

Modelos de preceptoría de residência em medicina de família e comunidade: um estudo Delphi

Models of preceptorship in family and community medicine residence: a Delphi study

Leticia Maggioni¹ leticiamaggioni1211@gmail.com

Bruno Henrique Soares Pessoa¹ brunohspessoa@gmail.com

Thiago Gomes da Trindade² thiagogtrindade@gmail.com

Eneline de Andrade Heráclio Gouveia Pessoa¹ eneline.gouveia@gmail.com

RESUMO

Introdução: A preceptoría na atenção primária à saúde desempenha papel central na formação do residente, já que 70%-80% da carga horária dos programas de residência de medicina de família e comunidade (PRMFC) acontece na unidade de saúde da família. Como preceptor entende-se o professor que ensina na prática clínica. O cenário atual de expansão dos PRMFC, associado a poucos profissionais especializados em preceptoría, fez com que vários modelos fossem praticados. Uma revisão de literatura feita em estágio anterior a este trabalho, além das contribuições da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, identificou quatro modelos de preceptoría em MFC: ombro a ombro, preceptor da equipe ao lado, preceptor de unidade e preceptor de campo.

Objetivo: Este estudo teve como objetivos validar esses quatro modelos e identificar outros, determinar, sob a ótica da qualidade de formação dos residentes, a aceitabilidade e o grau de recomendação dos modelos, e reconhecer os pontos positivos e negativos.

Método: Utilizou-se a técnica Delphi modificada por questionários *on-line*. O estudo começou com 24 participantes de todo o Brasil na primeira rodada e terminou com 18. Aplicaram-se a técnica de estatística descritiva e a análise de conteúdo. O estudo foi realizado entre fevereiro e abril de 2022.

Resultado: Validaram-se os quatro modelos apresentados, e nenhum outro foi identificado. Os modelos ombro a ombro, preceptor da equipe ao lado e preceptor de unidade foram considerados aceitáveis; e o modelo preceptor de campo, inaceitável. Os modelos ombro a ombro e preceptor de unidade foram recomendados. Reconheceram-se 92 aspectos como pontos positivos e negativos, dos quais 81 atingiram consenso.

Conclusão: Obteve-se a validação dos quatro tipos de modelos de preceptoría para PRMFC. Como os modelos ombro a ombro e preceptor de unidade foram elencados como aceitáveis e recomendáveis, é importante que sejam priorizados na implantação e manutenção dos PRMFC. Os modelos preceptor da equipe ao lado e preceptor de campo foram julgados como não recomendados e, portanto, devem ser evitados. O conhecimento das fortalezas e fraquezas de cada modelo prepara os PRMFC para as possíveis dificuldades e os auxilia na escolha do modelo adequado às diversas realidades existentes no país.

Palavras-chave: Preceptoría; Residência Médica; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency preceptorship in primary healthcare plays a major role in the professional qualification of medical residents, since 70-80% of the workload of the Family and Community Medical Residency Program (PRMFC) takes place in primary care clinics. A preceptor is understood as an experienced practitioner who teaches during clinical practice. The current scenario of expansion of PRMFCs in Brazil, associated with the limited number of professionals specialized in preceptorship, has resulted in the practice of different preceptorship models. A literature review performed in the previous stage of this study, added to the contributions of the Brazilian Society of Family and Community Medicine, pointed out four models of preceptorship in family practice: shoulder-to-shoulder, next-door team, clinic preceptor and field preceptor.

Objective: To validate these four models of preceptorship and identify if there are others models; to determine, from the perspective of the quality of training residents, the acceptability and degree of recommendation of the models and recognize the positive and negative points.

Method: The Delphi technique modified by online questionnaires was used. It was initiated with 24 participants from all over Brazil in the first round and ended with 18. Descriptive statistics and content analysis method was applied. The study was conducted between February and April 2022.

Result: The four models presented were validated and no others were identified. The shoulder-to-shoulder, nextdoor team preceptor and clinic preceptor models were considered acceptable and the field preceptor model, unacceptable. The shoulder-to-shoulder and clinic preceptor models were recommended. Ninety-two aspects were recognized as positive and negative points. Of these, 81 achieved consensus.

Conclusion: The shoulder-to-shoulder preceptor and clinic preceptor models were validated as acceptable and recommended, so it is important to prioritize these models in the implementation and maintenance of PRMFCs. The next-door team preceptor and field preceptor models were deemed as not recommended and, therefore, should be avoided. Information about the strengths and weaknesses of each model prepares the PRMFCs for possible implementation difficulties and helps them to select the appropriate model for the different realities existing in the country.

Keywords: Preceptorship; Medical Residency; Family and Community Medicine; Primary Health Care; Medical Education.

¹ Prefeitura do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 1976, nas cidades de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco, Rio de Janeiro e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, surgiram os três primeiros programas de residência médica (PRM) em saúde coletiva, sem respaldo normativo ou legal até então. Somente em 1981, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), os PRM foram formalizados como uma especialidade médica no Brasil, porém sob o nome de medicina geral comunitária (MGC). Cinco anos após, em 1986, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a MGC como uma especialidade médica, e, apenas em 2001, a nomenclatura medicina de família e comunidade (MFC) foi adotada¹. Esse contexto histórico evidencia que a história da MFC no Brasil está entrelaçada com o desenvolvimento dos PRM.

Os PRM têm sido considerados o padrão ouro para a formação de especialistas em todo o mundo². Conforme a resolução que orienta os programas de residência em MFC no Brasil, a residência conta com dois anos de duração com carga horária distribuída em: de 70% a 80% na unidade da saúde da família (USF), 10% nas atenções secundárias e de 10% a 20% nas atividades teóricas³. Fica claro, assim, que a preceptoría na atenção primária desempenha um papel central na formação do médico de família e comunidade (MFC). Por preceptor entende-se como o professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal. Em resumo, seria um “docente clínico”, fazendo referência à expressão *clinical teacher* citada amplamente na literatura internacional^{4,5}.

Na literatura, demonstra-se a associação inversamente proporcional entre a quantidade de MFC nos sistemas de saúde e a mortalidade geral na população, destacando, portanto, a importância desses profissionais⁶. No entanto, apesar de sua relevância, no Brasil, a atração dos médicos recém-formados por residências médicas em MFC é baixa⁷, e a ociosidade na ocupação das vagas dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRMFC) é cerca de 70%^{8,9}. Nesse sentido, diversas políticas públicas foram desenvolvidas a fim de mudar esse cenário, como Pró-Saúde¹⁰, o Pró-Residência¹¹, PET-Saúde¹², Programa Mais Médicos (PMM)¹³, entre outros. Como consequência disso, observou-se uma expansão dos PRMFC: em 2003 existiam 29, com 218 vagas, passando para 285 e 3.587 vagas em 2019¹⁴⁻¹⁶. Essa rápida expansão dos PRMFC conta com uma dificuldade: a falta de preceptoría especializada em quantitativo suficiente^{8,17,18}. Diante da demanda crescente de residentes, num cenário de poucos especialistas preceptores, diferentes modelos de preceptoría vêm sendo praticados no Brasil. Entende-se que esses modelos podem exercer influência na assistência à saúde das populações, na rotina de trabalho dos preceptores, na sensação de sobrecarga dos profissionais, além de repercutirem diretamente

nas aplicações de estratégias de ensino-aprendizagem e, assim, na qualidade da formação dos residentes¹⁵.

Sobre os modelos de preceptoría dos PRMFC, o que se sabe na literatura nacional¹⁷⁻¹⁹ e na internacional^{20,21} é escasso. Dessa forma, em fase anterior a esta pesquisa, em 2019, um grupo de pesquisadores realizou uma revisão integrativa da literatura²² e identificou três modelos de preceptoría: preceptor de equipe (também chamado de “ombro a ombro”), preceptor de unidade e preceptor de campo. Tais arranjos foram elencados a partir de variáveis, como: o modo de vinculação do preceptor à USF, a vinculação do residente à equipe e a assistência à saúde prestada majoritariamente por residente e/ou preceptor²². Além disso, o grupo de trabalho (GT) de educação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicou em 2020 um artigo descrevendo 11 arranjos de inserção do residente e do preceptor nas equipes das USF com variações na quantidade de equipes por USF e na proporção de residentes por preceptor²³. Tais arranjos, de forma geral, estão inseridos nos modelos de preceptor de equipe e preceptor de unidade encontrados na revisão integrativa realizada em 2019, mas foi possível identificar um quarto modelo de preceptoría: preceptor da equipe ao lado, totalizando quatro modelos de preceptoría conhecidos na literatura até então.

Sendo assim, a partir das variáveis descritas, os quatro modelos foram sintetizados conforme mostra o Quadro 1. Eis os modelos de PRMFC avaliados nesta pesquisa:

- *Modelo 1 – preceptor de equipe*: também chamado de “ombro a ombro” ou modelo tradicional, é aquele em que o preceptor é o médico de referência da equipe, e o residente está inserido nessa mesma equipe.
- *Modelo 2 – preceptor da equipe ao lado*: o preceptor compõe uma equipe, e o residente, outra equipe diferente, porém ambos na mesma USF.
- *Modelo 3 – preceptor de unidade*: também conhecido como “preceptor volante”, o preceptor e o residente estão na mesma USF, mas o residente é o médico de referência da equipe, e o preceptor não está vinculado a nenhuma equipe, ficando “deslocado” para a atividade pedagógica dos residentes da unidade.
- *Modelo 4 – preceptor de campo*: o residente é o médico de referência da equipe, e o preceptor não está vinculado nem à USF, nem à equipe, realizando a supervisão por meio de visitas periódicas de residentes em mais de uma unidade de saúde.

Vale ressaltar que esses modelos podem originar vários arranjos diferentes a partir da quantidade de equipes por USF e também pela proporção de residentes por equipe e por preceptor.

Quadro 1. Modelos de preceptoría em residência de medicina de família e comunidade a partir das variáveis vinculação, assistência e composição de equipe.

	Modelo 1 (Preceptor de equipe)	Modelo 2 (Preceptor da equipe ao lado)	Modelo 3 (Preceptor de unidade)	Modelo 4 (Preceptor de campo)
Preceptor vinculado à USF	Sim	Sim	Sim	Não
Preceptor compõe uma equipe da USF	Sim	Sim	Não	Não
Residente compõe equipe de USF sozinho	Não	Sim	Sim	Sim
Assistência feita majoritariamente por	Preceptor e residente	Preceptor e residentes	Residentes	Residentes
Desenho esquemático				
Legenda				

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Pessoa²² e Rosas Junior²³.

Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho é validar os quatro modelos de preceptoría de PRMFC já especificados anteriormente na literatura^{22,23} e identificar a existência de outros possíveis modelos ainda não descritos. Como objetivos secundários, almeja-se determinar, sob a ótica da qualidade de formação dos residentes, a aceitabilidade dos modelos validados e estimar o grau de recomendação de cada um, além de reconhecer os pontos positivos e negativos de cada modelo.

MÉTODOS

Para esta pesquisa, foi utilizada a técnica Delphi modificada, a partir de questionários *on-line* sobre a aceitabilidade, o grau de recomendação e os pontos positivos e negativos dos quatro modelos de preceptoría dos PRMFC identificados a partir da revisão de literatura^{22,23}.

Diante de uma área em que o conhecimento ainda precisa de melhor exploração, a técnica Delphi tem seu papel²⁴⁻²⁷. É um método reconhecido e aceito, usado para reunir informações de especialistas dentro de um domínio de proficiência^{28,29}. Em 2018, foi realizada uma revisão de trabalhos brasileiros e internacionais que utilizaram a técnica Delphi na área da educação e demonstrou-se o uso dessa técnica principalmente em estudos de currículo, definição de competências, construção ou melhoramento de cursos³⁰.

Suas vantagens incluem: participação de especialistas de diversas regiões geográficas, anonimato entre os participantes, promoção de reflexão entre os especialistas, além de ser um método rápido e de baixo custo^{29,31-33}.

Para a sua aplicação, questionários são respondidos individualmente pelos participantes, e os pesquisadores elaboram um resumo das respostas dos questionários anteriores fornecidas pelo grupo³⁴. Esse processo se dá a cada rodada de questionários em que os resultados são analisados pelos pesquisadores, sistematizados e compilados para reenvio ao grupo. Dessa maneira, cada participante, após conhecer as opiniões dos outros membros (com anonimato garantido entre eles), tem a oportunidade de reavaliar sua resposta e enviar novamente aos pesquisadores para que um novo questionário, a partir dessas novas informações, seja elaborado. De forma geral, esse processo é repetido até um consenso ser atingido³⁵⁻³⁷.

De forma mais abrangente, o objetivo da técnica Delphi não é apenas chegar a uma resposta única, como em outros métodos de previsão, mas também obter o maior número possível de respostas e opiniões de qualidade de um grupo de especialistas no tema para subsidiar tomadas de decisão³⁸. Em uma revisão de literatura, publicada em 2014, acerca da definição de consenso em estudos Delphi, foi evidenciado que as definições de consenso variam de forma ampla e não

há consonância sobre qual é o critério mais adequado a ser utilizado, pois esses cortes são fundamentalmente arbitrários³⁹. De acordo com Osborne et al.³⁴, o consenso é atingido quando pelo menos dois terços dos participantes classificam um item com quatro ou cinco na escala de Likert de cinco pontos; no caso da estabilidade, o consenso ocorre quando menos de um terço muda as suas respostas entre as rodadas. Seguindo essa linha, nesta pesquisa foi estabelecido como consenso o valor de 66% (dois terços da amostra) da mesma resposta.

O quadro de painelistas (ou seja, os participantes) deste estudo foi formado com base no tempo de experiência com PRMFC, na publicação de artigos sobre o tema e no interesse intrínseco no assunto. Convidaram-se MFC de todas as regiões do país a fim de ter uma grande heterogeneidade e representatividade no grupo. De acordo com Adler et al.⁴⁰, os critérios para a seleção dos painelistas podem variar dependendo dos objetivos e do contexto em que a técnica Delphi é realizada, no entanto a experiência é geralmente o requisito-chave nessa escolha. Somam-se a isso o conhecimento e envolvimento prático com as questões sob investigação, a capacidade e disposição em contribuir para a exploração do problema e a habilidade na comunicação. Powell²⁴ defende que, apesar de não haver consenso quanto ao número de participantes, não é necessário organizar um painel de especialistas com um número representativo estatisticamente, uma vez que a representatividade para a técnica Delphi está na qualidade do painel formado.

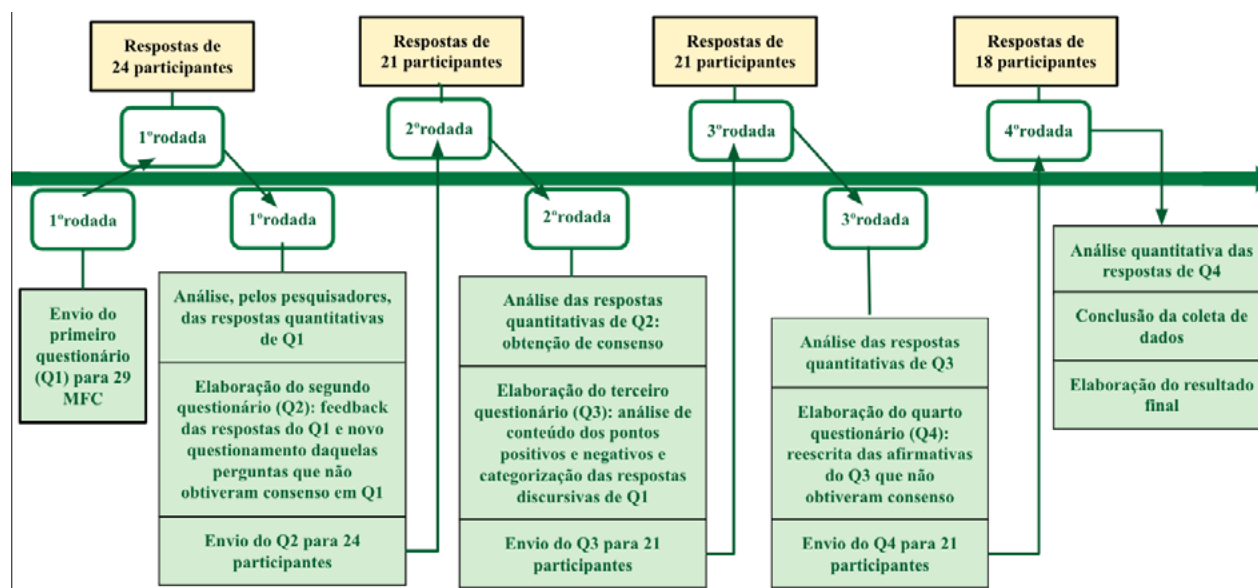
Esta pesquisa foi realizada entre fevereiro de 2022 e abril de 2022, por meio de questionários *on-line* (Google Forms). A literatura aponta que o uso de questionários é um dos melhores formatos para a realização da técnica Delphi, porém não há um padrão para a construção deles^{41,42}. O que se sabe até então é que não se recomendam questionários muito longos, para evitar a desistência dos participantes, mas também não tão curtos, a ponto de não promoverem reflexões^{30,41,43}.

O primeiro questionário (Q1) desta pesquisa foi formado por perguntas sobre os dados sociais e institucionais dos participantes. Além disso, contou com a apresentação dos quatro modelos de preceptor para validação e identificação de modelos adicionais ainda não identificados pelos pesquisadores. Também foi solicitado que determinassem, por meio de perguntas fechadas, a aceitabilidade dos modelos

apresentados (sim ou não) e o grau de recomendação (escala Likert com cinco opções), e, por meio de perguntas abertas, discorressem livremente sobre os pontos positivos e negativos de cada modelo. O questionário dois (Q2) foi formado pela síntese das reflexões do grupo trazidas na fase anterior, acrescido novamente do questionamento sobre a aceitabilidade e o grau de recomendação do modelo 2 (preceptor da equipe ao lado), pois foi o único que não obteve consenso na primeira rodada. O questionário número três (Q3) foi formado a partir da análise de conteúdo das respostas discursivas do grupo levantadas no Q1. A partir disso, foram formulados 92 itens, com mínimas alterações gramaticais nas respostas abertas, divididos em categorias temáticas (aprendizado, assistência, estrutura física, financiamento, carga de trabalho). Então, solicitou-se aos painelistas que apontassem se concordavam ou não com a representação de aspecto sendo algo positivo ou negativo de cada modelo. O quarto, e último, questionário (Q4) foi construído com os itens que não obtiveram consenso na rodada anterior. Esse processo está ilustrado na Figura 1.

Conforme já descrito, a técnica Delphi conta com análise mista. Para a parte quantitativa (respostas fechadas e escala Likert), foi usada a técnica de estatística descritiva (médias aritméticas e percentagens). Já para as perguntas abertas (pontos positivos e negativos), aplicou-se a análise qualitativa utilizando a análise de conteúdo das respostas, especificamente a análise temática, já que é a mais simples e apropriada para as investigações qualitativas em saúde⁴⁴. As respostas foram submetidas à leitura exaustiva por dois pesquisadores, e, em seguida, realizaram-se a codificação e a enucleação de sentidos com distribuição nas categorias temáticas descritas anteriormente. Por fim, realizaram-se análises e reflexões integradas dos dados, aplicando operações estatísticas simples e produzindo interpretações que, correlacionadas com as teorias iniciais, despertaram novas perspectivas sobre o tema⁴⁵.

Os sujeitos da pesquisa foram incluídos no estudo após sua aprovação dos procedimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Adotaram-se todas as normas éticas da Lei nº 466/2012, e o Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) aprovou o projeto: Parecer nº 3.440.656.

Figura 1. Fluxograma da metodologia Delphi modificada utilizada neste estudo.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 1. Perfil socioepidemiológico e acadêmico dos panelistas

Sexo	Média, em anos, da idade	Região do país de atuação	Média, em anos, da formação na graduação médica	Média, em anos, do tempo na atuação em PRMFC
Masculino: 15 (62,5%)	41,6 anos	Norte: 4 (16,7%) Nordeste: 6 (25%)	17,1 anos	8,8 anos
Feminino: 9 (37,5%)		Centro-Oeste: 4 (16,7%) Sudeste: 6 (25%) Sul: 4 (16,7%)		

Fonte: Elaborada pelos autores.

RESULTADOS

Inicialmente, este trabalho contava com 24 participantes, e, ao fim, havia 18 panelistas (perda de seis, equivalente a 25%). O painel de especialistas foi formado por 15 participantes do sexo masculino e nove do feminino, apresentando média de idade de 42 anos. Dezessete anos da formação médica foi a média encontrada no grupo e nove anos na inserção da atividade de preceptoria em MFC. Em relação à região do país em que estavam inseridos em um PRMFC, obteve-se a seguinte distribuição: quatro do Norte, quatro do Sul, quatro do Centro-Oeste, seis do Nordeste e seis do Sudeste (Tabela 1).

Os quatro modelos identificados e descritos anteriormente foram validados e reconhecidos pelo painel de especialistas como sendo modelos praticados em PRMFC no Brasil. Não foram mencionados outros, considerando as variáveis descritas anteriormente. No entanto, foi levantado pelos panelistas que vários arranjos dentro do mesmo modelo são possíveis a depender da quantidade de residentes por preceptor e por USF, da presença de residentes de outras

especialidades e/ou de acadêmicos na mesma unidade. Além disso, também foi mencionado que é possível existir no mesmo programa vários modelos de preceptoria concomitantes.

Em relação à aceitabilidade, consideraram-se aceitáveis os modelos 1, 2 e 3 (respectivamente 91,7%, 76,2% e 100%), apenas o modelo 4 foi julgado como não aceitável (79,2%). Sobre o grau de recomendação, evidenciou-se que os modelos 1 (83,3%) e 3 (79,2%) foram avaliados como recomendados, ao contrário dos modelos 2 e 4, que obtiveram respectivamente 71,5% e 91,7% de não recomendação. Vale salientar que o modelo 4 obteve o grau de não recomendação máxima de 54,2% (Tabela 2).

Sobre os pontos positivos e negativos dos modelos relatados pelos participantes, formularam-se 92 aspectos (que estão descritos no Quadro 2) categorizados em aprendizado (41 itens), assistência (19 itens), carga de trabalho (15 itens), financiamento (13 itens) e estrutura física (quatro itens), representando as fortalezas e as fraquezas de cada modelo. Desses, 81 itens atingiram o consenso (88,04%) e 11 (11,96%) não.

Tabela 2. Aceitabilidade e grau de recomendação de cada modelo de preceptoria em residência de medicina de família e comunidade.

	MODELO 1 <i>Ombro a ombro</i>	MODELO 2* <i>Preceptor da equipe ao lado</i>	MODELO 3 <i>Preceptor de unidade</i>	MODELO 4 <i>Preceptor de campo</i>
Aceitável	22 (91,7%)	16 (76,2%)	24 (100%)	5 (20,8%)
Não aceitável	2 (8,3%)	5 (23,8%)	0	19 (79,2%)
Recomendação máxima	9 (37,5%)	1 (4,8%)	7 (29,2%)	0
Recomendado	11 (45,9%)	5 (23,8%)	12 (50%)	2 (8,3%)
Neutro	2 (8,3%)	3 (14,3%)	3 (12,5%)	0
Pouco recomendado	2 (8,3%)	11 (52,4%)	2 (8,3%)	9 (37,5%)
Não recomendação máxima	0	1 (4,8%)	0	13 (54,2%)

Fonte: Elaborada pelos autores.

* Dados obtidos a partir da segunda rodada em que o n era de 21 painelistas.

Quadro 2. Pontos positivos e negativos dos modelos de preceptoria em residência de medicina de família e comunidade, agrupados por categorias temáticas.

MODELO 1 (preceptor de equipe ou "ombro a ombro") Preceptor e residente compõem a mesma equipe na mesma USF.		ACEITÁVEL: 91,7%	RECOMENDADO: 83,3%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
<i>CATEGORIA: APRENDIZADO</i>	<i>Consenso</i>	<i>CATEGORIA: APRENDIZADO</i>	<i>Consenso</i>
Maior foco pedagógico	95%	* Tende a concentrar os problemas de gestão da equipe na figura do preceptor diminuindo a chance de aquisição dessa competência pelo residente.	83%
Ambiente mais protegido para o aprendiz do residente. "Permite que o residente vá gradualmente aumentando a sua capacidade de atendimento e melhorando a gestão do tempo."	90%	* É possível que o residente seja visto como figura secundária e não um agente ativo da equipe, como se ficasse à sombra do preceptor.	77%
Potencializa o aprendiz pelo exemplo	95%	"Pode simular uma organização de equipe apenas replicável em unidades de ensino e, portanto, muito distante da realidade assistencial brasileira tornando esse residente um residente menos apto a atuar em cenários diversos."	66%
Tempo disponível para aplicação das técnicas mais elaboradas em preceptoria	76%	** <i>Tende a proporcionar menor autonomia ao residente, já que terá sempre o preceptor ao lado dividindo a mesma equipe.</i>	61%
-	-	** <i>Tende a dificultar a inovação dos processos de trabalho da equipe por parte do residente.</i>	61%
Legenda:			
* Consenso obtido após a quarta rodada.			
** (itálico) Pontos que permaneceram sem consenso mesmo após a quarta rodada.			
<i>CATEGORIA: ASSISTÊNCIA</i>		<i>CATEGORIA: ASSISTÊNCIA</i>	
Manutenção da longitudinalidade do cuidado da população na figura do preceptor, o que pode contribuir na discussão de casos, uma vez que ele tende a ter maior conhecimento do contexto e das histórias de vida das pessoas e de suas famílias.	100%	"Pode haver dificuldade em vincular pessoas que já foram atendidas pelo preceptor por longa data e isso impactar na condução dos problemas daquela pessoa."	80%
"Como previsto pela CNRM, na ausência do residente o serviço funciona normalmente."	95%	-	-
Otimiza-se a segurança dos pacientes.	85%	-	-
Facilita a organização de tempo para lidar com outras demandas, como as administrativas, de vigilância do território e de coordenação do cuidado.	80%	-	-

Continua...

Quadro 2. Continuação.

MODELO 1 (preceptor de equipe ou “ombro a ombro”) Preceptor e residente compõem a mesma equipe na mesma USF.		ACEITÁVEL: 91,7%	RECOMENDADO: 83,3%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
<i>CATEGORIA: ASSISTÊNCIA</i>		<i>CATEGORIA: ASSISTÊNCIA</i>	
Potencial de aumentar a oferta de atendimento pela equipe pela possibilidade de mais um médico ligado à equipe.	76%	-	-
<i>CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO</i>		<i>CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO</i>	
Permite a saída dos preceptores para atividades externas da residência, principalmente quando há mais de um preceptor na unidade.	90%	Dificuldade da preceptoría no balanço entre a responsabilidade com a pressão assistencial e as demandas formativas de residentes.	66%
<i>CATEGORIA: FINANCIAMENTO</i>		<i>CATEGORIA: FINANCIAMENTO</i>	
-	-	* Dificulta a possibilidade de complementação de bolsa, o que diminuiria a atratividade financeira por esse modelo de residência.	77%
-	-	* Pode ser mais difícil expandir os programas de residência médica de medicina de família e comunidade com esse modelo.	72%
Legenda: * Consenso obtido após a quarta rodada.			
<i>CATEGORIA: ESTRUTURA FÍSICA</i>		<i>CATEGORIA: ESTRUTURA FÍSICA</i>	
-	-	Há necessidade de mais espaço físico na USF com salas e equipamentos extras para o residente, pois idealmente deve haver um consultório para o preceptor e um para cada residente.	90%
MODELO 2 (preceptor da equipe ao lado) Preceptor compõe uma equipe e residente outra, porém ambos na mesma USF.		ACEITÁVEL: 76,2%	NÃO RECOMENDADO: 71,5%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
<i>CATEGORIA: APRENDIZADO</i>	<i>Consenso</i>	<i>CATEGORIA: APRENDIZADO</i>	<i>Consenso</i>
* Tem potencial de oferecer ao residente uma vivência mais próxima da realidade assistencial que encontrará após a finalização da residência (já que terá a necessidade de manejar tanto a gestão da clínica quanto a organização da equipe).	94%	Ausência de tempo protegido para espaços formativos. “A pressão assistencial pode comprometer tanto o espaço de aprendizagem do residente como a disponibilidade do preceptor.”	85%
Permite maior autonomia do residente.	85%	Fragilidade/distanciamento de supervisão pedagógica e assistencial.	85%
Presença constante do preceptor na USF. “Não é o melhor, mas está longe de ser o pior cenário. Ter o preceptor na mesma unidade de saúde é nosso atual desafio no Brasil.”	85%	“Os residentes talvez se frustrem por terem menos observação e passagem de casos, mas quem parece ser mais frustrado é mesmo o preceptor.”	80%
Possibilita ao residente o desenvolvimento, de forma autônoma, dos principais domínios de liderança, gestão do tempo, educação permanente, profissionalismo na busca de fontes e apoios para tomada de decisão baseada em evidências.	71%	“Menor capacidade do preceptor atuar no processo de trabalho de outras equipes que não a sua, trazendo menos apoio em uma competência fundamental para o residente que é o manejo das dificuldades no trabalho em equipe.”	80%
O preceptor pode servir como espelho ao residente, mas o residente também pode proporcionar inovações e aprendizado ao preceptor.	66%	“O ganho de competências pode se tornar mais lentificado, apesar da tendência a maior ganho de autonomia.”	71%
Legenda: * Consenso obtido após a quarta rodada.			
<i>CATEGORIA: ASSISTÊNCIA</i>		<i>CATEGORIA: ASSISTÊNCIA</i>	
Vínculo fortalecido do residente com a população adscrita.	80%	“Os residentes passam por rotações focais e em alguns momentos se ausentam mais da unidade; desse modo, a pressão assistencial pode se tornar maior e gerar insatisfação.”	100%

Continua...

Quadro 2. Continuação.

MODELO 2 (preceptor da equipe ao lado) Preceptor compõe uma equipe e residente outra, porém ambos na mesma USF.		ACEITÁVEL: 76,2%	NÃO RECOMENDADO: 71,5%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
CATEGORIA: ASSISTÊNCIA		CATEGORIA: ASSISTÊNCIA	
* Possibilita um aumento da população adscrita recebendo assistência médica pela residência (já que o preceptor atende uma equipe, e o residente, outra equipe).	66%	Esse modelo tende a aumentar o risco à segurança dos pacientes, a depender dos arranjos e das barreiras instituídos na USF.	80%
Legenda: * Consenso obtido após a quarta rodada.			
CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO		CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO	
-	-	Maior risco de <i>burnout</i> do residente por ter que dar conta de sua demanda pedagógica e sua demanda assistencial e administrativa da equipe.	90%
-	-	O preceptor pode ter sobrecarga, pois estará exercendo dupla função de preceptor e médico assistente de uma população que equivale a duas equipes. Nesse caso, o risco de desistência da preceptoría por sobrecarga é alto entre preceptores que passam por esse modelo.	85%
-	-	Férias, faltas, atestados e ausências sobrecarregam quem fica na unidade.	85%
-	-	Dificulta a saída do preceptor para atividades da residência (reuniões, planejamento, aulas, educação continuada etc.).	80%
CATEGORIA: FINANCIAMENTO		CATEGORIA: FINANCIAMENTO	
Modelo possível em locais com poucos MFC.	85%	-	-
Maior possibilidade de adesão de gestores que terão menor impacto na contratação de residentes na lei de responsabilidade fiscal.	85%	-	-
Maior atratividade financeira para os residentes pela possibilidade de complementação de bolsa.	76%	-	-
CATEGORIA: ESTRUTURA FÍSICA		CATEGORIA: ESTRUTURA FÍSICA	
A estrutura física pode ser planejada de acordo com o número de equipes da unidade, sem necessidade de consultórios adicionais para os residentes.	80%	-	-
MODELO 3 (preceptor de unidade) Preceptor e residente na mesma USF, porém o preceptor não assume equipe nenhuma.		ACEITÁVEL: 100%	RECOMENDADO: 79,2%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
CATEGORIA: APRENDIZADO		CATEGORIA: APRENDIZADO	
Permite visão ampla do processo formativo do residente, além da possibilidade de aplicar diversas metodologias de aprendizagem (sombra, sombra reversa, ombro a ombro).	100%	*§ As necessidades de aprendizado não percebidas pelo residente podem ficar negligenciadas, já que o preceptor possui poucas oportunidades de acompanhar pacientes (por observação direta) assistidos pelos residentes.	77%
Há possibilidade de monitorar e controlar o ganho gradual das competências previstas em currículo baseado em competências.	100%	** Proporciona menos aprendizagem a partir de modelos (role model), uma vez que o preceptor realiza menos atividades assistenciais nesse modelo.	61%
“O preceptor pode estar mais disponível para discussão imediata de casos e avaliação conjunta do exame físico, quando necessário, mas isso depende do número de equipes com residentes vinculadas ao preceptor.”	100%	** Aumenta o risco de perda de competências da prática clínica pelo preceptor em consequência de vivenciar poucas atividades assistenciais nesse modelo.	55%

Continua...

Quadro 2. Continuação.

MODELO 3 (preceptor de unidade) Preceptor e residente na mesma USF, porém o preceptor não assume equipe nenhuma.		ACEITÁVEL: 100%	RECOMENDADO: 79,2%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
CATEGORIA: APRENDIZADO	Consenso	CATEGORIA: APRENDIZADO	
Maior circulação do preceptor dentro das equipes da USF, permitindo maior capacidade de intervenção e apoio nos processos de trabalho das equipes ajudando o residente no desenvolvimento dessa competência.	95%	-	-
O preceptor atua como uma figura de retaguarda para todos os residentes e enxerga todas as possibilidades de vivência e de prática no campo de inserção, sendo um elemento de integração entre os residentes.	95%	-	-
Promoção de competências de liderança, de gestão de equipe, de processo de trabalho, de agenda.	90%	-	-
Desenvolvimento do compromisso do residente com a responsabilidade sobre um território.	90%	-	-
O preceptor pode ficar atento à interlocução com o território e equipes, processos de trabalho e questões pedagógicas, funcionando como um catalisador das potencialidades do residente na equipe e como articulador em cada troca de residentes, sem ruptura de vínculo.	80%	-	-
Legenda: *§ (negrito) Itens que obtiveram consenso de que <i>não</i> representam uma característica do modelo. **(<i>itálico</i>) Pontos que permaneceram sem consenso mesmo após a quarta rodada.			
CATEGORIA: ASSISTÊNCIA		CATEGORIA: ASSISTÊNCIA	
* Nas saídas dos residentes para rodízios externos, férias, opcional, o preceptor pode dar cobertura nos atendimentos nessas situações, garantindo a assistência à população.	77%	“O preceptor por não ser integrado à equipe pode não ter propriedade para conduzir situações de conflito da equipe ou mesmo não conseguir estabelecer vínculo para compartilhar o cuidado das pessoas com o residente.”	80%
** <i>A segurança do paciente durante o processo ensino-aprendizagem em serviço nesse modelo parece ser assegurada.</i>	55%	Longitudinalidade do cuidado quebrada pela alta rotatividade dos residentes, possibilitando uma permanência máxima de dois anos.	66%
-	-	** <i>A assistência à população pode ficar prejudicada durante as saídas dos residentes para atividades externas, opcional.</i>	61%
-	-	** <i>Pode ser que o preceptor fique disperso no processo de trabalho do território, o que pode dificultar a criação de responsabilidade do cuidado daquela população.</i>	61%
Legenda: * Consenso obtido após a quarta rodada. **(<i>itálico</i>) Pontos que permaneceram sem consenso mesmo após a quarta rodada.			
CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO		CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO	
“O residente tem que lidar com a realidade de pressão assistencial, de organização do acesso e do processo de trabalho da equipe, de forma similar ao que vai encontrar depois da residência, mas com a possibilidade de suporte do preceptor.”	85%	A falta de um papel bem estabelecido com a população e com a equipe pode gerar uma crise no preceptor e interferir nas suas competências de preceptoría.	66%
“Pode ser mais fácil o preceptor sair para atividades externas da residência, como reuniões, planejamento, aulas, educação continuada etc.”	66%	Maior risco de <i>burnout</i> do residente por ter que dar conta das demandas pedagógica e assistencial.	66%
-	-	** <i>Possibilidade de um aumento na sobrecarga do preceptor, já que pode estar realizando várias atividades ao mesmo tempo, como: supervisão do trabalho dos residentes, suporte na assistência aos pacientes, gestão das equipes, gestão do aprendizado dos residentes.</i>	55%

Continua...

Quadro 2. Continuação.

MODELO 3 (preceptor de unidade) Preceptor e residente na mesma USF, porém o preceptor não assume equipe nenhuma.		ACEITÁVEL: 100%	RECOMENDADO: 79,2%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO		CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO	
-	-	** A depender da quantidade de residentes por preceptor, pode acontecer "concorrência" para acessar o preceptor, o que possibilita aumento de sobrecarga para ele.	50%
Legenda: **(itálico) Pontos que permaneceram sem consenso mesmo após a quarta rodada.			
CATEGORIA: FINANCIAMENTO		CATEGORIA: FINANCIAMENTO	
"Modelo possível em locais com poucos MFC e que possibilita a abertura de residência e expansão de vagas."	71%	Risco de a gestão enxergar o preceptor como alguém "sem vínculo" e não valorizar sua atividade pedagógica.	71%
É um modelo que permite ampliar o número de equipes, o que pode contribuir para o convencimento do gestor quanto a implementar a residência e a complementação de bolsa para o residente.	71%	§ "O PRMFC se torna pouco custo-efetivo, devido à menor produtividade dos residentes."	66%
Legenda: § (negrito) Itens que obtiveram consenso de que não representam uma característica do modelo.			
CATEGORIA: ESTRUTURA FÍSICA		CATEGORIA: ESTRUTURA FÍSICA	
A estrutura física pode ser planejada de acordo com o número de equipes da unidade, sem necessidade de consultórios adicionais para os residentes.	85%	-	-
MODELO 4 (preceptor de campo) Residente assume a equipe e preceptor não está vinculado a nenhuma USF, nem à equipe. A preceptoria acontece por visitas periódicas.		NÃO ACEITÁVEL: 79,2%	NÃO RECOMENDADO: 91,7%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
CATEGORIA: APRENDIZADO		CATEGORIA: APRENDIZADO	
Consenso		Consenso	
§ "É a ótica menos enviesada sobre o campo de práticas do residente, o que pode ajudar a identificar problemas."	80%	Fragilidade legal no modelo (não tem a presença de preceptor como afirma a normativa da CNRM). "Não é aceitável um modelo em que se prevê que o residente estará sozinho desde a sua concepção."	100%
* O residente assume o protagonismo em um cenário próximo ao que encontrará após a finalização da residência.	72%	O preceptor pode não estar disponível para discussão imediata dos casos atendidos pelo residente e não tem como avaliar conjuntamente situações que demandem exame físico presencial.	100%
§ "Diminui-se a rotatividade de preceptores, já que a responsabilidade da preceptoria, muitas vezes, é assumida pela instituição de ensino."	71%	Diminui a chance de aprendizado por exemplificação, já que o preceptor não compartilha as atividades diárias ao lado do residente.	100%
** Tem potencial de oferecer ao residente muitas oportunidades para promoção de competências de liderança, de gestão de equipe, de processo de trabalho, de agenda, manejo de tempo, educação permanente, comunicação.	61%	"Preceptor distante resume apenas uma lógica de provimento do trabalho do residente, o que deixa o foco no ensino de lado."	95%
** Tempo disponível para o preceptor planejar o processo pedagógico dos residentes.	50%	"O processo avaliativo ocorre por amostragem."	90%
-	-	Risco de haver foco mais teórico do que prático na residência, já que os preceptores estão desconectados da prática assistencial.	85%
Legenda: * Consenso obtido após a quarta rodada. § (negrito) Itens que obtiveram consenso de que não representam uma característica do modelo. **(itálico) Pontos que permaneceram sem consenso mesmo após a quarta rodada.			

Continua...

Quadro 2. Continuação.

MODELO 4 (preceptor de campo) Residente assume a equipe e preceptor não está vinculado a nenhuma USF, nem à equipe. A preceptoria acontece por visitas periódicas.		NÃO ACEITÁVEL: 79,2%	NÃO RECOMENDADO: 91,7%
ASPECTOS POSITIVOS		ASPECTOS NEGATIVOS	
<i>CATEGORIA: ASSISTÊNCIA</i>		<i>CATEGORIA: ASSISTÊNCIA</i>	
-	-	Ganho de autonomia abrupto, incorrendo em risco à segurança dos pacientes	100%
-	-	“Por não fazer parte da unidade de saúde, o preceptor tem muito menos influência para auxiliar na resolução de problemas gerenciais, além do pouco conhecimento sobre o território, processos de trabalho, abordagem familiar e comunitária.”	95%
-	-	O atendimento à comunidade pode ser prejudicado pelas saídas do residente.	90%
<i>CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO</i>		<i>CATEGORIA: CARGA DE TRABALHO</i>	
* Como o preceptor possivelmente está com menos preocupações assistenciais diretamente, isso possibilita mais “proteção” nos encontros de preceptoria com seus residentes.	72%	Maior risco de desistência da MFC pelo residente por causa do risco de <i>burnout</i> (por ter que dar conta de sua demanda pedagógica e sua demanda assistencial) e da sensação de solidão e desamparo com menor disponibilidade do preceptor.	95%
“É o modelo que mais facilita a participação do preceptor em atividades externas da residência.”	66%	-	-
Legenda: * Consenso obtido após a quarta rodada.			
<i>CATEGORIA: FINANCIAMENTO</i>		<i>CATEGORIA: FINANCIAMENTO</i>	
Maior possibilidade de adesão de gestores que terão menor impacto da contratação de residentes na lei de responsabilidade fiscal.	71%	-	-
“Em locais mais distantes, com unidades pequenas pode ter um custo benefício mais tangível.”	71%	-	-
Possibilidade de o preceptor atuar em um quantitativo maior de unidades/residentes.	66%	-	-
Maior atratividade financeira para os residentes pela possibilidade de complementação de bolsa.	66%	-	-
<i>CATEGORIA: ESTRUTURA FÍSICA</i>		<i>CATEGORIA: ESTRUTURA FÍSICA</i>	
A estrutura física pode ser planejada de acordo com o número de equipes da unidade, sem necessidade de consultórios adicionais para os residentes.	76%	-	-

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os quatro modelos de preceptoria apresentados no Quadro 1 foram validados e reconhecidos como existentes pelos painelistas, e não se apontou nenhum outro, o que valida as variáveis escolhidas, a partir da revisão de literatura, utilizadas na estruturação do primeiro questionário. Considerou-se apenas um modelo inaceitável (modelo 4 – “preceptor de campo”), e dois (modelo 1 – “ombro a ombro” e modelo 3 – “preceptor de unidade”) foram julgados como recomendados.

Alguns painelistas citaram possíveis ajustes nos modelos com a inserção de residentes de outras especialidades médicas (que não MFC) e dos estudantes de graduação médica, já que muitas vezes também estão no cenário da USF. No entanto,

tais arranjos propostos não alteram as duas principais variáveis (a vinculação do preceptor à USF e à equipe, e ter o residente compondo equipe sem preceptor). Também foi citada a possibilidade da coexistência de diferentes arranjos dentro do mesmo PRMFC. Fica claro, assim, que a aplicação dos modelos de preceptoria é dinâmica e influenciada por diversos fatores particulares de cada cenário, de forma que não se almeja a indicação de um único modelo como o melhor, mas o direcionamento para os coordenadores de PRMFC adequarem o modelo à sua realidade local.

Os modelos considerados aceitáveis pelo painel de especialistas do estudo foram o 1, 2 e 3, com destaque para o fato de que 100% do grupo considerou o modelo 3 (preceptor

de unidade) como aceitável. Fato que chama a atenção, uma vez que a literatura aponta o modelo 1 (ombro a ombro) como exemplo a ser seguido^{7,19,46,47}. Alguns fatos podem explicar esse achado: pode ser o modelo em que a maioria dos painelistas está inserida, gerando um viés de informação do tipo memória⁴⁸ ou que consideraram o mais possível diante do cenário atual brasileiro de escassez de preceptores MFC, como em: “Acho prudente considerar que a imagem objetiva de um modelo pedagógico ideal pode não ser realístico para o nosso momento histórico” (P20).

Sobre os aspectos positivos e negativos levantados pelos painelistas acerca dos modelos de preceptor, observou-se uma predominância nos itens relacionados ao aprendizado (44,6%), evidenciando que os respondentes refletiram sob a ótica da qualidade de formação dos residentes conforme foi orientado e reforçado pelos autores desde o primeiro questionário.

Analizando os aspectos positivos e negativos de cada modelo de preceptor

O modelo 1 (ombro a ombro) obteve a maior taxa de recomendação (83,3%), apesar de o modelo 3 ter recebido a maior taxa de aceitabilidade. Esse achado está em consonância com a literatura, a qual recomenda, sempre que possível, dar preferência ao modelo ombro a ombro pelo fato de ele garantir o desenvolvimento mais abrangente e seguro das competências pelo residente⁴⁹. Em várias falas dos painelistas, esse maior foco pedagógico foi citado como fortaleza do modelo 1: “Considerando se tratar de um processo formativo, que as atividades do programa não são exclusivas dentro da unidade e a realidade do número de pessoas cadastradas por equipes, esse modelo é o ideal para garantir a formação” (P7). Vale destacar ainda que o ponto positivo considerado como fortaleza por 100% dos painelistas foi manutenção da longitudinalidade do cuidado da população na figura do preceptor, o que pode contribuir para a discussão de casos, uma vez que ele tende a ter maior conhecimento do contexto e das histórias de vida das pessoas e de suas famílias. Todavia, não foram levantados pontos positivos acerca de financiamento nem de estrutura física, o que pode representar fragilidades desse modelo.

O modelo 2 (preceptor da equipe ao lado) foi eleito como aceitável, porém não recomendado, mostrando que tal arranjo de preceptor cabe em alguns cenários e conta com algo positivo: preceptor e residente na mesma unidade⁵⁰. Isso fica claro em uma das falas: “Não é o melhor, mas está longe de ser o pior cenário. Ter o preceptor na mesma unidade de saúde é nosso atual desafio no Brasil” (P23). Nesse sentido, tal modelo tem seu papel em cenários transitórios dentro de PRMFC com poucos preceptores, como foi levantado por um

dos painelistas: “Esse modelo pode ser adotado inicialmente, em uma UBS recém-criada na expansão da ESF no município, e, ao término do programa, o residente pode permanecer em sua equipe” (P19). Além disso, não foi elencado nenhum ponto negativo nas categorias de estrutura física e financiamento nesse modelo, o que aponta para fortalezas desse arranjo.

No entanto, não houve pontos positivos relacionados à carga de trabalho, o que pode ser justificado pelo fato de que nesse modelo há uma quantidade de funções acumuladas pelo preceptor, já que, além de ser médico assistente de sua equipe, desempenha supervisão do residente da outra equipe na mesma unidade, o que foi exemplificado pela fala de um dos painelistas: “Esse modelo parece ser insustentável para o preceptor” (P14). Algumas sugestões foram feitas para melhorar as dificuldades desse modelo: “Neste modelo uma sugestão é que a área adscrita do preceptor e [a do] residente sejam de menor tamanho que o padrão, para permitir os espaços protegidos de ensino e aprendizado e menor pressão assistencial” (P10).

O modelo 3 (preceptor de unidade) foi o que apresentou o maior quantitativo de itens tanto positivos quanto negativos levantados pelos painelistas (30,4%), demonstrando ser o modelo que gerou maior debate. Notou-se a maior concentração de aspectos sem consenso, distribuídos predominantemente em seus pontos negativos. Essa dificuldade em concordar com as fraquezas pode ser explicada pelo fato de que esse modelo foi bem avaliado pelo grupo tanto em relação à aceitabilidade quanto no que concerne à recomendação: “Esse é o modelo ideal, com o preceptor fazendo retaguarda” (P9).

Além disso, esse modelo obteve o maior quantitativo de aspectos positivos na categoria aprendizado, em que três pontos foram unânimes, destacando o foco pedagógico nesse arranjo. Esse achado é condizente com um relato de experiência publicado em 2018⁵¹. Também se observou a ausência de pontos negativos na categoria estrutura física, demonstrando outra potencialidade do modelo.

O modelo 4 (preceptor de campo) foi o de maior concentração de aspectos negativos na categoria aprendizado, tendo três itens com unanimidade das respostas. Tal achado evidencia que o grupo não acredita no potencial pedagógico desse modelo. Uma vez que foi avaliado como inaceitável e não recomendado, torna-se mais fácil concordar com suas fraquezas. Esse fato pode ser evidenciado na fala de um dos painelistas: “Não existe aspecto positivo neste modelo. Concordar com as afirmações faz com que pareça que concordemos com algo que claramente a maioria absoluta não concorda” (P7). Além disso, não houve pontos positivos relacionados à assistência, demonstrando outra fragilidade desse arranjo. Apesar disso, não houve pontos negativos nas categorias de

financiamento e de estrutura física nesse modelo, indicando fortalezas específicas. Alguns participantes enxergaram a possibilidade desse arranjo principalmente para cenários com pouquíssimos preceptores⁵², como exemplificado em: “É a possibilidade quando, por questões de vínculo empregatício e em programas grandes, não se consegue garantir preceptor e residente na mesma unidade” (P9).

Sabe-se que a ausência do preceptor na mesma unidade que o residente representa uma fragilidade legal do modelo 4 segundo a normativa da CNRM³. Além disso, a falta da presença diária do preceptor desencadeia inúmeras perdas para o processo de formação do residente⁵³, como exemplificado por um dos painelistas:

Se focarmos no bem-estar do residente, na inspiração que venha a ter do preceptor, que exerce um role model, é mais difícil que as competências sejam alcançadas quando tem um preceptor visitante. Também há maior risco de desinteresse e desânimo por parte do residente. Neste caso o risco de desgaste é maior para o residente. Este modelo parece ser pouco factível para o residente, embora possível para o preceptor (P14).

Limitações e potencialidades do estudo

Uma revisão de literatura publicada em 2020 destacou algumas limitações relacionadas à técnica Delphi: a seleção dos especialistas, o erro de transcrição ou de percepção das respostas, a decisão arbitrária do percentual para se caracterizar consenso, a perda de seguimento de especialistas⁵⁴. Além disso, é válido lembrar que alguma dificuldade de análise pode surgir por causa da grande quantidade de dados gerada pelos questionários Delphi, principalmente nas questões abertas⁵⁵. Este estudo foi unicego, não havendo cegamento dos pesquisadores, o que pode enviesar a análise dos autores. Por fim, é válido ressaltar também a dificuldade que alguns painelistas encontraram em avaliar os arranjos de preceptoria longe das outras variáveis que compõem a atenção primária à saúde (APS), como fica claro em uma das falas do painelistas: “Tenho dificuldade de pensar modelos ideais e sim modelos reais e possíveis na dinâmica local” (P5).

Em uma revisão narrativa da literatura, realizada em 2018, acerca das características da técnica, sinalizou-se que, normalmente, no máximo metade das pessoas responde ao primeiro contato que é feito pelos pesquisadores aos painelistas³⁰. Nesta pesquisa, observou-se uma adesão acima da média ao primeiro contato (82,75%). Este trabalho contou inicialmente com 24 participantes e foi concluído com 18, o que está em conformidade com a literatura, a qual aponta 17 como o número médio de painelistas em um estudo Delphi⁵⁶.

Uma revisão sistemática sobre a aplicabilidade da técnica Delphi publicada em 2020 mostrou que uma taxa de

permanência de 72% no decorrer do processo contribui para a confiabilidade das decisões de consenso e a consolidação da estruturação do método⁵⁴. Obteve-se uma taxa de permanência de 75% ao fim da quarta rodada nesta pesquisa. Essa diminuição de participantes conforme o aumento do número de rodadas já é relatada na literatura como algo a que os pesquisadores que usam a técnica Delphi devem estar atentos^{57,58}.

Dessa forma, foram realizadas quatro rodadas da técnica Delphi neste estudo, o que está em concordância com a literatura que, embora não estabeleça um limite, aponta para duas a quatro rodadas como usual e afirma que um número maior não é aconselhável em virtude de não existirem mudanças de opinião significativas nas rodadas posteriores^{24,27,30,42,43,58}. Além disso, outros fatores também orientaram a decisão pela parada da técnica Delphi após o Q4 nesta pesquisa: o alcance de consenso do objetivo principal (validação dos modelos) e dos secundários (aceitabilidade e grau de recomendação), a percepção de exaustão dos painelistas a partir da demora no envio das respostas e a necessidade de lembretes mais frequentes.

Reflexões adicionais

Pontos que fugiam aos objetivos deste trabalho, mas que são relevantes para a temática de preceptoria nos PRMFC, foram levantados em livres comentários pelos painelistas, representando variáveis que interferem na aquisição de competências e que devem ser levadas em consideração pela coordenação dos PRMFC na escolha do modelo de preceptoria, como:

- 1) A importância da relação interpessoal entre preceptor e residente no desenvolvimento de competências do residente: “Parece que a relação preceptor residente é algo crucial no sentido de motivação e sustentabilidade de um programa de residência” (P14).
- 2) A influência das características singulares do profissional que assume o papel de preceptor: “Há aspectos que são inerentes ao modelo, como a carga de trabalho maior quando há mais residentes, e outros que dependem do preceptor” (P16).
- 3) A dificuldade existente pela ausência de um sistema de avaliação uniforme da aquisição de competências do residente:

[...] penso que na realidade é difícil dizer se o modelo de preceptoria influencia mais ou menos quando não temos competências bem definidas a serem alcançadas e um bom sistema de avaliação. Tudo isso fica no feeling dos preceptores e supervisores que avaliam os residentes, mas é difícil dizer que o residente que passou por modelo A ou B teve melhor

alcance das competências. Isso é uma fragilidade da nossa avaliação (P14).

CONCLUSÕES

O grupo de painelistas validou os quatro modelos de preceptor em PRMFC, e nenhum outro modelo foi apontado. Desses, os modelos ombro a ombro e preceptor de unidade foram elencados como aceitáveis e recomendáveis, sob a ótica da qualidade de formação dos residentes, sendo importante, portanto, que sejam priorizados pelos gestores na implantação e coordenação de PRMFC. Também foi julgado pelo grupo que os modelos preceptor da equipe ao lado e preceptor de campo não são recomendados, apesar de o modelo 2 ter sido considerado aceitável. Além disso, o reconhecimento dos pontos positivos e negativos de cada modelo prepara os PRMFC para as possíveis dificuldades que podem ser enfrentadas e auxilia na escolha do modelo que mais se adapta à situação de cada programa. Por fim, é válido lembrar que não se almeja a adoção de um único modelo como o melhor, mas, reconhecendo a dinâmica dos PRMFC dentro dos diversos cenários de APS brasileira, objetiva-se auxiliar os gestores locais e coordenadores de PRMFC a adequar o modelo de preceptor à sua realidade local. É sabido que o modelo de preceptor é apenas uma variável dentro da complexa equação multifatorial da qualidade na formação do residente⁵⁹, e o impacto dessa variável poderá ser reduzido se o preceptor não utilizar ferramentas de ensinagem adequadas¹⁸. Dessa forma, além da escolha do modelo de preceptor, devem-se destinar também investimentos em treinamentos de habilidades de educação permanente aos preceptores dos PRMFC.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Leticia Maggioni e Bruno Henrique Soares Pessoa participaram do planejamento da pesquisa, da revisão bibliográfica, da coleta e análise dos dados, e da redação do artigo. Thiago Gomes da Trindade participou da concepção do projeto e da análise dos dados. Eneline de Andrade Heráclio Gouveia Pessoa participou da concepção do projeto, da revisão bibliográfica e da análise dos dados.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

- 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.
- Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014 Mar 6;370(10):950-7. Erratum in: *N Engl J Med*. 2014 Apr 24;370(17):1668.
- Brasil. Resolução n° 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. *Diário Oficial da União*; 25 maio 2015. Seção 1, p. 11.
- Botti SH de O, Rego STA. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med*. 2008;32:363-73.
- Botti SH de O, Rego STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis*. 2011;21:65-85.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16(5):412-22.
- Costa A, Pedro R, Magalhães S. Medicina geral e familiar em Portugal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):295-9.
- Sarti TD, Dala M, Dalla B, Mara S, Bof S, Cristina S, et al. A implementação de programas de residência médica em medicina de família e comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13:1-12.
- Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina. 2018.
- Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC n° 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União*; 2005. Seção 1, p. 111.
- Brasil. Portaria Interministerial n° 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência. *Diário Oficial da União*; 23 out 2009.
- Brasil. Portaria Interministerial n° 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 5 mar 2010.
- Brasil. Portaria Interministerial n° 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 modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei n° 12.87. *Diário Oficial da União*; 1º out 2015. Seção 1, p. 30.
- Augusto DK. *Residência em medicina de família e comunidade*. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, editores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 447-52.
- Zambon ZLL. *Necessidade crescente de médicos de família para o SUS e baixa taxa de ocupação nos programas de residência em medicina de família e comunidade: um paradoxo? [dissertação]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015.
- SisCNRM. *Evolução do número vagas de residência médica autorizadas no Brasil de 2014 a 2018*.
- Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. *Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil*. *Cien Saude Colet*. 2016; 21:1471-80.
- Castells MA, Campos CEA, Romano VF. *Residência em medicina de família e comunidade: atividades da preceptoría*. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40:461-9.
- Garcia AP, Cadioli LM, Lopes Júnior A, Gusso GDF, Valladão JBR. *Preceptoría na residência de medicina de família e comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências*. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13:1-8.
- Laurence CO, Black LE, Cheah C, Karnon J. Is different better? Models of teaching and their influence on the net financial outcome for general practice teaching posts. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):1-8
- Wearne SM. *In-practice and distance consultant on-call general practitioner supervisors for Australian general practice? Med J Aust*. 2011 Aug 15;195(4):224-8.

22. Pessoa BHS. Modelos de preceptoría de residências em medicina de família e comunidade no cenário de aprendizagem em atenção primária no Brasil [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.
23. 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):250-9.
24. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. 2003 Feb;41(4):376-82.
25. Habibi A, Sarafrazi A, Izadyar S. Delphi technique theoretical framework in qualitative research. *The IJES*. 2014; 3(4):8-13.
26. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(2):16-21.
27. Massaroli A, Martini JG, Lino MM, Spenassato D, Massaroli R. Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2017; 26(4): 1-9.
28. Nguyen-Lu N, Downey K, Carvalho JC. Controversy between anesthesiologists and obstetricians on the labour ward: the Delphi method is used as a consensus-building technique. *Can J Anesth*. 2015;62(3):271-7.
29. Wassenaar A, Van den Boogaard M, Underpin-lcu Study Group, Schoonhoven L, Pickkers P. Determination of the feasibility of a multicomponent intervention program to prevent delirium in the intensive care unit: a modified RAND Delphi study. *Aust Crit Care*. 2017;30(6):321-7.
30. Marques JBV, Freitas D. Método Delphi: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*. 2018; 29(2):389-415.
31. Mendes JC, Silva LJ. Neonatal palliative care: developing consensus among neonatologists using the Delphi Technique in Portugal. *Adv Neonatal Care*. 2013;13(6):408-14.
32. Strang JF, Meagher H, Kenworthy L, Vries AC de, Menvielle E, Leibowitz S, et al. Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(1):105-15.
33. Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, Aergenter P, Somme D, Simon T, et al. Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: an observational, multicenter, prospective study. *Crit Care Med*. 2009;37(11):2919-28.
34. Osborne J, Collins S, Ratcliffe M, Millar R, Duschl R. What "ideas-about-science" should be taught in school science? A Delphi study of the expert community. *J Res Sci Teach*. 2003;40(7):692-720.
35. Grisham T. The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. *International Journal of Managing Projects in Business*. 2009; 2(1):112-30.
36. Miranda GJ, Casa Nova SP de C, Cornacchione Junior EB. Dimensões da qualificação docente em contabilidade: um estudo por meio da técnica Delphi [Internet.] Incentivando a conversão dos trabalhos em publicações definitivas. 2012. Disponível em: <https://congressosp.fipecafi.org/anais/artigos122012/120.pdf>
37. Serra FAR, Locks EBD, Martignago G, Evangelista S, Palumbo S. Pesquisa Delphi: o futuro do turismo de Santa Catarina – previsões entre 2007 e 2011. *globADVANTAGE*. 2009; 45:1-9.
38. Gupta UG, Clarke RE. Theory and applications of the Delphi technique: a bibliography (1975-1994). *Technological Forecasting and Social Change*. 1996;53(2):185-211.
39. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: asystematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(4):401-9.
40. Adler M, Ziglio E, editors. *Gazing into de oracle: the Delphi method and its application to social policy and public health*. London: Jessica Kingsley Publishers; 1996. 41. Faro ACM. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;31(2):259-73.
42. Almeida MHM, Spínola AWP, Lancman S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev Ter Ocup*. 2009;20(1):49-58.
43. Kayo EK, Securato JR. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Caderno de Pesquisas em Administração*. 1997;1(4):51-61.
44. Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MC de S, editora. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 309.
45. Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MCS, editora. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 315.
46. Liu GKH, Pontes MVCG de, Silva KV, Mandia TM, Silva BL de S e, Valladão Júnior JBR. Experiências com estágios externos na residência de medicina de família e comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-7.
47. Casado V, Luzón L. Razones, retos y aportaciones del programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria en España. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(31):195-205.
48. Medeiros MMC das, Abreu MM de. *Epidemiologia clínica*. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, editores. *Epidemiologia e saúde*. 8a ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2017. p. 143-66.
49. Aguiar AC de, Romero E de S, Campos JJB de, Pazo CG, Herrero MAA. Gestão e preceptoría na residência de medicina de família e comunidade em uma comunidade autônoma da Espanha. In: Aguiar AC de, Machado AMBR, Pazo CG, Araujo EF dos S, Braga EB, Romero E de S, et al, editores. *Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2017. p. 116-40.
50. Izecksohn MMV, Teixeira Júnior 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;22(3):737-46.
51. Soares R de S, Oliveira FP de, Melo Neto AJ de, Barreto D da S, Carvalho ALB de, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1-8.
52. Berger CB, Dallegrave D, Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade residência médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-10.
53. Barreto VHL, Monteiro RO da S, Magalhães GS de G, Almeida RCC de, Souza LN. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4):578-83.
54. Santos APFB, Andrade JF, Alves GCS, Silva SD, Sanches C, Chequer FMD. A análise do uso da técnica Delphi na tomada de decisão em pacientes críticos. *Rev Med*. 2020; 99(3):291-304.
55. Boberg AL, Morris-Khoo SA. The Delphi method: a review of methodology and an application in the evaluation of a higher education program. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 1992;7(1):27-39.
56. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Albeti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6(6):204-76.
57. Coutinho SS, Freitas MA, Pereira MJB, Veiga TB, Ferreira M, Mishima SM. O uso da técnica Delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2013;37(3):582-96.
58. Waggoner J, Carline J, Durning SJ. Is there a consensus on consensus methodology? Descriptions and recommendations for future consensus research. *Acad Med*. 2016;91(5):663-8.
59. Miranda PR, Romano VF. Uma proposta de instrumento de avaliação pedagógica da preceptoría para residências em medicina de família e comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):1-9.



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.