considerado modelo para os novos residentes e graduandos.

O ser modelo para a graduação em específico é um fator modificador das escolhas de especialidade médica. Por fim, a relação preceptor-residente também é um modificador do cuidado na rede de saúde em que ambos estão inseridos e um fator protetor ao preceptor, que se torna parte de um grupo de educadores em MFC nacionalmente.

A formação em preceptoria (componente E.1.) é uma força do componente estrutura. Ela pode ocorrer a partir da formação ofertada pelo governo federal aos PRM-MFC ou uma busca ativa do preceptor²¹. Com isso, a associação de ser especialista em MFC (componente E.2.) – 70,1% são especialistas (56,7% com residência) – com formação em preceptoria (82,1% da amostra) demonstra que os preceptores do estado são capacitados para sua atuação e modelos educacionais^{8,22}. Trata-se de um dado inédito na literatura, a associação de duas características estratégicas de formadores de novos especialistas: formação na área de atuação e em educação médica.

Quando há a coexistência de ser especialista em MFC e ter formação em preceptoria médica, é esperado que tais profissionais tenham maior competências para sua prática diária²³⁻²⁵. Tais competências promovem o uso de ferramentas educacionais, como metodologias ativas e observação direta de seus preceptores (modelos), resultando em estruturas e processos dos PRM-MFC positivos ou negativos, a depender da formação do preceptor (componentes E.5., P.2. e P.5.)^{22,26} e do serviço, como explicitado nos grupos relação preceptor-unidade e preceptor-gestão.

Quando se qualifica a formação pela residência, há uma melhora da qualidade da APS tanto nas unidades de saúde com residência médica quanto na inserção de novos especialistas como força de trabalho na percepção dos preceptores (componentes R.1., R.2., R.8. e R.9.), mas também da literatura atual^{27,28}, sendo uma oportunidade estrutural dos PRM-MFC (E.8. e E.9.). Além disso, no que concerne à presença de residência médica e de mais profissionais formadores, há uma sensação de pertencimento de um grupo cooperante para a MFC no país (componente P.8.), já que essa é uma característica já presente fora do país²⁹.

Com isso, os PRM-MFC podem ser modificadores do cuidado na APS, promotores de saúde e formadores de profissionais altamente especializados em cuidar de pessoas (componente R.2.), e promover a interação de um grupo de pessoas com um objetivo comum: formar novos médicos de família e comunidade.

Contudo, na percepção dos respondentes, a graduação médica pode ser compreendida como uma ameaça (E.10.), apesar de as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de

Graduação em Medicina de 2014 apresentarem a formação de médicos generalistas com alta carga horária na APS³⁰. Contudo, como as diretrizes são relativamente recentes, poderia ocorrer uma baixa exposição no ano em que o questionário foi respondido (2019), mas 67% da amostra de entrevistados atua tanto com a residência quanto com a graduação, sendo um grupo preparado para apresentar a especialidade tanto ao graduando quando ao residente em teoria.

Uma possível justificativa para os componentes graduação inadequada como um fator de baixa cobertura de vagas, evasão ao longo da residência e dificuldade de aumentar o número de especialistas (E.10., P.10., R.5. e R.10.) pode ser a formação dos graduandos longe de grandes centros, devido à grande dispersão de cursos de Medicina no país³¹, movimento oposto à fixação de especialistas em MFC, que optam por estarem nos centros²⁰.

Todavia, a percepção dos preceptores de São Paulo não deveria ter esse viés, pois são qualificados, atuam com a graduação e estão em grandes centros. Para compreender os fenômenos observados pelos preceptores com a graduação, serão necessários estudos específicos.

Uma possível justificativa sobre os dados apresentados é a relação do preceptor-unidade e preceptor-gestão, que acarreta maiores ou menores dificuldades no processo de trabalho e processo de ensino-aprendizagem.

A área relação preceptor-unidade pode ser observada no campo das relações de organização do processo de trabalho e ensino, classificada como uma força (componente E.3.) quando a equipe está síncrona com a formação do residente e com a compreensão de um espaço de educação, mas também como fraqueza (E.6.) quando não ocorre, além da percepção do espaço físico da unidade como um fator que pode dificultar, como explicitado no componente P.12.

Os serviços que se organizam em unidades-escola são considerados modelos tanto em aspectos assistenciais quanto gerenciais^{25,32-34}. A organização da agenda e do território e a autonomia do residente perante a equipe são competências esperadas para a formação em MFC³⁵, tanto que são pontuadas pelos preceptores como componentes presentes nos processos e resultados dos PRM-MFC, explicitados em P.3., P.6., R.3. e R.9. Assim, trata-se de aspectos que todos os programas em MFC deveriam buscar – conciliar estrutura física com território e agenda do residente, compreendendo seu momento como treinamento em serviço, de modo a gerar maior autonomia ao longo do processo, mas sob supervisão e avaliação.

Entretanto, emergem como fraquezas componentes semelhantes aos anteriormente expostos, estruturantes do processo de trabalho, como o E.4. e E.6. Apesar de não haver dados específicos que justifiquem a fala dos preceptores,

principalmente no que tange à formação e à grande presença de especialistas na amostra, pode ser razoável inferir que a excessiva demanda assistencial diante da necessidade de ensino do residente e aluno dificulte a formação deles^{8,36-38}.

A dificuldade na organização do processo de trabalho na unidade sobrecarrega a assistência em detrimento do ensino, como exposto nos componentes R.6. e R.12., dependentes da organização dos PRM-MFC com o número de residentes, da graduação e de atividades das unidades de saúde.

Além da demanda assistencial, há a demanda de orientar os graduandos e residentes concomitantemente, apesar de a mediana de residentes por preceptor ser a ideal (dois residentes). Com isso, um ponto que pode ser observado é a área adscrita (E.6). O atual modelo de financiamento da APS favorece o financiamento para um número maior de pessoas cadastradas na unidade³⁹, o que é contraditório a unidades-escola, inclusive.

A pressão assistencial e educacional com a graduação pode ser um fator decisor na implantação de metodologia ativa de ensino e de avaliação do residente, estando presente nos componentes E.4., P.4. e R.4. Além do excesso de demanda, a aplicação de metodologias ativas depende de estrutura física adequada, o que foi apresentado como um problema pelos preceptores.

O ensino não se reduz a apresentar o conhecimento, mas avaliar se o residente consegue aplicá-lo em sua prática²⁹. As diferentes formas avaliativas estão presentes nos componentes de resultado do ensino, em R.1. e R.4. A estrutura de funcionamento de uma unidade inadequada interfere, também, no resultado de avaliar as competências dos residentes ao longo de sua formação. Com isso, a organização da unidade, aqui nominalizada como relação preceptor-unidade, influencia no resultado da residência de forma indiscriminada: o treinamento em serviço e a qualificação do médico residente sob tutela em um espaço protegido.

Por fim, a terceira área, relação preceptor-gestão, está intimamente ligada aos aspectos já apresentados, como área adscrita, estrutura física da unidade e organização da agenda. Mas ela pode ser observada para além da unidade, como financiamento da atuação de preceptoria, melhoria da rede de saúde e percepção da residência como modificador do sistema local de saúde, com valorização do serviço prestado.

A presença de PRM-MFC melhora o acompanhamento de saúde e encaminhamento para especialistas focais^{27,28}, além de ter um aumento de especialistas em MFC no mercado de trabalho, sendo componentes desejados pelos preceptores (R.8. e R.9.). Além disso, há a percepção pela gestão municipal de melhora do serviço e da relação trabalhista quando os PRM-MFC estão presentes nos municípios¹⁰.

Com isso, a presença de PRM-MFC melhora o serviço prestado à população, e, além disso, há uma percepção da gestão municipal como algo positivo de estar presente na rede de saúde. Contudo, é preciso pesquisar as motivações dos gestores municipais em abrir novos programas: se o objetivo é prover apenas assistência com auxílio financeiro do governo federal ou dotar também o município de polos educacionais com absorção dos novos especialistas na rede.

Para aumentar a presença de médicos de família e comunidade nos programas municipais, as secretarias de saúde ofertam bolsas para os médicos preceptores²⁰, haja vista a modificação na assistência que os PRM produzem. Dentre os respondentes, 33% recebem um valor adicional para que possam ser preceptores, e a maioria que o recebe relata não ter sido o diferencial para a escolha da atividade (55%), o que está compatível com a literatura internacional⁴⁰. Isso demonstra que, apesar de estar presente nos componentes E.7. e E11., o profissional opta pelo cargo de preceptoria por outros motivos, que não são financeiros.

Além disso, a bolsa é apenas um aspecto na fixação de profissionais, o qual também apresenta como pontos de fixação o local de formação na residência e o local de nascimento²⁰, 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 em espaços geográficos definidos, assim como já ocorre na distribuição da especialidade no país³¹, apesar das políticas de interiorização e fixação de médicos na APS⁴¹. É necessário compreender os motivos de o profissional desejar ser preceptor e o que o mantém no cargo, para aumentar a fixação desses profissionais com qualidade de ensino e assistência.

Enfim, 36 componentes foram apresentados, distribuídos em uma matriz FOFA inserida na tríade de Donabedian, com base em aspectos que os preceptores de PRM-MFC elencaram em seus processos de trabalho. É importante ressaltar que são ponderações de profissionais que atuam diretamente na educação, os quais reforçaram os aspectos que interferem em sua contratação, no processo educacional na unidade e nas atividades que realizam fora do ambiente de trabalho (como curso de preceptoria).

Entretanto, dimensões importantes não estiveram presentes na fala dos preceptores, como atividades que o residente exerce em sua formação (por exemplo, procedimentos, grupos, visitas) e atividades características da APS, como trabalho em equipe, educação permanente, atividades de formação e capacitação profissional (educação continuada e cursos livres).

Como já mencionado ao longo do texto, serão necessários novos estudos para vincular outras dimensões àquelas apresentadas pelos preceptores que participaram deste

estudo. Com isso, será possível fazer a construção de matrizes de implementação de PRM-MFC, com base na experiência do preceptor, na prática profissional na APS, nas competências esperadas a serem desenvolvidas em programas de residência e na legislação para que ocorram.

Além do mais, descritores definidos ao longo deste artigo foram elaborados com base nas vivências dos preceptores e na literatura nacional e internacional. Um ponto a ser desenvolvido em pesquisas futuras é se esses descritores realmente estão modificando os resultados esperados dos programas de residência: aumento de profissionais capacitados para atuar como médicos de família e comunidade e não apenas o aumento do número de especialistas, e quais configurações de PRM-MFC são mais eficazes para atingir o objetivo de ter qualidade na formação dos residentes, sem observar apenas a qualidade assistencial da unidade, considerando-os como descritores que avaliam apenas a dinâmica da unidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a MFC é uma especialidade que está em crescimento desde a década de 1970, com aumento do número de vagas e especialistas formados pela residência médica na última década. Essa mudança é resultado do aumento de programas de residência e da ampliação de vagas dos programas existentes, gerando maior demanda de profissionais e equipes atuando concomitantemente em assistência e ensino.

A forma de adequar ensino e assistência ainda não é definido em literatura, assim como as formas de organização das equipes de APS para organizar os recursos e processos de trabalho, gerando adequados resultados. Assim, este trabalho buscou apresentar, a partir da vivência de preceptores e da legislação nacional, aspectos positivos e negativos tanto dos PRM-MFC quanto da gestão municipal para atingir o objetivo de ser formador.

Os resultados demonstraram que há uma preocupação na melhor formação do residente, mas com muitas dificuldades na organização, sendo necessário adequar a APS para a formação do residente, além de instrumentos que avaliem esse espaço formador. Com isso, esta pesquisa pode ser o ponto de partida para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da qualidade dos programas que considerem a *expertise* e as percepções das pessoas envolvidas na formação direta dos novos médicos de família e comunidade brasileiros.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lucas Gaspar Ribeiro participou de toda a elaboração do artigo, desde a concepção do projeto, a coleta de dados, a análise de resultados, como dissertação, tese e artigo, até a elaboração do material apresentado. Eliana Goldfabr Cyrino participou da

concepção do projeto, da coleta de dados, da análise dos dados da dissertação, da organização e discussão dos resultados, e da elaboração do material apresentado. Antônio Pazin Filho participou da análise dos resultados como tese (elaboração dos dados em FOFA/SWOT e tríade de Donabedian), da discussão dos resultados e da elaboração do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. 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: Ministério da Saúde; 2017 p. 1-35.
2. Scheffer M, Guilloux AGA, Miotto BA, Almeida C de J, Guerra A, Cassenote A, et al. Demografia médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023. v. 1, 344 p.
3. Brasil. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 27 p.
4. Horii CL. Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
5. Howell JD. A history of medical residency. *Rev Am Hist.* 2016;44(1):126-31.
6. Miranda Júnior UJP de. Comissão nacional de residência médica: caminhos e descaminhos na gestão desta modalidade de especialização médica no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; 1997.
7. 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. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-13.
8. 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, editores. *Atenção, educação e gestão produções da Rede ProfSaúde.* Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 253-68.
9. Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2004;1(1):5-10.
10. 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;26(6):2119-30.
11. Alessio MM, Sousa MF de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. *Physis.* 2016;26(2):633-67.
12. 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. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005. 28 p.
13. 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.
14. Berbel NAN. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semina: Ciências Sociais/Humanas.* 1995;16(2):9-19.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011. 280 p.

16. Wehrich H. The TOWS matrix: a tool for situational analysis. *Long Range Plann.* 1982 Apr;15(2):54-66.
17. Ribeiro LG. Os preceptores de residência médica em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo: quem são? onde estão? o que fazem? [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2019.
18. Donabedian A. The quality of care how can it be assessed? *J Am Med Assoc.* 1988;260(12):1743-8.
19. Wachelke J, Natividade J, Andrade A de, Wolter R, Camargo B. Avaliação de uma coleta de dados online. *Aval Psicol.* 2014;13(34):143-6.
20. 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;56:21.
21. Brasil. Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. p.104-120.
22. Benbassat J. Role modeling in medical education. *Acad Med.* 2014 Apr;89(4):550-4.
23. 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).
24. Lawall PZM, Pereira AMM, Oliveira JM de, Gasque KC da S. A preceptoria médica em medicina de família e comunidade: uma proposta dialógica com a andragogia. *Rev Bras Educ Med.* 2023;41(1):12.
25. Rosas JBM, Lopes Junior A, Moreira JV, Afonso MPD, Sarno MM, Borret RH do ES, et al. Recomendações para a qualidade dos programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2509-2519.
26. Pereira DRDS, Moia L de JMP. O PET-Saúde como referência para a preceptoria da residência médica em medicina de família e comunidade. *Revista Exitus.* 2019;9(3):365-394.
27. 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 Dec 13;22(1):223.
28. 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 Feb 15;12(2):e051515.
29. Wilm S. The EURACT Performance Agenda of General Practice/Family Medicine. *EURACT.* 2014;1(1):1-101
30. Brasil. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014. p. 14.
31. Scheffer M. Demografia média no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020. 312 p.
32. Brasil. Portaria nº 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. *Diário Oficial da União;* 2019. Edição 245, seção 1, p. 151.
33. Garcia AP, Cadioli LM, Lopes Júnior A, Gusso G, Valladão Júnior JBR. Preceptoria na residência de medicina de família e comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-8.
34. Morris C, Blaney D. Work-based learning. In: Swanwick T, editor. *Understanding medical education.* Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2013. p. 97-109.
35. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para a medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015.
36. Botti SH de O, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med.* 2006;32(3):363-73.
37. Botti SH de O. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009.
38. 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):e52.
39. Brasil. 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 6. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. p. 7.
40. Aguiar AC de. Preceptoria em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão. Rio de Janeiro: Cepesc; 2017. 207 p.
41. Melo Neto AJ de, Barreto D da S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2019;14(41):2162-71.



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