

Avaliando a implementação da residência em medicina de família e comunidade na atenção primária

Evaluating the implementation of residency in family and community medicine in primary care

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 medicina de família e comunidade (MFC) é a especialidade preferencial para estar presente na atenção primária à saúde (APS). O padrão ouro de formação de profissionais para a especialidade é a residência médica, momento que ao menos 70% do período de estágio é na APS. Assim, é imprescindível avaliar a qualidade de inserção da residência nesse local.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de implementação dos programas de residência médica em MFC na APS.

Método: Utilizou-se uma ferramenta desenvolvida para a análise de implementação de residência de MFC na APS em programas pequenos (até dois residentes do segundo ano), médios (de dois a cinco) e grandes (a partir de seis), avaliando de zero a quatro pontos, entre não implantado e totalmente implantado. As notas foram obtidas a partir de entrevista com residentes, preceptores, coordenadores e gestores municipais, considerando a avaliação de quarta geração com análise de Bardin das falas.

Resultado: Seis programas foram avaliados, em municípios de 20 mil a 12 milhões de habitantes, com variação de um a 22 residentes do segundo ano por programa, desde insatisfatório (um programa) a totalmente implantado (dois programas). Municípios com maior cobertura de APS apresentaram resultados de implementação melhores. As notas mais baixas foram nos itens “educação permanente” e “educação continuada”, e as mais altas na presença de especialistas em MFC como preceptores. Há diferença de percepção entre os entrevistados considerando as mesmas perguntas. O estudo sugere que municípios com maior investimento na APS também possuem melhores programas de residência, independentemente de o vínculo ser com centros educacionais ou secretarias de saúde. A pandemia de Sars-CoV-2 também dificultou a educação em saúde. Os resultados também foram definidores quando entrevistadas diferentes pessoas, demonstrando ser essencial a análise de quarta geração.

Conclusão: Há a necessidade de observar a implementação dos programas de residência na APS para garantir formação de qualidade, e não apenas quantidade para provimento.

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

ABSTRACT

Introduction: Family and community medicine (FCM) is the preferred specialty to be found in primary health care (PHC). The best form of training professionals for the specialty is medical residency, when at least 70% of the internship period is spent at this local. Thus, it is necessary evaluate the insertion quality of the residency in the PHC.

Objectives: This study aimed to evaluate the quality of implementation of medical residency programs in FCM in PHC.

Method: Use of a tool developed to analyze the implementation of FCM residency in PHC in small (up to two second-year residents), medium (two to five) and large (from six) programs, evaluating from zero to four points, from unimplemented to fully implemented. The grades were based on interviews with residents, preceptors, coordinators, and municipal managers, considering the fourth-generation assessment with Bardin's analysis of the speeches.

Results: Six programs were evaluated, in municipalities with 20,000 to 12 million inhabitants, ranging from one to 22 second-year residents per program, ranging from unsatisfactory (one program) to fully implemented (two programs). Municipalities with greater PHC coverage showed better implementation results. The lowest scores were in the items “permanent education” and “continuing education” and the highest in the presence of FCM specialists as preceptors. There is a difference in perception between the interviewees considering the same questions. The study suggests that municipalities with greater investment in PHC also have better residency programs, regardless of whether they are linked to educational centers or health secretariats. The SARS-CoV-2 pandemic has also hindered health education. The results were also defined when different people were interviewed, demonstrating that the fourth-generation analysis is essential.

Conclusion: It is necessary to observe the implementation of residency programs in PHC to ensure quality training, and not just quantity to provide care.

Keywords: Family Practice; Primary Health Care; Internship and Residency; Education, Medical; Health Services assessment.

¹ Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 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 23/08/23; Aceito em 09/04/24.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A residência médica é considerada a melhor estratégia para formação de especialistas, ocorrendo no modelo de treinamento em serviço¹. A demanda pelos programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC) tem crescido devido à necessidade do sistema de saúde em agregar especialistas para a atenção primária à saúde (APS)². Mesmo com a crescente abertura de vagas, o número de especialistas ainda é insuficiente, pois cada médico é responsável por até quatro mil pessoas²⁻⁴, incentivando o aumento do investimento federal na última década em mais de dez vezes^{5,6}.

Os PRM-MFC têm como principal área para o treinamento a APS e as unidades de saúde da família⁷. Tal característica na formação é essencial para obter as competências esperadas, sendo desejosa a presença de preceptores competentes para atuar nessa área². Contudo, a legislação atual permite que preceptores de outras áreas atuem nos PRM-MFC, diferentemente de outras especialidades^{7,8}.

Mesmo com documentos norteadores sobre a organização dos PRM-MFC elaborados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)^{6,9-11}, inexistem ferramentas para avaliar as condições mínimas de uma estrutura física, insumos e processos educacionais adequados para garantir a formação dos novos profissionais na APS de forma objetiva.

Torna-se necessário avaliar os PRM-MFC na APS a partir de um padrão¹², e os serviços de ensino e assistência na APS, como os PRM-MFC, necessitam de instrumentos

avaliativos que considerem a singularidade das atividades ali exercidas, o que não existe atualmente. Assim, o presente artigo apresenta a aplicação de um instrumento que avalia a implementação dos PRM-MFC para a APS em seis programas do estado de São Paulo.

MÉTODO

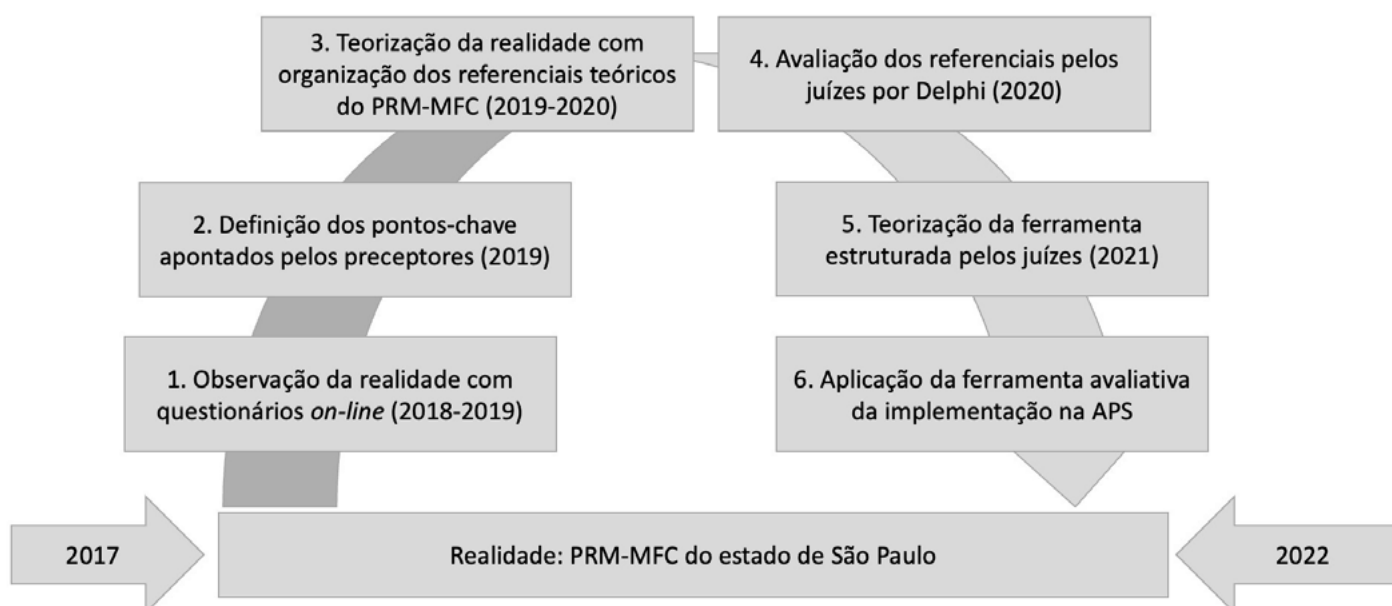
Para comparar a implantação real com o ideal, foi necessário desenvolver o instrumento avaliativo (Figura 1). As etapas de 1 a 5 representam a elaboração do instrumento e estão disponíveis em artigos próprios^{6,13}. A etapa 6 é a aplicação do instrumento, sendo este artigo.

O instrumento foi organizado em três dimensões: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-estudante. Cada dimensão foi dividida em itens, pontuados de zero a quatro com base no grau de implementação do item no PRM-MFC, considerando as fontes de verificação predeterminadas: 0 – não implantado ($\leq 20\%$); 1 – insatisfatório (entre $> 20\%$ e $\leq 40\%$); 2 – intermediário (entre $> 40\%$ e $\leq 60\%$); 3 – satisfatório ($> 60\%$ e $\leq 80\%$); 4 – pleno (acima de 80%), mesmo recorte utilizado em pesquisa semelhante¹⁴.

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

Realizaram-se entrevista semiestruturada e posteriormente análise de conteúdo das respostas. Os respondentes foram o residente do segundo ano, o preceptor, o coordenador ou supervisor do programa e o gestor municipal.

Figura 1. Arco de Ribeiro et al¹³.



Fonte: Elaborado por Ribeiro (2022).

Analisaram-se as respostas e os dados objetivos do programa (área adscrita da equipe com residente), contabilizando 12 itens avaliados (Tabela 1 e Quadro 1).

A pontuação a partir de quatro integrantes diferentes visou à utilização de avaliação de quarta geração¹⁵. Essa ferramenta visa à mudança do serviço que está sendo avaliado a partir dos resultados e não apenas à emissão de um juízo de valores, como ocorre na avaliação de primeira e segunda geração, por exemplo, que promovem a avaliação e o monitoramento da qualidade.

Quando ocorreu divergência de respostas entre os entrevistados, utilizou-se a resposta mais contundente entre os quatro personagens, o que geralmente foi a mais negativa.

As entrevistas foram realizadas em programas do estado de São Paulo que possuíam residentes do segundo ano em 2021. A amostra total poderia ser de 34 PRM-MFC, com ao menos um residente do segundo ano (11 programas com até dois residentes do segundo ano, 12 programas de três a cinco residentes e 11 programas com seis ou mais residentes do segundo ano)¹⁶.

Tabela 1. Análise de implantação dos PRM-MFC avaliados em 2021

Dimensão	Subdimensão	Item avaliado	Até 2 R2		De 2 a 5 R2		A partir de 6 R2		Média por grupo	Fonte de verificação
			PRM1	PRM2	PRM3	PRM4	PRM5	PRM6		
<i>A (organização da unidade)</i>										
A1	Espaço físico	Consultórios	4	1	3	3	3	4	3	Ao menos consultório por profissional e/ou não necessidade de rodízios em momentos assistenciais do residente.
		Procedimentos	3	1	4	2	1	3	2,4	Salas para realizar os procedimentos formativos para a especialidade.
A2	Agenda da unidade	Agenda do residente	4	1	2	1	2	4	2,4	O residente possui uma agenda protegida para atender aos casos e discuti-los; além disso, tem espaços para visita domiciliar, procedimentos, grupos comunitários.
		Tamanho populacional	4	4	1	1	4	3	2,8	População com tamanho suficiente para o cuidado continuado, e são considerados aspectos de vulnerabilidade no painel (Portaria nº 3.147, de 28 de dezembro de 2012).
A3	Relação gestão-residência		2	1	2	2	1	3	2	A gestão corrobora a organização da unidade para que seja obtida formação adequada.
<i>B (recursos humanos)</i>										
B1	Preceptor é MFC		4	3	2	4	4	4	3,5	Preceptor com título ou residência.
B2	Formação complementar	Educação permanente ocorrendo na unidade de saúde da família	2	1	0	0	1	3	1,2	Educação permanente na unidade de saúde.
		Educação continuada/liberação para formação externa à unidade de saúde	4	2	2	0	3	4	2,5	Liberação da gestão municipal/residência para o preceptor participar de atividades formativas.
B3	Teoria sobre a MFC		4	4	2	3	4	4	3,5	Apresentação sobre a especialidade de forma teórica e vivência prática.
B4	Apoio financeiro (bolsa)		4	1	3	1	4	4	2,9	Auxílio financeiro para o preceptor.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Dimensão	Subdimensão	Item avaliado	Até 2 R2		De 2 a 5 R2		A partir de 6 R2		Média por grupo	Fonte de verificação
			PRM1	PRM2	PRM3	PRM4	PRM5	PRM6		
<i>C (relação preceptor-residente)</i>										
C1	3 residentes/ preceptor		4	4	3	0	3	4	3	Máximo de 3 residentes por preceptor 40 h/semana.
C2	5 alunos/ preceptor		4	4	3	0	0	2	2,2	Máximo de 5 alunos (residentes e graduandos) por preceptor 40 h/semana.
Média final (0-4)			3,6	2,3	2,3	1,4	2,5	3,5	Média das notas = 2,6	

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

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 1. Análise de implantação: análise da entrevista dos residentes do segundo ano, preceptores, coordenadores e gestores municipais em 2021 (grupos A, B e C) de seis PRM-MFC

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

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
<i>A (organização da unidade)</i>					
A2	Agenda da unidade	Agenda do residente	PRM1 e PRM6: Preceptores presentes 40 horas e sempre disponíveis (mesmo realizando a graduação – agenda do preceptor) (nota 4).	PRM2: Contrato CLT para 15 horas, dividindo equipe com o preceptor (obrigatória meta de 20 horas de atendimentos, visitas domiciliares etc.). Para atingir essa meta, o estágio optativo fora da unidade foi suspenso. Discussão de casos via WhatsApp, pois o preceptor está com agenda simultânea, já que o horário em comum é de 20 horas/semana. Agenda para reunião é protegida (nota 1).	PRM2: Percepção da gestão de que o residente tem 35 horas para atingir meta de 20 horas, sendo factível atender aos casos e discuti-los, independentemente da organização e agenda do preceptor simultânea. Agenda de 15 em 15 minutos, já que poucas vezes encontra o preceptor ao longo da semana (residente). Já houve discussões com a gestão quanto à residência para “tocar o de serviço” versus aprendizado (preceptor/supervisor da residência).
		Tamanho populacional	PRM1: Máximo 3.000 (nota 4). PRM2 e PRM5: 3.000-3.500 (nota 4).	PRM3: 5.000-7.500 (nota 1). PRM4: 3.500 (assume equipe) a 5.000 (nota 1).	PRM4: Percepção da gestão de que há uma orientação de manter visitas domiciliares e horários de discussão de casos, sendo suficiente. Residente e supervisor do programa relatam orientações da Secretaria Municipal em suspender visitas domiciliares, reuniões de equipe e discussão de casos em detrimento da assistência direta.
A3	Relação gestão-residência		PRM6: Gestão não interfere na agenda da unidade ou no volume de atendimentos, mesmo com o residente recebendo bolsa. Percepção de apoio e construção conjunta. Dificuldade na estruturação de recursos humanos nas unidades (temporário) e de troca de informações entre a Secretaria de Saúde e a universidade (nota 3).	PRM2: Ver agenda do residente. Orientações e organizações pela gestão municipal (nota 1). PRM5: Atritos da residência com a gestão da unidade de saúde, principalmente por indicação política de pessoas não técnicas. Mudanças repentinas das agendas sem pactuação. O aumento da residência no último ano desorganizou a estrutura do PRM-MFC no município (percepção do residente, preceptor e supervisor). Gestor tem a percepção de que o aumento da residência deixou o ambiente menos harmônico, sendo mais difícil de controlar todas as unidades com mais residentes (nota 1).	PRM2: A percepção do supervisor do programa foi a gestão ouvindo as demandas, mas não mudou pelas dificuldades devido à pandemia. A resposta do residente foi enfática: não ajudou em dois anos.

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
<i>B (recursos humanos)</i>					
B1	Preceptor é residente ou titulado em MFC		PRM5: Contratação obrigatória dos preceptores com título/residência em MFC acrescida da obrigatoriedade de formação em curso de preceptoría (nota 4).	PRM3: Formação da residência em unidades básicas tradicionais com clínico, ginecologista-obstetra e pediatra, mantendo a conformação até o momento, mas com a presença de especialistas em MFC presentes na unidade (principalmente com a atuação clínica do adulto) (nota 2).	
B2	Formação complementar	Educação permanente ocorrendo na unidade de saúde da família (USF)	PRM6: Após a reunião de equipe, há a discussão de temas pertinentes à unidade (por escolha da equipe, geralmente, mas também escolhidos pelo residente/preceptor), mas com diminuição durante a pandemia de Covid-19 (nota 3).	PRM3: Pressão da Secretaria Municipal para assistência em detrimento da formação da equipe (nota 0). PRM4: Presença de educação continuada verticalizada pela Secretaria de Saúde, via EaD, mas com baixo acesso e dificuldade de organização da rede (nota 0).	
		Educação continuada/liberação para atividades	PRM1 e PRM6: Liberação do preceptor mediante acordo e aviso prévio à Secretaria Municipal de Saúde, o que considerado um direito do servidor/profissional (nota 4).	PRM6: A gestão oferta espaços na agenda para educação permanente, mas não são todas as equipes que a utilizam, apenas fecham a agenda (nota 3).	
B3	Teoria sobre a MFC		Geral: Aulas no primeiro ano sobre a especialidade em MFC e atuação em unidades de saúde da família com especialistas em MFC (nota 4). PRM6: Arguição do currículo na prova de residência para compreender se o candidato a residente conhece a especialidade (nota 4).	PRM3: Apresentado na primeira semana de atividade, mas toda a atuação ocorre em unidades básicas de saúde de modelo parametrizado (clínico, ginecologista-obstetra e pediatra em unidades de saúde da família) (nota 2). PRM4: Matriciamento de ginecologistas e pediatras para os PRM-MFC, sem contrapartida de volume de atendimentos para esses profissionais (nota 3).	

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Dimensão	Subdimensão 1	Subdimensão 2	Pontos positivos (maiores notas)	Pontos negativos (menores notas)	Divergência entre as falas (quando existir)
<i>B (recursos humanos)</i>					
B4	Apoio financeiro (bolsa)		Geral: Pagamento de bolsa além do salário para atuar como preceptor, mediante realização de atividades: aulas teóricas, aulas práticas, número de residentes sob sua supervisão, entre outras (nota 4).	PRM2: Sem apoio financeiro para ser preceptor na unidade, mas recebe por aulas realizadas no PRM-MFC (nota 1). PRM4: Contratação tipo bolsa de preceptoria, sem receber salário para ser preceptor e/ou médico da unidade (nota 1). PRM5: Bonificação variável de acordo com o número de residentes (1-5) e número de aulas ofertadas no PRM (nota 4).	
<i>C (relação preceptor-residente)</i>					
C1	Três residentes por preceptor (primeiro e segundo anos)		PRM3 e PRM5: Variação de dois a quatro residentes por preceptor, maioria dos preceptores com no máximo três residentes (nota 3).	PRM4: Dois preceptores para 14 residentes (nota 0).	
C2	Cinco alunos por preceptor (residente e graduação)		PRM1: Máximo de três alunos para os dois preceptores, além dos quatro residentes, e os alunos atendem à agenda do preceptor (nota 4). PRM2: O preceptor da residência não atua com a graduação, por definição contratual com a universidade (nota 4).	PRM4: Mesmo sem graduação junto com a residência, a média é de sete alunos (residentes + graduandos) por preceptor (nota 0). PRM5: Há um excessivo número de cursos de Medicina que utilizam a rede como campo de estágio em todos os anos, elevando o número de alunos sob supervisão do preceptor, que divide a preceptoria dos discentes com os residentes do segundo ano (nota 0).	PRM6: É comum a universidade inserir alunos de graduação na APS sem consultar a Secretaria Municipal sobre a possibilidade de uso da unidade, justamente pelo fato de o preceptor de residência ser docente da graduação em Medicina na mesma unidade (nota 4).

R2: residente do segundo ano; PRM 1-6: programa de residência médica.
Fonte: Elaborado pelos autores.

O critério de inclusão para as entrevistas foi o PRM-MFC possuir ao menos um residente do segundo ano, sendo o critério de exclusão a ausência da entrevista de um dos participantes para análise. Gravaram-se as entrevistas por meio de videoconferências, e o áudio foi transcrito na íntegra para posterior análise de conteúdo de Bardin¹⁷.

As entrevistas foram suspensas quando seis programas preencheram os critérios de inclusão e exclusão. Os seis programas estavam distribuídos igualmente em três grupos: de até dois residentes do segundo ano; de três a cinco residentes; e seis ou mais residentes do segundo ano. Essa divisão foi arbitrária pelos autores.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) com o parecer CAAE nº 30805420.5.0000.5440.

RESULTADOS

Ao todo foram entrevistados 40 participantes de 13 programas, sendo utilizadas 22 pessoas de seis programas para análise (coordenadores de dois programas também exercem a preceptoria). Os demais PRM-MFC não preencheram os critérios de inclusão e preencheram os critérios de exclusão.

A Tabela 2 apresenta o resultado da análise de implantação, e a Tabela 3 indica a característica histórica e

Tabela 2. Perfil histórico e demográfico dos PRM-MFC analisados em 2021.

Vínculo	PRM1	PRM2	PRM3	PRM4	PRM5	PRM6
	Secretaria de Saúde	Acadêmico	Secretaria de Saúde	Acadêmico	Secretaria de Saúde	Acadêmico
População do município	33.598	12.396.372 ¹	695.328	737.310	336.454	240.542
Número de equipes de saúde da família (ESF)	7	1.498	40	44	102	31
Número de equipes de atenção primária	2	0	2	74	0	10
Cobertura de APS no município em dezembro de 2021	75%	40%	22%	44%	88%	63%
Início do programa	2019	2016	2014	2020	2012	2012
Residentes do primeiro ano em 2021	2	0	3	4	30	6
Residentes do segundo ano em 2021	2	1	7	10	22	6
Vagas credenciadas (R1 + R2) em 2021 (% de ocupação)	4 (100%)	4 (25%)	20 (50%)	48 (29%)	60 (86%)	6 (100%)
Unidades de saúde da família com residentes	2	1	3	5	16	8
População estimada das equipes com residência	3.000	3.500	5.000-7.500	2.500-5.000 ²	3.000-3.500	3.500-4.000

¹ Cidade de São Paulo: 12.396.372. Organização social é responsável por aproximadamente 600 mil. A unidade de saúde da família em que o residente atua possui seis equipes, com 21 mil pessoas no território (número considerado como “população” a fim de comparação com os outros PRM-MFC).

² Trata-se de três equipes rurais (2.500), e as duas unidades urbanas são de quatro equipes de 18 e 20 mil pessoas.

Fonte: Elaborada pelos autores.

demográfica dos PRM-MFC analisados, atingindo o objetivo de PRM-MFC com semelhança demográfica e institucional dentro dos grupos. É importante ressaltar que os seis programas avaliados são públicos, e, nos serviços de saúde suplementar, a organização estrutural pode ser diferente. O Quadro 1 apresenta a análise de conteúdo das entrevistas.

A nota média de todos os programas é de 2,6, um resultado de implementação considerado satisfatório (Tabela 2). Dois programas estavam *plenos*, com 3,6 e 3,5 pontos, sendo o PRM1 com quatro residentes (dois do primeiro e dois do segundo ano, em um município de pequeno porte e iniciado em 2019). O segundo, PRM6, apresenta 12 residentes (seis em cada ano), sendo um município de médio porte, com dez anos de programa, sem distinção entre acadêmico e vinculado à Secretaria de Saúde, pois há presença das duas vinculações.

Um programa está com *média satisfatória* (2,5), o PRM5, sendo ele também com dez anos de abertura. Trata-se do maior programa avaliado, com 30 residentes do primeiro ano e 22 do segundo e vinculado à Secretaria de Saúde.

Dois programas (PRM2 e PRM3) foram considerados com *implantação intermediária* (ambos 2,3), sendo o perfil dos programas variável em tamanho e tempo de existência e vinculação. Por fim, um programa de *implementação insatisfatória* (1,4), de vínculo acadêmico. Coincidentemente, os três programas são os com menores taxas de cobertura de estratégia de saúde da família.

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

A análise de Bardin permitiu a elaboração das notas de cada item, justificando-as, e os extremos das falas (o máximo de positivo e de negativo) estão apresentados no Quadro 1, além da divergência das falas entre os entrevistados.

DISCUSSÃO

Este artigo demonstrou o uso de um instrumento de avaliação da implantação de PRM-MFC na APS⁶ a partir da percepção de quatro pessoas utilizando avaliação de quarta geração¹⁵. A percepção de diferentes personagens resultou em maior fidedignidade na análise de implantação dos PRM-MFC, principalmente no PRM2 e no PRM4, nos quais a divergência definiu as notas finais.

Este estudo é inédito na análise de vínculo e implementação de programas de residência na APS. No Brasil, a CNRM avalia a pertinência do programa em ser aberto ou

mantido, sem apresentar os dados das vistorias de forma pública e sem uma ferramenta específica para o cenário da APS^{18,19}. Contudo, nos últimos anos há um aumento de PRM-MFC no país, sem a discussão da qualidade dos programas²⁰⁻²³.

Os resultados da implantação (Tabela 1) associados a características do município e do PRM-MFC (Tabela 2) sugerem que municípios com coberturas de APS acima de 50% também apresentam os melhores resultados, independentemente de seu vínculo (Secretaria de Saúde ou acadêmico), inclusive estão acima da média do estado de São Paulo²⁴.

O PRM1 e o PRM6 foram os únicos totalmente implantados considerando a aplicação do instrumento de avaliação e com cobertura acima de 60% de APS. O PRM5 teve resultado satisfatório. Apesar da maior taxa de cobertura, ele possui concomitantemente o maior número de residentes entre os PRM-MFC avaliados.

Os dois programas que se apresentaram intermediários em suas notas têm uma cobertura abaixo de 50%. Por fim, um programa pontuou como insatisfatório, com 1,4 ponto, com diversas áreas necessitando de intervenções, apesar de uma cobertura de 40%, semelhante ao PRM2.

Quando se observam os resultados além dos dados já apresentados, os municípios com maiores investimentos em APS aparentemente possuem melhor implantação dos PRM-MFC, o que sugere uma correlação de valorização do município com a política de estado. Também podem ser analisados os dados obtidos nas três dimensões do instrumento: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-residente.

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

Os procedimentos dependem do fluxo de materiais para a APS (por exemplo, instrumentais cirúrgicos) e/ou ambulatoriais para o residente. Por fim, na relação entre PRM-MFC e gestão, são essenciais a colaboração e a inter-relação, pois a residência está vinculada à APS municipal, sendo já definida essa relação por documentos federais e outros trabalhos^{9,25-27}.

Os dados sugerem que há necessidade de melhor elaboração de planos de desenvolvimento e inserção adequada dos PRM-MFC na APS, considerando-os como responsáveis pelas metas assistenciais, pela organização da agenda e pela organização de fluxos de materiais⁴ (Quadro 1). Aparentemente, quanto mais a gestão compreende e apoia o

PRM-MFC e a organização da APS como Estratégia Saúde da Família, os resultados da implementação são maiores. Dentre os seis programas avaliados, a dimensão “organização da unidade” recebeu maiores notas nos PRM1 e no PRM6, e, por isso, eles são plenos.

A organização da unidade é essencial para os PRM-MFC, pois existem domínios esperados dependentes de uma estrutura organizacional da unidade e da rede de atenção à saúde^{9,11}. Eventos como apresentado no PRM 5, o qual o preceptor compra instrumentais para realização de procedimentos na APS, ou a não existência de fluxos para anatomopatológicos no município são limitadores na formação de um especialista em MFC.

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

A dimensão “recursos humanos” apresentou as piores médias nos itens educação permanente (1,2) e educação continuada (2,5 pontos). A educação permanente (EP) é uma política estruturante na educação dos trabalhadores da APS desde 2007^{28,29}, e aparentemente a baixa nota foi resultado da pandemia do vírus Sars-CoV-2, coexistindo com o período de coleta de dados (Quadro 1).

Para adequar-se à nova realidade, o PRM4 modificou as atividades presenciais para encontros virtuais ou aulas gravadas, enquanto o PRM3 suspendeu as atividades a fim de aumentar a assistência. Tais modificações poderiam ser justificáveis pela pandemia, mas descaracterizaram a atividade de educação da unidade, como previsto por políticas prévias^{28,29}.

A educação permanente é baseada no serviço, com a definição das discussões realizadas pela equipe e não por alguns profissionais apenas^{28,29}. Justamente a centralidade na definição de temáticas reduziu a nota do PRM6 de 4 para 3. Apesar de conseguirem realizar atividades nas unidades de saúde, em períodos da semana predeterminados, o uso de temáticas escolhidas por poucos não caracteriza a sensibilização e modificação da equipe propostas em uma educação permanente.

No mesmo PRM6, também é de conhecimento da gestão que unidades possuem agenda protegida para educação permanente, mas não fazem uso do momento para tal. É interessante ressaltar que a colocação foi realizada pela pessoa responsável pelo departamento de educação. Assim, há o conhecimento e a limitação em nível central e dificuldade na mobilização dessas equipes.

Já a educação continuada foi considerada como atividades fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou

liberação dos profissionais para cursos e eventos, caracterizando um processo formativo fora do ambiente de trabalho^{28,29}. De forma geral, os PRM-MFC e os governos municipais não demonstraram negativas ou resistências com essa formação, inclusive estruturando módulos em ambiente virtual (PRM4).

Apesar da produção de cursos virtuais, o PRM4 apresentou dificuldade de organização e liberação de profissionais no período de pandemia do Sars-CoV-2 (Quadro 1). Assim como ocorreu para a educação permanente, essa modalidade formativa também foi afetada pela pandemia e necessitou do rearranjo da APS, assim como aconteceu em outros momentos epidêmicos e pandêmicos no Brasil³⁰.

Serão necessários novos estudos para avaliar como é o processo educacional fora de momentos atípicos. É importante ressaltar que a educação permanente e a educação continuada são duas ferramentas essenciais para o gerenciamento e a reorganização de processos de trabalho, sendo utilizadas durante a pandemia para esse fim, como apresentado em literatura específica³¹, mas nenhum dos 22 entrevistados relatou o uso delas como organizadoras do trabalho. Esse fato pode ter ocorrido porque a coleta ocorreu em 2021, pós-reorganização, ou porque não foi utilizada realmente, mas sim uma gestão verticalizada e com orientações a todas as unidades, sem espaço de diálogo.

A nota do item pagamento foi satisfatória (2,9). Ela é resultado de políticas municipais ou dos próprios PRM-MFC que buscaram valorizar financeiramente o preceptor, pois não havia uma orientação nacional até 2021 sobre o auxílio da função³², sendo um resultado semelhante ao Brasil²⁷.

É importante ressaltar que esse auxílio foi vinculado a funções que o preceptor deveria desempenhar além da atuação na unidade pelos entrevistados. A relação de auxílio baseado em outras responsabilidades é considerada algo positivo, pois o ganho financeiro é visto como um pagamento por *performance*³³. Apenas o PRM5 vincula o valor ao número de residentes e não o trabalho de preceptor como um todo.

Em dois itens da dimensão “recursos humanos”, metade dos PRM avaliados (2, 3 e 4) não obteve nota máxima nos itens: formação em MFC e apresentação da especialidade MFC. É uma amostra pequena de programas avaliados, mas metade da amostra apresenta dificuldades da apresentação teórica e prática da especialidade.

Em uma análise mais aprofundada, apesar de os três programas terem médicos de família e comunidade na formação ombro a ombro, o período é menor que o tempo que o residente permanece na unidade. No PRM2, o residente é contratado 15 horas por semana como médico assistente (Quadro 1 – campo A2, pontos negativos). Essa carga horária corresponde a 42% do tempo do residente na unidade (35

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

Já no PRM3 e no PRM4, os preceptores são contratados por um período que varia de 15 a 30 horas por semana. Na vacância do preceptor da área MFC, outros profissionais os supervisionam, seja como médicos contratados da unidade ou com o matriciamento (Quadro 1).

Esses são aspectos negativos que descaracterizam a residência médica como treinamento em serviço sob supervisão na área². Assim, a qualidade da formação do futuro especialista pode ser comprometida pelo baixo tempo sob supervisão com um especialista e pelo uso de outras áreas com grande carga horária e residentes com vínculos trabalhistas no mesmo horário do estágio.

A dimensão relação preceptor-residente não estava implantada no PRM4, pois os 14 residentes são assistidos por dois preceptores de 20 horas cada. Assim, são 14 pessoas em formação assistidas por 40 horas por semana de preceptor. Mesmo o PRM5 possui organização e distribuição adequadas segundo a literatura e a rubrica utilizadas^{19,34}.

O número de preceptores pode influenciar diretamente o “número de educandos”. Com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina, 30% da carga horária do internato deve ser realizada em dois cenários: APS e urgência e emergência³⁵. Com isso, mais de 60% dos municípios possuem graduação e residência concomitantemente²⁷.

Dos seis programas, quatro possuem graduação. O aumento de alunos pode deslocar o preceptor da residência para a graduação (PRM6) ou os residentes assumem a supervisão do aluno (PRM5). A formação do residente em preceptor é uma competência esperada¹¹, mas mantém a necessidade de supervisão do residente. No PRM5, o preceptor está sobrecarregado e o residente auxilia na discussão de casos com a graduação sem supervisão.

Assim, a presença de alunos de graduação será algo corriqueiro na APS a partir da adequação dos projetos pedagógicos do curso de Medicina, e esse fator deveria propiciar a reorganização da unidade, otimizando o trabalho e não desorganizando³⁶. Uma formação na APS inadequada pode interferir na escolha de especialidade e mesmo em currículos com muitas atividades de graduação na APS, e a “organização” das disciplinas corrobora as escolhas profissionais^{13,37,38}.

Os gestores do PRM5 e do PRM6 (Quadro 1) relatam o excesso de graduandos e a dificuldade de interlocução com os cursos como preocupantes. A inserção da graduação dos cursos de saúde é uma realidade para a APS, mas serão necessários novos estudos para compreender como os PRM-MFC se organizaram e como apoiam, mas sabe-se que é positivo³⁸. É importante ressaltar que o Contrato Organizativo

de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes) é um instrumento para auxiliar na organização dos serviços de saúde para apoio da graduação e residência, organizando necessidades da formação e oferta disponível³⁹.

Neste estudo, houve dois aspectos limitantes: 1. o reduzido número de PRM-MFC avaliados, um da capital apenas, e 2. a ausência de um PMR em MFC com até dois ou mais de seis residentes do segundo ano em municípios com mais de 400 mil habitantes.

Avaliar um PRM-MFC além do esperado pela CNRM é um desafio, pois não há literatura nacional disponível com a temática, sendo necessária a elaboração de instrumentos para tal. Este artigo apresentou o resultado da aplicação de uma ferramenta que investigou a implantação dos programas na APS. Para uma adequada fundamentação na qualidade do PRM-MFC, será necessário desenvolver e utilizar outras ferramentas a fim de atingir a possibilidade de acreditação de programas no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abertura de PRM-MFC visou aumentar o número de especialistas na APS sem verificar a qualidade. O presente artigo apresentou a aplicação de um instrumento para avaliar se os PRM-MFC estão implantados na APS e quais os pontos que necessitam de melhora.

O instrumento foi aplicado em seis programas do estado de São Paulo, demonstrando uma variabilidade de respostas e qualidade dos programas em sua implantação. É possível ampliar seu uso para a validação da ferramenta, sendo uma potente estrutura de qualificação da MFC no futuro a partir de PRM-MFC.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lucas Gaspar Ribeiro participou da concepção do projeto, da coleta de dados, da análise de resultados e da elaboração do manuscrito. Eliana Goldfarb Cyrino e Antônio Pazin-Filho participaram da concepção do projeto, da coleta e análise de dados, da organização e discussão dos resultados, e da elaboração do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1981. p. 5.
2. Ribeiro LG, Villardi ML, Cyrino EG. Preceptor em residência médica em medicina de família e comunidade: compreendendo a singularidade desse profissional. In: Teixeira CP, Guilam MCR, Machado M de FAS, Gomes MQ, Almeida PF de, organizadores. Atenção, educação e gestão: produções da Rede ProfSaúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 253-68.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Ribeiro LG, Cyrino EG, Pazin-Filho A. Aprimorando a qualidade de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev. Saúde Pública. 2023; 57:65.
7. Brasil. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2015. p. 7.
8. Brasil. Resolução nº 2, de 3 de julho de 2013. Diário Oficial da União; 2013.
9. Brasil. Matriz de competências em medicina de família e comunidade. Brasília: Ministério da Educação; 2019.
10. Barban Morelli Rosas J, Lopes Junior A, Moreira JV, Pellizzaro Dias Afonso M, Sarno MM, Borret RH do ES, et al. Recomendações para a qualidade dos programas de residência de medicina de família e comunidade no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2509.
11. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para a medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015.
12. Ander-Egg MJA e E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Vozes; 1995.
13. Ribeiro LG, Cyrino EG, Villardi ML, Pazin-Filho A. FOFA da residência em medicina de família e comunidade no estado de São Paulo. Rev. Bras. Educ. med. 2024; 48(2) : e032.
14. Oliveira DC. Análise de implantação do componente hospitalar da Rede de Urgências e Emergências – RUE [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2017.
15. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora Unicamp; 2011. 320 p.
16. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília; 2011.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 280 p.
18. Brasil. Resolução CNRM nº 02, de 7 de julho de 2005. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília; 2005.
19. Brasil. Resolução Comissão Nacional de Residência Médica nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2006. Seção I, p. 23-36.
20. Berger CB, Dallegre D, Castro Filho ED de, 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.
21. Chaves HL, Borges LB, Guimarães DC, Cavalcanti LP de G. Vagas para residência médica no Brasil: onde estão e o que é avaliado. Rev Bras Educ Med. 2013;37(4):557-65.

22. 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.
23. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011.
24. Brasil. Cobertura de atenção básica em fevereiro de 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 01 de maio de 2024]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reLCoberturaAPSCadastro.xhtml>.
25. Brasil. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2015. p. 7.
26. Oliveira AMF de, Moreira MRC, Xavier SPL, Machado MDFAS. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. *Rev Bras Educ Med.* 2021;45(1):1-10.
27. 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? *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(6):2119-30.
28. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(16):161-77.
29. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009. 64 p.
30. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Organization of primary health care in pandemics. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2021;16(43):2655.
31. Esposti CDD, Ferreira L, Szpilman ARM, Cruz MM da. O papel da educação permanente em saúde na atenção primária e a pandemia de Covid-19. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2020;22(1):4-8.
32. Brasil. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 27 p.
33. Poli Neto P, Faoro NT, Prado Júnior JC do, Pisco LAC. Remuneração variável na atenção primária à saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(5):1377-88.
34. Brasil. Portaria nº 3147, de 28 de dezembro de 2012. Institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Portaria Nacional de Atenção Básica, que trata a Portaria nº 2488/GM. Brasília; 2012. p. 1-3.
35. 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.
36. Gaion JP de BF, Kishi RGB, Nordi AB de A. Preceptor na atenção primária durante as primeiras séries de um curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(3) : e096.
37. Cuoghi HF, Germano CMR, Melo DG, Avó LR da S de. Currículo médico baseado em competência e especialização voltada à atuação na atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(1):1-9.
38. Tiseo TR, Santos MCL dos, Smiderle C de ASL. Estágio em medicina de família e comunidade em unidades com residência médica no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2022;17(44):3101.
39. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação; 2015. p. 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.