

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

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

Lucas Gaspar Ribeiro, Eliana Goldfarb Cyrino, Antônio Pazin-Filho

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6524>

Submetido em: 2023-07-28

Postado em: 2023-08-04 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

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

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

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

RESUMO

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

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

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

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

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

ABSTRACT

Introduction: Family and community medicine (FCM) is the preferred specialty to be present in the main gateway to health systems, primary health care (PHC). The best way to increase this specialty is the medical residency, in which at least 70% of the internship period is in the PHC. Thus, the quality of implantation of residency in the PHC is essential. **Objectives:** 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, between not implanted and fully implanted. The grades were obtained from interviews with residents, preceptors, coordinators and municipal managers, considering the fourth generation assessment. **Results:** Six programs were evaluated, in municipalities with 20,000 to 700,000 inhabitants, ranging from one to 22 second-year residents, ranging from unsatisfactory (one program) to fully implemented (two programs). Municipalities with greater PHC coverage showed greater 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 among respondents considering the same areas. **Discussion:** The study suggests that municipalities with greater investment in PHC also have better residency programs, regardless of whether the link is with educational centers or health departments. The SARS-CoV-2 pandemic has also hampered health education. The results were also defining when interviewing different people, demonstrating that this methodology is essential. **Conclusion:** There is a need to observe the implementation of residency programs in PHC to ensure quality training, and not just quantity to provide.

Key words: Family Practice; Primary Health Care; Internship and Residency; Education, Medical; Health Services Research;

INTRODUÇÃO

A residência médica é considerada a melhor estratégia para formação de novos especialistas médicos, sendo uma formação após a graduação, modalidade de especialização, com foco no treinamento em serviço(1). Uma das residências com maior crescimento na última década é o programa de medicina de família e comunidade (PRM-MFC), devido à necessidade do sistema de saúde em agregar especialistas para a atenção primária à saúde (APS) na modalidade, especialmente na modalidade de estratégia de saúde da família, a principal porta de entrada do sistema público(2).

Mesmo com a crescente abertura de vagas ofertadas e ocupadas nos últimos anos, o número de especialistas na área ainda é insuficiente para a necessidade do país, em que cada médico é responsável por até 4 mil pessoas(2–4). Apesar de o investimento federal na última década ter aumentado o número de vagas ocupadas

em mais de 10 vezes(5), o governo federal propôs em 2021 um novo programa para aumento das residências no país(6).

A política de aumento de vagas lançada em 2021 busca equilibrar o desnível de profissionais distribuídos no país, com maior presença em regiões do Sul e Sudeste(3). Mas quando observados os locais dos PRM-MFCs e a fixação de profissionais, tanto para atuar na residência quanto nas outras práticas possíveis, eles têm preferência para se manter em grandes centros(8).

Além da escassez e da má distribuição de especialistas, a taxa de cobertura populacional e o número de equipes são bastante variáveis no país(3), contribuindo para uma variabilidade da estrutura das unidades, processos de trabalho e número de habitantes por área da unidade(9). Com isso, há uma variabilidade esperada entre organização e estruturação dos PRM-MFCs.

Os PRM-MFCs têm como principal área para o treinamento a APS e as unidades de saúde da família(7). Tal característica na formação é essencial para obter as competências esperadas do especialista em MFC, sendo desejosa a presença de preceptores com competência para atuar nessa área(8), contudo a legislação atual permite a presença de preceptores de outras áreas nos PRM-MFCs atuando e formando na APS(10), diferentemente de outras especialidades(75,89).

Para minimizar esta discrepância citada acima, em 2019 foi publicada a matriz de competências para os PRM-MFCs pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), definindo o que é esperado para o ensino nos PRM-MFCs, além de orientações da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) sobre quais as competências que o futuro profissional deve possuir e como a unidade pode se organizar com o preceptor, mas sem apresentar o detalhamento e a robustez necessários sobre as condições mínimas de uma estrutura física e insumos adequados para atingir os objetivos propostos(6,12–14).

Contudo, tais documentos apresentam, em teoria, o que deveria ser desenvolvido durante os dois anos, mas inexitem ferramentas para avaliar as condições mínimas de uma estrutura física, insumos e processos educacionais adequados para garantir a formação dos novos profissionais, apenas orientações da SBMFC e da CNRM sobre quais as competências que o futuro profissional deve possuir e como a unidade pode se organizar com o preceptor(12–14). Com isso, os programas necessitam de diretrizes para a abertura e expansão de vagas de forma ordenada e capaz de suprir a formação, considerando a singularidade da MFC, que

atua predominantemente na APS, diferentemente do utilizado pelo Ministério da Educação para análise de credenciamento e credenciamento de vagas, com alto volume de itens analisando o componente hospitalar.

A partir deste pressuposto, é necessário avaliar os PRM-MFCs a partir de sua singularidade, a APS, estão com a implantação adequada no serviço. Sendo que a atividade de emitir um juízo de valores a partir de um padrão predeterminado ou um referencial ideal, buscando falhas e corrigindo-as é avaliar(15). Os serviços de ensino e assistência na APS, como os PRM-MFCs, necessitam de instrumentos avaliativos que considerem a singularidade das atividades ali exercidas. Assim, o presente artigo apresenta a aplicação de um instrumento que avalia a implementação dos PRM-MFCs para a APS em seis programas do Estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Para conseguir realizar a comparação entre a implantação real em comparação com o referencial ideal de PRM-MFCs na APS foi necessário desenvolver um instrumento inédito. O desenvolvimento está apresentado na sequência metodológica da Figura 3. A primeira e segunda etapas compreenderam a percepção dos preceptores sobre o processo de trabalho na residência. A terceira etapa sobrepôs os dados obtidos com a legislação vigente, construindo uma matriz do instrumento. Esse resultado foi apresentado e aprovado por médicos de família e comunidade considerados referências nacionais (juízes) utilizando o método Delphi (etapa 4), sendo os processos acima descritos em artigos dedicados(6,16).

O documento apresentado e aprovado pelos juízes foi organizado em três dimensões: organização da unidade, recursos humanos e relação preceptor-estudante. Cada dimensão foi dividida em itens, sendo eles pontuados de zero a quatro, com base na implementação do PRM-MFC frente às fontes de verificação predeterminadas: 0 – não implantado ($\leq 20\%$); 1 – insatisfatório (entre $> 20\%$ e $\leq 40\%$); 2 – intermediário (entre $> 40\%$ e $\leq 60\%$); 3 – satisfatório ($> 60\%$ e $\leq 80\%$); 4 – pleno (acima de 80%), sendo um referencial utilizado em outras pesquisas semelhantes(17).

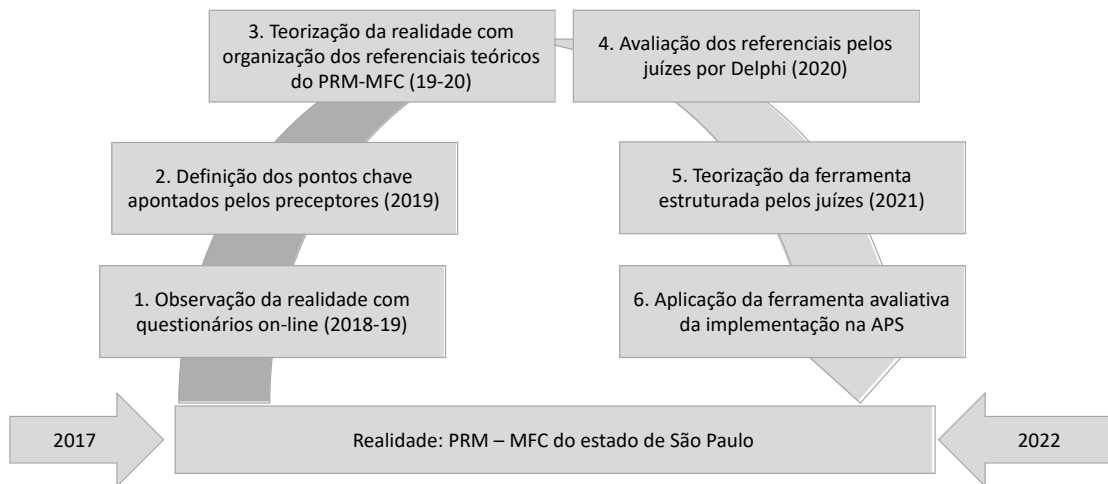
Assim, a média de cada PRM-MFC ou de cada item pesquisado foi considerada como: não implantado: **$\leq 0,8$ pontos**; insatisfatório: **0,8-1,5 pontos**; intermediário: **1,6-2,3 pontos**; satisfatório: **2,4-3,2 pontos**; pleno: **$\geq 3,2$ pontos**.

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

O objetivo da pontuação a partir de quatro integrantes diferentes visou à utilização da metodologia de avaliação de quarta geração nos PRM-MFCs(18). Esse formato de avaliação propõe observar e obter dados de todos os envolvidos no processo para assim se obter uma avaliação mais fidedigna, com múltiplas vivências e percepções do objeto. O resultado dessa ferramenta é promover a mudança do serviço que está sendo avaliado a partir dos resultados e não apenas emitir um juízo de valores, como ocorre na avaliação de primeira geração, por exemplo.

A percepção dos diferentes entrevistados frente à mesma pergunta pode ser diferente, mas não é julgada como correta ou incorreta pela avaliação de quarta geração. As observações de cada pessoa permitem a complementação dos dados, pois cada um emite seu juízo de valores. Como há referencial ideal para todos os itens, definido por juízes nacionalmente(6), foi utilizada a análise de cunho mais negativo, mas com plausibilidade, para obter a nota final, comparando o dado com a fonte de verificação.

Figura 1 – Arco de Ribeiro et al.



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

No ano de 2021, o estado de São Paulo possuía 34 PRM-MFCs, com ao menos um residente do segundo ano (11 programas com até dois residentes do segundo ano, 12 programas de três a cinco residentes e 11 programas com seis ou mais residentes do segundo ano)(19).

O critério de inclusão para as entrevistas é o PRM-MFC possuir ao menos um residente do segundo ano em 2021, sendo o critério de exclusão a ausência da entrevista de um dos participantes para análise. As entrevistas foram realizadas por videoconferências, gravadas, e o áudio foi transcrito na íntegra para posterior análise de conteúdo de Bardin(20).

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

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

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

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

RESULTADOS

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

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

Tabela 1 – Análise de implantação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) analisados em 2021

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

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

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

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 2 – Perfil histórico e demográfico dos PRM-MFCs analisados em 2021

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

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

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

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Quadro 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 6 Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC).

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

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

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

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

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

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

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

Este artigo finaliza o projeto **Desenvolvimento de Instrumento para Avaliação e Acompanhamento das Condições de Formação em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade**, com a aplicação do instrumento em programas de residência (Figura 3 – Etapa 6), sendo aplicado em PRM-MFCs do estado de São Paulo, constituindo uma pesquisa qualitativa, observacional e transversal.

Seus resultados apresentam a percepção de quatro representantes de categorias dos PRM-MFCs. A observação permitiu avaliar os mesmos itens e dimensões a partir de diferentes ângulos do mesmo objeto, compreendendo o grau de implantação do programa de residência na APS, atingindo um dos objetivos da análise de quarta geração(18).

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

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

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

Os dois programas que se apresentaram intermediários em suas notas – 2,3 pontos – têm uma cobertura abaixo de 50%, e quando observada a pontuação de cada item, elas diferem nas causas da nota. Por fim, um programa

pontuou como insatisfatório, com 1,4 ponto, com diversas áreas necessitando de intervenções, apesar de uma cobertura de 40%, semelhante ao PRM2.

Este estudo é inédito na análise de vínculo e implementação de programas de residência na APS, não podendo ser comparado com outros na literatura nacional ou internacional, pois não é realizada sistematicamente a acreditação de programas no Brasil, exceto pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a qual não divulga dados relativos aos programas, apenas se é creditado ou não, com resultados de programas e vagas aprovados pela comissão.

Concomitantemente, a literatura se estrutura em provimento e aumento de vagas em residência médica, em especial para o SUS(21–24). Observar o provimento e aumento de profissionais é de grande importância, pois permite que o sistema de saúde possua um maior número de profissionais qualificados. Contudo, surge como questão norteadora no atual artigo a qualidade da formação e não apenas taxas de cobertura e volume de formados.

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

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

Os procedimentos dependem do fluxo de materiais para a APS (como, por exemplo, instrumentais cirúrgicos) e/ou ambulatórios fora da APS para o residente. Por fim, na relação entre PRM-MFCs e gestão são essenciais a

colaboração e a inter-relação, pois a residência está vinculada à Rede de Atenção à Saúde na APS municipal, sendo já definida essa relação por documentos federais e outros trabalhos(10,12,25,26).

A partir dessa interseção, aparentemente há uma necessidade de elaboração de planos de desenvolvimento e inserção adequada dos PRM-MFCs nos municípios, pois o município é o responsável por definir metas assistenciais, organização da agenda e organização de fluxos de materiais para a APS(4).

Tais características se evidenciam no Quadro 7, com a percepção direta e indireta dos entrevistados na pressão assistencial ou na agenda protegida ou liberdade de organização da agenda dos PRMs, definindo melhor ou pior implementação do PRM-MFC na APS, tendo em vistas as notas na dimensão “organização da unidade”, refletindo o PRM1 e o PRM6 com maiores notas, inclusive o PRM6 com melhor interação com a gestão municipal.

O currículo e a matriz de competências esperadas para a formação em MFC apresentam tais domínios como essenciais na formação(12,27), contudo não é possível atingir as metas propostas sem uma estrutura organizacional de unidade e de rede de saúde (como, por exemplo, o fluxo do anatomopatológico de uma lesão) ou insumos para realizar as atividades, como apresentado no PRM5, em que o profissional compra instrumentais para realização de procedimentos.

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

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

A dimensão “recursos humanos” apresenta as piores médias nos itens da educação permanente (1,2 pontos) e educação continuada (2,5 pontos). A educação permanente (EP) é uma política estruturada como essencial na educação dos trabalhadores da APS desde 2007(28,29), sendo que

aparentemente a baixa nota foi resultado da pandemia do vírus SARS-CoV-2, coexistindo com período de coleta de dados, explicitada no Quadro 7.

Essa justificativa ocorre porque os municípios possuem profissionais nomeados para organizar a política de EP e continuada (EC) para a rede de saúde e eles tiveram dificuldades na implementação das ações nos anos de 2020 e 2021. Por exemplo, o PRM4 modificou as atividades presenciais para encontros virtuais ou aulas gravadas, enquanto o PRM3 suspendeu as atividades a fim de aumentar a assistência. Tais modificações poderiam ser justificáveis pela pandemia, mas descaracterizaram a atividade de educação da unidade, como previsto por políticas já existentes(28,29), resultando nas notas do ano de 2021.

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

É importante ressaltar que a EP é baseada no serviço, com a definição das discussões pela equipe e não por alguns profissionais apenas, apresentado pela política e por outros autores(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 optadas por poucos não caracteriza a sensibilização e modificação da equipe propostas em uma educação permanente.

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

Já a EC foi considerada como atividades fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou liberação dos profissionais para cursos e eventos, caracterizando um processo formativo fora da APS(28,29). De forma geral, os

PRM-MFCs e os governos municipais não demonstraram negativas ou resistências com essa formação, principalmente em período pandêmico, o que, como apresentado acima, reforçou a necessidade de movimentos educacionais utilizando tecnologia (educação a distância).

Um programa que foi atípico foi o PRM4, com dificuldade de organização e liberação de profissionais no período de pandemia do SARS-CoV-2 (Quadro 7). Assim como ocorreu para a EP, essa modalidade formativa também foi afetada pela pandemia, e necessitou do rearranjo da APS, assim como ocorreu em outros momentos epidêmicos e pandêmicos(30).

Serão necessários novos estudos para avaliar como é o processo educacional fora de momentos atípicos. É importante ressaltar que a EP e a EC são duas ferramentas essenciais para o gerenciamento e reorganização de processos de trabalho, sendo utilizadas durante a pandemia para esse fim, como apresentado em literatura específica(31), mas nenhum dos 22 entrevistados trouxe essas ferramentas como organizadoras do trabalho. Esse fato pode ter ocorrido porque a coleta ocorreu em 2021, pós-reorganização, ou porque não foi utilizada realmente, mas sim uma gestão verticalizada e com orientações a todas as unidades, sem espaço de diálogo.

O item “pagamento de bolsa de preceptor” atingiu uma média satisfatória (2,9 pontos). O apoio financeiro foi definido nas políticas de indução dos PRM-MFCs em 2021(32), sendo o mesmo ano da coleta dos dados, e com isso não influenciou os resultados. A nota obtida demonstra que políticas municipais ou dos próprios PRM-MFCs buscaram fortalecer a atividade do preceptor, dado semelhante ao de outros municípios em âmbito nacional(26).

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

A ação de um pagamento variável secundário a uma atividade específica ainda é recente e pouco usual no Brasil, apesar de ser comum fora do país, mas é percebida como algo que valoriza o trabalho e gera maiores resultados(33). Assim, a remuneração diferenciada é um fator importante desde que atrelada à entrega de produtos relacionados à residência médica, não apenas a número de

residentes sob a tutela do preceptor, como obtido no PRM5 (quanto mais residentes, maior a bonificação, com o teto de cinco residentes).

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

Os três programas possuem profissionais especialistas na área atuando como preceptores. Contudo, o período de preceptoria é menor que o tempo que o residente permanece na unidade. No PRM2 o residente é contratado 15 horas por semana como médico assistente (Quadro 7 – campo A2, pontos negativos), não sendo assistido pelo preceptor nesse período. Essa carga horária corresponde a 42% do tempo do residente na unidade (35 horas por semana), sendo a justificativa a “bolsa adicional para o residente”.

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

Esses são aspectos negativos e que descaracterizam a residência médica como treinamento em serviço sob supervisão e a especialidade em MFC, que possui características de integralidade e longitudinalidade da equipe e pessoas assistidas(2). A qualidade dos PRM-MFCs fica afetada com a formação de futuros especialistas, sendo modelada por profissionais com carga horária inferior à residência e a própria assistência de uma unidade de saúde da família, matriciados sem supervisão dos preceptores médicos de família e comunidade, ou seja, com a especificidade da MFC no matriciamento, e permanecem parte do tempo de APS da residência sem supervisão e com relação trabalhista e não de formação, inclusive vinculados à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Por fim, a terceira dimensão – relação preceptor-residente – foi caracterizada como não implantada em apenas um programa (PRM4), pois os 14 residentes são assistidos por dois preceptores, sendo que cada um está

atuando 20 horas na preceptoria. Assim, são 14 pessoas em formação assistidas por 40 horas por semana de preceptoria, número abaixo da crítica e único programa com tal desenho dentre os avaliados. Mesmo o PRM5, que também é volumoso em número de residentes, possui uma organização e distribuição adequadas.

É preciso aumentar o número de profissionais supervisionando os residentes para atingir o mínimo esperado pela legislação vigente para programas de residência de forma geral e programa de residência em medicina de família e comunidade(34,35), sendo injustificável a permissividade do credenciamento de tal programa pela CNRM.

Quando observado também o número de graduandos, presente no item “número de educandos”, este demonstrou ser um fator de grande relevância. Com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina, 30% da carga horária do internado deve ser realizada em dois cenários: APS e urgência e emergência(36). Esse aspecto aumentou a necessidade do uso das unidades dos municípios como unidades-escola para os cursos de medicina, atingindo mais de 60% dos municípios com residência e graduação concomitantes(26).

Dos seis programas avaliados, quatro recebem alunos, sendo que o aumento de alunos pode deslocar o preceptor da residência para educação dos alunos de graduação (como ocorre no PRM6) ou mesmo os residentes para esse papel (PRM5). A formação do residente em preceptoria da graduação é uma competência esperada(13), mas deve ser supervisionada pelo preceptor da unidade. Não ficou clara na entrevista tal atividade, pelo contrário, o supervisor está sobrecarregado e o residente auxilia na discussão de casos com a graduação.

Assim, a presença da graduação é uma realidade que será cada vez mais presente, mas a presença e o número de alunos não deveriam desorganizar o processo de trabalho da unidade e de formação do grupo, tanto residentes quanto alunos, como apresentado em estudo específico da graduação(37), podendo inclusive acometer a escolha de especialidade do graduando, como presente na fala de preceptores em artigo próprio(16) e mesmo em currículos voltado a graduação na APS, a organização das disciplinas pode corroborar com as escolhas profissionais

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores foram responsáveis pela conceitualização, análise e escrita do artigo. O autor Lucas Gaspar Ribeiro foi o responsável pela obtenção dos dados através de entrevistas semiestruturadas.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores relatam não possuir conflito de interesses.

Referências

1. BRASIL. Lei 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 1981. p. 5.
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, editors. Atenção, Educação e Gestão Produções da Rede ProfSaúde. 1st ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020. p. 253–68.
3. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020. 312 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília - DF; 2017 p. 1–35.
5. 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 6. Brasília; 2019 p. 2019.

6. Ribeiro LG, Cyrino EG, Pazin-Filho A. O que é esperado de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade? Um olhar do preceptor da residência, de médicos de família e comunidade e legislação. Preprint Scielo. 2021;
7. Saúde. BrasilM da SaúdeS de G do T e da E na SaúdeD de G da E na. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 48 p.
8. Leite APT, Mai S, Waquil AP, Cordero EAA, Rosa VS da, Daudt CVG, et al. Perfil e migração de membros dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Saude Publica. 2022 Apr 22;56:21.
9. Marqui ABT de, Jahn A do C, Resta DG, Colomé IC dos S, Rosa N da, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2010;44(4):956–61.
10. 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.
11. BRASIL. Resolução No 2 de 3 de julho de 2013. Diário Oficial da União. 2013;
12. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2019. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192
13. 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.
14. Barban Morelli Rosas J, Lopes Junior A, Moreira JV, Pellizzaro Dias Afonso M, Sarno MM, Borret RH do ES, et al. Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2020 Jul 17;15(42):2509.
15. Ander-Egg MJA e E. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Vozes; 1995.
16. Ribeiro LG, Cyrino EG, Villardi ML, Pazin-Filho A. Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças a Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no estado de São Paulo: um olhar dos preceptores. Preprint Scielo. 2022;
17. 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 [Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde]. Universidade de São Paulo; 2017.
18. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de Quarta Geração. Campinas: Editora UNICAMP; 2011. 320 p.
19. Brasil. Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº. Brasília; 2011.
20. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1st ed. Edições 70 - Brasil; 2011. 280 p.

21. Berger CB, Dallegrave D, De Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2017 Jul 10;12(39):1–10.
22. 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.
23. 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. 1st ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005. 28 p.
24. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011.
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. 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.
27. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2015;1(1):66. Available from: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
28. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, 2005;9(16):161–77.
29. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2009. 64 p.
30. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Organization of primary health care in pandemics. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2021 Jul 15;16(43):2655.
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. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research* [Internet]. 2020 Dec 23;22(1):4–8. Available from: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/33685>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Ministério da Saúde, editor. Brasília - DF; 2021. 27 p.
33. Poli Neto P, Faoro NT, do Prado Júnior JC, Pisco LAC. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: Relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2016;21(5):1377–88.
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 - DF; 2012 p. 2012.
35. 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;Diário Oficial da União, 19/05/06, seção I: 23-36.
36. Brasil. Ministério da Educação. Resolução N 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília - DF; 2014 p. 14.
 37. Gaion JP de BF, Kishi RGB, Nordi AB de A. Preceptoría na atenção primária durante as primeiras séries de um curso de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2022;46(3).

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 declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- 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.