

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

# O que é esperado de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade?: Um olhar do preceptor da residência, de médicos de família e comunidade e legislação

Lucas Ribeiro, Eliana Goldfarb Cyrino, Antônio Pazin-Filho

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2987>

Submetido em: 2021-09-23

Postado em: 2021-11-12 (versão 2)

(AAAA-MM-DD)

**O que é esperado de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade?** Um olhar do preceptor da residência, de médicos de família e comunidade e legislação.

**Lucas Gaspar Ribeiro<sup>1</sup>; Eliana Goldfarb Cyrino<sup>2</sup>; Antônio Pazin-Filho<sup>3</sup>**

1- Departamento de Medicina, UFSCar; 2- Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP; 3- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP. ORCID: 1. <https://orcid.org/0000-0003-4842-4294> / 2. <https://orcid.org/0000-0002-6526-3528> / 3. <https://orcid.org/0000-0001-5242-329X>

<sup>1</sup>Autor correspondente: [lgribeiro@ufscar.br](mailto:lgribeiro@ufscar.br)

## **Resumo:**

**Introdução:** A residência médica é o padrão ouro de formação dos médicos após a graduação, tanto no Brasil, quanto em outros países. Dentre os programas existentes no país, um dos que mais cresce em número de vagas é a residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Para o credenciamento de programas na Comissão Nacional de Residência Médica, o programa necessita ser avaliado e aprovado por uma comissão de especialistas. Contudo, não há instrumento-padrão que proporcione avaliação sistemática disponível.

**Objetivos:** Aperfeiçoar e apresentar uma ferramenta que permita avaliar e monitorar a qualidade de programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, considerando suas singularidades a partir dos médicos formados e em formação da área. **Metodologia:** produção, adequação e aprovação da ferramenta avaliativa por profissionais renomados na MFC Brasileira, totalizando 9 pessoas. **Análise de dados:** A metodologia de investigação e análise foi por metodologia Delphi, com obtenção de 80% de concordância dos participantes. A análise qualitativa por Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A metodologia Delphi exigiu 5 ciclos avaliatórios para a compreensão e adequação das recomendações técnicas propostas, com eliminação de um item e ponderação, com metodologia de análise de resultado de 10 itens resultantes, atingindo uma matriz esperada para a organização de

programas de residência. **Discussão:** a existência de um instrumento de avaliação e monitoramento de programas de residência em medicina de família e comunidade pode ser uma ferramenta para facilitar os gestores de programas e permite a avaliação e monitoramento para adequá-lo. Entretanto, a aplicabilidade prática da mesma precisa ser adequada as realidades do sistema de saúde e organização das residências, a fim de ser plausível e reprodutível em todo o país, considerando as diversidades de programas. **Conclusão:** com o aumento do número de programas de residência médica em medicina de família e comunidade, e assim, de vagas disponíveis, é imprescindível que os gestores possuam um plano em comum para que os programas sejam adequados e produtivos para a especialidade. Com isso, a presença de um documento norteador é capaz de identificar suas fortalezas e fraquezas frente a realidade da construção. Assim, o resultado desse artigo é apresentar um documento e suas limitações.

**Palavras-chave:** Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade; Avaliação de programas e Instrumentos de Pesquisa.

**What is expected from a Medical Residency Program in Family and Community Medicine?** A look at the residency preceptor, family and community doctors, and legislation.

Abstract

**Introduction:** Medical residency is the gold standard for training physicians after graduation, both in Brazil and in other countries. Among the existing programs in the country, one of the fastest growing in terms of number of vacancies is the medical residency in Family and Community Medicine (FCM). For accreditation of programs in the National Commission on Medical Residency, the program needs to be evaluated and approved by a committee of experts. However, there is no standard instrument that provides systematic assessment available.

**Objectives:** To improve and define an instrument that allows the assessment and monitoring of the quality of medical residency programs in Family and

Community Medicine, considering their singularities based on trained and trained physicians in the area. Methodology: production, adaptation and approval of the evaluation tool by renowned professionals at Brazilian FCM, totaling 9 people. Data analysis: The research and analysis methodology were by Delphi methodology, obtaining 80% agreement from the participants. Qualitative analysis by Bardin's Content Analysis. **Results:** The Delphi methodology required 5 evaluation cycles to understand and adapt the proposed technical recommendations, with the elimination of one item and weighting, with a methodology for analyzing the result of 10 resulting items, reaching an expected matrix for the organization of residency programs. **Discussion:** the existence of an instrument for the evaluation and monitoring of residency programs in family and community medicine can be a tool to facilitate program managers and allow the evaluation and monitoring to make it adequate. However, its practical applicability needs to be adequate to the realities of the health system and organization of residences, to be plausible and reproducible across the country, considering the diversity of programs. **Conclusion:** with the increase in the number of medical residency programs in family and community medicine, and thus of available places, it is essential that managers have a common plan so that the programs are adequate and productive for the specialty. With this, the presence of a guiding document can identify its strengths and weaknesses against the reality of construction. Thus, the result of this article is to present a document and its limitations.

**Keywords:** Internship and Residency; Family and Community Medicine; Evaluation of Research Programs and Tools

## Introdução

A residência médica é considerada a melhor estratégia para formação de novos especialistas nas diversas áreas de atuação, como continuidade da graduação. Alguns autores relatam que teve início nos Estados Unidos com as clínicas médica e cirúrgica, no final do século XIX(1–3). No Brasil, ela é considerada legalmente como curso de pós-graduação, modalidade de especialização, com foco no treinamento em serviço, existindo desde 1944(2).

As residências em Medicina de Família e Comunidade (MFC) iniciaram em 1976(4,5), apresentando uma expansão pequena de vagas até 2013, se comparado com o período seguinte (2013-21). A partir da Lei 12.871/13, conhecida como Lei Mais Médicos, o número de vagas ocupadas passou de 206 em 2011 para mais de 2264 em 2021 (1099% de aumento), sendo que em 2020 o estado de São Paulo possuía 56 programas de residência médica (PRM) de MFC cadastrados, com 42 programas com residentes (406 residentes), correspondendo a 17,8% dos residentes em MFC do Brasil, sendo o estado com maior número(6).

Por mais que a Estratégia de Saúde da Família esteja pautada na presença do especialista em MFC como profissional médico, o país possui aproximadamente 7 mil profissionais de MFC (7) para mais de 43 mil equipes de Saúde da Família(8). Essa discrepância se intensifica quando observada a distribuição dos mesmos, presentes em sua maioria no Sul e Sudeste, correspondendo a 71,4% dos especialistas do Brasil e 46% das unidades(9).

Também quando observado o número de especialistas em MFC por habitantes, o Amapá, Bahia, Maranhão e Piauí apresentam menos de 1,1 MFC por 100 mil habitante, enquanto Acre, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Santa Catarina apresentam entre 4,9 e 8,7 especialistas por 100 mil habitantes(6). Para fazer o cálculo da relação ideal, é possível inferir que cada MFC seja responsável por 4 mil pessoas(10), ou seja, o país necessitaria da relação de 25 MFCs por 100

mil habitantes. Assim, considerando que no ano de 2020 foram formados aproximadamente 1500 novos especialistas pela residência, mantendo o atual volume de vagas ocupadas, o país atingiria o número de MFCs necessários será mais de duas décadas.

Frente à escassez e concentração de especialistas, a formação passa a depender de preceptores de outras áreas de atuação<sup>(11)</sup> os quais são legalmente habilitados para tal papel, segundo a legislação específica dos PRM – MFC, diferentemente de outras áreas, que exigem especialidade na área de formação como pré-requisito para a função <sup>(12,13)</sup>. Isso provavelmente implica em grande variabilidade nas condições de formação. Soma-se a essa situação que também inexistem informações e padrões para condições mínimas de uma estrutura física adequada para garantir a formação. Com isso, os programas necessitam de diretrizes para a abertura e expansão de vagas de forma ordenada e capaz de suprir a formação.

Para tal, é necessário compreender o próprio serviço e avaliar. Esse ato compreende em emitir um juízo de valores a partir de um padrão pré-determinado ou um referencial ideal, buscando falhas e corrigindo-as<sup>(14–16)</sup>. Donabedian reforça que o processo de avaliar exige um monitoramento contínuo do serviço de saúde, buscando detectar e corrigir desvios de padrões, podendo avaliar estruturas, processos e resultados obtidos<sup>(17)</sup>. Frente a esses fatores, o presente artigo pretende apresentar um referencial de base teórico-prática para aspectos desejáveis para a formação de MFC.

### **Metodologia**

O presente estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento matriz para as condições de formação ofertada pelos programas de residência médica em MFC. A construção foi dividida em 3 estágios de desenvolvimento, contemplando uma pesquisa de metodologia mista.

No primeiro estágio, foram inqueridos os formadores da área – os preceptores dos programas de MFC do estado de São Paulo, no período

de fevereiro a novembro de 2018, aplicando um questionário por plataforma virtual incluindo questões abertas e fechadas. Todos os profissionais foram convidados via correio eletrônico, totalizando 132 convites.

Com as respostas obtidas, o segundo estágio foi iniciado com a revisão de literatura nacional e internacional, resoluções e portarias sobre residência médica em MFC, comparando a literatura com a percepção dos preceptores(13,18–22). A partir desses dados, desenvolveu-se uma matriz de recomendações sobre programas de residência em MFC.

O terceiro estágio visou a validação por pares da matriz, garantindo a homogeneidade de qualidade e possibilidade da aplicabilidade em âmbito nacional. Para tanto o instrumento foi apresentado a um grupo de juízes especialistas em MFC, utilizando-se a metodologia Delphi(23). Foram convidados a participar os presidentes de todas as associações estaduais ativas de MFC e o presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, contemplando 24 pessoas. Esses foram escolhidos pelos autores considerando sua diversidade regional e representatividade nacional. O presidente da estadual paulista foi excluído por ser o autor do projeto no momento.

O questionário Delphi possuía estrutura igual para todas as questões: Descrição do item avaliado, perguntas sobre a pertinência e permanência do item no questionário final (sim e não), escalas Likert de 0 a 10 sobre a relevância do item e que nota ou valor esse item deveria receber na avaliação do programa (0 a 10). Todos os itens possuíam perguntas abertas sobre sugestões de escrita, comentários sobre a nota e sobre o tema em questão. Para a questão ser considerada como consenso entre os juízes, a taxa de resposta semelhante foi de 80%.

Ambas as pesquisas, tanto com o preceptor, quanto com os juízes foram aprovadas por Comitês de Ética em Pesquisa, sob os protocolos CAAE 78853317.0.0000.5411e 30805420.5.0000.5440.

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

## **Resultados**

No primeiro estágio o número de respostas dos preceptores foi de 67, correspondendo a 50% do total de profissionais na área no estado de São Paulo no ano de 2018. As perguntas abertas versaram sobre a especialidade MFC, a preceptoria e o processo de trabalho, obtendo os pontos positivos e os desafios.

Quando observado os preceptores, 70% são especialistas em MFC e mais de 90% com pelo menos um curso em preceptoria. 62% bastante satisfeita com sua atuação, mas 42% relatam grande taxa de dificuldade no trabalho. As recompensas em atuar na área são, resumidamente: qualificação na área, se manter atualizado, qualificação pessoal e participar de um processo de transformação. Os desafios: demanda versus ensino, subvalorização da especialidade, dificuldade na relação com a gestão local e dificuldade no processo de ensino.

Associando a visão do preceptor com a literatura nacional e internacional sobre residência médica e na área em específico (estágio 2), foi produzida a matriz de recomendações a programas de residência em MFC, apresentada aos juízes, para a continuidade do processo de construção (3º estágio). Ao todo, foram necessários cinco ciclos avaliatórios entre os juízes até obter a concordância de pelo menos 80%, com 9 participantes. O questionário iniciou com 12 itens e foi finalizado com 10 itens, com a eliminação da questão sobre a obrigatoriedade de o preceptor ter um período de assistência exclusivamente antes de iniciar o papel de formador, justificado pelo país ter um baixo número de profissionais especialistas, sendo necessária esses profissionais já como preceptores de imediato. O segundo item foi eliminado pois houve fusão de dois itens. O processo está apresentando na figura 1 e o número de ciclos até a matriz final no anexo 1.



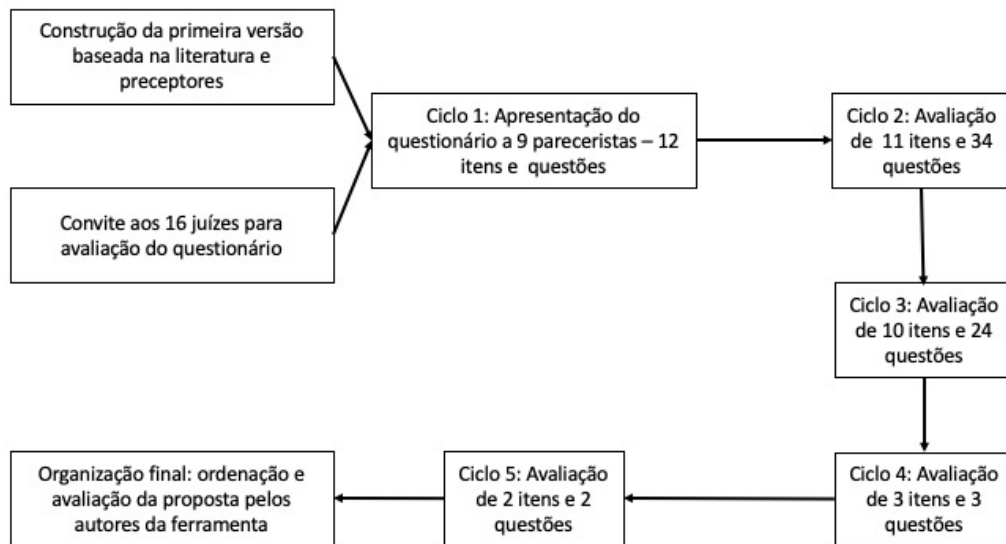


Figura 1- Realização dos ciclos avaliatórios do questionário Delphi para definir a matriz dos programas de residência em MFC.

O instrumento foi dividido em Espaço físico, Recursos Humanos e Relação Preceptor-residente. Cada item recebeu um valor mínimo e máximo (1-10) de acordo com a relevância dada pelos juizes, sendo que a maioria dos itens recebeu nota máxima 8 ou 9. Apenas dois itens receberam nota máxima: a obrigatoriedade de o preceptor ser especialista em MFC e o pagamento de bolsa complementar a profissionais que atuam com preceptoría concomitante (tabela 1).

## Discussão

Os resultados do trabalho demonstram que os preceptores do estado de São Paulo são especialistas na área e com formação para o cargo de educadores. Suas principais dificuldades em exercer o cargo estão relacionadas a organização da agenda, da unidade e a relação com os gestores municipais, que muitas vezes possuem objetivos diferentes, em relação à função da residência médica, observando o residente como um médico da equipe e não um médico em formação(24,25).

A partir da fala dos preceptores e a legislação atual, se propõe recomendações aplicáveis aos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, sendo validadas por juízes, resultando em uma matriz com 10 itens, organizados em 3 núcleos: Espaço físico, Recursos humanos e Relação preceptor-residente. Isso permite observar a formação com uma óptica mais realística em comparação realizado atualmente(15,26,27). Assim, o instrumento busca avaliar a estrutura e processos de formação(29,31).

Quando observado o instrumento, o primeiro grupo avaliado (A1 a A3) são os recursos físicos e organizativos da unidade, dos quais são avaliados os espaço físico, a possibilidade de desenvolver as competências esperadas na residência e a organização da unidade, aspectos que influenciam diretamente nas competências esperadas na formação do residente, pois como essa área não está inserida em um ambiente hospitalocêntrico e o objetivo é ter alta resolutividade no serviço, é necessário adequar a estrutura ensino-serviço para essa singularidade(25,26,30,31).

Os pontos acima foram elencados como desafios pelos preceptores do estados de São Paulo em atuar na residência e coincide com os encontrados em pesquisas anteriores(25,31–33), sendo corroborado pelos juízes como pontos a serem observados no programa. Esse é um ponto crítico que demonstra a necessidade da interlocução ensino e assistência.

Quando avaliado o domínio A, os três componentes convergem para dois pontos essenciais: tamanho populacional e estrutura física da unidade/programa de residência, pois delimitam a agenda de consultas, atividades da unidade de saúde e cenários e metodologias de ensino-aprendizagem, além do próprio financiamento da saúde e da residência(19,34–38). Assim, a adequação de cenários de aprendizagem se interpõe com a própria organização das secretarias municipais de saúde pelas necessidades de cobertura populacional, financiamento em saúde, adequação de espaço físico e equipes de saúde. Essa

organização gera uma pergunta: qual a função da residência: formar especialistas ou aumentar o financiamento?

O tamanho populacional adequado por equipe em “unidades-escola” é sugerido desde 2012 com 3500 pessoas, além de momentos de educação permanente para o preceptor e para o residente e quais seriam suas funções na unidade(13,21). Contudo, a presença desses desafios demonstra que é preciso aprimorar a interlocução e definição de processos de trabalho entre a residência e a gestão municipal, sendo que cada um observa o programa com seus próprios objetivos(24,25) e o PRM-MFC pode não atingir seus objetivos: educação baseada no serviço de qualidade e modelo formativo.

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

É conhecido que desde a gênese de uma legislação até sua efetiva implementação várias etapas são necessárias e a monitorização constante para adequar a estrutura e processo é necessária. Assim, a matriz apresentada pode ser uma estratégia para se atingir esse objetivo, como realizado na rede de urgências e emergências(39).

Outro cenário de aprendizagem que pode ser inserido na formação são os laboratórios de simulação, que tem aumentado nos últimos anos sua utilização. Por sua natureza, a MFC necessita de simulações que envolvam o domínio comportamental (como por exemplo a utilizada com atores) e habilidades técnicas (como colocação de Dispositivo Intra-uterino), sendo uma nova habilidade a ser aprendida pelos preceptores e novo cenário de aprendizagem para a residência(35,40).

No segundo grupo de questões (B1 a B4), envolvido no domínio Recursos Humanos, dois itens apresentaram alto valor de aceitação pelos juízes: se o preceptor é especialista em medicina de família e

comunidade (B1) e se o preceptor recebe um valor diferenciado em seu salário (B4).

No ano de 2020 existiam 7.149 profissionais especialistas na área, ocorrendo um aumento de 3.127 profissionais nos últimos 5 anos(6,41). Apesar de apontado pelos juízes o desejo de especialistas na área para a formação de residentes, a política nacional de residência médica em MFC permite a atividade de outras áreas como preceptores(13), é possível inferir o baixo número de especialistas como justificativa. Com isso, é mandatório avaliar se os preceptores da residência são especialistas na área e/ou se tem competência para exercer o cargo, utilizando o instrumento apresentado e outros a serem aplicados.

O segundo item que recebeu ponderação máxima foi a complementação de bolsa para ser preceptor (B4). Esse é um item que o Ministério da Saúde incentiva desde 2019, com a remuneração para o município e para o preceptor(36). No entanto, apesar de estudos demonstrarem que o preceptor não recebem bolsa rotineiramente (25,31,42–44), já há evidências que essa não seja a principal motivação que os profissionais venham a exercer essa função(42). Ademais, a utilização de qualquer incentivo financeiro deve estar acoplada a indicadores de produção para que seja uma política indutora efetiva. Entretanto, os juízes não especificaram o motivo de sua escolha, o que impede uma conclusão assertiva sobre o tema.

Os outros itens do grupo B visam o aspecto de educação pelo trabalho, educação permanente e educação continuada, sendo políticas de saúde de qualificação profissional(45–48), garantindo que a equipe de saúde da família e preceptoria estejam alinhados ao que é a especialidade e estratégia Residência Médica em MFC como formação de especialistas. Assim, é mandatório que o programa apresente sistematicamente a especialidade a todos os envolvidos, garantindo adequado conhecimento da área (itens B2 e B3).

Além do mais, considerando a Educação Permanente como política de saúde, sua presença na residência é fundamental(48). Por fim,

a formação como educador, possibilita aos preceptores maior quantidade e qualidade de ferramentas educacionais e assistenciais(35) (B2).

O terceiro domínio de avaliação (C1 e C2) foi o que mais exigiu ciclos avaliatórios pelos juízes, pois visou atingir um consenso do número de educandos por preceptor, valor já determinado pela Comissão Nacional de Residência Médica, sendo 6 residentes por preceptor 40 horas(22).

Apesar desse número pré-determinado, os programas apresentam uma grande variação, apresentando proporções que abrange entre 1 e 9 residentes por preceptor no estado de São Paulo(42). Além dos residentes, 67% dos preceptores são responsáveis por graduandos e outras áreas não médicas, aumentando o número de formandos por profissional(42).

Tais dados correspondem a números expressivamente superiores quando comparados a programas do exterior(31,44). Apesar de uma proporção menor entre residentes por preceptor provavelmente ser adequada, até que se atinge um número desejado de preceptores, esse item continuará a ser divergente entre os programas.

Também nesse domínio é apresentado o número de educandos por preceptor, resultado da soma de residentes de MFC e alunos de outras instâncias (graduação e residência multidisciplinar). Importante observar esse número porque quanto mais educandos sob a tutela do preceptor, menor vai ser a formação ombro-a-ombro esperada da residência e menor vai ser a observação ao graduando, não definido pela portaria 5/2015 do Ministério da Educação(49).

Por fim, o item excluído do questionário inicial, por orientação dos juízes foi “Contratação de profissionais já com um período mínimo de assistência prévia ao trabalho de preceptoria (“horas de vô”)", sendo a fonte de verificação pelo menos 3 anos de atuação antes da preceptoria(18). A justificativa é que o país ainda não possui um número suficiente de profissionais especialistas na área para ter assistência,

docência, gestão e preceptoria de forma adequada. Assim, é necessário que o recém-formado da residência já assuma uma equipe para formar novos residentes, o que realmente ocorre na prática(42).

Como limitações do presente estudo podemos apontar que o instrumento foi desenvolvido utilizando como base apenas os preceptores do estado de São Paulo, que é o estado com maior número de programas de MFC no país. Mas como ponto positivo, esse número permite também diversidade de programas, inseridos desde cidades pequenas até megalópoles, com programas com 1 vaga e programas de mais de 40 vagas, mas dentro de um mesmo estado, com características financeiras e socioeconômicas desse espaço. Já as etapas 2 e 3 tiveram abrangência nacional. Ainda será necessário a validação do instrumento em outros estados da federação com realidades distintas.

Também é importante ressaltar que qualquer processo de avaliação não deve ser apenas por uma ferramenta, mas um conjunto de ferramentas(50), sendo a proposta no artigo uma compilação e construção de uma das ferramentas possíveis e baseadas nos atores sociais, devendo no futuro somar a outras.

Uma outra limitação pertinente, mas não apresentada no instrumento é como as novas técnicas de ensino podem ser utilizadas na formação dos preceptores e residente, como exemplo a simulação(40). Os laboratórios de simulação permitem uma área segura para desenvolver habilidades e atitudes esperadas de um especialista(20) antes da aplicação em seres humanos, aumentando a qualidade do programa e dos resultados obtidos, inclusive para avaliar se o residente está apto a exercer o procedimento, complementando o espaço físico necessário para procedimentos (item A1.2 do questionário).

## **Conclusão**

A formação de especialistas tem como padrão-ouro a residência médica, sendo que a MFC é uma das residências que mais

crece atualmente. Ela necessita de metodologias exequíveis para ampliação e manutenção de vagas com volume e qualidade. Este trabalho propõe um instrumento avaliativo de estruturas e processos para programas de residência em MFC dividido em três domínios: estrutura física, recursos humanos e relação preceptor-residente. Tal instrumento quando adequadamente validado nacionalmente poderá permitir a avaliação contínua dos programas para garantir a implementação das políticas públicas que regimentam a residência de MFC.

**Contribuição dos autores:** Lucas Gaspar Ribeiro, Eliana Goldfarb Cyrino e Antônio Pazin-Filho participaram na estruturação do projeto, análise dos dados e confecção do artigo. Lucas Gaspar Ribeiro aplicou os questionários.

**Financiamento:** não houve custo na produção da pesquisa e artigo.

**Conflito de Interesses:** não há conflito de interesses com a pesquisa.

## Referências

1. Júnior UJP de M. Comissão nacional de residência médica: caminhos e descaminhos na gestão desta modalidade de especialização médica no Brasil. Fundação Getúlio Vargas; 1997.
2. Horii CL. Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2013.
3. Howell JD. A History of Medical Residency. *Rev Am Hist.* 2016;44(1):126–31.
4. Berger CB, Dallegrove D, De Castro Filho ED, Pekelman R. A formação

- na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2017 Jul 10;12(39):1–10.
5. Castells MA. Estudos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: a questão da preceptoria. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2014.
  6. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020. 312 p.
  7. Fontenelle LF, Rossi SV, Oliveira MHM De, Brandão DJ, Sarti TD. Postgraduate education among family and community physicians in Brazil: The Trajetórias MFC project. *Fam Med Community Heal*. 2020;8(3):1–10.
  8. BRASIL. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília; 2021. p. 1.
  9. Sarti TD, Fontenelle LF, Luciano B, Alves C, Rossi SV, Henrique M, et al. Onde se graduam os Médicos de Família e Comunidade do Brasil ? *Rev Bras Med da Família e Comunidade*. 2021;16(43):1–10.
  10. Brasil. Portaria N 2436, 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)>. 2017 p. 34.
  11. 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, editors. *Atenção, Educação e Gestão Produções da Rede ProfSaúde*. 1st ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020. p. 253–68.
  12. BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução N°2, de 3 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde, que



- oferecerem programas de residência médica e dá outras pro. Brasília: Presidência da República; 2013. p. 5.
13. 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.
  14. Ander-Egg MJA e E. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Vozes; 1995.
  15. Klessig JM, Wolfsthal SD, Levine MA, Stickley W, Bing-You RG, Lansdale TF, et al. A Pilot Survey Study to Define Quality in Residency Education. Acad Med [Internet]. 2000 Jan;75(1):71–3. Available from: <http://journals.lww.com/00001888-200001000-00018>
  16. Elliott RL, Juthani N V, Rubin EH, Greenfeld D, Skelton WD, Yudkowsky R. Quality in residency training: toward a broader, multidimensional definition. Acad Med [Internet]. 1996;71(3). Available from: [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/1996/03000/Quality\\_in\\_residency\\_training\\_\\_toward\\_a\\_broader,.12.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/1996/03000/Quality_in_residency_training__toward_a_broader,.12.aspx)
  17. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan (US): Health Administration Press; 1980. 77–125 p.
  18. Carvalho F, Ventura T, Barroso R. Perfil de competências do orientador de formação. Rev Port Med Geral e Fam. 2004;20(1):147–52.
  19. 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 Família e Comunidade. 2020;15(42):2509.
  20. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. 2015;66–8. Available from: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo_Baseado_em_Competicencias(1).pdf)

21. Brasil. Portaria No. 3147, de 28 de Dezembro de 2012. Institui as especificações “preceptor” e “residente” no cadastro médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Portaria Nacional de Atenção Básica, que trata a Portaria no 2488/GM. Brasília - DF; 2012 p. 2012.
22. BRASIL. Resolução CNRM N° 02, de 07 de julho de 2005. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília - DF; 2005.
23. Marques JBV, Freitas D de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. Pro-Posições. 2018;29(2):389–415.
24. Leite APT, Correia IB, Chueiri PS, Sarti TD, Jantsch AG, Waquil AP, et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? Cien Saude Colet. 2021 Jun;26(6):2119–30.
25. 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.
26. Bollela VR, Germani ACCG, Campos H de H, Amaral E. Educação baseada na comunidade para as profissoes da saúde: aprendendo com a experiência brasileira. São Paulo: FUNPEC-Editora; 2014. 334 p.
27. Vasconcelos MIO, Souza FL de, Lira GV, Dias MS de A, Silva GSN da. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA POR INDICADORES. Trab Educ e Saúde [Internet]. 2015;13(suppl 2):53–77. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000500053&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500053&lng=pt&tlng=pt)
28. Donabedian A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. Qual Rev Bullietin. 1992;18(11):356–60.
29. Brasil. Ministério da Educação. Matriz De Competências Em Medicina De Família E Comunidade. 2019; Available from:

[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category\\_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192)

30. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. Vol. 1, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015. p. 66.
31. Aguiar AC de. Preceptoría em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão. 1st ed. Rio de Janeiro: CEPESC Editora; 2017. 207 p.
32. Castells MA, Campos CEA, Romano VF. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoría. Rev Bras Educ Med. 2016;40(3):461–9.
33. Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. Cien Saude Colet. 2017 Mar;22(3):737–46.
34. Reis EJFB dos, Santos FP dos, Campos FE de, Leite MTT, Leite MLC, Cherchiglia ML, et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. Cad Saúde Pública. 1990;6(1):50–61.
35. Barreiros BC, Diercks MS, Biffi M, Fajardo AP. Estratégias Didáticas Ativas de Ensino-Aprendizagem para Preceptores de Medicina de Família e Comunidade no EURACT. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2020;44(3). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022020000300221&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000300221&tlng=pt)
36. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.510, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação . Brasília - DF; 2019.

37. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. p. 7.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 1.598, DE 15 DE JULHO DE 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2021. p. 5.
39. Oliveira DC. Análise de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências \_ RUE Análise de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências \_ RUE. Universidade de São Paulo; 2017.
40. Pazin-Filho A, De Carvalho Panzeri Carlotti AP, Scarpelini S. Implantação e desenvolvimento do Laboratório de Simulação (LabSim) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). *Med.* 2017;50(4):272–83.
41. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2015. 2015. 283 p.
42. Ribeiro LG. Os Preceptores de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem? Faculdade de Medicina de Botucatu; Universidade Estadual Júlio Mesquita Filho - FMB - UNESP; 2019.
43. Drowos J, Baker S, Harrison SL, Minor S, Chessman AW, Baker D. Faculty Development for Medical School Community-Based Faculty. *Acad Med.* 2017 Aug;92(8):1175–80.
44. Latessa R, Colvin G, Beaty N, Steiner BD, Pathman DE. Satisfaction, Motivation, and Future of Community Preceptors. *Acad Med.* 2013 Aug;88(8):1164–70.
45. Rodrigues CDS. Competências para a preceptoria: construção no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde. Universidade Federal

do Rio Grande do Sul; 2012.

46. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*. 2005;9(16):161–77.
47. Cardoso ML de M, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A política nacional de educação permanente em saúde nas escolas de saúde pública: Reflexões a partir da prática. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(5):1489–500.
48. França T, Medeiros KR de, Belisario SA, Garcia AC, Pinto IC de M, Castro JL de, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Cien Saude Colet*. 2017 Jun;22(6):1817–28.
49. Brasil. Ministério da Educação. PORTARIA NORMATIVA N 5, DE 1o DE ABRIL DE 2015. Estabelece os procedimentos de pré-seleção e adesão de municípios para autorização de funcionamento de curso de graduação em medicina por instituição de educação superior privada, precedida de. *Diário Oficial da União Brasília - DF*; 2015 p. 43–4.
50. Bollela VR, Castro M. Avaliação de programas educacionais nas profissões da saúde: Conceitos básicos. *Med*. 2014;47(3).



## Anexo 1 – Matriz de Organização do PRM-MFC baseado na avaliação dos juízes.

## Grupo 1 – Organização da Unidade

Matriz desejável no programa	Modo de organizar e avaliar o critério	Número de ciclos avaliatórios (1-5) e ponderação definida pelos juízes (8-10)
A.1. Adequação de espaço físico da unidade para o trabalho		
A.1.1 – Número de consultórios adequados para toda a equipe em atendimento, sem necessidade de rodízios durante os períodos que o residente está em consulta. Considerando que ele também tem atividades fora do consultório.	Ao menos um consultório por profissional e/ou não necessidade de rodízios.	4 ciclos e atingindo a ponderação de 9 pontos.
A.1.2 – Salas e materiais de procedimentos na unidade (atividades propostas pelo Currículo Baseado em Competências). Caso não tenha essas atividades na unidade, o residente tem espaços na grade para realizar em outros espaços de treinamento.	Sala para realizar os procedimentos formativos para a especialidade baseado no CBC, seja ela na unidade de referência ou em outro espaço que garante sua formação (como por exemplo outra unidade).	
A.2 – Aprimoramento da organização da agenda e demanda dos serviços de atenção primária no contexto de unidades-escola, considerando o contexto social e vulnerabilidade da população definida. (Obs: Tanto o preceptor quanto o residente devem ter espaços protegidos para a formação adequada do profissional em treinamento/preceptor, considerando a singularidade do MFC (visitas domiciliares, atividades coletivas, reuniões da unidade, agenda teórica, dentre outras demandas específicas de cada programa). Também devem	O residente possui uma agenda protegida para atender e discutir casos. Além disso, tem espaços para visita domiciliar, procedimentos, grupos comunitários.	3 ciclos, atingindo a ponderação de 9 pontos.

<p>ser considerados contextos singulares de cada programa: acadêmico, em rede SUS e em rede privado.)</p>		
---	--	--

<p>A.3 – Qualificação e melhor inter-relação da gestão do serviço com a residência médica para que se mantenha a unidade como unidade-escola</p>	<p>A gestão corrobora com a organização da unidade para que seja obtida formação adequada, pactuando metas e promovendo espaços de feedback dos profissionais da unidade e usuários com a residência médica.</p>	<p>3 ciclos, atingindo a ponderação de 8 pontos.</p>
--	--	--

## Grupo 2 – Recursos Humanos

<p>Matriz desejável no programa</p>	<p>Modo de organizar e avaliar o critério</p>	<p>Número de ciclos (1-5) e ponderação definida pelos juízes (8-10)</p>
-------------------------------------	---	---



B1 – Incentivar e dar preferência para a contratação de profissionais para o cargo de preceptoria com título e/ou residência em medicina de família e comunidade com desejo/formação em preceptoria;	Todos os profissionais são especialistas em MFC (unidade)	2 ciclos, com 10 pontos de valor final.
--	---	---

B.2. Aprimoramento contínuo desses profissionais através de:		
B.2.1 – Educação em serviço baseado em estratégias de educação permanente e de demandas: da unidade, da carteira de serviços e do programa de residência.	Processo formativo do preceptor baseado nas demandas do serviço, da residência e da unidade, possuindo um espaço protegido na agenda para tal.	3 ciclos e 9 pontos de ponderação
B2.2 – Educação Continuada do preceptor por meio de cursos de preceptoria, educação em saúde, formação clínica continuada, matriciamento de casos, dentre outras. Também a inclusão de Educação permanente em equipes que tenha residentes e preceptores, com agenda protegida.	Liberação do preceptor para cursos da secretaria de saúde, cursos externos, formação continuada pelo programa, matriciamento com outros profissionais, dentre outros.	3 ciclos e 9 pontos de ponderação

B.3 – Fornecer formação continuada aos profissionais (preceptores, residentes e equipe da unidade da residência) sobre a especialidade, suas atualizações e características, para que todos tenham o mesmo discurso e consigam avançar conforme o avanço da especialidade.	Há sistematicamente a apresentação aos residentes, preceptores e equipe informação e formação sobre a especialidade?	5 ciclos e ponderação de 9 pontos
--	--	-----------------------------------

B.4 – Apoio financeiro para os preceptores, com complementação de salário ou bolsa de preceptoria.	Avaliar se o preceptor tem um salário diferenciado para o cargo em comparação a médicos assistencialistas exclusivos (complementação salarial).	3 ciclos e 10 de ponderação
--	---	-----------------------------

### Grupo 3 – Relação Preceptor-residente

Matriz desejável no programa	Modo de organizar e avaliar o critério	Número de ciclos (1-5) e ponderação definida pelos juízes (8-10)
C.1 – Observação criteriosa do número de residentes por preceptor para ter adequado momento de formação de acordo com a organização do programa baseado na conformação da equipe.	Presença de, no máximo, 3 residentes por preceptor (somando os residentes do 1º e 2º ano) POR PRECEPTOR (40h).	4 ciclos e 9 de ponderação

C.2 – Observação da sobrecarga de “educandos” por preceptor nos níveis de graduação e residência	O número máximo é 5 educandos (graduandos e residentes). *Pode ser adequado a depender da possibilidade da equipe, espaço, acordos com as instituições de ensino (não gerando sobrecarga do preceptor).	5 ciclos e 9 de ponderação
--	---	----------------------------

### Critério Excluído da matriz

Matriz desejável no programa	Modo de organizar e avaliar o critério	observação
Contratação de profissionais já com um período mínimo de assistência prévia ao trabalho de preceptoria (“horas de vôo”)	Número de profissionais médicos de família e comunidade com pelo menos 3 anos de atuação ANTES de ser preceptor	Excluído no ciclo 2 por sugestão de 44,4% dos juizes.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.