



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Lucas Gaspar Ribeiro

**Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do
Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem?**

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título
de mestre profissional em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Eliana Goldfarb Cyrino

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Marina Lemos Villardi

**Botucatu
2019**

Lucas Gaspar Ribeiro

Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem?

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre profissional em Saúde da Família.

Orientador (a): Prof(a).Dr(a). Eliana Goldfarb Cyrino

Coorientador(a):Prof(a).Dr(a). Marina Lemos Villardi

Botucatu

2019

Ficha Catalográfica

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Ribeiro, Lucas Gaspar.

Os preceptores da residência médica em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo : quem são? onde estão? o que fazem? / Lucas Gaspar Ribeiro. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino
Coorientador: Marina Lemos Villardi
Capes: 70807019

1. Capacitação profissional. 2. Medicina de família e comunidade. 3. Preceptoria.

Palavras-chave: Capacitação profissional; Medicina de Família e Comunidade; Preceptoria; Residência Médica.

Lucas Gaspar Ribeiro

Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem?

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre profissional em Saúde da Família.

Botucatu, 12 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus
Departamento de Medicina - UFSCar

Dedicatória

Dedico essa dissertação a todos os profissionais médicos e médicas de família e comunidade que dedicam seus esforços em busca da formação e qualificação de nossa especialidade através da educação de novos profissionais.

Agradecimentos

Primeiramente tenho que agradecer às pessoas que toraram isso possível, meus pais Tito e Nádia, porque foram exemplos dentro e fora de casa, da universidade e do espiritismo.

Agradeço também a Laís, a pessoa que está a meu lado há mais de uma década, com toda cumplicidade, paciência, cobranças em “tem que parar, tem que descansar...”, e agora com a vida de nosso pequeno ao mundo para alegrar mais ainda nossa vida.

Não posso me esquecer do “mais velho da casa”, que me obriga a parar para dar comida, carinho, passeios. Outro que cobra a “volta ao mundo real, o Chewbacca...

Aos meus irmãos Vitor, Gabriel e Pedro, que me incentivaram na caminhada, reforçaram as linhas e mostraram que é possível ultrapassar adversidades da vida e do vídeo game.

A Cláudia, esposa do meu pai, que apoiou todo o meu caminho até chegar aqui.

Não posso deixar de lado a minha companheira de residência, de unidade, de trabalho e de medicina de família Milena, que me ajudou muito nos momentos que me ausentava da unidade para poder fazer essa dissertação.

A minha turma de mestrado: Spártaco, Marina, Paula, Didi, Mário, Rê, Olguita, sempre presentes, discutindo, ajudando, trocando experiências...

A todos os profissionais que dedicaram parte do seu dia, do seu descanso para responder aos e-mails, aos questionários que foram enviados.

Os professores do mestrado, com conselhos, dicas, conhecimento e experiências tanto em sala de aula real, quanto virtual.

A minha co-orientadora Marina, que teve a difícil missão de juntar um quebra-cabeças de pedagogia, medicina, residência médica, medicina de família e comunidade, pessoas, e enxergar um resultado em cima de tantas peças, com a calma, mas sendo certa nas proposições e apoio.

A professora Eliana, pessoa que me acolheu dentro da FMB, para orientar e me mostrar os caminhos dentro de um mar de incertezas. Acreditou em mim, acreditou na minha “loucura”, mostrando até onde dava para chegar e o quais os limites. Me trouxe, junto com a Marina, o caminho da pesquisa qualitativa, que tanto me motiva em continuar hoje. Por fim, ela deixou o barquinho seguir em frente, assoprando algumas vezes, ancorando outras, para enfim atingir o porto seguro que é essa dissertação.

Por fim, agradeço a todos que me apoiaram de forma não física, mas estando presentes, assoprando o caminho quando estava com dificuldades, corrigindo o traço quando saía do lugar, que sempre estiveram e sempre estarão ao meu lado, que são os guias espirituais (apoiadores que não vemos, mas estão ali a todo momento).

Meus sincero obrigado a todos que fizeram e fazem parte desse resultado de alguma forma.

Epígrafe

En román paladino, “antes de usar los especialistas, consulte con su médico general”.

(Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández, 1995)

A medicina geral e familiar é o trabalho mais fácil de se fazer mal feito e o mais difícil de se fazer bem feito

Professor Sir. Denis Pereira Gray

Resumo

Introdução: A Residência Médica é considerada o padrão-ouro para a formação de médicos especialistas, tanto no Brasil quanto em outros países, sendo institucionalizada oficialmente a partir de 1977 no país. Um dos programas que mais cresceu nos últimos anos, em termos de vagas ofertadas, foi o de medicina de família e comunidade. Dentro da organização dos programas de residência consta a participação de um profissional responsável pela formação, o preceptor. Esse profissional pode ser considerado o principal responsável pelo residente em medicina de família e comunidade, pois estarão juntos por 2 anos consecutivos e exercerá a função de modelo, na prática do trabalho, na formação desse profissional. Contudo, o termo preceptor pode estar bem consolidado para outras residências, mas na medicina de família e comunidade há necessidade de maior exploração sobre o papel desse profissional. Assim, se reconhece a necessidade de se conhecer as características desse profissional, sua formação, tanto técnica (dentro da área) quanto pedagógica para exercer seu papel, quais as potencialidades e desafios que esse trabalho exige e se tem algum apoio pedagógico para tal.

Objetivos: Identificar o perfil dos preceptores dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo, conhecendo suas características pessoais, profissionais e formação. **Materiais e Métodos:** Estudo exploratório, de caráter qualitativo e quantitativo, no qual foram aplicados questionários para os preceptores das residências e para os coordenadores dos programas, com questões abertas e fechadas. O questionário foi aplicado por meio virtual, utilizando-se o endereço eletrônico dos entrevistados, obtido na Comissão Estadual de Residência Médica. Os profissionais foram convidados via endereço eletrônico a participar da pesquisa, tendo o período de novembro de 2017 a maio de 2018 como prazo para fazê-lo. Os dados foram analisados qualitativamente a partir da análise de conteúdo de Bardin e análise quantitativa por estatística descritiva simples. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Resultados:** Foi possível obter 67 respostas de preceptores (50% do número de contatados) e 24 coordenadores (52% do número de contatados) em 27 programas diferentes (58% do número de contatados). São 52% de mulheres, com idade variando de 27 - 62 anos, sendo a mediana de formação de 12 anos. Observou-se que 73% dos entrevistados atuaram como médicos de família antes de serem preceptores, com mediana de 60 meses. A mediana expressa que atuam na residência há 24 meses no atual programa referido. Têm vínculo em rede 64% dos programas. Os residentes variam de 1 a 9 por preceptor e 67% atuam também na formação de graduandos. São 70,1% especialistas em medicina de família e comunidade e 82,1% têm ao menos uma formação de educação para a preceptoria. Observou-se que 62% estão satisfeitos com a atuação e 40% demonstram dificuldade em atuar como preceptor. As categorias temáticas foram divididas em 4 grupos e

subgrupos nos núcleos de sentido. Grupo 1 – O Que é ser Médico de Família e Comunidade: Princípios da Atenção Primária; Características do Médico de Família e Comunidade; Saúde Pública e Gestão e Outros. O grupo 2 – O que é ser Preceptor: Processo de trabalho direto com o residente; Acolher, formar e transformar; Organização e gestão da unidade; Outros resultados interessantes. Grupo 3 – Recompensas e desafios de ser preceptor. As recompensas foram divididas em 11 grupos desde melhora da assistência até satisfação pessoal. Os desafios também foram divididos em 11 grupos, desde a demanda da unidade até o espaço físico. Grupo 4 - Formação do preceptor: Sem formação; estímulo para cursos externos; atualização de metodologias de ensino e planejamento; aulas e matriciamento. **Considerações Finais** Há singularidades entre os programas e os profissionais que atuam hoje como preceptores dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade, fato importante de se conhecer para balizar um campo de conhecimento e evolução em comum de todos os programas. Há necessidade de formação continuada dos preceptores em seus programas, através da educação permanente.

Palavras-chave: Residência Médica, Medicina de Família e Comunidade, Preceptor, Capacitação Profissional.

Abstract

Introduction: The Medical Residency is considered the gold standard for the training of medical specialists, both in Brazil and in other countries, being officially institutionalized from 1977 in the country. One of the programs that most grew in recent years, in terms of vacancies offered, was the General Practice/Family Physician field. In the organization of the residency programs there is a professional responsible for the student training, the preceptor. This professional can be considered the main responsible for the resident in General Practice/Family Physician, as they will be together for two consecutive years and the preceptor will be the example, in the practice of work and in the training of this professional. However, the term “preceptor” may be well consolidated for other residences fields, but in the General Practice/Family Physician field there is a need for greater exploration on the role of this professional. Thus, it is necessary to know the characteristics of this professional, its formation, both technical (inside his area) and pedagogical, what the potentialities and challenges that this work requires and whether he has some pedagogical support. **Aims:** To identify the profile of preceptors in General Practice/Family Physician residency programs of the São Paulo state, knowing their personal, professional and training characteristics. **Materials and Methods:** This was a qualitative and quantitative exploratory study, in which questionnaires were applied to the preceptors of the residences and to the coordinators of the programs, with open and closed questions. The questionnaire was applied by virtual way, using the electronic address of the interviewees, obtained from the State Committee of Medical Residency. The professionals were invited via an electronic address to participate in the research, with the period from November 2017 to May 2018 as a deadline. Data were analyzed qualitatively from Bardin Content Analysis and quantitative analysis by simple descriptive statistics. The study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of Botucatu. **Results:** It was possible to obtain 67 preceptors' responses (50% of the contacted number) and 24 coordinators (52% of the contacted number) in 27 different programs (58% of the contacted number). There are 52% of women, with ages varying from 27-62 years, with a median formation of 12 years. It was observed that 73% of respondents acted as General Practice/Family Physician before they became preceptors, with a median of 60 months. The median expressed that they work in the residence for 24 months in the current program mentioned by them. They have network link in 64% of the programs. Residents vary from 1 to 9 per preceptor and 67% also stay with undergraduate students. There are 70.1% specialists in General Practice/Family Physician and 82.1% have at least one education formation for preceptorship. It was observed that 62% are satisfied with the performance and 40% show difficulty in acting as preceptor. The thematic categories were divided into 4 groups and subgroups according to the meaning. Group 1 – What it is to be a General Practice/Family Physician: principles of primary care; Characteristics

of the General Practice/Family Physician; public health, management and others. Group 2 – What it is to be preceptor: direct work process with the resident; Welcoming, forming and transforming; Organization and management of the health place; Other interesting results. Group 3 – Rewards and challenges of being a preceptor. The rewards were divided into 11 groups from improved assistance to personal satisfaction. The challenges were also divided into 11 groups, from the demand of the health place to the physical space. Group 4 - Formation of the preceptor: no training; Stimulus to make external courses; Updating of teaching and planning methodologies; Classes and Professional Supervision. **Final Considerations:** There is a singularity between the programs and the professionals who current work as preceptors of the medical residency programs in General Practice/Family Physician field, an important fact to consider in order to well delimit the area of knowledge and temporal changes between all programs. It is necessary to make continuing education of preceptors in their programs, through the permanent education.

Keyword: Internship and Residency; Family Practice; Preceptorship; Professional Training

Lista de Figuras

Figura 1- Estruturação histórico-evolutiva da introdução da dissertação. Da residência médica às motivações de ser preceptor. São Paulo, 2019. Fonte: o autor.....	28
Figura 2 - Definição de Medicina de Família e Comunidade. Extraído de Allen, 200536	
Figura 3 - Mapa com as 32 cidades onde estão localizados os PRM - MFC do estado de São Paulo, São Paulo, 2019. Fonte: o autor.....	53
Figura 4 - Fluxograma do contato com os preceptores e coordenadores. São Paulo, 2019. Fonte: o autor.	57
Figura 5 - Programas que responderam o questionário do preceptor, baseado no Quadro 2. São Paulo, 2019. Fonte: o autor	66
Figura 6 - Pirâmide de Miller. Adaptado de Miller, GE; 1990.....	87
Figura 7 - Nuvem de palavras a partir das respostas dos preceptores d'O que é ser MFC para você? São Paulo, 2019. Fonte: autor.....	101
Figura 8 - Arco de Margueres adaptado a dissertação, São Paulo, 2019. Fonte: o autor, adaptado de Bebrbel, 1995.	139

Lista de tabelas

Tabela 1 - Sexo dos preceptores da residência médica em MFC segundo número absoluto e porcentagem, São Paulo, 2019	68
Tabela 2 - Idade dos preceptores da residência médica em MFC, indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo, da residência médica em MFC, São Paulo, 2019	69
Tabela 3 - Tempo de formado dos preceptores da residência médica em MFC indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo. São Paulo, 2019..	69
Tabela 4 - Trabalhou como médico de família anteriormente, número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019.....	69
Tabela 5 - Tempo de atuação antes da preceptoria, indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo. São Paulo, 2019.....	70
Tabela 6 - Tempo de preceptoria no atual programa, indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo. São Paulo, 2019.....	71
Tabela 7 - Tempo de atuação (total) no programa, indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo. São Paulo, 2019.....	72
Tabela 8 - Tipo de vínculo do programa, observado pelo preceptor. Resposta em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019	73
Tabela 9 - Recebe bolsa de preceptoria como complemento, número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019.....	74
Tabela 10 - A bolsa de preceptoria incentivou a ser esse profissional, em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019	74
Tabela 11 - Número total de residentes médicos em 2017 assistidos pelos preceptores. São Paulo, 2019.....	74
Tabela 12 – O preceptor atua também com a graduação em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019.....	74
Tabela 13 - Formação complementar do preceptor por número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019.....	76
Tabela 14 - Formação em preceptoria dos preceptores. São Paulo, 2019.....	78
Tabela 15 - Destaque durante a graduação para o ensino superior, em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019	82
Tabela 16 - Destaque durante a graduação para a APS, em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019.....	82
Tabela 17 - Número de vagas aprovadas pela Comissão Nacional de Residência Médica. São Paulo, 2019	129
Tabela 18 - Número de vagas ofertadas para o 1º ano de residência médica. São Paulo, 2019	129
Tabela 19 - Número de vagas preenchidas em 2017 do 1º ano. São Paulo, 2019	130
Tabela 20 - Número total de residentes de MFC em 2017 por programa. São Paulo, 2019	130
Tabela 21 - Número de Unidades de Saúde da Família vinculadas aos programas de residência médica. São Paulo, 2019.....	130
Tabela 22 - Número de Equipes vinculadas aos programas de residência médica. São Paulo, 2019	130

Tabela 23 - Número de preceptores dos programas de residência médica. São Paulo, 2019	131
Tabela 24 - Número de preceptores médicos de família e comunidade do programa de residência médica em 2017. São Paulo, 2019.....	131
Tabela 25 - Bolsa de preceptoria para residência e graduação, fonte pagadora, recebe alguma graduação e educação permanente para o preceptor de MFC. São Paulo, 2019	131

Lista de Quadros

Quadro 1 - Principais diferenças entre preceptor, supervisor, tutor e mentor. Extraído de Botti, 2006 (BOTTI; REGO, 2006).....	39
Quadro 2 -Participação de respostas dos PRM-MFC, baseado na resposta de ao menos um preceptor. São Paulo, 2019.....	65
Quadro 3 - Outras formações complementares dos preceptores. São Paulo, 2019.	77
Quadro 4 - Respostas dos preceptores vinculadas ao primeiro núcleo - MFC e APS. São Paulo, 2019.....	97
Quadro 5 - Respostas agrupadas no núcleo 2 - Princípios da MFC por Lopes. São Paulo, 2019	97
Quadro 6 - MFC como atuante no SUS e na gestão. São Paulo, 2019.....	98
Quadro 7 - MFC inserida em outros campos do conhecimento. São Paulo, 2019 ...	99
Quadro 8 - Respostas do grupo 2: o que é ser preceptor? São Paulo, 2019	104
Quadro 9 - Recompensas de ser preceptor de MFC. São Paulo, 2019.....	111
Quadro 10 -Desafios de ser preceptor da MFC. São Paulo, 2019.....	112
Quadro 11 - Formação Continuada a partir das respostas do preceptor. São Paulo, 2019	122
Quadro 12 - Principais diferenças entre preceptor, supervisor, tutor e mentor. Extraído de Botti, 2006(BOTTI; REGO, 2006).....	189

Siglas Utilizadas

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

APS – Atenção Primária à Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

EqSR – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EN1 – Euract Nível 1

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz

SL – Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês

LMM – Lei Mais Médicos

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

PRM – MFC – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de saúde da família

Sumário

1	SOBRE O LUCAS E SUAS MOTIVAÇÕES.....	20
2	INTRODUÇÃO AO TEMA.....	26
2.1.	Residência Médica: história e evolução.....	29
2.2.	Medicina de Família e Comunidade: da residência à especialidade.	31
2.3.	O preceptor: do geral à medicina de família e comunidade	37
2.4.	Ser um Educador: o papel do preceptor com o residente.....	41
	Pergunta do estudo.....	46
3	PRESSUPOSTO	47
4	OBJETIVOS	49
4.1.	Objetivo geral:.....	50
4.2.	Objetivos específicos:.....	50
5	MATERIAIS E MÉTODOS	51
5.1.	Acesso às informações, coordenadores e preceptores	54
5.1.1.	A primeira lista de programas.....	54
5.1.2.	O contato com os coordenadores.....	54
5.1.3.	O contato com os preceptores	56
5.2.	Questionário: preceptor e coordenador	58
5.3.	Entrevista com o preceptor.....	60
5.4.	Análise dos Dados	60
5.4.1.	Dados quantitativos.....	60
5.4.2.	Dados Qualitativos	60
6	COMITÊ DE ÉTICA.	62
7	RESULTADOS	64
7.1.	O preceptor	67
7.1.1.	Características gerais	68
7.1.2.	A atual atividade em preceptoria	72
7.1.3.	A formação do preceptor.....	75
7.1.4.	Sentimento na atividade como preceptor	79
7.1.5.	Atividades que ocorreram na graduação.....	82
8	OS DADOS QUALITATIVOS	94
9	CRUZAMENTO DE DADOS	125
10	RESULTADOS E DISCUSSÃO QUESTIONÁRIO COORDENADOR.....	128
11	CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO.....	134

12	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
13	APÊNDICES	150
	APÊNDICE A – Questionário - Preceptor	151
	APÊNDICE B – Entrevista – a ser realizada com uma amostra de preceptores (via Skype).....	154
	APÊNDICE C – Questionário Coordenador	155
	APÊNDICE D – Programas de Residência Médica do Estado de São Paulo	158
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Preceptor.....	161
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Coordenador.....	163
	APÊNDICE G - Programas de Residência do estado de São Paulo.....	165
	APÊNDICE H – Tabela com a taxa de respostas de preceptores por programa	169
	APÊNDICE I – Artigo 1: Recomendações Técnicas aos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.....	170
	APÊNDICE J – Artigo 2: Preceptor da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, uma proposta de definição do termo.....	180
14	ANEXO	192
	ANEXO 1 – Termo de aceite do comitê de ética em pesquisa	193

1 SOBRE O LUCAS E SUAS MOTIVAÇÕES

Eu inicio essa dissertação falando sobre os caminhos que me levaram a esse projeto e as linhas a seguir. Isso porque há uma história por trás do projeto e da dissertação e essa história é fruto do meu percurso dentro da medicina, dentro da educação, dentro da medicina de família e comunidade e das crenças que carrego para ser um bom formador.

Ela começa no ano de 2008, quando ingressei na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Naquele ano eu não tinha o menor conhecimento sobre o que seria Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade, preceptoria e qual seria o papel de um formador. Apenas sabia que tinha entrado na medicina, em Ribeirão Preto (pertinho de casa – São Carlos) e que ali estava realizando um sonho que tinha desde pequeno: ser médico.

Até hoje não consigo responder o porquê de ser médico, o porquê ter escolhido essa profissão, dentre tantas outras, para seguir. Mas sabia que deveria fazer isso e sabia que seria um caminho que me deixaria feliz. Todo o resto seriam descobertas, invenções e reinvenções do meu ser, que culminou hoje nesta dissertação, mas ainda redescobrimo e reinventando minha prática de modo a auxiliar na especialidade que sigo.

Vejo de uma forma muito interessante a “necessidade de eu ter entrado no ensino superior no ano de 2008 e em Ribeirão Preto, pois se não tivesse seguido exatamente esse caminho certamente não estaria aqui hoje. Eu digo isso porque foi a minha turma que inaugurou um novo currículo dentro da universidade, com eixos de atenção à saúde (foco na atenção primária), bioética e urgência e emergências (6 anos antes das diretrizes de 2014). Essas disciplinas, muito criticadas por colegas de turma até hoje, construíram meu olhar e traçaram meu caminhar de modo singular dentro do grupo em que estava inserido.

Logo nos dois primeiros anos da faculdade, percebi o quão importante era olhar além da doença, pois há sempre uma pessoa e uma comunidade para além da enfermidade. Essa construção veio com disciplinas focadas no cuidado além da pessoa e no grupo de humanização hospitalar Felizidade, o qual fiz parte por 2 anos (2008-10), e ainda acompanho de longe. Mas não foi nesse momento em que fui apresentado ao médico de família e comunidade ou à medicina de família e

comunidade. Isso só ocorreu no meu 5º ano da faculdade, na disciplina Estágio Integrado, quando fiquei por 8 semanas inserido em uma unidade de saúde da família. Ali sim eu me encontrei, me percebi, e descobri o que é ser médico e o que eu queria ser da minha vida: ser médico de família e comunidade. Isso se deu com a troca de conversas, de experiências, de vivências tanto com o médico da unidade quanto com a equipe e os residentes que ali estavam, me espelhando e me mostrando a existência desse campo.

Após essa decisão recebi inúmeras observações de dentro da faculdade, de colegas, veteranos, calouros, médicos do hospital e docentes. “Mas Lucas você é tão bom, porque não faz ... (e aí vinham inúmeras áreas possíveis)”. Ouvi isso resignado, calmo e sabendo que não diziam por mal, mas apenas por desconhecer o que é a especialidade. E assim passaram 2 anos de internado. Fato interessante é que até hoje, 7 anos depois do meu 5º ano, os alunos que cogitam essa especialidade ainda vivem as mesmas falas.

Ao final do 6º ano decidi que além de ser médico de família, precisava de mais, pois queria mostrar para os alunos e residentes a “verdadeira face dessa especialidade”. Então decidi que além de ser especialista, teria que assumir o caminho de formar novos especialistas, ou seja, ser um médico contratado de alguma unidade escola, ou, o nome técnico, ser preceptor dessa área de atuação, justamente para ser o contraponto do que vivi e experimentei.

Ao longo dos dois anos de residência me apoiei e me fortaleci muito como pessoa e como médico, aprendi e absorvi tudo que eu poderia nos três níveis de atenção, com os especialistas focais, justamente para trazer o “conhecimento do especialista” para onde quer que eu fosse. Terminei a residência muito melhor médico clínico que entrei, além de ter estudado, aprendido, observado como o SUS funciona e o que é e como é articulada a macrogestão e microgestão dos sistemas públicos. Saí de lá com o título de médico de família e comunidade em fevereiro de 2016.

Logo ao sair da residência fui contratado por uma faculdade particular para ministrar aulas de propedêutica (semiologia) e de saúde da família. Foi uma experiência intensa e que durou apenas um semestre. Mas ali pude já experimentar um pouco do que tinha escolhido no final da minha graduação: mostrar para os

graduandos que essa especialidade é muito mais do que parece. A isso, soma-se um grande desafio: mostrar que o médico de família sabe examinar todos os sistemas tão bem quanto outros especialistas, relacionar a propedêutica à saúde da família, transitar entre o a organização do SUS e auscultar um coração para a mesma turma!

Nesse meio tempo fui contratado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ou como eu gosto de pensar: “voltei para a casa”. Assumi uma unidade de saúde da família recém incorporada sob gestão da universidade. Por alguns meses fiquei com os dois cargos, dando aulas e sendo médico. Mas foi muito importante esse processo todo, quando percebi que para ser um ótimo preceptor eu precisava de duas coisas essenciais:

- mais tempo sendo médico, aprendendo o ofício da área antes de formar novos médico;

- aprender a ensinar. Não aprendemos na graduação como ensinar, e quando assumimos esse papel, replicamos o que foi feito em nossa formação. Isso começou a me incomodar, pois achava que poderia fazê-lo de forma melhor (ainda bem que estava certo sobre isso!).

Nesse mesmo ano, em 2016, conheci o curso do European Academy of Teacher in General Practice/Family Medicine (EURACT) nível 1. Essa atividade me instrumentalizou muito no papel de ser preceptor, fornecendo ferramentas para que eu pudesse ensinar melhor e fazer diferente do que eu vivenciei como aluno e residente. Ao mesmo tempo, ser médico de uma unidade me permitiu aprimorar o lado médico, de viés técnico, me dando “horas de consultório” que fizeram muita diferença, pois aprimoraram as minhas consultas e o meu raciocínio técnico na área.

Assim, desde 2016 eu venho aprendendo a ensinar, buscando melhorar minha formação, minha metodologia de ensino, aprender a ouvir e falar, aprender a aprender, além de me aprimorar enquanto médico de família e comunidade (formação continuada). E tenho certeza que essa vai ser uma meta que nunca será, de fato, atingida.

Também nesse período recebi residentes da medicina de família e comunidade, inicialmente apenas uma, processo marcado por grande dificuldade e um aprendizado enorme ao longo desses meses. Serei eternamente grato a isso

também, porque é um teste, é um momento de colocar em prática a teoria, de ver o que funciona e não funciona, de se ver e ver o outro como aprendiz nesse percurso.

Alguns meses depois o número de residentes na medicina aumento de 1 para 5, mais 6 residentes da residência multiprofissional e graduação médica (2 alunos a cada 6 semanas, quando eles trocam de estágio), que é a atividade que realizo nesse presente momento. Realmente, percebo mais e melhor as minhas angústias, as dificuldades e a necessidade de ter “horas de consultório”, cursos de preceptoria, tempo e agenda protegida. Vejo quanto o que estudei faz diferença e vejo o quando tenho que caminhar ainda.

Com essa experiência me veio a ideia de buscar ver se os outros preceptores tiveram a mesma dificuldade, os mesmos planos e os mesmos caminho que eu segui. A partir disso nasce essa dissertação. Espero que para você, leitor, essas linhas acima o tenham instigado tanto quando foi para mim instigante vivê-las.

Minha hipótese é a de que, dada a expansão do número de equipes de saúde da família e de unidades, há um aumento crescente e intenso de vagas nos programas de residências médicas em medicina de família e comunidade com formações diferentes, profissionais diferentes e qualidades variáveis. Assim, a partir das colocações acima, esta dissertação é balizada pelo seguinte questionamento: qual o perfil de nossos formadores? Quem são, qual sua formação profissional, onde estão atuando e quais as motivações para ser preceptor dos programas de residência de medicina de família e comunidade do Estado de São Paulo?

Assim, surgiu no meu caminho pessoal e profissional o Mestrado Profissional em Saúde da Família. Logo no início, ele me trouxe diversos pontos que me interessaram: ser profissional (com um foco mais na prática, no dia a dia, na vivência individual de cada um e com a potência de modificar a realidade – um ponto que eu defendo intensamente em pesquisas), ser dentro da minha área de atuação, a Saúde da Família, porque poucos cursos de mestrado têm a Saúde da Família como campo de atuação, além de estar respaldado por duas grandes instituições, que são a FioCruz e a Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Ao longo de quase dois anos desenvolvemos disciplinas que abordavam melhorias no cuidado individual e coletivo, gestão do serviço, gestão do cuidado,

educação em saúde, educação no ensino superior e metodologias científicas. A possibilidade de rever minha prática, aprender a fazer diferente, melhorar o que já é feito, além da troca com os mestres e com o grupo de mestrandos foi uma experiência bastante enriquecedora na minha formação.

Os colegas de turma constituem um item à parte. Achei essencial e grandioso ter uma turma de 8 pessoas. Isso permitiu que pudéssemos fazer trocas de conhecimentos profissionais, da vida pessoal, de conhecer cada um de forma um pouco mais aprofundada. Uma turma agradável, uma turma que me marcou e me marcará por longo tempo: cada um de seu jeito, com suas falas, opiniões, defesas e concepções, unidos todos em uma teia baseada no amor pela especialidade, na defesa do sistema público e no carinho pela educação e formação.

Com esse histórico, chego à dissertação que começará a seguir. As contribuições que espero atingir com essa dissertação são o conhecimento de forma mais estruturada e próxima da realidade dos médicos formadores em medicina de família e comunidade. Ademais, interessa compreender como estão sendo organizados os programas e serviços para esse profissional atingir sua capacidade máxima de educador e se ele é de fato um educador capacitado para tal. Acredito que conhecer a nossa realidade permitirá que possamos planejar mudanças, melhorias e qualificação da especialidade a longo prazo.

2 INTRODUÇÃO AO TEMA

O tema proposto é bastante amplo e complexo, pois envolve uma história de mais de setenta anos no Brasil e mais de um século no mundo: a residência médica. A introdução desse trabalho é dividida em tópicos a fim de facilitar a organização da informação e do conhecimento. Como são diversos tópicos que serão descritos, a construção do conhecimento inicia em contextos mais gerais, atingindo em seguida determinadas especificidades sobre o assunto, agregando a cada tópico informações discutidas anteriormente que serão detalhadas no momento oportuno. Ademais, ao final de cada tópico são agregadas considerações sobre os temas subsequentes a fim de organizar a leitura e facilitar a compreensão do interlocutor.

O objetivo deste trabalho foi organizado, como referido anteriormente, a partir de um conhecimento geral com vistas à obtenção de um saber mais específico. Para isso, a proposta foi partir do que é a residência médica, seu histórico no mundo e no Brasil, para, após esse momento, redigir sobre a medicina de família e comunidade como uma residência e como uma especialidade. Por fim, objetivou-se atingir o que é ser um educador dentro da residência de medicina de família e comunidade (o preceptor do programa) e a importância da educação permanente nesse processo formativo do médico preceptor. Para tentar apresentar os determinantes e o caminho histórico e metodológico da revisão e da introdução, a figura 1 traz os principais pontos que serão abordados na introdução.

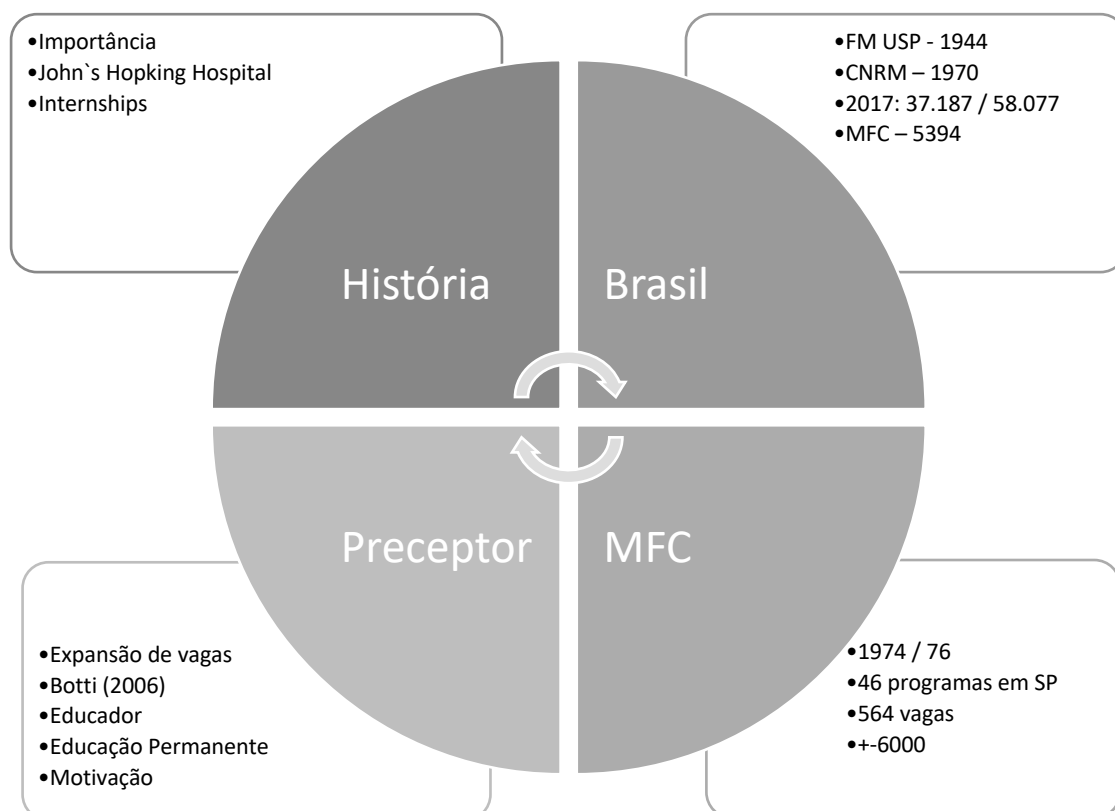


Figura 1- Estruturação histórico-evolutiva da introdução da dissertação. Da residência médica às motivações de ser preceptor. São Paulo, 2019. Fonte: o autor.

A pesquisa bibliográfica permitiu aprofundar os conhecimentos sobre a área a partir de literatura especializada, contudo, o objetivo foi trazer os aspectos mais relevantes sobre o tema, com uma revisão consistente da literatura nacional e internacional.

No caso da medicina de família e comunidade, o conhecimento é muito recente e ainda em plena construção. Assim, não foi possível encontrar um grande sólido referencial bibliográfico sobre o tema, mesmo tendo ampliado nas buscas nas bases PubMed, Lilacs, Scielo, Medline, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações e Google Scholar. Esse aspecto será reforçado ao final da introdução e no pressuposto do estudo. Assim, o presente trabalho parte para essa espiral de construção do conhecimento.

2.1. Residência Médica: história e evolução

A residência médica é considerada o padrão-ouro na formação de novos profissionais especialistas em diversas áreas de atuação, sendo uma continuação da formação médica após a graduação e permite que o profissional adquira competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para além do que já possui devido a graduação (BRASIL, 1981; CASTELLS, 2014; HOWELL, 2016; RODRIGUES; CAMPOS; ANDERSON, 2005).

O surgimento dessa modalidade formativa nasceu em um renomado hospital nos Estados Unidos, o *The Johns's Hopkins Hospital*, através de dois médicos professores do local, Willian Osler e William Stewart Halsted, sendo o primeiro na clínica médica e o segundo na cirurgia, no final do século XIX. Inicialmente surgiu a residência cirúrgica e logo após a clínica médica (HORI, 2013; HOWELL, 2016; MIRANDA JÚNIOR, 1997).

A residência foi construída a partir de uma necessidade crescente da formação médica do século XIX, em que se instaurou tempo mínimo comum de curso e currículo mínimo comum. Mesmo assim, muitos médicos recém-graduados partiam para a Europa por um período de tempo a fim de aperfeiçoar suas habilidades clínicas.

Frente a isso, Halsted criou um curso regular após a graduação em que o médico era instruído por um profissional de nível superior (tutor) e esse médico em formação recebia responsabilidades progressivas ao longo do tempo. Os profissionais em formação poderiam morar no hospital ou em casas próximas ao local para facilitar a adequação e o tempo “internado” dentro do serviço aprendendo (*internship*), ou também “residindo” no local de aprendizado.

Ao longo do tempo, os professores perceberam uma qualificação do aluno e melhores resultados no cuidado das pessoas assistidas pelo grupo. Assim, outros hospitais também começaram a usar da mesma prática para formar novos médicos especialistas, com a recém criada residência médica (HOWELL, 2016; THAT, 1983).

No Brasil, a formação na modalidade formativa residência médica existe desde 1944, quando a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo iniciou o primeiro programa e desde então teve uma franca ascensão até que, nos anos de

1970, foi organizada e fundada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e consequentemente se criou a legislação específica para essa formação médica (1977) (BRASIL, 1977; HORI, 2013; MIRANDA JÚNIOR, 1997). Ela é considerada legalmente como um curso de especialização, com foco no treinamento em serviço desde então, reforçado no primeiro artigo da referida lei.

Art. 1.º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Decreto Nº 80.281, de 5 de Setembro de 1977 (BRASIL, 1977, p. 1)

Em 2017, o país contava com 37.187 médicos residentes, em 6.574 programas de 790 instituições, desde o 1º até o 6º ano de residência nas diversas áreas. Ao todo são 55 especialidades e 59 áreas de atuação cadastradas na CNRM e no Conselho Federal de Medicina. Contudo, o número de vagas do 1º ano de residência ainda é insuficiente comparado ao número de novos formandos por ano. Isso ocorre porque o país oferta 16.499 vagas de residência e 18.753 novos médicos são formados, segundo dados de 2017 apresentados por Sheffer *et. al.* (2018).

Contudo, apesar dessa discrepância entre oferta de vagas e novos médicos, praticamente 40% das vagas de residência estão ociosas nos programas. Ao todo são 58.077 vagas autorizadas no país dentro dos seis anos de residência e, como dito no início do parágrafo, em 2017 havia 37.187 médicos residentes. O estado de São Paulo possui 34,5% de todos os médicos residentes no Brasil e 37,1% de vagas ociosas (SCHEFFER *et al.*, 2018). Nesse momento é importante ressaltar que o número de bolsas de residência é menor em relação ao número de vagas, conforme apresentado no APÊNDICE D, em vagas aprovadas e vagas disponibilizadas.

Dentro do universo de programas que a pesquisa de demografia médica se desenvolveu, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem 5.394 vagas de residência (1º, 2º e 3º anos de residência), correspondendo a 9,2% do total de vagas no país, contudo essa especialidade apresenta 73% de vagas ociosas em âmbito nacional. Em São Paulo, essa especialidade conta com 46 programas de residência médica em instituições de ensino públicas, particulares, hospitais vinculados ao

Sistema Único de Saúde (SUS) (particulares, filantrópicos e da rede pública), além das secretarias de saúde (nesse trabalho chamadas de residência em rede) (APÊNCIDE 4) (CASTELLS, 2014; SCHEFFER *et al.*, 2018).

Este suporte se deu através dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), que desenvolveram ferramentas para aumentar o número de vagas de residência em áreas/especialidades mais críticas e necessitadas de forma geral (a MFC está inserida nesse contexto), inicialmente a partir do Programa Pró-Residência (2009). Esse programa do MEC visava reorganizar a abertura e fechamento de vagas dos programas de residência médica no País com o intuito de reordenar o número, o local e a necessidade de vagas e bolsas existentes com uma análise global do país (ALESSIO; SOUSA, 2016).

2.2. Medicina de Família e Comunidade: da residência à especialidade.

Assim, como o enfoque dessa pesquisa é sobre a MFC, agora será detalhado mais sobre seu contexto e a residência nessa área. A MFC é uma das especialidades em que mais cresce o número de vagas a partir do modelo de formação em residência médica nos últimos anos (RODRIGUES *et al.*, 2017; SCHEFFER *et al.*, 2018). A especialidade começou no Brasil em 1974, mas os programas na área tiveram início de sua formação em 1976, pelos programas de Residência Médica em três locais diferentes (Centro de Saúde Escola Murialdo – RS, Projeto Vitória – PE e Serviço de Medicina Integral da UERJ - RJ) (BERGER *et al.*, 2017; CASTELLS, 2014; FALK, 2004). Desde então, essa especialidade apresenta um aumento de vagas pouco expressivo no país até 2002. Após esse período um aumento mais consistente, principalmente relacionado ao suporte e incentivo do governo federal (AUGUSTO, 2018; SIMAS *et al.*, 2018).

O programa Pró-Residência teve um importante papel no aumento de vagas de residência em MFC por todo o Brasil (PETTA, 2011). A partir de 2013, com a introdução da lei 12.871/2013, ou Lei Mais Médicos (LMM), uma ação conjunta dos MS e do MEC, esse investimento no acréscimo de vagas se tornou substancial para a área da MFC (ALESSIO; SOUSA, 2016; ANDERSON; RODRIGUES, 2011; BERGER *et al.*, 2017; BRASIL, 2013a; CYRINO *et al.*, 2015; RODRIGUES; CAMPOS;

ANDERSON, 2005; STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017). A fim de estabelecer um critério de comparação, no ano de 2011 (já com o Pró-Residência em atividade) o país contava com 452 vagas de residência para a MFC, e em 2017, já são 5.394 vagas (aumento de 11,9 vezes) (CHAVES *et al.*, 2013; SCHEFFER *et al.*, 2018), como é visto no gráfico 1.

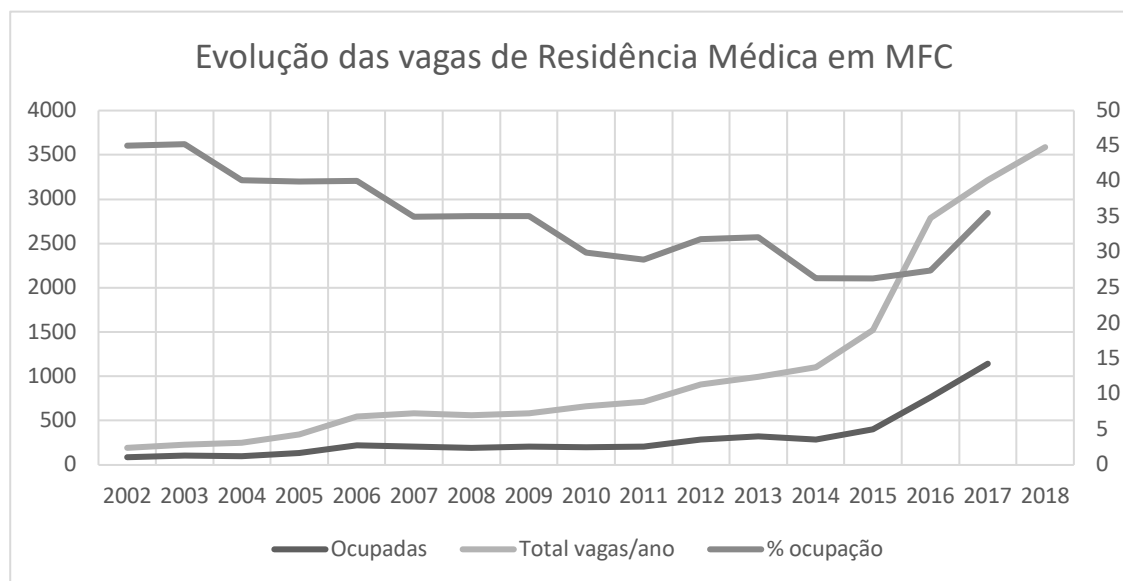


Gráfico 1- Número de vagas e ocupação das vagas de residentes do 1o ano de MFC no Brasil, São Paulo, 2019. Fonte CNRM

Os Ministérios buscaram a partir de 2013, com essa política, a formação de novos profissionais pelos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM – MFC) porque consideravam essencial o aumento do número de MFC em nosso país. Essa estratégia está baseada na introdução do Programa de Saúde da Família, em 1994, um modelo de atenção à saúde que prioriza organização da Atenção Primária à Saúde (APS) com uma Equipe de Saúde da Família. O programa transformou-se em 2006 em Estratégia de Saúde da Família (ESF). O MFC é o médico especialista padrão-ouro para atuar na ESF, com formação específica para o nível de cuidado da APS e necessidades dessa área de atuação, como será detalhando mais abaixo (BRASIL, 1997; MENDONÇA, 2009; STARFIELD, 2002).

Conforme já mencionado, a Estratégia de Saúde da Família, composta por Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família (EqSF) é como a atenção primária no país se reorganizou e se estrutura desde 1994, sendo sua última atualização estrutural em 2017, com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,

2017). Arantes *et al.* (2016) relatam a importância da Estratégia como organização e ampliação do serviço:

Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente. Para isso, a ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação Intersetorial.

(ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016, p.1500)

Nesse mesmo artigo, os autores fizeram uma revisão de literatura sobre a ESF e a APS, gerando 3 campos de estudo/publicações: político-institucional; organizativa e técnico-assistencial. Os pontos positivos encontrados na literatura são a qualificação assistencial às populações marginalizadas (ribeirinhas, afastadas de grandes centros, periferias), assistência integral, com enfoque na comunidade, na família e no cuidado, cuidado multiprofissional, incluindo assistência odontológica, aumento do processo avaliativo do trabalho, e maior vínculo, dentre outros (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Dentre os desafios que a ESF e APS possuem, dois foram reforçados pelo autor, que são a formação incipiente de profissionais para atuar na ESF / APS e o baixo investimento na área. O primeiro é um fator que dificulta o processo de trabalho e de cuidado, pois foca apenas na doença e não no cuidado. O baixo investimento também é um fator limitante. Assim, a gestão e organização de qualidade da ESF necessita de profissionais capacitados para os postos de trabalho que atuam. Contudo, mesmo com as dificuldades, a ESF está há 25 anos como principal ferramenta orientadora da organização da APS no Brasil (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Segundo o levantamento publicado por Scheffer *et al.* (2018), temos 5.486 médicos de família e comunidade. No país existem 43.016 Equipes de Saúde da Família (EqSF), em 5475 municípios dados obtidos no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica (MS) até dezembro de 2018 (BRASIL, 2019). Esse valor é um pouco maior que o apresentado pela SBMFC em 2019, com 5.438

médicos de família e comunidade (AUGUSTO *et al.*, 2018). Hipoteticamente, se os 5486 médicos de família e comunidade atuarem nas EqSF, seriam 12,2% dessas equipes com um especialista em MFC atuando na APS e no SUS, o que na realidade não ocorre, pois estão vinculados a outros serviços também (RODRIGUES *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que para obter o título de médico especialista em MFC não é obrigatório a residência em MFC. Pelo edital da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), é necessário ter experiência prática na área (mínimo 40 horas por semana por 4 anos ou valor correspondente em horas) e atingir pontuação mínima na prova de título dessa sociedade científica (AUGUSTO *et al.*, 2018; FALK, 2005;).

Assim, apesar do grande investimento do MS e MEC na formação de MFC, visto pela abertura de vagas através do Pró-Residência e pela LMM, há uma baixa procura dos graduados por esses programas, conforme apontado por Scheffer *et al.* (2018). Algumas razões apontadas por pesquisadores são: a não necessidade de ser especialista / titulado para incorporar uma EqSF; a baixa inserção no ensino sobre APS (com as mudanças propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, o que se pode modificar a partir das turmas formadas no novo currículo); o mercado de trabalho; a imagem negativa da MFC por outras especialidades; a visão dessa especialidade como vínculo apenas ao SUS; e, por fim ser de “baixa complexidade” e que qualquer um pode realizar (GONÇALVES *et al.*, 2009; LEVY *et al.*, 2001; MELLO *et al.*, 2009).

Resta acrescentar que a última razão aqui elencada constitui fato corroborado pela maioria dos editais para contratação de médicos para ESF nos municípios brasileiros, dado não produzido cientificamente até o momento, mas pela experiência do pesquisador (12% das EqSF com médicos titulados - teoricamente).

Como dito anteriormente, o médico de família e comunidade é considerado o padrão-ouro para o atendimento em uma EqSF. Assim, propõe-se aqui apresentar formalmente quem é esse profissional, pois já está delimitado o que é a residência médica e como os PRM – MFC estão inseridos nesse contexto e sua expansão.

A definição do WONCA (World Organization of Family Doctors) para a especialidade é:

O médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra.

(Perfil do Médico de Família e Comunidade – Definição Ibero-americana, 2010) (ARIAS-CASTILLO, 2010, p. 1)

Sendo assim, o médico de família e comunidade é um especialista, e para conseguir atingir os objetivos propostos, é importante ter uma formação complementar - a residência médica nessa especialidade, considerada essa a formação ideal para esse profissional (ANDERSON, 2005; BASU *et al.*, 2019; BERGER *et al.*, 2017; CAREK *et al.*, 2017; COSTA; PEDRO; MAGALHÃES, 2014; FALK, 2005; GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2005; HENDERSON *et al.*, 2018; HUTT, 2014; LERMEN, 2013; MACINKO; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; MENDONÇA, 2009; RODRIGUES; CAMPOS; RUILOVA *et al.*, 2016; STARFIELD; SHI, 2007; VICENTE; OLIVER, 2014)

Dentre suas especificidades, o médico de família e comunidade precisa olhar para a pessoa de uma forma diferente, pois toma como pressuposto um modelo de atenção ao cuidado que não é aprendido na universidade e necessita de atualização, observação e autocrítica constantes. Isso implica dizer que somos formados pelo modelo biomédico, mas dentro da especificidade esse modelo não é viável (MCWHINNEY, 1996).

Além do aspecto relação médico-pessoa, há a relação médico-doença e relação médico-cuidado, trabalhando no contexto de EqSF, com relações e intervenções às pessoas como equipe e não apenas como médicos-pacientes, utilizando de diversas técnicas, desde a forma de atender até ferramentas como o genograma e ecomapa para auxiliar na construção do Projeto Terapêutico Singular/Familiar. Informações também percebidas na figura 2 (núcleos de competência do médico de família e comunidade) (ALLEN, 2005; ANDERSON;

GUSSO; DIAS DE CASTRO FILHO, 2005; ARIAS-CASTILLO, 2010; FALK, 2005; FAVORETO, 2008; LERMEN, 2013; MACINKO; HARRIS, 2015; MELLO *et al.*, 2009; MENDONÇA, 2009; REBELO, 2007; STEWART *et al.*, 2010).

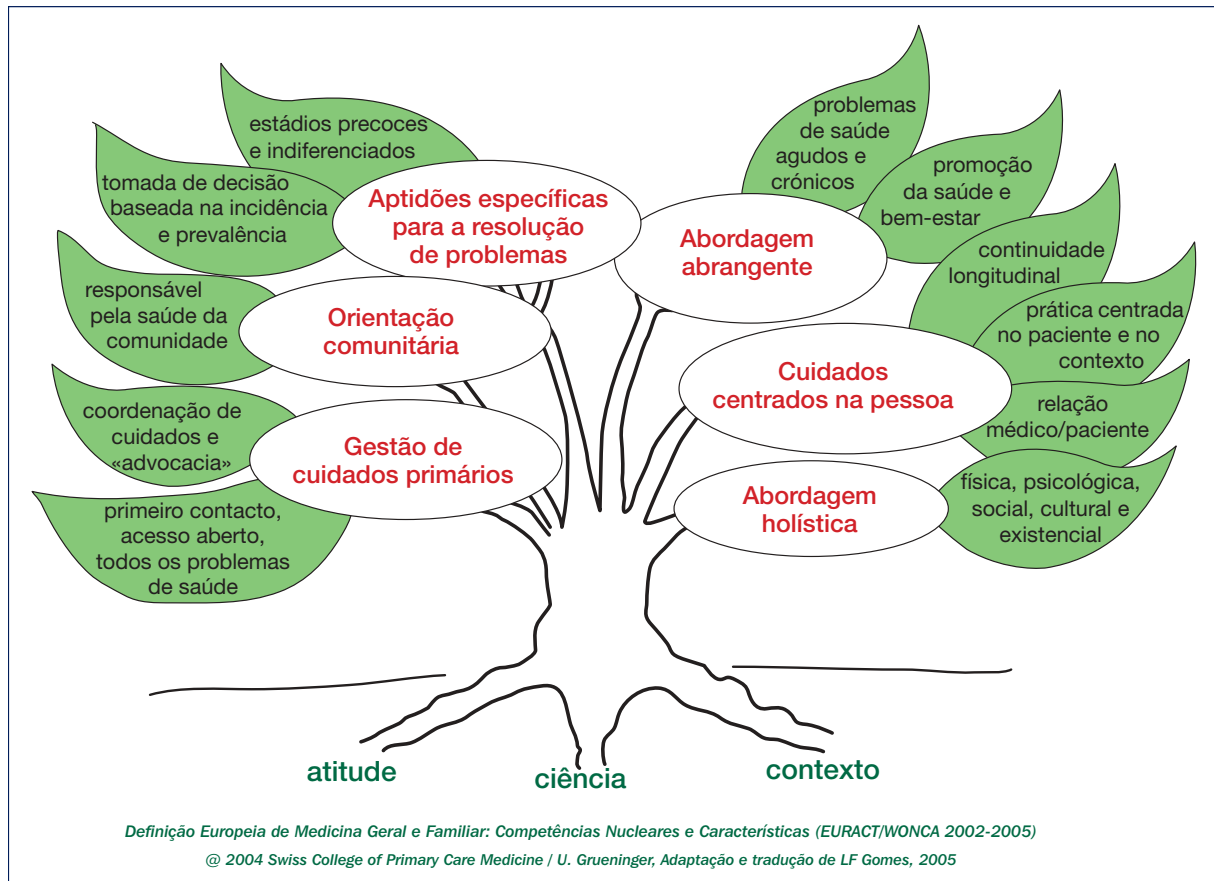


Figura 2 - Definição de Medicina de Família e Comunidade. Extraído de Allen, 2005

Infelizmente a maioria dos médicos da APS (aproximadamente 90%) não tem formação para tal em nosso país, do ponto de vista de ser especialista na área de MFC e não apenas ter o conhecimento, que pode ser adquirido também fora da especialidade. Devido a esse aspecto e também como dito mais acima e no item anterior, é importante observar quem são os profissionais formadores, ou seja, quais são os médicos que atuam na APS e em Unidades de Saúde da Família (USF) que estão vinculadas a PRM – MFC. Resta ressaltar que tal dado foi retirado de uma análise estatística simples dos trabalhos de Sheffer *et. al.* (2018) em convergência com os números do Ministério da Saúde (5.486 médicos de família titulados para

quase 43 mil equipes no Brasil, como mostrado acima) (BRASIL, 2019; SCHEFFER *et al.*, 2018).

Esse cuidado deve ser mais observado principalmente após os planos e ações de expansão com o aumento de vagas para alguns programas de residência médica, em especial a MFC. Nesse cenário, surge um profissional que está vinculado de forma intensa ao PRM – MF e a EqSF, o médico da equipe responsável pela formação do residente, aqui chamado de **preceptor**.

Com isso, a partir das proposições acima, constata-se que hoje os atuais preceptores podem ser: especialistas em MFC (titulados pela SBMFC ou via residência médica), ou não especialistas em MFC (médicos generalistas – sem formação ou especialistas em outras áreas), legalmente habilitados para tal papel, segundo a legislação específica dos PRM – MFC, diferente de outras áreas, que precisa ser especialista na área de formação (BRASIL, 2013b, 2015).

Art. 22. O supervisor e os preceptores do PRM deverão ser preferencialmente especialistas com certificado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na área e/ou portadores de certificação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade acreditado ou expedido pela Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade. Parágrafo único. Também estão habilitados ao exercício da função especialistas com titulação acadêmica lato sensu ou strictu sensu compatível ou notório saber na área e em atuação profissional como médico de família e comunidade e os médicos docente na área que atuem em instituição de educação superior.

Resolução Nº 1, de 25 de maio de 2015. Secretaria de Educação Superior (BRASIL, 2015, p. 5).

2.3. O preceptor: do geral à medicina de família e comunidade

Para conseguir chegar ao contexto **preceptor de MFC**, há um adendo ao texto nesse momento e será ampliado o contexto sobre o significado do que é ser preceptor de residência médica. Atualmente não há na literatura qual a definição do preceptor dentro dos PRM – MFC de forma clara, mas alguns estudos, relatos de experiência e propostas da SBMFC (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; CASTRO; JANTSCH, 2017; GARCIA *et al.*, 2018; LATESSA *et al.*, 2008). Em relação à preceptoria médica

e multiprofissional em contexto hospitalar ou em contextos de especialidades, tanto na residência quanto na graduação, existem teses e artigos produzidos, inclusive delimitando os termos semanticamente (Associação Brasileira de Educação Médica, 2013; BAIN, 1996; BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010; BARRETO *et al.*, 2011; BOTTI, 2009; BOTTI; REGO, 2006, 2011; BRANT, 2011; CHEMELLO; MANFRÓI; MACHADO, 2009; IZECKSOHN *et al.*, 2017; JESUS; RIBEIRO, 2009 ;MILLS; FRANCIS; BONNER, 2005; MISSAKA; RIBEIRO, 2009 ;PARENTE, 2008; RIBEIRO; PRADO, 2014; SILVA; ESPÓSITO; NUNES, 2008; TRINDADE, 2000; WEBER, 2015; WUILLAUME; BATISTA, 2000).

Assim, nesta dissertação é utilizado o referencial teórico de Botti e Rego (2006) para definir quem são os profissionais atuantes na formação médica. Esse referencial foi escolhido por ser um autor que buscou desvendar e definir quais as competências do preceptor, tentando diferenciá-lo de outros profissionais responsáveis pela formação em saúde. O autor não definiu esses termos dentro da APS e da MFC, por isso, será elucidada mais abaixo a definição de preceptor para o presente estudo a partir da leitura do autor, sendo organizada e definida a partir das referências acima. Botti e Rego (2006) definiram quatro diferentes personagens: preceptor, tutor, supervisor e mentor, elucidando no trabalho em estudo os papéis e características de cada um deles (BOTTI; REGO, 2006).

A formação médica se dá ao longo da história como uma transferência de conhecimentos de uma pessoa mais instruída, a partir do seguinte fluxo: de um profissional mais experiente para um profissional menos experiente, numa relação mestre discípulo (BOTTI; REGO, 2006). Não muito diferente do que ocorre até hoje, mas com denominações e posições diferentes, essas pessoas recebem denominações diferentes de acordo com sua posição e atividade. Retomando as quatro tipologias definidas pelos autores acima, este trabalho vai definir qual a característica de cada um no quadro abaixo apresentado, objetivando especificar nossas reflexões em seguida na figura do preceptor:

Profissional	Principais papéis	Principal local de atuação	Deve avaliar?	Principais requisitos
Preceptor	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas; - Integrar os conceitos e valores da escola e trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos; - Competência pedagógica
Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem sua atividade; - Atuar na revisão da prática profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho; - Situações fora do ambiente de trabalho. 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> - Excelência no desempenho de habilidade técnica profissional; - Capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática diária profissional.
Tutor	<ul style="list-style-type: none"> - Guiar/facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrada no aluno; - Atuar na revisão da prática profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambientes escolares. 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> - Competência clínica e capacidade de ajudar a aprender a aprender; - Compreensão da prática profissional em sua essência.
Mentor	<ul style="list-style-type: none"> - Guiar, orientar e aconselhar na realização dos objetivos pessoais, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Fora do ambiente imediato de prática profissional. 	Não	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de se responsabilizar, de servir como guia, de oferecer suporte e de estimular o desenvolvimento do raciocínio crítico - Capacidade de ouvir, questionar e estimular justificações.

Quadro 1 - Principais diferenças entre preceptor, supervisor, tutor e mentor. Extraído de Botti, 2006 (BOTTI; REGO, 2006)

Considerado o contexto da MFC, os preceptores dos PRM – MFC não estão apenas realizando as atividades propostas pelo autor, mas, como enumerado em outros trabalhos, esses profissionais são na soma dos papéis de supervisor, tutor e de preceptor, utilizando as denominações que apresentadas no quadro 1 (ANDERSON; RODRIGUES, 2011; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; CASTRO; JANTSCH, 2017; GARCIA et al., 2018). Assim, o preceptor da residência em MFC é responsável pelo aprendiz no contexto de vida real (local de trabalho), ensinando a clinicar, integrando valores da escola com a prática clínica (preceptor), observando o exercício na prática, corrigindo os erros e revisando sua própria prática, podendo realizar tais funções no ambiente de trabalho ou fora dele, como em simulações. Sua prática constantemente proporciona reflexões de seu trabalho e de aprendizado, guiando o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno dentro do ambiente da unidade-escola. Com isso, o preceptor dos PRM – MFC é, na perspectiva de Botti e Rego (2016), preceptor, supervisor e tutor, pois sobrepõe as classificações do autor.

Além disso, esse profissional muitas vezes é também o médico que está vinculado à EqSF como médico responsável pela equipe, como proposto pela Resolução Nº1 da CNRM (BRASIL, 2015). Assim, a partir desse momento, definimos o nosso foco do estudo, o “**preceptor**” dos residentes em MFC, pois é com ele que o residente ficará a maior parte de sua formação. Portanto, a partir desse momento o alvo desse estudo foi definido como:

Preceptor de residência em Medicina de Família e Comunidade: profissional médico cuja sua vinculação está na Equipe de Saúde da Família em que o médico residente atua. Esse profissional é o principal responsável pela formação direita do residente, sendo uma pessoa altamente qualificada na área de atuação e um exímio educador.

Ao se analisar o contexto legal, a CNRM reforça que o médico residente deve ser formado “sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica”. (BRASIL, 1977). Contudo, em 2015 foi instaurada uma resolução específica para a residência em MFC, que em seu artigo 22 define o preceptor e supervisor do programa sendo **preferencialmente** especialistas na área de Medicina de Família e

Comunidade ou em área compatível com saber na área de atuação, como trazido no tópico Medicina de Família e Comunidade: da residência a especialidade (BRASIL, 2015).

A partir dessas proposições, a CNRM permite que médico de qualquer especialidade, ou mesmo sem especialidade, possa ser preceptor da residência médica em MFC (BRASIL, 2015). Considerando que em nosso país temos uma baixa inserção de profissionais capacitados (formados) para atuar na APS / ESF (médicos de família e comunidade titulados), há um risco de muitos preceptores dos PRM – MFC não possuírem tal formação, ainda mais com o aumento do número de vagas de residência médica nos últimos anos, com a vinculação de cada vez mais preceptores e médicos nas EqSF, como apresentado mais acima (AUGUSTO *et al.*, 2018; BRASIL, 2019; SCHEFFER *et al.*, 2018).

Assim, a presença de preceptores dos PRM – MFC não especialistas pode levar a uma formação inadequada dos futuros profissionais pelos PRM – MFC, considerando que médicos sem formação específica para a área (especialistas), estão formando os novos especialistas. Essa discrepância não está presente em outros países como na Europa, em que o preceptor de residência médica em MFC tem que ser um especialista, com algum tempo de atuação prévio a preceptoria e ter cursos de formação em educação e preceptoria. (ALLEN *et al.*, 2012; COSTA; PEDRO; MAGALHÃES, 2014; HEYRMAN, 2005; HUTT, 2014; KEIGHLEY, 2005; VICENTE; OLIVER, 2014)

2.4. Ser um Educador: o papel do preceptor com o residente

Justamente por esse aspecto, da formação além da especialidade, ou seja, a formação em preceptoria médica como ocorre na Europa (HEYRMAN, 2005), o presente tópico é extremamente relevante no contexto deste trabalho. Isso porque é importante destacar que dentro da residência médica e da formação médica, o profissional precisa ter a habilidade de ser um educador, competência diferente da habilidade de ser um bom médico. (BARRETO *et al.*, 2011; BOTTI; REGO, 2011; BRANT, 2011; GARCIA *et al.*, 2018; IZECKSOHN *et al.*, 2017)

Formar profissionais competentes não é apenas transmitir o conhecimento de forma vertical, ou como Paulo Freire (2013) definiu, o modelo bancário da educação, reforçando que o educando é apenas um receptáculo vazio e são jogadas dentro dele informações subsequentes até que se preencha tal espaço, como um banqueiro guardando objetos em um cofre. Nesse contexto, é importante frisar que quando trabalhamos com adultos não é possível excluir todo o conhecimento prévio que eles trazem, considerando que estes são seres pensantes, capazes de ver, refletir e modificar (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016).

Essa construção dá a ideia que o residente é um papel em branco que deve ser preenchido com todo o conhecimento da especialidade dentro da MFC, conhecimento muito grande em um período curto (apenas 2 anos). Assim, quando o educador assume esse papel, ele desconsidera a faculdade, a vida pessoal, a vida profissional até aquele momento e toda a vivência na residência. Mas ter o movimento de olhar o entorno, estruturar hipóteses e modificar a realidade faz parte do aprendizado e de gerar conhecimentos significativos (BERBEL, 1998; BRIGHENTE *et al.*, 2016; FREIRE, 2013;).

Freire (2013) afirma também que o educador precisa de formação, porque não é fácil, simples e automático ser educador. Caso o formador opte pelo caminho de educação em massa, mesmo problematizadora, “acreditando” ser reprodutível, ele vai continuar fazendo o mesmo movimento de formação de massas e não de formação reflexiva (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016). Assim, para atingir o objetivo de ter grandes educadores e grandes médicos de família e comunidade, os preceptores necessitariam de uma formação complementar, como formadores, pedagogos e educadores de adultos (LOPES *et al.*, 2009).

Ninguém começa a ser educador numa certa terça-feira às quatro da tarde. Ninguém nasce educador ou marcado para ser educador. A gente se faz educador, a gente se forma, como educador, permanentemente, na prática e na reflexão sobre a prática.
(FREIRE, 2001, p.58)

No Brasil, já existem diversas entidades que realizam cursos para formar preceptores, como a SBMFC, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o curso Euract Leonardo (apoiado pela SBMFC), e cursos da UNA – SUS. Além dos cursos existentes até 2013, a LMM trouxe como objetivos três propostas de ação com características de qualificar a APS no país: a cobertura emergencial de médicos na

APS em áreas descobertas, a qualificação da estrutura física da APS e a qualificação de profissionais para a APS pela graduação, residência médica e qualificação dos profissionais (BRASIL, 2013a).

Diversos cursos formativos advindos desse movimento ocorreram desde 2013, como por exemplo, o mestrado profissionalizante em Saúde da Família (desde 2017) e cursos de preceptoria em residência médica (desde 2015), tanto para médicos residentes quanto ofertados para os programas de residência médica (preceptores), apoiados pelo PROADI – SUS (MS), entidades privadas (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês (SL)) (BRASIL, 2015).

Essa formação complementar é uma potente ferramenta para retomar de forma prática o objetivo da residência médica: educação e treinamento em serviço. Essa característica já é presente na promulgação da Residência Médica e em decretos subsequentes (BRASIL, 1981, 2013a, 2015) e estudado por Feuerwerker (1998) em seu mestrado e publicado em livro. A obra propõe reflexões sobre a história e evolução da educação na residência médica no país, principalmente no estado de São Paulo. Apesar de sua publicação em 1988, traz à tona muito da construção da educação na universidade e é ainda obra atual sobre a temática.

Por fim, esse processo educacional, vinculado ao serviço, tem na política de Educação Permanente em Saúde uma ferramenta muito importante a ser desenvolvida pelos preceptores. (BRASIL, 2009; CECCIM; CYRINO, 2017). Essa metodologia permite que a formação e a educação sejam produzidas e modificadas a partir do serviço que estão inseridos os profissionais, retomando, assim, a proposta inicial da residência médica – o treinamento em serviço (BRASIL, 1981, 2009, 2015).

Os autores Bondía, Ceccim e Cyrino (2017) teorizaram em seus textos uma maneira de aprender singular que é a base formativa do residente, o treinamento em serviço, ou aprendizado baseado na prática. Bondía trouxe uma leitura sobre a importância da experiência e o saber da experiência, obra em que demonstrou que conhecimento pode ser categorizado por diversos tipos de entradas, desde a informação, que é algo estático, até o saber da experiência. O autor traz essa definição da seguinte forma:

... trata-se de um saber que revela ao homem concreto e singular, entendido individual ou coletivamente, o sentido ou o sem-sentido de sua própria existência, de sua própria finitude. Por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal.

(BONDÍA, 2002, p. 27)

Assim, o saber da experiência permite que o experimentador, nesse caso, o residente em MFC, permita vivenciar seu dia-a-dia, suas dificuldades, limitações e também os ganhos, as potências e os resultados positivos. Isso leva a um aprendizado único e singular para cada ator, com pluralidade de aprendizados e reconhecimentos.

Ceccim e Cyrino reforçam esse pensamento trazendo como a “aprendizagem significativa” e “aprendizagem com compromisso social” são processos importantes dentro do aprender, principalmente dentro do sistema público de saúde e também para profissionais que atuem com equipes, dentro de uma comunidade e através de intervenções sociais. (CECCIM; CYRINO, 2017). Como dito mais acima sobre a especialidade, esses são aspectos importantes para o médico de família, principalmente em formação.

Com isso, é possível perceber a importância do saber da existência com a aprendizagem significativa e com compromisso social. Os preceptores e residentes em MFC assumem um papel importante dentro dessa construção do conhecimento, que é ao mesmo tempo coletivo e singular.

Para conseguirmos tais profissionais “padrão-ouro” vinculados aos PRM – MFC, ou seja, preceptores com titulação em MFC (residência ou prova de título pela SBMFC), com formação pedagógica para tal, é interessante também analisar as razões e motivações dos profissionais. Latessa *et al.* (2013) fez uma pesquisa nesse campo, buscando compreender a satisfação e motivação dos preceptores em medicina de família e comunidade na Carolina do Norte – EUA. Interessante notar que mais de 90% está satisfeito com seu trabalho, principalmente no que a profissão retorna à pessoa: capacidade de demonstrar a prática comunitária, estimulação intelectual, envolvimento com educação, ser um modelo e se manter atualizado (todos esses acima de 90% das respostas).

No Brasil, Wuillaume e Batista (2000) realizaram uma pesquisa com enfoque em dois programas de pediatria do Rio de Janeiro, buscando conhecer quem são os preceptores e o que eles compreendem como sua atividade. Interessante notar nesse estudo que muito do que compreendem como ser preceptor é a motivação do que fazem: educação permanente, domínio de conteúdo, gostar de ensinar, vontade de ensinar, empatia com a função e gostar do próprio trabalho.

No campo da MFC no Brasil ainda não há produção semelhante às duas mencionadas acima, mas algumas pesquisas trazem características sociodemográficas e educacionais do preceptor. Castells (2014) fez uma avaliação de como os preceptores observam seu trabalho na residência do Rio de Janeiro - RJ(CASTELLS, 2014; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). Aguiar (2017) realizou uma pesquisa com preceptores de programas de residência médica e multiprofissional, inclusive da MFC, para conhecer suas características e motivações, em forma de questionário eletrônico, comparando o Brasil com a Espanha. Resta salientar que está última é a pesquisa que mais se assemelha à proposta apresentada nesta dissertação.

Pergunta do estudo

A partir das colocações acima, a presente dissertação parte das seguintes perguntas de pesquisa: qual o perfil de nossos formadores? Quem são, qual sua formação profissional, onde estão atuando e quais as motivações para ser preceptor dos programas de residência de medicina de família e comunidade do Estado de São Paulo?

3 PRESSUPOSTO

A ampliação rápida das vagas e programas de residência médica em MFC fez parte da política do Governo Federal de qualificação da APS nos últimos 15 anos, e essa modificação está vinculada à ampliação do número de preceptores e à qualificação dos mesmos. Se realizado de forma desorganizada e em caráter de urgência, muitos preceptores podem não ser qualificações para tal papel formativo. Por outro lado, se realizado de forma organizada, pode ocorrer a contratação e qualificação dos mesmos pelos PRM – MFC em um futuro da rede de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral:

Identificar o perfil dos preceptores em residência médica de medicina de família e comunidade atuantes nos programas do estado de São Paulo.

4.2. Objetivos específicos:

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos preceptores;
- Conhecer sua formação acadêmica e complementar para a função (especialização, pós-graduação, cursos de educação);
- Conhecer em quais programas de residência esse profissional atua como preceptor;
- Averiguar se os programas oferecem formação adicional a esse profissional;
- Conhecer as motivações e dificuldades desse profissional para atuar na área.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi organizado como uma pesquisa exploratória, de caráter quantitativo e qualitativo, com o intuito de conhecer e entender características dos preceptores e dos PRM – MFC do estado de São Paulo, como questões sociais, de sua formação e do próprio programa em que estão inseridos. No presente estudo há, portanto, a complementação das metodologias qualitativa e quantitativa.

Para conhecer a magnitude do problema, quantos são, onde estão e características gerais de trabalhar como preceptor, foram utilizados dados quantitativos. Já para conhecer a singularidade do trabalho dos preceptores utilizamos de metodologia qualitativa. A avaliação qualitativa versa sobre a avaliação subjetiva dos indivíduos, buscando compreender dados que não são obtidos com questionário fechado, com foco na MFC e preceptoría médica (MINAYO, 2017).

O estado de São Paulo possui 46 programas de residência médica em MFC e 132 preceptores (APÊNDICE G) no ano de 2017. Dentre estes, 17 não tiveram residentes vinculados ao programa nesse ano. Os dados foram obtidos em contato direto com a Coordenação/Supervisão dos programas, como será descrito a seguir. Há uma distinção teórica entre Coordenador e Supervisor, mas a partir desse momento os termos serão utilizados como sinônimos para fins desta pesquisa. A figura 3 traz o mapa do estado de São Paulo, com as 32 cidades onde os 46 programas de residência médica estão inseridos (a legenda traz quantos programas há por município). O mapa foi produzido através do My Maps, ferramenta do Google Maps, pelo autor.

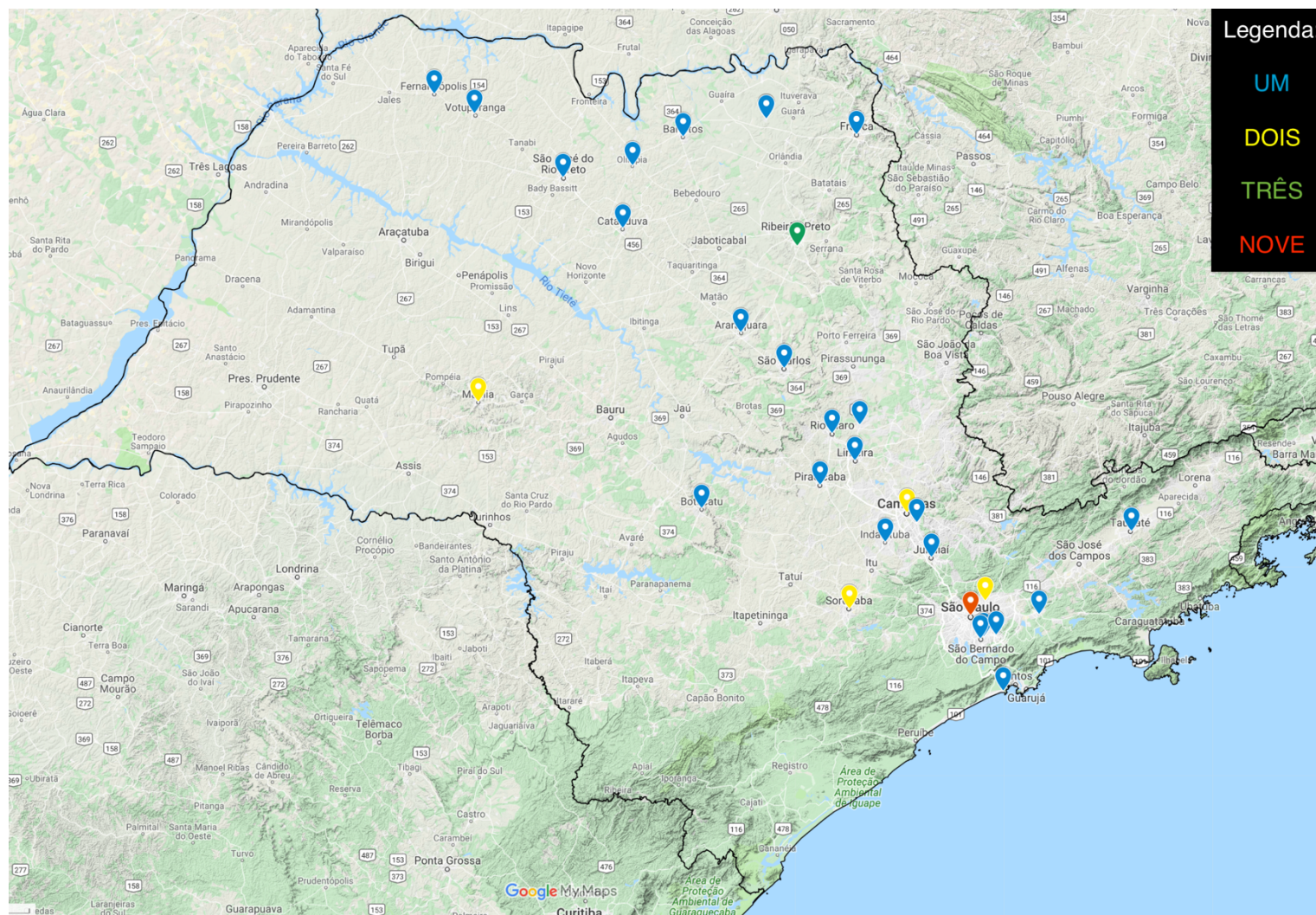


Figura 3 - Mapa com as 32 cidades onde estão localizados os PRM - MFC do estado de São Paulo. A legenda traz quantos programas por município. São Paulo, 2019. Fonte: o autor.

5.1. Acesso às informações, coordenadores e preceptores

A figura 4 representa em forma de fluxograma como foram obtidas as respostas. Abaixo estão descritos os balizadores da construção das informações.

5.1.1. A primeira lista de programas

Com o intuito de atingir o objetivo de fazer contato com 100% dos PRM – MFC, a busca se iniciou pelos programas existentes dentro de estado de São Paulo. Para isso, foi feito contato direto com a Comissão Estadual de Residência Médica do estado de São Paulo, recebendo as tabelas com os programas existentes, o número de vagas e o contato dos coordenadores e/ou programas. Também ocorreu uma busca ativa e por meio virtual sobre os editais de residência médica abertos em 2017, procurando quais instituições no estado tiveram editais para entrada de novos residentes em MFC para o ano em questão. Buscou-se em seguida o contato desses programas, dentre os não presentes na tabela inicial. Dentro dos editais foram encontrados os contatos das Comissões de Residência Médica Locais (COREMEs) e Coordenadores dos programas.

O primeiro conglomerado de buscas continha 49 programas no total, com 564 vagas e o endereço eletrônico da maioria dos programas e telefone de outros que não tinham o endereço eletrônico disponibilizado na rede (APÊNDICE D). Alguns não tinham endereço eletrônico e/ou telefone de contato, apenas o nome do programa. Com isso, a pesquisa e busca pelo alvo se iniciou a partir de saber quantos programas o estado contém e com um contato (Coordenador) para ser o elo entre o pesquisador e o objeto de estudo. Esse movimento ocorreu entre agosto e setembro de 2017.

5.1.2. O contato com os coordenadores

No segundo momento, a partir de setembro de 2017, até maio de 2018, entrou-se em contato com todos os coordenadores dos PRM – MFC a fim de apresentar o projeto (mesmo antes da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, que ocorreu em novembro de 2017). Nesse momento uma carta padrão foi encaminhada a todos via endereço eletrônico.

Nessa carta, o pesquisador se apresentou, apresentou o projeto, seus objetivos, a metodologia como um questionário eletrônico (será detalhado mais adiante), e a necessidade de entrar em contato com os preceptores dos PRM – MFC. Com os programas que não continham e-mail foi realizado contato por telefone a fim de obter a informação. Os resultados desse movimento serão apresentados abaixo na descrição de RESULTADOS e geraram a tabela do APÊNDICE G.

A título de definição, o Coordenador do programa é o profissional, médico ou não, responsável direto pelo programa. Ou seja, o profissional que responde pelo programa para os preceptores e para as comissões de residência médica. Ele é o profissional que coordena as agendas dos residentes, a organização de escalas, estágios e o bom funcionamento do programa de residência médica, que em nosso universo é o PRM – MFC.

Os Coordenadores auxiliaram no fornecimento dos contatos dos preceptores de diferentes maneiras:

- a) uma parcela passou diretamente o contato dos preceptores;
- b) outra parcela enviou a eles (preceptores) um e-mail padrão já com o link para o questionário.
- c) uma terceira parcela utilizou reuniões que têm com os preceptores para apresentar o projeto, solicitar auxílio e verificar quais gostariam de participar, sendo que a depender do resultado o coordenador encaminhava ao pesquisador os contatos das pessoas que desejariam contribuir, ou os próprios preceptores entravam em contato.

Resta reafirmar que esse terceiro grupo era apresentado presencialmente pelo Coordenador ao projeto, e não apenas encaminhando o e-mail padrão pelo pesquisador ou pelo Coordenador.

O projeto teve como objetivo também conhecer sobre o Coordenador do programa. Assim, esse personagem também foi convidado para responder um questionário (com questões fechadas e abertas). Um link específico do Google Forms foi enviado a ele também. Mais detalhes serão apresentados abaixo, em Questionários. Os Coordenadores começaram a receber o link do questionário

apenas após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, em novembro de 2017, juntamente com os preceptores.

5.1.3. O contato com os preceptores

O terceiro momento foi o contato direto com os preceptores pelo pesquisador, a partir de um e-mail padrão para todos os preceptores, apresentando o projeto, seus objetivos, o tempo de duração e um link do Google Forms para responder o questionário. O questionário será detalhado mais abaixo.

Os contatos com os Coordenadores ocorreram de setembro de 2017 a maio de 2018, prioritariamente por e-mail, feitas pelo menos 5 tentativas em semanas e meses diferentes e nominalmente, a fim de garantir que fossem recebidos fora do período de férias, licença por alguma razão ou outro motivo que dificultariam o acesso à informação. Para uma pequena parcela de Coordenadores (número inferior a 10%) tentou-se também o contato telefônico por aplicativo de mensagem instantânea, com o objetivo de aumentar a taxa de respostas.

Os preceptores foram contatados a partir de novembro de 2017, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, já com o objetivo de enviar aos mesmos o link para responder o questionário. Da mesma forma que os Coordenadores, receberam ao menos 5 correspondências eletrônicas e nominalmente, os preceptores também o fizeram, em períodos do mês diferentes e em meses diferentes. Por fim, alguns, também uma parcela pequena, foi contatado por aplicativo de mensagem instantânea, percentual também inferior a 10%.

A forma como foi organizado o contato com eles têm por base o estudo de Fan e Yan (2010) e também as análises e resultados propostos por Sauermann e Roach (2013). Os autores trazem ferramentas de qualificar e aumentar as respostas de *surveys on-line*, ou os questionários on-line, reforçando que estes precisam ser enviado pelo menos 2 vezes por semana, em períodos diferentes do dia e com personalização do convite (individualização, nonimalização) e recordatórios da resposta. Os resultados esperados nesse tipo de pesquisa são na faixa de 50% de respostas, conforme apontam os autores.

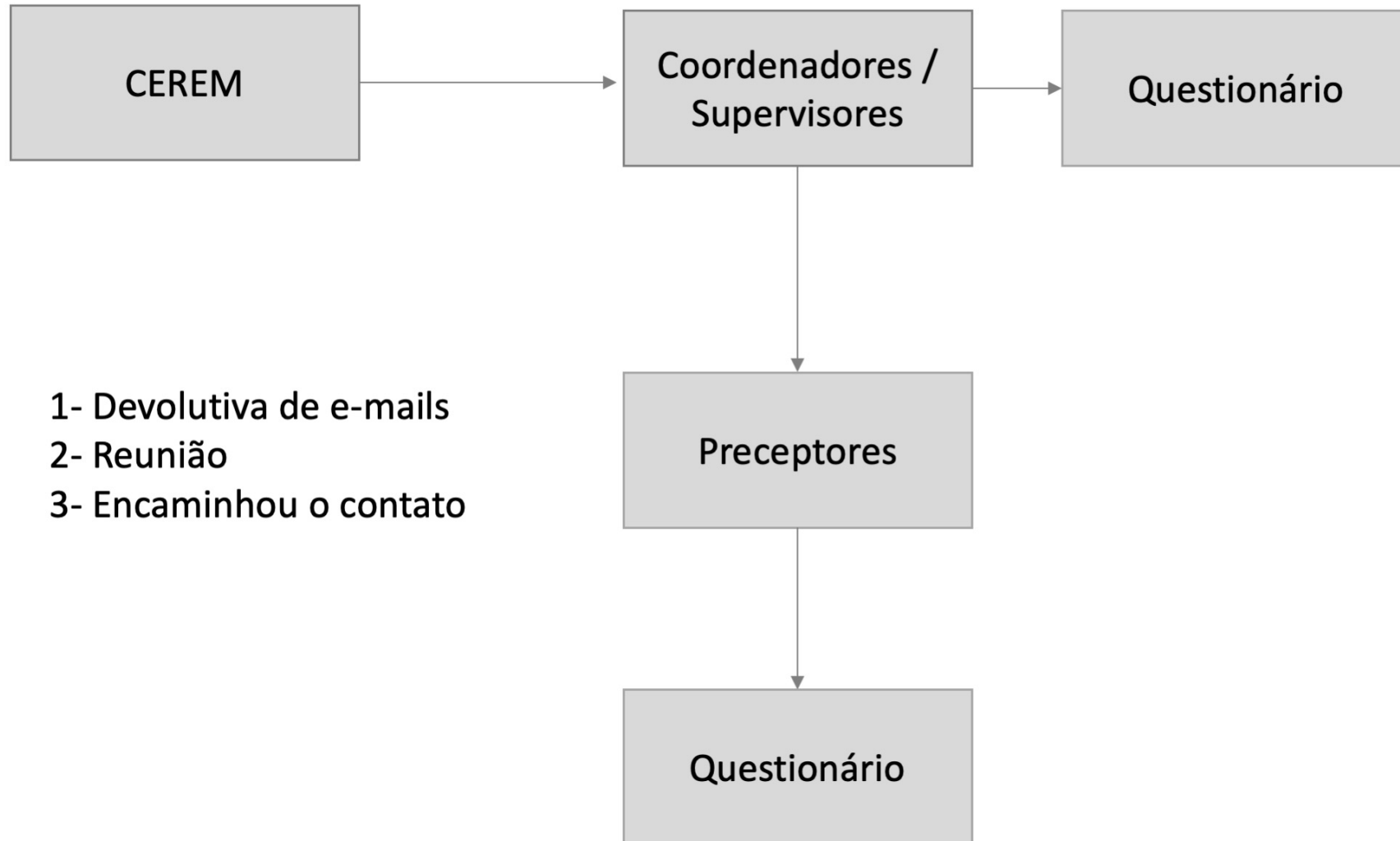


Figura 4 - Fluxograma do contato com os preceptores e coordenadores. São Paulo, 2019. Fonte: o autor.

5.2. Questionário: preceptor e coordenador

Para obter as informações sobre os preceptores e Coordenadores foram enviados dois questionários autoaplicáveis para todos que o contato dos PRM – MFC obtidos para esta pesquisa. Os questionários foram construídos para esse fim, a partir de experiências semelhantes tanto no Brasil quanto em outros países (AGUIAR, 2017; CASTELLS, 2014; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; DROWOS *et al.*, 2017; LATESSA *et al.*, 2013;). Importante ressaltar que, ao se fazer um questionário on-line, é esperado uma taxa de resposta maior e maior abrangência de território, como apresentado em pesquisas específicas sobre questionários pela internet (FAN; YAN, 2010; PETROVČIČ; PETRIČ; LOZAR MANFREDA, 2016; SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ; MUÑOZ-LEIVA; MONTORO-RÍOS, 2012; SAUERMAN; ROACH, 2013)

A ferramenta é composta por 21 perguntas fechadas (múltipla escolha e/ou respostas diretas) e 7 perguntas abertas para o preceptor (APÊNDICE A), que podem ser acessadas pelo hiperlink seguinte: <https://goo.gl/forms/qLg1doqrY56WfDzF3>. Para o Coordenador, o questionário é mais objetivo, composto por 23 questões fechadas e 3 abertas (APÊNDICE B), disponível em: <https://goo.gl/forms/rlSywUZyDFQwcuQo2>.

Assim, os dois questionários possuem 28 e 26 itens a serem respondidos pelo preceptor e Coordenador, respectivamente. As questões estão distribuídas em quantidades diferentes entre perguntas abertas e fechadas (para o preceptor são 21 fechadas e 7 abertas, e o Coordenador 23 fechadas e 3 abertas). Além disso, as questões foram distribuídas em grupos de estudos diferentes. O objeto dessa dissertação é o preceptor, sendo assim, foi optado por não descrever os resultados detalhados do coordenador, apenas as informações relevantes para o estudo no item RESULTADOS E DISCUSSÃO QUESTIONÁRIO COORDENADOR.

O questionário fechado do preceptor pode ser dividido em 5 grupos diferentes de questões:

1. Características gerais: 6 questões (idade, sexo, tempo de formado, atuou como MFC anteriormente e quanto tempo, tempo trabalhando como preceptor de residência médica total);

2. Informações sobre a atividade atual: 7 questões (qual programa atua, tipo de vínculo do programa, se recebe bolsa de preceptoria e se essa bolsa foi importante para a escolha de ser preceptor, tempo atuando no atual programa, número de residentes em 2017 e se atua com a graduação);
3. Formação complementar: 4 questões (formação em preceptoria, residência médica / especialização, mestrado e doutorado);
4. Sentimentos em relação a preceptoria: 2 questões em escala Likert (Satisfação 1-10 e Dificuldade 1-10);
5. Formação na graduação: 2 questões (destaque sobre APS e destaque sobre formação/educação médica).

Para a pesquisa foram produzidas sete questões discursivas que versam sobre o que o profissional compreende pela especialidade que atua, sobre a preceptoria em si e seu trabalho diário. A fim de facilitar na análise de dados qualitativos, as questões foram agrupadas em 4 grandes grupos:

1. A Medicina de Família e Comunidade (questão 1);
2. A Preceptoria Médica (questões 2 e 3);
3. Facilidades e desafios de ser preceptor (questões 4, 5 e 6);
4. Educação Permanente do Preceptor (questão 7).

Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais que atuam como médicos preceptores da residência em MFC e que estavam vinculados à USF com ou sem residentes em sua maior parte do tempo (unidades às quais o residente também esteja vinculado) e os coordenadores dos cursos dos PRM – MFC, visto que é frequente em diversos programas o coordenador ser também preceptor da mesma e de outra residência ou ter sido anteriormente preceptor. Com isso, ele pode trazer informações técnicas do programa e informações pessoais do trabalho no ano de 2017.

Foi oferecido a todos os participantes, antes do início do questionário, o convite para participar ou não da pesquisa, e, havendo concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na primeira página do Google Forms. Apenas os que aceitaram participar da pesquisa foram direcionados às páginas

subsequentes, os questionários fechados e aberto (APÊNDICE E para o preceptor e APÊNDICE F para o Coordenador).

5.3. Entrevista com o preceptor

No projeto inicial foi proposta uma entrevista semiestruturada a ser realizada com preceptores selecionados após a análise das respostas. Contudo, como as respostas dos questionários foram de grande valia, com intenso material, optou-se por não realizar as entrevistas. As mesmas poderão ser feitas em um segundo estudo, para complementar informações que porventura ainda não ficaram claras. A entrevista está corpo da dissertação com as questões e seus objetivos (APÊNDICE B).

5.4. Análise dos Dados

5.4.1. Dados quantitativos

As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem. As amostras não apresentaram distribuição normal, portanto, estão apresentadas a média, moda, mediana o intervalo interquartil, além dos valores mínimo e máximo. Os dados foram trabalhados ou analisados a partir do programa Microsoft Excel 365 (MICROSOFT OFFICE 365, 2018).

5.4.2. Dados Qualitativos

Como também houve uma análise qualitativa das respostas (questões abertas), optou-se pela análise de conteúdo das respostas, buscando campos de semelhança entre elas, que foram divididos em grupos de respostas e perguntas, como apresentado acima.

Esse tipo de análise permite, a partir do conteúdo da mensagem, seja ela visual, escrita ou falada, obter indicadores que os números não poderiam trazer à

tona, compreendendo pessoas situações, acontecimentos, conhecimentos, procedimentos, atividades do cotidiano e permitindo fazer uma análise com um teor diferente do questionário fechado, que também tem sua importância e aplicabilidade, tanto que serão utilizados nessa pesquisa os dois métodos por meio do cruzamento de dados quantitativos e qualitativos (BARDIN, 2016; MINAYO, 2002; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A análise dos dados qualitativos realizou-se através da Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Esta autora define esse tipo de ferramenta como um grupo de técnicas de análise da mensagem (comunicação escrita no caso desse projeto) a fim de obter e compreender os conhecimentos e condições relativas da população em estudo. Foi optado por essa técnica tanto porque ela é capaz de categorizar respostas em temas comuns a partir das observações de leitura, assim como de identificar ideias singulares dentro do grupo, permitindo fazer tanto a análise de grupo, quanto análise individual. Com isso, não há perda de informação, mas sim complementação das mesmas.

Em um terceiro momento da dissertação, para buscar atingir uma qualificação maior de dados, houve o cruzamento de grupos específicos de profissionais com suas respostas qualitativas.

6 COMITÉ DE ÉTICA.

O Projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, sendo aprovado por esse na data 20/11/2017, sob o número CAAE: 78853317.0.0000.5411/2017. As modificações do projeto também foram aprovadas pelo mesmo órgão. (ANEXO 1).

O título foi alterado ao longo da pesquisa, e aprovado pelo comitê, mantendo o mesmo CAAE, em abril de 2019. (ANEXO 2).

7 RESULTADOS

O número final de questionários respondidos foi de 67 dentre os endereçados a preceptores, distribuídos por 27 programas. Apenas um programa sem residentes respondeu as questões (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar). O total no estado é de 132 preceptores em 46 programas, assim a taxa de respostas foi correspondente a 58% dos programas e 50% dos preceptores. Também foram respondidos 24 questionários direcionados aos Coordenadores, o que equivale a 52% de respostas. O quadro 2, abaixo, traz quais programas tiveram ao menos uma resposta do preceptor e o município do programa. A figura 5 traz o mapa dos municípios que responderam, também criado pelo MyMAPS.

Programa (ordem alfabética)	Local
Albert Einstein	São Paulo
F. M. Santa Marcelina	São Paulo
F.M. ABC	Santo André
FAMEMA	Marília
FAMERP	São Jose do Rio Preto
FMRP – USP	Ribeirão Preto
Pio XII	Barretos
PUC – SP	Sorocaba
SMS Araraquara	Araraquara
SMS Campinas	Campinas
SMS Franca	Franca
SMS Guarulhos	Guarulhos
SMS Ipuã	Ipuã
SMS Limeira	Limeira
SMS Piracicaba	Piracicaba
SMS Praia Grande	Praia Grande
SMS São Bernardo do Campo	São Bernardo do Campo
SMS São Paulo	São Paulo
SMS Sorocaba	Sorocaba
UFSCar	São Carlos
UNAERP	Ribeirão Preto
UNESP Botucatu (FMB)	Botucatu
UNICAMP	Capinas
UNICID	Guarulhos
UNIFESP	São Paulo
Univ. Anhembi Morumbi (UAM)	São Paulo
USP SP	São Paulo

Quadro 2 - Participação de respostas dos PRM-MFC, baseado na resposta de ao menos um preceptor. São Paulo, 2019

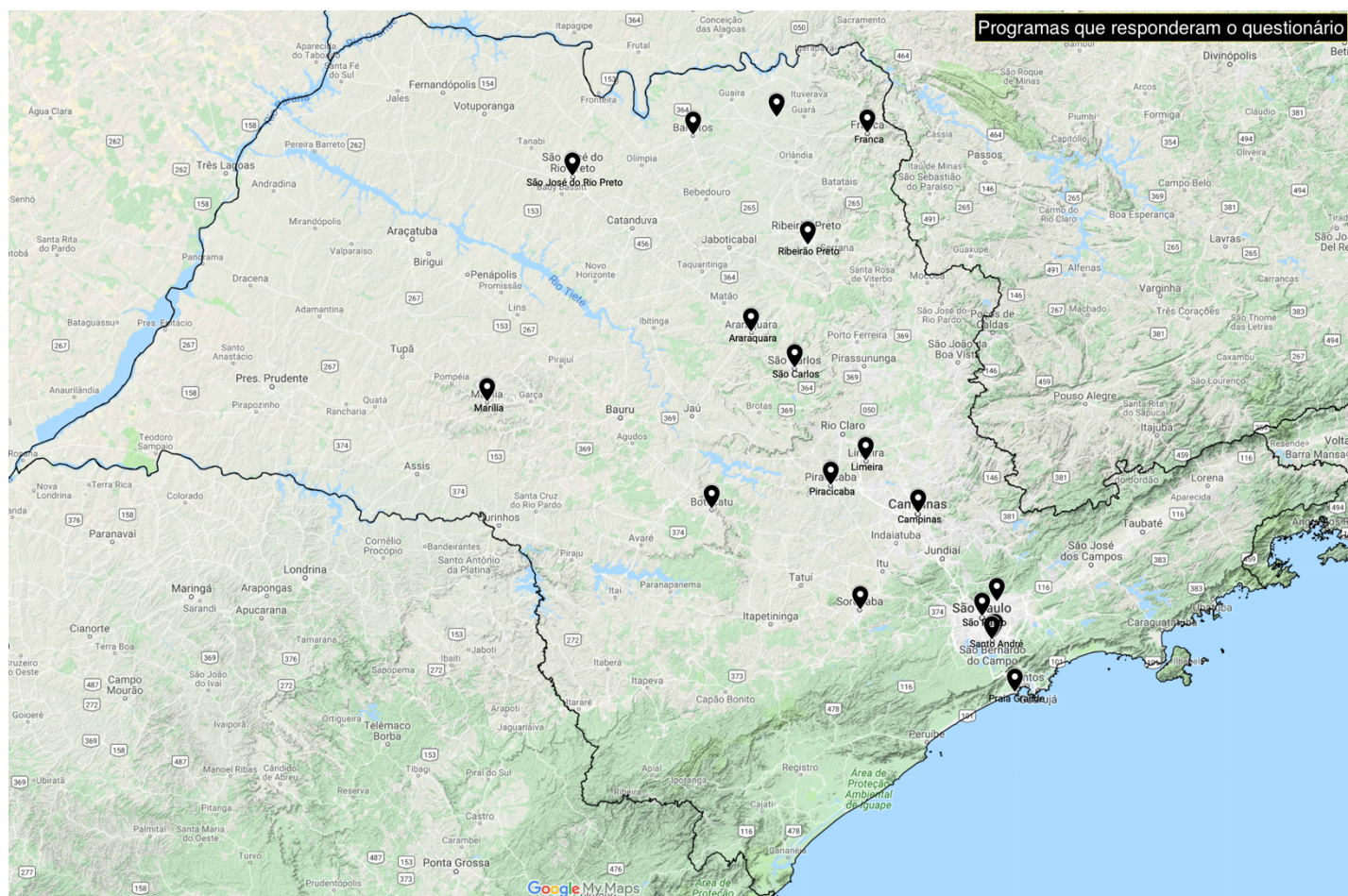


Figura 5 - Programas que responderam o questionário do preceptor, baseado no Quadro 2. São Paulo, 2019. Fonte: o autor

Infelizmente, não foi possível identificar a residência Fundo Municipal de Saúde, pois essa informação não estava disponível na COREME (qual seria a instituição vinculada e sua Coordenação). Além disso, não obtivemos resposta da COREME, Secretarias de Saúde e Coordenação do Curso em outras 6 instituições, todas estas listadas no APÊNDICE G.

Cinco profissionais foram excluídos de algumas análises (número de residentes e tempo de atuação na unidade atual) porque não tiveram residentes no ano de 2017 e/ou não estavam com uma unidade fixa, sendo que 4 entraram no primeiro grupo e um no segundo grupo.

O gráfico 11, presente no APÊNDICE H, apresenta a taxa de respostas dos programas de residência de acordo com o número de preceptores que responderam e do total de preceptores do programa. A tabela do APÊNDICE G apresenta quais programas existentes no estado, além do número de vagas aprovadas e número de vagas ofertadas em 2017 (obtidas a partir da Coordenação e da CEREM-SP).

Devido a essa taxa de respostas, acredita-se que os resultados podem expressar uma visão dos programas, dos formadores, das escolhas individuais e do grupo que atua na área de preceptoria médica dos PRM – MFC do estado de São Paulo que respondeu à presente pesquisa. Deve ser dado destaque a esse aspecto sem desqualificar o presente estudo, no sentido de se ter claro que se pode admitir que quem respondeu pode representar programas de sucesso e de maior qualidade, mas esse é um possível viés desse tipo de abordagem metodológica de pesquisa. Por fim, acredita-se que, de toda maneira, ter os dados de cerca de 50% dos programas é algo bastante representativo para fins de uma pesquisa científica.

Como a pesquisa tem caráter quantitativo e qualitativo, o trabalho não apresenta todos os resultados nesse grupo, mas sim divide e apresenta os resultados e a discussão quantitativa primeiramente, e em um momento posterior são apresentados os resultados e discussão qualitativos dentro de um mesmo subitem (RESULTADOS E DISCUSSÃO QUALITATIVA). Por fim, o presente trabalho executa o cruzamento dessas duas informações em um terceiro subitem, o CRUZAMENTO DE DADOS, sempre correlacionando as informações à literatura já existente, apesar deste ser um trabalho inédito em sua construção.

Os resultados dos questionários do Coordenador também estão descritos e discutidos em separado.

7.1. O preceptor

Como dito na metodologia, os resultados quantitativos foram divididos nos seguintes grupos de estudo, para aproximar as informações presentes no questionário:

1. Características gerais: 6 questões;
2. Informações sobre a atividade atual: 7 questões;
3. Formação complementar: 4 questões;
4. Sentimentos em relação a preceptoria: 2 questões;
5. Formação na graduação: 2 questões (destaque sobre APS e destaque sobre formação/educação médica).

7.1.1. Características gerais

Como relatado acima, nesse grupo estão inseridas seis questões, de cunho geral, para compreender quem é a pessoa que está respondendo o questionário, através das informações sobre idade, sexo, tempo de formação, se atuou antes de

Resposta	Número de pessoas (n)	%
Masculino	32	48
Feminino	35	52
Total	67	100

ser preceptor e por quanto tempo e há quanto tempo vem trabalhando como preceptor de residência médica total.

Sexo

A primeira apresentação demonstra o sexo dos preceptores que responderam o questionário, com valores muito próximos entre si, demonstrando que não há diferença de sexo dos preceptores

Tabela 1 - Sexo dos preceptores da residência médica em MFC segundo número absoluto e porcentagem, São Paulo, 2019

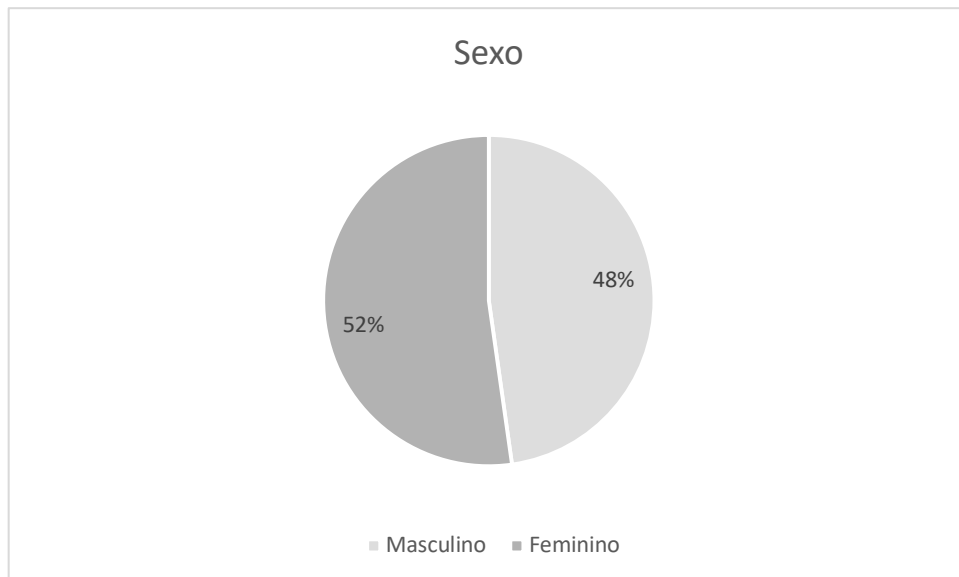


Gráfico 2 - Sexo dos preceptores da residência médica em MFC, São Paulo, 2019

Idade

A seguir é apresentada a distribuição da idade dos profissionais, com intervalo de 27 a 62 anos, com uma mediana de 37 anos:

Tabela 2 - Idade dos preceptores da residência médica em MFC, indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo, da residência médica em MFC, São Paulo, 2019

	Tempo (anos)
Média	37,6
Mediana	37
Intervalo interquartil (1-3)	32 - 40
Mínimo e Máximo	27 e 62

Tempo de formado

A tabela 3 demonstra há quanto tempo os profissionais estão formados, variando de 4 a 33 anos, com mediana de 12 anos:

Tabela 3 - Tempo de formado dos preceptores da residência médica em MFC indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo. São Paulo, 2019

	Tempo (anos)
Média	12,95
Mediana	12
Intervalo interquartil (1 e 3)	7 - 16
Mínimo e Máximo	4 e 33

Trabalhou como Médico de Família e Comunidade antes de ser Preceptor

O objetivo desta questão é conhecer se o preceptor de residência médica já trabalhou como médico de família e comunidade ou como médico antes de assumir o cargo de preceptor da residência médica. Essa é uma condição obrigatória em alguns países, como será discutido mais abaixo:

Tabela 4 - Trabalhou como médico de família anteriormente, número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019

Resposta	Número de pessoas (n)	%
Sim	56	73
Não	21	27
Total	67	100

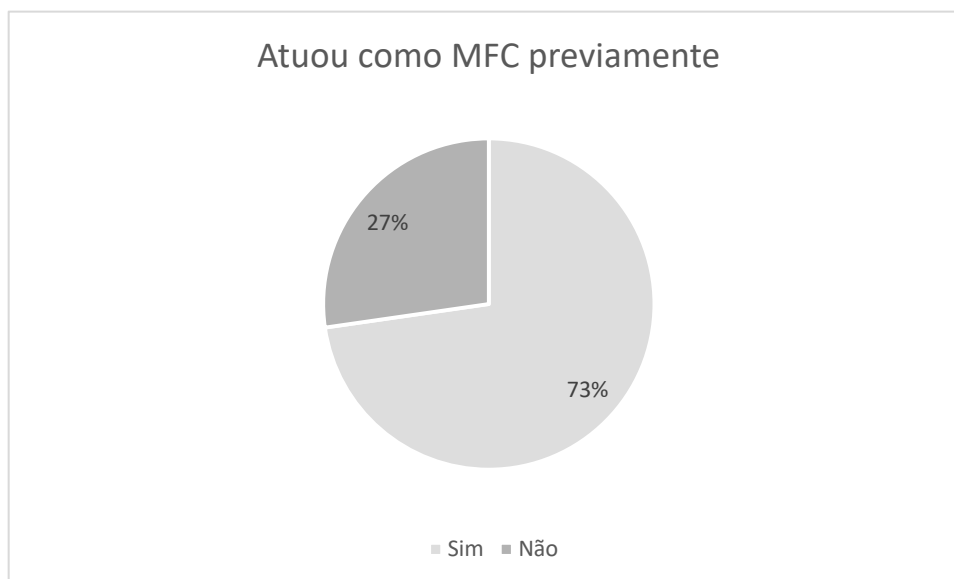


Gráfico 3 - Atuação como médico de família e comunidade anteriormente, porcentagem. São Paulo, 2019

Tempo de atuação antes de ser preceptor

Esse resultado representa apenas o grupo de pessoas que atuaram como MFC antes (56 pessoas – 71% do total). As respostas estão expressas em meses.

Tabela 5 - Tempo de atuação antes da preceptoría, indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo. São Paulo, 2019

	meses
Média	78,9
Mediana	60
Interquartil 1-3	28,5 – 126
Mínimo e Máximo	4 – 228

O resultado está apresentado também na forma de histograma para demonstrar que essa população apresenta, como visto no intervalo interquartil de 25-75%, sua distribuição sem um pico, mas com uma distribuição não uniforme também, de forma bimodal (até 2 anos e igual ou maior a 10 anos).

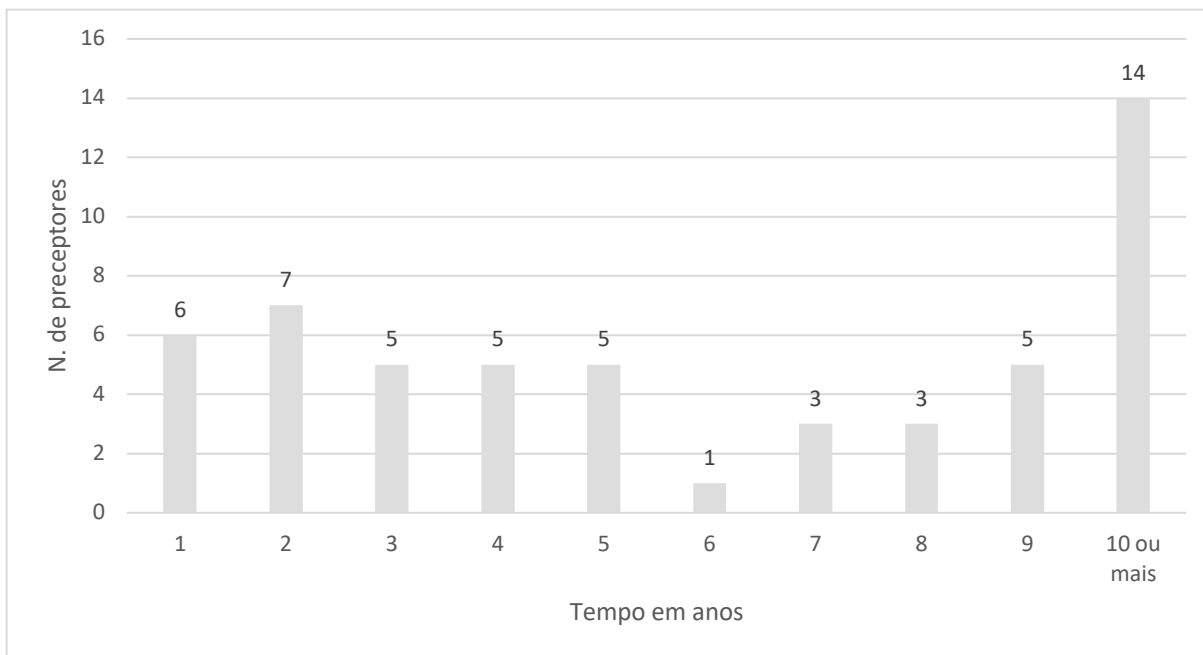


Gráfico 4 - Histograma do tempo de preceptoría no eixo das abscissas e o número de preceptores nas ordenadas. São Paulo, 2019

Tempo em meses trabalhando como preceptor de residência médica (não necessariamente no atual programa)

Dentro do grupo de respostas dessa pergunta, tem-se como objetivo conhecer há quanto tempo (no total) os preceptores estão atuando nessa função (somando o atual serviço com os anteriores, sejam eles dentro de PRM – MFC ou não). Uma resposta foi eliminada dentro desse grupo pois respondeu como zero meses atuando em 2017. As respostas estão expressas em meses.

Tabela 6 - Tempo de preceptoría no atual programa, indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo. São Paulo, 2019

	meses
Média	38,2
Mediana	24
Interquartil 1-3	12 – 48
Mínimo e Máximo	2 – 276

7.1.2. A atual atividade em preceptoria

Esse grupo de perguntas traz informações sobre o atual momento do preceptor, a fim de conhecer um pouco de como é sua atividade atual. Para tal, foram desenvolvidas 7 questões versando sobre qual programa atua, tipo de vínculo do programa, se recebe bolsa de preceptoria e se essa bolsa foi importante para a escolha de ser preceptor, tempo atuando no atual programa, número de residentes em 2017 e se atua com a graduação. Não está presente a questão 5 (qual o programa em que atua) pois a informação já havia sido coletada e disponibilizada no APÊNDICE H.

Tempo de atuação nesse programa

Essa primeira questão é diferente da anterior (tempo de atuação total) porque aqui se busca a informação do tempo que esse profissional está presente no atual programa que trabalha. Novamente nessa análise foi eliminado o profissional que declara estar há zero meses no programa.

Tabela 7 - Tempo de atuação (total) no programa, indicando média, mediana, interquartil 1 e 3, mínimo e máximo. São Paulo, 2019

	meses
Média	33,4
Mediana	24
Interquartil 1 - 3	10,75 - 42
Mínimo e Máximo	2 – 120

Novamente, é apresentada em histograma a informação para complementar o que é apresentado em mediana e interquartil. No histograma é possível verificar uma tendência para preceptores jovens de tempo de atuação nos programas, entre 12-24 meses.

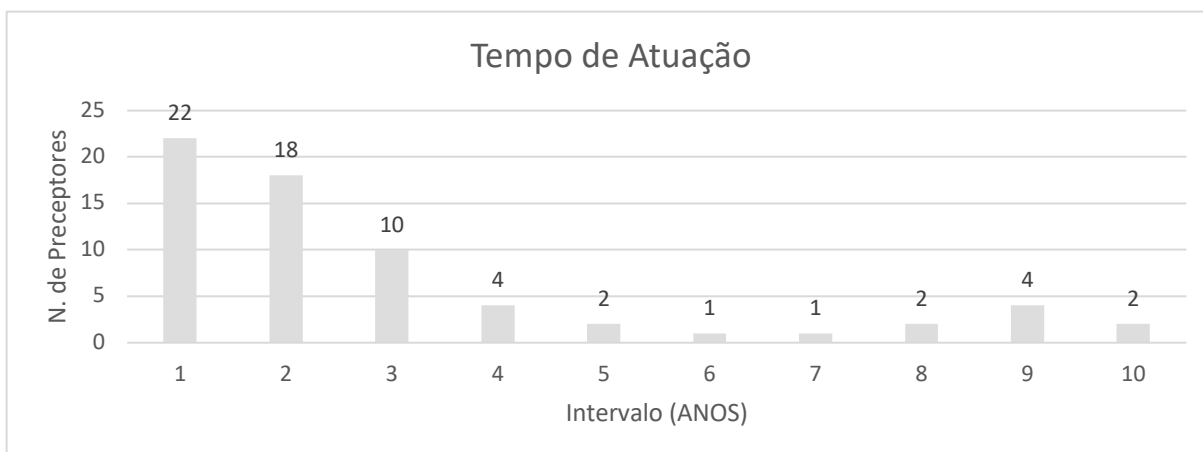


Gráfico 5 - Histograma do tempo de atuação do médico no atual programa. São Paulo, 2019

Vínculo do Programa

O objetivo dessa questão é compreender se o preceptor conhece o tipo de vínculo do PRM – MFC em que ele atua: acadêmico (universitário), em Rede de Atenção à Saúde (residências vinculadas às secretarias de saúde) ou se desconhece tal informação.

Tabela 8 - Tipo de vínculo do programa, observado pelo preceptor. Resposta em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019

Resposta	Número de pessoas (n)	%
Acadêmico	23	34%
Em Rede	43	64%
Desconheço	1	2%
Total	67	100

Recebe Bolsa de Preceptor e o incentivo da bolsa o fez escolher seguir a carreira de preceptor

Essa questão vem para investigar se os PRM – MFC estão fazendo pagamento adicional (bolsa de preceptor) aos profissionais e, também, para identificar se esse valor foi um influenciador para a escolha profissional daqueles que responderam positivamente (apenas os que responderam sim na pergunta anterior responderam à questão da escolha, equivalendo a 22 pessoas). A essa segunda questão não foram todos os preceptores que responderam, sendo que 2 optaram por não responder.

Tabela 9 - Recebe bolsa de preceptoría como complemento, número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019

Recebe Bolsa de Preceptoría	Número absoluto (n)	%
Sim	22	33%
Não	45	67%
Total	67	100

Tabela 10 - A bolsa de preceptoría incentivou a ser esse profissional, em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019

Esse incentivo o fez escolher	Número absoluto (n)	%
Sim	6	30
Não	11	55
Talvez	3	15
Total	20	100

Número de residentes (do primeiro e segundo ano) sob tutela do preceptor em 2017

Dentro do grupo de pessoas que respondeu a essa questão há um preceptor que não é fixo em nenhuma unidade, mas trabalha como folguista, ou seja, ele cobre as férias, folgas, licenças e faltas dos outros preceptores. Devido a essa característica, esse profissional respondeu que acompanhou 24 residentes em 2017. A fim de diminuir o viés nas respostas, esse profissional foi eliminado nessa análise em específico.

Tabela 11 - Número total de residentes médicos em 2017 assistidos pelos preceptores. São Paulo, 2019

	Número de residentes
Média	3,03
Mediana	2
Interquartil 1 - 3	2 - 4
Mínimo e Máximo	1 - 9

Atua também com a graduação

Esse questionamento versa para saber se o preceptor, além de atuar no PRM – MFC, trabalha com a graduação, pois esse fator pode influenciar no tempo de preceptoría entre os diversos personagens na unidade:

Tabela 12 – O preceptor atua também com a graduação em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019

Atua com a graduação	Número absoluto (n)	%
Sim	45	67
Não	22	33
Total	67	100

7.1.3. A formação do preceptor

Esse grupo de questões que segue no GRUPAMENTO 3 tem como objetivo elucidar se os preceptores realizaram alguma formação complementar, e se sim, qual/quais foram. Para tal, o grupo está dividido em 4 questões que trazem à luz as seguintes dúvidas: formação em preceptoria, se realizou residência médica e/ou especialização e se está realizando ou já realizou mestrado e/ou doutorado.

Formação em residência ou especialização complementar à graduação

Esse primeiro grupo é para conhecer se o preceptor tem formação complementar à graduação, podendo ser:

- 1- Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC)
- 2- Curso de Especialização em MFC (EMFC)
- 3- Titulado pela Prova de Título de Especialista em MFC pela SBMFC (TEMFC) - esse grupo de pessoas foi dividido em profissionais COM residência em MFC e com título e profissionais SEM residência em MFC e com título.
- 4- Outras residências médicas (Outra RM)
- 5- Outras especializações (E outra)
- 6- Sem formação complementar (Nenhuma)

Importante reforçar que é considerado Médico de Família e Comunidade profissionais que fizeram residência médica em MFC OU profissionais titulados pela SBMFC.

Residência e especialização

Essa questão tem como foco conhecer quais as formações que o profissional possui.

Tabela 13 - Formação complementar do preceptor por número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019

Formação	N (preceptores)	%
Residência médica em MFC (RMMFC)	38	56,7
Especialização em MFC (EMFC)	18	26,8
Outra residência que não MFC (Outra RM)	4	5,9
Outra especialização (E outra)	12	20,3
Nenhuma formação adicional (Nenhuma)	2	2,9%
Preceptores com título de especialista pela SBMFC / AMB (TEMFC)	26 / 9*	38,8% / 13,4%
Médicos de Família e Comunidade	47	70,1%
Total	67	100

*São 26 profissionais titulados pela SBMFC, mas 9 que não tem residência em MFC.

Formação complementar

Nessa questão investigou-se quais as outras formações que os preceptores têm, sejam elas em formato de especialização ou residência médica a fim de conhecer quais os cursos adicionais realizados pelos entrevistados.

Especialização	Residência
Medicina Tradicional Chinesa (1)	Ginecologia e Obstetrícia (1)
Educação médica (1)	Medicina Interna (1)
Nutrologia (1)	Pneumologia (1)
Perícia Médica (2)	Cirurgia Geral e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (1)
Terapia Familiar (1)	
Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (1)	
Administração Hospitalar (1)	
Psiquiatria (2)	
Acupuntura (2)	
Homeopatia (1)	
Gestão em Saúde (1)	
Cuidados Paliativos (2)	
Dermatologia (2)	

Quadro 3 - Outras formações complementares dos preceptores. São Paulo, 2019

Cursos de preceptoría

Essa questão objetivou conhecer se os preceptores estão realizando alguma atividade formativa específica para a educação de adultos, separados nos cursos de Especialização em Preceptoría do SL, Formação em Preceptoría do HAOC (esses 2 primeiros vinculados ao PROADI-SUS), Euract Nível 1 - EN1 (curso pago pelo participante), curso específico da SBMFC, curso específico da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), outros cursos formativos (resposta livre que não abordaremos com detalhes ao longo do texto) ou nenhum curso.

Tabela 14 - Formação em preceptoria dos preceptores. São Paulo, 2019

Curso	Total de preceptores	Unicamente esse curso	Total de preceptores (%)	Unicamente esse curso (%)
SL	16	6	23,8	8,9
HAOC	30	18	44,77	26,8
EN1	24	10	36,17	14,9
SBMFC	6	1	8,9	1,4
ABEM	1	0	1,4	0
Outros	9	2	13,4	2,9
Nenhum	12	0	17,9	
Total	67	37	100	82,1

Mestrado e Doutorado

A última questão desse grupo de perguntas é sobre formação *strictu sensu*, ou seja, mestrado e doutorado. O grupo possui 20 pessoas com a formação em andamento ou completa nesses campos (29,8%), sendo nove preceptores com mestrado completo (13,4%), oito com mestrado em andamento (11,9%), um doutorado completo (1,4%) e dois doutorados em andamento (2,9%).

As áreas de atuação / estudo são as seguintes:

Saúde Coletiva (7 pessoas)

Demografia (1 pessoa)

Saúde coletiva, políticas públicas e gestão (1 pessoa)

Educação Médica (1 pessoa)

Saúde da Família (2 pessoas)

Gestão e Saúde coletiva (1 pessoa)

Engenharia Biomédica (1 pessoa)

Dermatologia (1 pessoa)

Tecnologias Educacionais em Saúde (1 pessoa)

Nutrologia (1 pessoa)

7.1.4. Sentimento na atividade como preceptor

As duas questões nesse grupo são de extrema importância porque trazem, a partir de uma Escala Likert (1-10), a mensuração sobre a satisfação e a dificuldade que os preceptores estão encontrando em realizar suas atividades.

Satisfação e dificuldade em ser preceptor

Esse primeiro grupo de respostas traz o resultado de todos os preceptores.

Satisfação

Na satisfação, os valores de 0-3 significam que os preceptores **não tem** satisfação no desempenho das suas funções, de 8-10 que **estão satisfeitos**, sendo o intermediário 4-7 marcador de indiferença neste quesito.

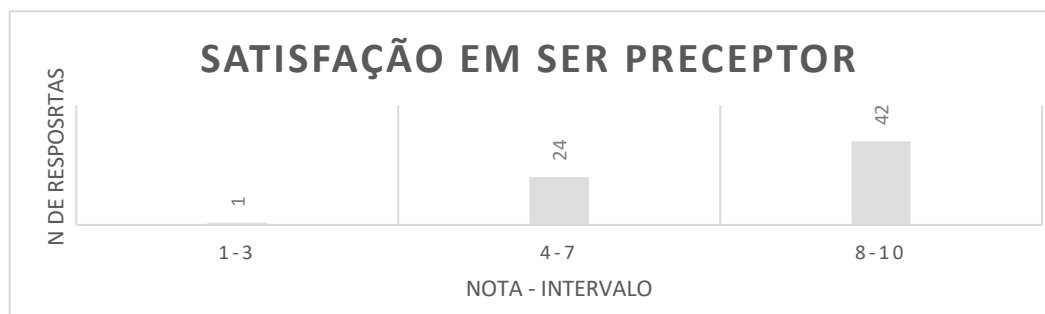


Gráfico 6 - Satisfação em ser preceptor. São Paulo, 2019

Dificuldade

Na dificuldade, os valores de 0-3 significam que os preceptores **não tem** dificuldade na realização de suas funções, de 8-10 que **apresentam dificuldade**, sendo o intermediário 4-7 marcador de dificuldade moderada.

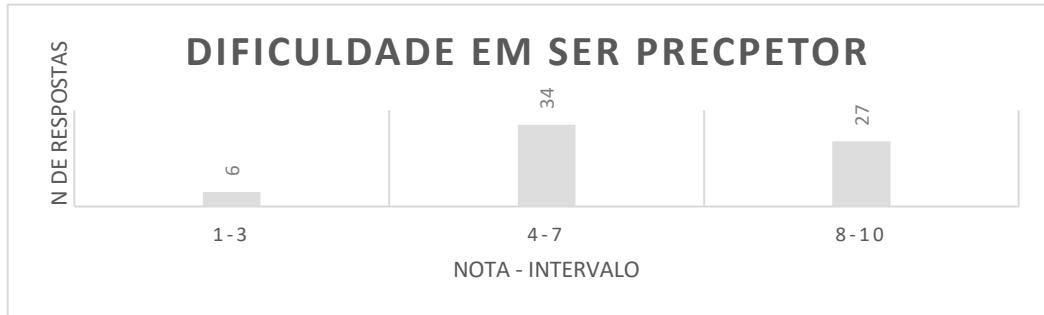


Gráfico 7 - Dificuldade em ser preceptor. São Paulo, 2019

Satisfação e dificuldade da mesma pessoa

Nesse momento, são cruzadas as duas informações, organizando-as em 3 grupos diferentes, que são:

Pessoas muito satisfeitas com seu trabalho (8-10) e que sentem bastante dificuldade em serem preceptores (8-10), pessoas insatisfeitas com o serviço prestado (1-3) e com dificuldade em realizá-lo (8-10) e pessoas muito satisfeitas (8-10) e sem dificuldades aparentes (1-3).

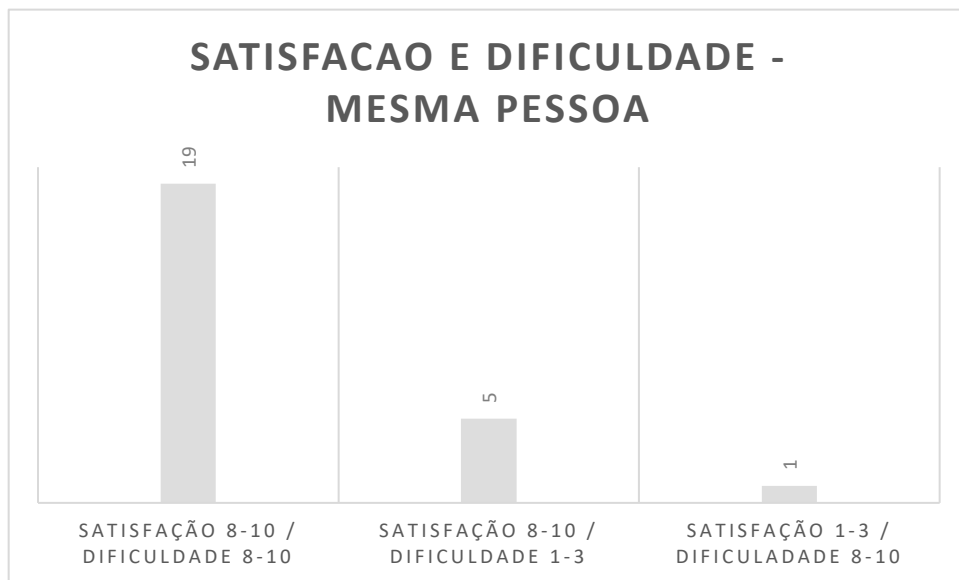


Gráfico 8 - Satisfação e dificuldade avaliada na mesma pessoa. São Paulo, 2019

Profissionais sem formação em preceptoria

Esse tópico se destina a verificar apenas as respostas dos 12 profissionais que não têm nenhum curso de preceptoria. As respostas são apresentadas em 3 grupos de notas dentro da dificuldade e satisfação, da mesma forma que foi representado para todos os preceptores.

Satisfação

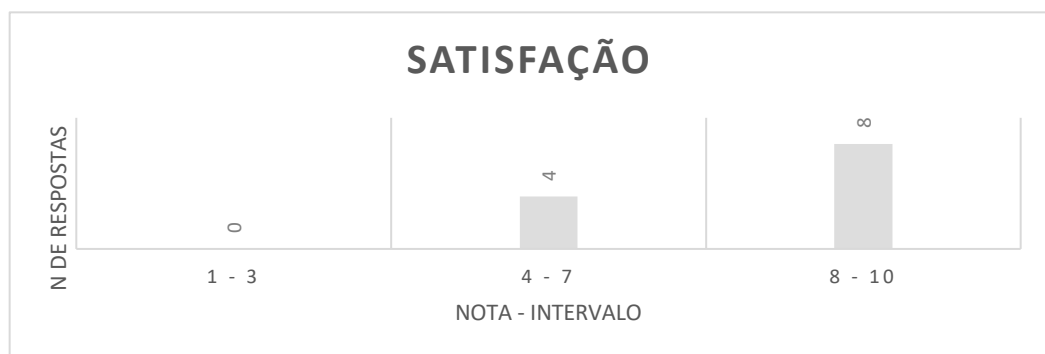


Gráfico 9 - Satisfação em ser preceptor dos profissionais sem formação complementar em preceptoria. São Paulo, 2019

Dificuldade

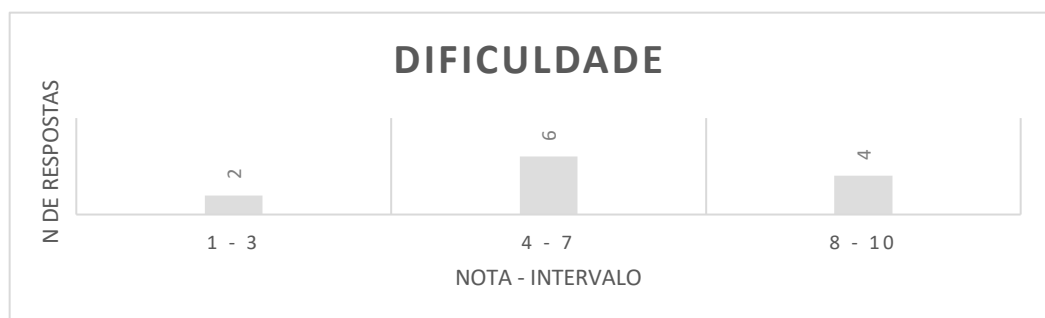


Gráfico 10 - Dificuldade em ser preceptor dos profissionais sem formação complementar em preceptoria. São Paulo, 2019

7.1.5. Atividades que ocorreram na graduação

As duas últimas questões fechadas do questionário versam sobre as atividades que ocorreram durante a graduação do preceptor. Avalia-se se o preceptor, durante esse período, teve contato com educação para o ensino superior e se em sua formação teve algum destaque para atuação na APS.

Tópicos de educação para Ensino Superior

A tabela a seguir traz o número de preceptores que tiveram temas sobre educação para o ensino superior durante sua graduação:

Tabela 15 - Destaque durante a graduação para o ensino superior, em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019

Resposta	Número absoluto (n)	%
Sim	9	13
Não	58	87
Total	67	100%

Destaque na APS

A questão a seguir evidencia o número de preceptores que tiveram temas sobre atenção primária durante sua graduação em medicina.

Tabela 16 - Destaque durante a graduação para a APS, em número absoluto e porcentagem. São Paulo, 2019

Resposta	Número absoluto (n)	%
Sim	29	43
Não	38	57
Total	67	100

Como explicitado anteriormente, a fim de organizar melhor os resultados e a apresentação da discussão dos mesmos, optou-se por dividir os resultados e discussão do preceptor em três itens diferentes: resultados e discussão quantitativa, resultados e discussão qualitativa e o cruzamento das matrizes de resposta (cruzamento de dados). Assim, nesse momento todos os dados apresentados acima serão discutidos à luz da atual literatura sobre o tema.

Em relação a taxa de respostas, 50% de preceptores e 58% de Coordenadores participantes desta pesquisa é um número considerado satisfatório pela literatura internacional e também apresenta valores semelhantes e maiores em relação a outras pesquisas na área de preceptoría e dentro do campo da medicina de família e comunidade com a metodologia de questionários eletrônicos. (AGUIAR, 2017; DROWOS *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017). Com isso, o objetivo foi atingido na medida em que a coleta de dados desta pesquisa possibilitou proceder a caracterização os preceptores do estado de São Paulo.

Além do mais, foi atingido um número considerável de PRM – MFC, 27 programas em 46 do total – 58%, sendo que 11 são programas da Grande São Paulo (capital e região do ABC) e 16 programas do interior do estado. É importante ressaltar que as respostas não ficaram mais condensadas na área da Grande São Paulo, região com maior número de vagas e preceptores do estado (73 preceptores, ou seja 54% do total do estado). Com isso, conclui-se que a taxa de respostas e sua distribuição é factível de análise e com representatividade geográfica.

O perfil dos preceptores em relação a sexo e idade é condizente com o encontrado na literatura de preceptoría e de MFC, com um número maior de mulheres em relação a homens (no presente trabalho essa taxa foi de 52 e 48% respectivamente, o que evidencia uma diferença sutil) e adultos jovens (entre 32–40 anos, como encontrado nesse trabalho). (AGUIAR, 2017; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017). Esses valores são semelhantes ao perfil demográfico do MFC no Brasil, que apresenta uma média de idade de 42,8 anos e 57,1% de pessoas do sexo feminino atuando nessa área.

Essa é uma característica discrepante do PRM – MFC da Espanha e também dos Estados Unidos, como bem documentado por Aguiar (2017) e por

Latessa (2013), em que o preceptor nesses países é em sua maioria do sexo feminino, 57%, mas tem mais de 51 anos (63,2% dos preceptores na província de Andaluzia). Isso demonstra que, apesar de o programa de residência médica ser antigo no Brasil, datado de 1976, e o da Espanha de 1978, ainda apresentamos muitos médicos de família e comunidade jovens como formadores de novos médicos na área (AGUIAR, 2017). Já nos Estados Unidos, 68% é homem e 78,5% acima dos 40 anos. Essa discrepância de idade poderia levar a uma diferença da forma de cuidar e ensinar?

Para tentar responder tal questão, vamos nos deter nas informações subsequentes encontradas nessa pesquisa: a mediana do tempo de formado é de 12 anos, com intervalo interquartil de 7–16 anos, sendo que 73% dos entrevistados atuaram com médicos de família e comunidade antes de assumirem o cargo de preceptoria, com uma mediana de tempo de 60 meses (28,5 – 126 meses de intervalo interquartil).

Quando buscado na literatura sobre o perfil ideal do preceptor em MFC, há um artigo bastante interessante da Revista Portuguesa de Clínica Geral, produzido por Carvalho e colaboradores. Ele traz pré-requisitos de um bom preceptor, sendo um deles o médico ter um tempo de atuação clínico prévio de pelo menos 3 anos (CARVALHO; VENTURA; BARROSO, 2004).

Este número está contemplado na mediana de nosso trabalho, pois 60 meses correspondem a 5 anos. Mas ao mesmo tempo, os resultados trouxeram 19% de profissionais com menos de 36 meses atuando como médicos de família antes do início da preceptoria e 21 profissionais (27%) que não tiveram atuação em preceptoria. Com isso, 46% das pessoas que responderam não preenchem um dos pré-requisitos elencados pela literatura portuguesa. Nossos dados são semelhantes aos encontrados nos programas da cidade do Rio de Janeiro por Castells *et al.* (2016)

Por fim, como última pergunta caracterizadora dos preceptores, indaga-se há quanto tempo o profissional atua nessa função (não necessariamente no atual programa). Essa é uma informação relevante também para caracterizar a experiência do profissional atuando como preceptor. A mediana foi de 24 meses, variando de 12–48 meses. Esses são valores maiores que os encontrados por Castells no Rio de Janeiro (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016), mas semelhantes a Aguiar (2017),

obra em que o tempo médio de preceptoria no Brasil é de 3 anos (no PRM – MFC). Um valor bastante inferior ao da Espanha, em que o tempo médio atuando como preceptor é de 5 anos ou mais em 92% das respostas (AGUIAR, 2017). Latessa (2013) evidencia que 55,6% dos preceptores têm mais de 15 anos de prática.

A hipótese para essa ocorrência seria porque os PRM – MFC no Brasil, apesar de serem datados do final dos anos 70, estão com uma expansão mais intensa a partir de 2013 com a promulgação da LMM. A partir desse momento há uma incorporação de novos profissionais, seja de idade, ou de tempo de atuação ou até em novos no serviço de preceptoria para atuar com esse papel. (BRASIL, 2013a; STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017). Já na Espanha, o sistema de saúde baseado na APS e na MFC já está bastante estruturado há mais de 20 anos. (AGUIAR, 2017)

Quando analisamos a atividade atual do preceptor, os dados evidenciam que o tempo de atuação no atual programa não é longo (mediana de 24 meses, com intervalo interquartil de 10,75 – 42 meses). O vínculo do programa é em Rede de Saúde (64%) e 67% não recebe bolsa de preceptoria. O preceptor tem em média 2 residentes (intervalo interquartil de 2 – 4) e 67% também recebe alunos de graduação.

Aguiar (2017) propõe um questionamento semelhante aos apresentados pelos preceptores do Brasil, com resultados de que 65% recebe alunos de graduação, com 38% recebendo de 3 a mais residentes, 74% vinculados a instituições de saúde (chamado de **em rede** pela nossa pesquisa).

Resultados semelhantes são encontrados na Espanha em relação a receber o número de residentes, país em que 82% dos preceptores recebem de 1 – 2 residentes, além de alunos de graduação (60% dos respondentes). Contudo, o tempo de vínculo institucional é mais longo, com 5 anos ou mais para mais de 95% dos entrevistados (AGUIAR, 2017).

Já Latessa (2013) afirma que a mediana de tempo como preceptor é de 10 anos entre seus resultados. Sua pesquisa é relevante porque ele propõe uma coorte não intencional, pois aplicou o mesmo questionário em 2005 e em 2011 nas mesmas áreas, percebendo que a 32% dos preceptores (nesse número estão incluídos todos os preceptores da APS – médicos, farmacêuticos, enfermeiros e assistentes médicos – especialidade não existente no Brasil) permaneceram no mesmo local de trabalho

nesse intervalo de tempo. Infelizmente, essa pesquisa foi realizada sem clarificar o número de aprendizes por intervalo de tempo.

Esses dados demonstram que em 3 países diferentes temos culturas de preceptoria bastante diversas. No Brasil, como já visto nos dados acima, os preceptores são mais jovens, com menos tempo de vínculo com a instituição e com uma maior variabilidade do número de residentes. Já na Espanha, os preceptores estão há mais tempo na mesma instituição, há mais tempo preceptorando e com um número menor de residentes. Por fim, nos Estados Unidos temos um resultado que fica entre o Brasil e a Espanha. A nossa pesquisa demonstra que o estado de São Paulo apresenta resultados muito semelhantes aos encontrados por Aguiar (2017) no Brasil nesse aspecto.

Tais aspectos são relevantes quando se discute Educação Médica. Primeiramente porque quanto maior o tempo em serviço, maior o conhecimento do médico de família e comunidade sobre sua área e sua população, pelo simples fato da característica do trabalho na APS: Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação do Cuidado, Competências Cultural, Familiar e Comunitária (STARFIELD, 2002). Isso permite que ocorra melhor manejo dos casos, demonstra ao residente a importância das características acima e evidencia maior “tempo de consultagem” como médico, sendo proposto pela Sociedade Portuguesa ao menos 3 anos de atuação prévia à preceptoria (CARVALHO; VENTURA; BARROSO, 2004).

Quanto ao número de residentes e graduandos, o maior número de profissionais em formação sob preceptoria de um médico pode levar à redução da individualização, do cuidado e do ensino do mesmo. O presente trabalho faz menção a essa afirmativa porque o adulto tem uma aprendizagem diferente da criança, necessitando que olhemos para ele problematizando sua formação (HEYRMAN, 2005).

Também é preciso identificar as competências que o futuro médico de família e comunidade precisa ter, abarcando os campos do conhecimento, habilidade e atitudes desejáveis. Em grandes grupos de aprendizagem, ou seja, com número elevado de residentes, muitas vezes eles adquirem mais conhecimentos que

habilidades e atitudes (HEYRMAN, 2005. Para tal, podemos rememorar a pirâmide de Miller (1990), apresentada neste trabalho sob o índice de Figura 6.

Considerando esta representação de aprendizado e geração de competências, o médico de família e comunidade não deve apenas saber o conhecimento, que é muitas vezes transmitido em aulas para grandes grupos, ou como apenas a discussão de caso de forma superficial (queixa – conduta), mas é preciso FAZER de forma correta.

Para conseguir atingir tal objetivo, seu formador, em nosso caso o preceptor, precisa estar junto, fornecer o aprendizado ombro-a-ombro, fazer conjuntamente com o aprendente, demonstrar como faz, observar se conseguiu replicar, seja em ambiente simulado (*role play* ou simulação realística) ou na prática real (observação direta da consulta, video gravação, dentre outras técnicas de ensino). Para atingir o topo da pirâmide, é preciso tempo, dedicação e um número de residentes que permita fazer tais atividades a contento e com qualidade. (BENGTSSON; CARLSON, 2015; CASTRO; HEYRMAN, 2005; JANTSCH, 2017; MILLER, 1990; WEITZEL; WALTERS; TAYLOR, 2012).



Figura 6 - Pirâmide de Miller. Adaptado de Miller, GE; 1990.

Por fim, perguntado se recebem algum auxílio ou bolsa para serem preceptores, a grande maioria afirmou que não tem incremento salarial para atuar como preceptor de residência médica (67%). Dos que responderam afirmativamente a essa pergunta, apenas 30% relataram objetivamente que esse valor fez diferença para escolher ser preceptor do programa.

Este dado pode ser comparado com a pesquisa de Drowos (2017), que evidencia que 65% dos preceptores de APS para a graduação não recebem auxílio no pagamento para atuar nessa função. Outro resultado interessante, que corrobora com esses dados, é encontrado na pesquisa de Latessa (2013), segundo a qual apenas 25% dos preceptores consideram receber um incremento salarial como uma razão de ser preceptor. Aguiar (2017) encontrou que na Espanha 0% dos preceptores tem como motivação o ganho extra, enquanto no Brasil 60,5% consideraram tal condição relevante.

Esses dados demonstram que, como discriminado mais abaixo, o médico de família e comunidade preceptor optou pela escolha de atuar dessa forma não apenas por questões salariais, mas também por outras crenças e objetivos. Isso será mais clarificado na discussão qualitativa, em que os preceptores trazem à tona essas questões, podendo inclusive, ser cruzada com as informações de Aguiar (2017) e Latessa (2013).

A partir deste momento, o presente trabalho aborda a discussão da formação desse profissional: residência, especialização, formação em educação e mestrado e doutorado.

Os resultados demonstram que 70,1% dos entrevistados são médicos de família e comunidade, ou seja, têm residência na área (56,7%) ou título de especialista na área sem a residência (13,4%). São dados surpreendentes de forma positiva, visto que a especialidade, apesar de antiga, apresenta baixa taxa de ocupação das residências médicas (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Isso pode corresponder à admissão de residentes recém-formados para os programas de residência, dado comprovado quando vistos o tempo de formado, tempo atuando na preceptoría e tempo atuando no atual programa. Esses dados estão discriminados e discutidos acima. Resta lembrar que 29% dos preceptores que

responderam ao questionário não tiveram atuação como médico de família antes do atual cargo, entrando nesse contingente de pessoas que logo assumiram o papel de formador, sem um período na assistência direta, condição que Carvalho (2004) classifica como não-ideal para um preceptor. No entanto, esta é uma informação que este trabalho não pode comparar com os demais estudos.

Praticamente a totalidade dos entrevistados (97%) tem alguma formação adicional (variando desde formações na área de gestão, administração e gestão de serviços, além de atividades mais hospitalocêntricas, como cirurgia de cabeça e pescoço, nutrologia, e campos de atuação como cuidados paliativos, perícia médica, estética, e atividades de cuidados complementares: homeopatia, acupuntura e medicina tradicional chinesa. Um dado muito positivo é que apenas dois profissionais atuantes não têm nenhuma formação complementar, ou seja, são médicos com a formação de graduação apenas, atuando na condição de formadores de especialistas. Portanto, temos 97,1% de profissionais com, pelo menos, especialização. Já dentre o mestrado e doutorado, são 20 preceptores ao todo que estão entre o mestrado em andamento e o doutorado completo. Isso corresponde a 29% dos profissionais.

Castells (2016) evidenciou em sua pesquisa que 13 preceptores (total de 15) tinham residência em MFC e 7 estavam com o mestrado em andamento, apesar de nenhum profissional estar cursando o doutorado naquele momento na cidade do Rio de Janeiro.

Esses dados podem ser comparados não apenas com os preceptores de outras pesquisas, mas também com os médicos de família e comunidade formados no estado de São Paulo. Isso porque Rodrigues (2017) demonstra que 99% dos médicos de família e comunidade têm alguma formação complementar, principalmente na medicina holística/práticas integrativas e complementares e gestão de saúde. Tal resultado é semelhante ao encontrado por nós e por Aguiar (2017), em que 98,9% tinham alguma formação complementar.

Fato interessante, pois quase todos os médicos de família e comunidade procuram por alguma formação complementar, principalmente formações em especialização em outras áreas ou áreas que permitam qualificar sua resolutividade (práticas integrativas e complementares, dermatologia) ou trabalhar em outros

campos de atuação, como perícia médica e gestão. Isso se deve pela residência ter a agenda incompleta? Pela busca de novos conhecimentos? Pela necessidade de atualização em outras áreas? Desejo de estar na docência / universidade? Resta pontuar que a resposta a tais questões poderá ser elucidada a partir de novos estudos.

Por fim, o presente trabalho optou por deixar em um parágrafo em separado o item que reflete sobre a formação em preceptoria (educação de adultos) dos preceptores em residência médica no ano de 2017. Ao todo 82,1% já tem pelo menos uma formação em preceptoria médica (55% um curso, 16% dois cursos e 28% 3 ou mais cursos). Os cursos mais realizados pelos médicos são do HAOC (44%), curso do SL (23%) e o EN1 (35%).

Os cursos do HAOC e do SL são cursos vinculados ao programa de qualificação da APS no Brasil, através da Lei 12.871/2013 e seus desdobramentos. (BRASIL, 2013a). As entidades estão vinculadas ao PROADI – SUS, como ferramentas de qualificar o Sistema Único de Saúde através de ensino e pesquisa. Além do mais, o curso do HAOC oferece uma bolsa de R\$6.000,00 (seis mil reais) aos médicos de família e comunidade que atuam como preceptores que realizarem o curso de duração de 6 meses. Já o curso do SL tem carga horária definida como curso de especialização médica, também oferecido gratuitamente.

Esses dados são essenciais para compreendermos por que há um número grande de preceptores que já realizaram essas atividades, considerando que 24 pessoas fizeram os dois cursos. Eles são oferecidos desde o ano de 2015, sendo o primeiro um curso na modalidade de Ensino a Distância, com um encontro presencial, e o segundo é presencial, com encontros mensais.

O EN1 é um curso chancelado pela SBMFC e pelo grupo EURACT Esse é um curso pago, presencial e de imersão, com duração de 3 dias. Já oferecido no Brasil desde o ano de 2010, ele é dividido em 3 níveis e mais um exclusivo sobre avaliação. O EN1 é o primeiro nível.

Por fim, outro número que chama a atenção dentro das respostas é que 28% dos entrevistados têm pelo menos 3 cursos diferentes de formação em preceptoria, o que corresponde a um valor alto de busca da excelência em educação médica.

Essa é uma informação nova dentro das pesquisas sobre preceptoria na área e sobre formação médica, pois não é encontrado em outras pesquisas tanto em âmbito nacional quanto em âmbito internacional. Fato interessante é que mais de 80% dos profissionais têm alguma formação em preceptoria, sendo capazes, em teoria, de lidarem com educação de adultos, utilizando metodologias e ferramentas ativas de avaliação do conhecimento, como proposto pelos cursos.

O quarto grupo com as respostas quantitativas objetiva conhecer se o profissional está satisfeito e/ou tem dificuldade em realizar suas atividades diárias. A avaliação foi realizada dentro do grupo de todos os preceptores e dentro do grupo de preceptores que não têm formação em educação de adultos.

Inicialmente são apresentados os resultados de satisfação. Esses resultados foram obtidos a partir de escala Likert, variando de 1 – insatisfeito a 10 – totalmente satisfeito. Felizmente, a maioria dos nossos preceptores está bastante satisfeita (notas de 8 – 10) com seu trabalho (42 preceptores), e 24 estão indiferentes ao trabalho (notas de 4 – 7).

Esse dado pode ser comparado pela pesquisa de Drowos (2017), encontrando 41% de preceptores satisfeitos com seu trabalho. Já em Latessa (2013) tem-se 91,7% muito satisfeitos e satisfeitos, e Aguiar (2017) apresenta que 82,3% de preceptores estão motivados com a preceptoria no Brasil. Os dados nacionais e internacionais corroboram o que encontramos na pesquisa, com 62% de pessoas satisfeitas com seu trabalho, um número que ficou entre Drowos e Aguiar. A razão disso será descrita nos resultados qualitativos.

Quanto à dificuldade em ser preceptor, não há em pesquisas anteriores uma avaliação como a realizada na dissertação, mas sim potenciais razões da dificuldade, que também serão apresentadas na análise qualitativa. As dificuldades foram pesquisadas em escala Likert, sendo as notas mais baixas relativas à condição de não ter dificuldade e mais altas para dificuldades maiores e extremas.

Tem-se, portanto, 40,2% (27 pessoas) dos preceptores com bastante dificuldade na sua atuação. Mas, de forma interessante, dos 27 com bastante dificuldade, 19 responderam que estão, ao mesmo tempo, muito satisfeitos com sua atuação (notas de 8 – 10) e apenas 1 pessoa tem altos índices de dificuldade e está

bastante desmotivada (nota de 1 – 3 em satisfação e 8 – 10 em dificuldade). Esse é um dado surpreendente porque, como senso comum, espera-se que as pessoas com dificuldade em realizar suas atividades profissionais estejam insatisfeitas, mas esta condição não foi endossada pelos resultados desta pesquisa (96,2% das pessoas com dificuldade ou estão indiferentes com a satisfação ou satisfeitas com o trabalho).

Por fim, ao analisar os profissionais sem formação em preceptoria médica, é esperado, na pré-análise e com pré-conceitos formados, que eles estivessem com maior dificuldade e menor satisfação em seu trabalho, o que não foi encontrado quando visto os resultados: 66,6% dos profissionais estão satisfeitos com seu trabalho e apenas 33,3% está com dificuldade em exercê-lo.

Claro que não é possível, a partir desses dados apenas, definir se o trabalho é realizado de forma adequada ou não e se a satisfação/dificuldade existe pela falta de conhecimento formal em técnicas de ensino ou não. Apenas é um dado bruto que demanda mais informações, de ordem qualitativa, para descrever melhor esse processo.

O último grupo de questões que foi elaborado objetiva para averiguar se há um perfil sobre a formação da graduação desse profissional. As duas perguntas que fazem parte dessa análise são se os preceptores tiveram alguma influência na graduação sobre APS e sobre educação. Importante destacar desde já que as “novas” DCNs da Medicina são de 2014, e essas diretrizes definem que 30% da carga horária do internato no curso de medicina deverá ser realizado, obrigatoriamente, na APS ou nos Serviços de Urgência e Emergência do SUS (Capítulo III, Artigo 24, parágrafo 2) (BRASIL, 2014). Esse dado é reforçado porque os preceptores avaliados são todos com formação anterior a essa diretriz.

Sendo assim, a maioria dos profissionais (57%) não teve em sua formação atividades que destacassem o que é a APS, mesmo assim hoje são atuantes nesse local e multiplicadores destas práticas. É interessante analisar esse dado sob a ótica de como é importante um formador capacitado em APS e em MFC na graduação como perpetuador das ideias, dos planos e como possível modelo para a graduação, permitindo que mais alunos sigam o mesmo caminho, como já destacado em literatura nacional e internacional. Resta lembrar, no contexto desta discussão, que bons

formadores são vistos como modelos e como responsáveis pela escolha dos alunos na especialidade (ALFERO; KAUFMAN, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2009; LEVY *et al.*, 2001; MCDONALD *et al.*, 2016; MELLO *et al.*, 2009; PFARRWALLER *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2017; ROHAN-MINJARES; STAGG *et al.*, 2012). Será que estamos atuando de forma adequada na graduação para atingir o objetivo de aumentar o número de médicos de família e comunidade, visto a alta taxa de vagas ociosas?

Por fim, a última questão objetiva investigar se os preceptores tiveram alguma ênfase em educação na sua graduação, com a resposta de que 87% das pessoas entrevistadas não tiveram essa experiência previamente. Essa informação é condizente com o encontrado em outros textos na literatura, contextos em que, muitas vezes, o processo de graduando para formador não é acompanhado de uma maturação, apresentação e formação desse profissional para atuar como tal (CARABETTA JÚNIOR, 2010; COSTA, 2010; MANOEL, 2012).

Para finalizar a análise de dados quantitativos de forma prática e visual, traça-se, a seguir, o perfil desse profissional pelo recorte dos dados obtidos. Imaginemos a personagem-padrão Ana Laura, de aproximadamente 37 anos, com 6 anos de formada e atuante em um programa de residência em rede de saúde. Antes de ser preceptora, atuou por 2 anos, e atua já também já há 2 anos no atual programa de residência. Tem formação em medicina de família e comunidade pela residência médica e um curso de preceptoria médica para melhorar a educação. Para ser mais resolutiva, realizou um curso de aprimoramento/especialização em medicina complementar. Sob sua tutela participam 2 residentes, sem que a profissional receba nenhuma bolsa adicional por isso. Além da residência, divide seu tempo com a docência na graduação (e recebe um incentivo financeiro para este fim). Ela é bastante satisfeita com seu trabalho, sendo indiferente em relação à dificuldade em ser preceptora. Em sua graduação não teve em sua formação disciplinas ou tópicos focados na APS ou destaques sobre ensino universitário.

8 OS DADOS QUALITATIVOS

Neste item do presente trabalho serão apresentados os resultados/discussão das respostas às questões abertas. Ao todo, 66 pessoas responderam ao questionário de forma completa, eliminando-se neste trabalho um dos preceptores na avaliação pois este deixou as questões em branco. O questionário foi construído com 7 questões abertas, cada uma com um objetivo específico, as quais podem ser conferidas no APÊNDICE A e abaixo ao longo do texto. A análise foi realizada pela técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016), com leituras sucessivas até atingir grandes núcleos do sentido e subnúcleos dos mesmos, sendo realizadas ao menos 6 leituras de cada resposta. Ao final foram construídas quatro categorias temáticas:

- 1- O que é ser Médico de Família e Comunidade.
- 2- O que é ser preceptor.
- 3- Recompensas e desafios de ser preceptor de residência médica.
- 4- Formação do Preceptor.

1- O que é ser Médico de Família e Comunidade.

Esse grupo foi construído a partir da 1ª questão: Pensando em sua atividade diária, o que é ser médico de família e comunidade para você? (Objetivo – compreender como o médico entende sua especialidade).

Iniciando a análise pela compreensão das respostas à presente indagação, tem-se uma questão chave e essencial em todo o processo de preceptoria porque são formados novos médicos de família e comunidade. Assim, se o preceptor tem clareza de seu papel e do papel de sua especialidade, ele consegue transmitir aos novos formandos o que é ser médico dessa especialidade.

As respostas foram classificadas em 4 grandes núcleos do sentido de acordo com suas características, e dentro desses núcleos existem diversos subnúcleos. Os quatro núcleos do sentido encontrados para responder essa questão são: **Princípios da Atenção Primária à Saúde**, proposto por Bárbara Starfield (2002); **Definição de Médico de Família e Comunidade**, por José Mauro Ceratti Lopes no Tratado de Medicina de Família e Comunidade (GUSSO; LOPES, DIAS, 2018); **Sistema Único de Saúde (SUS), Saúde Pública e Gestão em Saúde**; e **Outras Características**, que condensa informações não presentes nos campos do saber anteriores.

Dentro do primeiro núcleo do sentido, **Os Princípios da Atenção Primária à Saúde**, foi possível reconhecer os sete princípios da APS descritos pela autora (STARFIELD, 2002) em sua obra. Resta pontuar que todos os princípios foram trazidos por mais de um entrevistado. Abaixo estão exemplos retirados do material de análise deste trabalho:

Princípio da APS	Resposta do entrevistado
Integralidade	ser cuidador da pessoa nas suas diferentes questões de saúde (p3);
Longitudinalidade	atendendo quase a mesma população ao longo de vários anos (p46)
Primeiro Contato	Para mim é fazer medicina de primeiro contato (p2);
Coordenador do Cuidado	médico responsável pelo cuidado das pessoas ao longo do tempo, que coordena o cuidado (p4);
Competência Familiar	com tempo para conhecer as famílias assim como os diagnósticos (p10)
Competência Cultural	É entender valores, crenças, respeitando as diferenças (p42)
Competência Comunitária	saber como é sua realidade, conhecer o local onde vive, as pessoas com que se relacionam e utilizar essas informações para o bem de sua saúde e melhorar o cuidado (p16)

Quadro 4 - Respostas dos preceptores vinculadas ao primeiro núcleo - MFC e APS. São Paulo, 2019

O segundo núcleo do sentido evidencia falas que foram analisadas como conteúdo dos **Princípios do Médico de Família e Comunidade**, descritos por Lopes em 2018 (GUSSO, LOPES, DIAS; 2018). Esse autor define como quatro as características essenciais da especialidade: clínico qualificado, que trabalha com uma população definida, focado na relação médico-paciente e que considera as características da comunidade em que está inserido. O quadro abaixo apresenta uma fala de cada subitem dos entrevistados como exemplo.

Características do MFC	Resposta dos entrevistados
Clínico Qualificado	Responsável por praticar um cuidado centrado nas pessoas, apropriado por uma clínica baseada em evidências e tecnologia leve de cuidado (p67)
População Definida	É ser um médico efetivamente comprometido com a saúde da população sob minha responsabilidade (p54)
Relação médico-pessoa	Atuar centrado na pessoa (p5)
Atuação na comunidade	Tornando-me especialista nas necessidades de saúde da minha população (p45)

Quadro 5 - Respostas agrupadas no núcleo 2 - Princípios da MFC por Lopes. São Paulo, 2019

O terceiro núcleo de conteúdo se refere a uma grande área de conhecimento / atuação que ficou sobreposta em diversas falas. O objetivo foi agrupar as diversas falas que trazem o MFC como o médico atuante no SUS e na saúde pública, fazendo assistência e gestão do sistema. Assim, esse núcleo foi subdividido em outros 2 subitens, **Saúde Pública / serviço público** e **Gestão da Unidade/de serviços** (CAMPOS, 2005; CAMPOS; GUERRERO, 2008; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; MELLO *et al.*, 2009;). São apresentados exemplos para os dois núcleos no quadro abaixo:

Saúde Pública e Gestão	Fala dos entrevistados
Saúde Pública / Serviço Público	Praticar a Medicina Geral num cenário de porta de entrada do sistema público de saúde (p46)
Gestão de Unidade / de serviço	Satisfação profissional com uma pitada de estresse relacionado a pressão da população, dificuldade de administração da equipe e falta de infraestrutura mínima para o bom andamento do serviço diário (p56)

Quadro 6 - MFC como atuante no SUS e na gestão. São Paulo, 2019

Por fim, o quarto núcleo de conteúdo encontrado é uma miscelânea com o agrupamento de diversas falas que não foi possível enquadrar nas classes anteriores. Mesmo assim, estas apresentam semelhanças entre as diferentes pessoas. Não são apresentadas todas as respostas nesse momento, mas apenas as mais relevantes para o contexto desta pesquisa. Algumas outras aparecerão ao longo das outras questões (como por exemplo resiliências, dificuldades e atualização clínica).

Fato interessante desse grupo é que os profissionais se apoiam em ferramentas da APS e da ESF, como trabalhar em equipe (CAMPOS; GUERRERO, 2011), questões pessoais propriamente ditas (MELLO *et al.*, 2009), e em como serem realizados em seus trabalhos. Além disso, são profissionais fortemente embasados na clínica de promoção de saúde e prevenção de doenças (CAMPOS, 2005; GUSSO; LOPES; CHAVES, 2018; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010) e por fim lidam com incertezas, com a dúvida, com sintomas inexplicáveis na prática médica, exigindo,

além do conhecimento técnico, habilidades de relacionamento interpessoal (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; STEWART *et al.*, 2010).

Outros	Resultados dos entrevistados
Trabalho multiprofissional / em equipe	Realizo um trabalho integrativo com os demais profissionais da minha equipe (p15)
Promoção e Prevenção	Atuar na prevenção do processo saúde enfermidade no geral (p51)
Realização	É uma escolha que me satisfaz pessoal e profissionalmente (p14)
Lidar com incertezas	Numa postura quase de humildade de perceber que a medicina ocidental e suas tecnologias não dão conta de tudo nem são a melhor opção para todas as queixas (p1)

Quadro 7 - MFC inserida em outros campos do conhecimento. São Paulo, 2019

Dentro das 66 respostas, lembrando que uma foi excluída da avaliação por estar incompleta para fins desta pesquisa, não se conseguiu perceber uma uniformidade de respostas, mas sim várias leituras diferentes da especialidade em estudo. Isso não é exclusivo dos preceptores, mas também da especialidade Medicina de Família e Comunidade, porque existe mais de uma definição, ou mais de um autor buscando definir a especialidade. Todas elas se inter-relacionam de uma forma ou de outra, com pontos em comum e algumas divergências, o que pode gerar essa discrepância de vivências, experiências e definições dos próprios preceptores (ALLEN *et al.*, 2002; ARIAS-CASTILLO, 2010; FALK, 2005; GUSSO; LOPES, CHAVES, 2018; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

O que ficou mais marcado na leitura foi compreender na fala de muitos entrevistados que MFC é uma área exclusiva da APS, confundindo o que é característico de um modelo de assistência: modelo da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2002), que pode ser realizado não apenas por MFC, mas preferencialmente por ele. Acredita-se ser importante para o preceptor conseguir conhecer a especialidade MFC e o campo de atuação APS, inclusive porque o MFC não está apenas na APS e a APS não é exclusividade do MFC, como dito acima.

E trabalhar com competências que incluem aspectos clínicos, comunitários e familiares.

(p8)

Atender as pessoas em todas as suas fases de vida

(p20)

Atendendo a todas as faixas etárias, atuando no nível preventivo e curativo e nas diferentes necessidades que podem haver destas pessoas

(p27)

É resolver grande parte das demandas mais frequentes em uma comunidade

(p29)

Outro ponto bastante marcante foi a sobreposição de Sistema de Saúde e Gestão em Saúde (SUS no Brasil) com a especialidade. Essa característica, como dito, já foi representada em outros trabalhos aqui no Brasil e fora também, tanto de forma qualitativa quanto quantitativa (CASTELLS, CAMPOS; ROMANO, 2016; KIDD, 2016; MACINKO; HARRIS, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2017). É inegável a contribuição do MFC para fortalecer a saúde e a APS, contudo, cada vez mais a Saúde Suplementar no Brasil está absorvendo os MFC, fortalecendo um modelo de APS na Saúde Suplementar (BRASIL, 2018). Ter esse conhecimento e aceitá-lo faz parte de ser MFC na atualidade, contexto em que o Sistema Público é apenas uma das possibilidades dos futuros MFC.

Também com muita clareza perceber os determinantes sociais de doença, orientar isso aos pacientes e colegas, e não permitir que tua prática sirva de medicalização da pobreza.

(p1)

É dedicar-se à sua população e sua equipe sem ser valorizado pelo governo, nosso empregador que nem vínculo quer ter conosco, mantendo relações trabalhistas e salários vergonhosos

(p25)

acreditar na saúde pública apesar de todas as dificuldades.

(p36)

Praticar a Medicina Geral num cenário de porta de entrada do sistema público de saúde

(p46)

Pessoalmente, a caracterização que mais me contempla, considerando que também sou médico de família é comunidade é do preceptor 20: **ser cuidador de pessoas**

Como forma de transformar a palavra em imagem, foi criada uma nuvem de palavras (figura 7) a partir das respostas da primeira questão:



Figura 7 - Nuvem de palavras a partir das respostas dos preceptores d'O que é ser MFC para você? São Paulo, 2019. Fonte: autor.

2- O que é ser preceptor

Esse grupo é compreendido pelas questões número dois e três do questionário:

- a) Questão 2: O que é ser preceptor do programa de residência para você, a partir do seu dia-a-dia? (Objetivo – entender o que o preceptor entende como sua função);
- b) Questão 3: Conte-me o que você faz como preceptor, como é seu dia-a-dia? (Objetivo – conhecer a dinâmica de trabalho do preceptor).

A análise dessas duas questões demandou bastante tempo e esforço, pois foram as que mais respostas diferentes e complementares tiveram entre os participantes. O objetivo de agrupar as questões em um conjunto só foi possível após sucessivas leituras e percepção de que ambas tratavam sobre processo de trabalho e a visão do trabalho do preceptor de forma diferente e complementar. Ao final, foram atingidos 4 núcleos do sentido: **processo de trabalho direto com o residente; acolher, formar e transformar; gestão da unidade** (novamente) e **outras falas interessantes**. Dentro desses 4 núcleos as respostas foram ainda divididas em 17 subitens explícitos. Abaixo são apresentadas a descrição e fala dos entrevistados, juntamente com uma ou duas falas exemplificativas:

Processo de trabalho direto com o residente		
	<i>Organizar, oferecer caminhos, trilhos, orientações, direções.</i>	É um profissional com competência clínica e pedagógica que acompanha o residente/estudante no cenário de prática visando seu desenvolvimento profissional... orienta caminhos para o desenvolvimento profissional. (p4) É ser tutor, provocador, educador, pai, mãe, amigo do residente, com a difícil tarefa de apontar limites dessa relação. (p42)
	<i>Discussão de Casos</i>	discutimos os casos no final de cada atendimento e, se o residente já tiver mais experiência, discutimos alguns casos específicos ao final dos atendimentos. (p10)
	<i>Avaliador</i>	avaliação de posturas e atitudes, orientações em relação a comunicação com os pacientes, atendimento com avaliação ombro a ombro e avaliação de habilidades de comunicação (p13)
	<i>Aulas teóricas</i>	Dou aulas dentro do programa teórico da residência (p8)
	<i>Procedimentos</i>	no acompanhamento dos procedimentos cirúrgicos que realizam sob minha supervisão (p59)
	<i>Educação formal (material, aulas, pesquisa, etc)</i>	grupo de estudo semanal com casos retirados do dia a dia (p52)
	<i>Gestão compartilhada</i>	Compartilhamos e orientamos a responsabilidade pela gestão da equipe, como organização da agenda de atendimento, visitas domiciliares, planejamento da equipe, análise de indicadores, propostas de grupos e diagnóstico da comunidade (p4)
	<i>Ferramentas de preceptoria especializada</i>	discussão de casos de forma ampla e também preceptor-minuto, atendimento conjunto, simulações e dramatizações (menos frequentes) (p56)
Acolher, formar e transformar		
	<i>Modelo</i>	servir de modelo pra um médico em formação (p14)

	<i>Transformador</i>	É contribuir ativamente para a consolidação da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica no contexto do SUS e da Saúde Suplementar brasileira (p54)
	<i>Acolhedor</i>	ser preceptora da residência é acolher um novo elemento na equipe de ESF, familiarizando-o com a rotina da equipe e com seu processo de trabalho. (...) É estar presente também afetivamente em um período de formação delicado na vida de um jovem médico, estar atento às pressões que a residência pode impor a ele, como impôs a mim mesma, não deixar de ser empática, apesar de esperar atitudes de responsabilidade, organização e ética do residente. (p6)
	<i>Formador de novos MFC</i>	Capacitar novos profissionais que escolheram ser Médicos de Família (p16)
	<i>Acolhimento da demanda</i>	Acalmo suas ansiedades quanto às incertezas. “Ser MFC e navegar tranquilamente pelo mar das incertezas” (p8)
Organização e gestão da unidade		
	<i>Atividades na unidade</i>	manejar as necessidades da comunidade, as escalas das agendas e as atividades do residente (p14)
	<i>Interlocução com a gestão</i>	faço a ponte entre residentes e coordenação da UBS (p21)
Outros Interessantes		
	<i>Responsabilidade</i>	Ser um preceptor é lidar com uma posição de muita responsabilidade, mas além de tudo, lidar com suas próprias impotências. (p32)
	<i>Desafio</i>	Talvez um dos maiores desafios da vida, rivalizando com a tarefa de ser pai (p22)

Quadro 8 - Respostas do grupo 2: o que é ser preceptor? São Paulo, 2019

Por ser uma pesquisa inédita, não foi possível comparar os dados encontrados com outras pesquisas semelhantes em nosso meio. Assim, a discussão a seguir terá comparações com pesquisas quantitativas que avaliaram quais as funções do preceptor de residência em medicina de família e comunidade (AGUIAR, 2017; DROWOS *et al.*, 2017; LATESSA *et al.*, 2013;) e uma pesquisa que avaliou a atividade da preceptoria na cidade do Rio de Janeiro (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

Aguiar (2017) traz em seu trabalho que a grande maioria dos preceptores, atingindo respostas acima de 75% nos itens pesquisados na forma de questões em múltipla escolha, acreditam estar aptos à realização do processo de aprendizagem com o residente, utilizando diversas ferramentas de ensino-aprendizagem (discussão de casos, empoderamento do residente com a equipe, desenvolvimento, promoção e prevenção, qualificação da escuta atenta e abordagem de dilemas éticos).

Além do mais, a pesquisadora evidencia que o preceptor também é responsável por lidar com a equipe, fazendo com que a relação residente-equipe flua da melhor forma possível. Por fim, é responsável pelo acompanhamento teórico do residente, ministrando aulas (inclusive avaliou se os cenários de práticas tem recursos físicos e tecnológicos para tal) (AGUIAR, 2017). Resultados semelhantes foram encontrados nos 4 núcleos definidos na leitura das respostas, mas de forma descritiva com escrita livre (qualitativa):

Elaboração esporadicamente de aulas teóricas.

(p2)

É um profissional com competência clínica e pedagógica que acompanha o residente/estudante no cenário de prática visando seu desenvolvimento profissional... orienta caminhos para o desenvolvimento profissional.

(p4)

Organizo também as suas agendas e facilito o seu trânsito no serviço

(p8)

Oriento... tiro dúvidas.. corrijo caso residentes errem... ensino o que for importante

(p9)

Já Latessa (2013) traz à tona as razões de ser preceptor (novamente com questões de múltipla escolha), sendo algumas abordadas no quadro acima, como: demonstrar prática comunitária, ser um modelo, contribuição do estudante a prática clínica e aumentar o número de especialistas na área em que atua. Quase 100% dos preceptores responderam que estar nesse papel é retribuir à profissão, um estímulo intelectual e reiteraram o prazer em ensinar (LATESSA *et al.*, 2013). Esses dados de Latessa (2013) corroboram com o que encontramos nos núcleos **PROCESSO DE TRABALHO DIRETO COM O RESIDENTE, ACOLHER, FORMAR E TRANSFORMAR** e **OUTROS**.

ser preceptora da residência é acolher um novo elemento na equipe de ESF, familiarizando-o com a rotina da equipe e com seu processo de trabalho. É estar presente também afetivamente em um período de formação delicado na vida de um jovem médico, estar atento às pressões que a residência pode impor a ele, como impôs a mim mesma, não deixar de ser empática, apesar de esperar atitudes de responsabilidade, organização e ética do residente.

(p6)

É demonstrar uma medicina que vai além do diagnóstico e do tratamento.

(p11)

Por fim, Castells (2016) trouxe com mais detalhes como os preceptores percebem seu trabalho, já de forma qualitativa. Muito das falas de seu trabalho são contempladas nesse grupo de respostas. Primeiramente, traz como uma das atividades a organização da agenda de trabalho, que muitas vezes sobrepõe agenda de assistência, de ensino e de gestão da unidade, deslocando e desorganizando o processo de formação do residente (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016), como visto dentro do núcleo **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA UNIDADE** na presente pesquisa:

Compartilhamos e orientamos a responsabilidade pela gestão da equipe, como organização da agenda de atendimento, visitas domiciliares, planejamento da equipe, análise de indicadores, propostas de grupos e diagnóstico da comunidade.

(p4)

Organizo também as suas agendas e facilito o seu trânsito no serviço

(p 8)

A responsabilidade pela Gestão da Equipe pertence-me, porém, a Residente é sempre incentivada a contribuir com o processo de trabalho

(p45)

Mas, ao mesmo tempo, a pesquisadora elaborou o núcleo de Trabalho do Preceptor Centrado na Consulta, em que desenvolve as técnicas de preceptoria direta. Apresenta uma crítica ao excesso de consultas individuais e ao trabalho do médico preceptor apenas na discussão de casos individuais. (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016). Resta assinalar que tal fato é interessante, pois essa foi uma fala recorrente no trabalho, principalmente no núcleo 1 (Processo de trabalho direto com o residente), nos eixos: organizar, oferecer caminhos, trilhos, orientações, direções e discussão de casos. Esses dois eixos foram o que atingiram ponto de saturação mais rapidamente nas análises. Posto isto, coloca-se a seguinte questão: estamos fazendo a medicina centrada no indivíduo e replicando isso mesmo com a atual demanda no trabalho?

ela tem liberdade para discutir apenas os casos que têm dúvida
(p6)

discutimos os casos no final de cada atendimento e se o residente já tiver mais experiência discutimos alguns casos específicos ao final dos atendimentos.
(p10)

principalmente por poder transmitir conhecimentos e experiência aos residentes, mostrando caminhos para resolução de problemas e o comprometimento para com o paciente, que é o que faz a grande diferença
(p25)

discussão de casos de forma ampla e também preceptor-minuto, atendimento conjunto, simulações e dramatizações (menos frequentes)
(p56)

Esse parágrafo está destinado ao item MODELO, presente dentro do núcleo **Acolher, formar e transformar**. Ser um modelo quer dizer ser uma pessoa respeitada, admirada e referenciada por alguns traços e características (CAVALIERI, 2013). Isso quer dizer que são referências para os mais jovens, principalmente para os médicos em formação, sejam eles graduandos ou residentes (BENBASSAT, 2014; PAICE; CRUESS; CRUESS; STEINERT, 2008; HEARD; MOSS, 2002)

Assim, é algo muito importante a percepção dos preceptores como modelos dos residentes porque, na carga horária da residência médica em MFC, o profissional deve estar pelo menos 70% do tempo na APS. Com isso, o médico de família e

comunidade com quem o residente mais convive é seu preceptor, como dito na introdução do trabalho. Portanto, esse é o modelo de MFC que ele terá nesse momento de formação.

Deve ser exemplo de prática e exercer sua auto avaliação, inclusive reconhecendo suas próprias necessidades de desenvolvimento profissional.

(p4)

dar exemplo do que não fazer

(p19)

além de servir como exemplo de ser humano e profissional a esse residente.

(p46)

Neste núcleo se pode perceber a relevância da seguinte questão: os preceptores adquiriram ferramentas de educação de adultos e avaliação, conforme atestam suas falas (dentro do núcleo **PROCESSO DE TRABALHO JUNTO COM OS RESIDENTES**):

fazemos uma avaliação com metodologia ativa usando mini-cex para dar o feedback ao residente.

(p10)

Para todas as atividades que as residentes realizam (atendimento, grupo, VD, etc) separo um momento pra discussão do caso.

(p14)

discussão de casos de forma ampla e também preceptor-minuto, atendimento conjunto, simulações e dramatizações (menos frequentes).

(p56)

Ser preceptor é ser um facilitador para o aprendizado do residente.

(p65)

3- Recompensas e desafios de ser preceptor de residência médica

Para a construção desse grupo houve a fusão de 3 questões:

Questão 4: A) Quais os pontos positivos em se trabalhar como preceptor?
B) E quais os negativos? (Objetivo – compreender suas escolhas de se manter no cargo de preceptor e quais são as dificuldades e entraves em sua atividade diária);

Questão 5: Há algum desafio em trabalhar na preceptoria? Sem sim, quais? (Objetivo - compreender por que se mantém no cargo; E sistematizar quais são para planejar em como superá-los, se possível);

Questão 6: Há alguma recompensa no seu trabalho? (Objetivo – conhecer as razões de manter no serviço apesar dos desafios e pontos negativos).

Para estudar esse núcleo de conhecimento, procedeu-se a uma divisão em apenas 2 grupos: as recompensas ou resiliências de manter no cargo e os desafios de ser preceptor e os desafios de atuar como tal. Novamente, dentro desses 2 grupos existem diversos subgrupos para contemplar todas as falas dos entrevistados. A seguir, segue a tabela com os núcleos, suas divisões e exemplos de falas para representar a todos:

Recompensas / Resiliência		
	<i>Qualificação do Serviço</i>	<p>A presença de residentes ajuda a prestar uma assistência ótima a população da unidade, além de aumentar nossa cobertura. Eles também ajudam motivar os demais profissionais da equipe (acho que nessa resposta além de colocar os meus motivos, também estão o que acho que a presença deles traz de bom para a equipe, serviço) (p27)</p> <p>Muitas: reconhecer que a equipe tem conseguido prestar melhor assistência à população usuária; que os residentes têm demonstrado crescimento como médicos de APS e para a consolidação da MFC e da APS no Brasil (p59)</p>
	<i>Atualização</i>	<p>Manter atualizada, poder discutir e refletir sobre minha prática (p5)</p> <p>Desafio de atualização continua, conhecimento dos programas (p63)</p>
	<i>Qualificação pessoal</i>	<p>Mas compensa no aprimoramento em buscar o conhecimento para ensinar (p52)</p>
	<i>Transformação</i>	<p>acho uma potência de clínica, uma potência de transformação social trabalhar na formação de pessoas (p2)</p> <p>estar num grupo muito forte que pensa e luta a transformação da rede e expansão da APS, qualificação do serviço e pessoal através do ensino (p49)</p> <p>sensação de plantar sementes de boas práticas em sua caixa de ferramentas. (p60)</p>
	<i>Satisfação pessoal</i>	<p>grande satisfação pessoal em trabalhar com ensino de residentes e alunos (p6)</p> <p>Acho que o principal ponto positivo é a satisfação de se fazer o que se gosta e do trabalho bem realizado com resultados (p22)</p> <p>Sim, a melhor recompensa é saber que você contribui com a formação crítica, humanizada e ética daquele médico através de sua prática diária e que ele lhe enriqueceu muito profissionalmente também, ou seja, esta troca é algo muito valioso. (p36)</p>
	<i>Contato com outros médicos</i>	<p>possibilidade de interagir com novos profissionais (p16)</p> <p>dividir anseios com novos médicos; dividir experiências (exitosas ou não); ter um colega (mesmo que menos experiente) para discutir condutas (p24)</p>
	<i>Formador</i>	<p>possibilidade de desenvolver um trabalho que repercute no futuro e que amplifica o alcance da minha prática (p8)</p> <p>Ajudar na formação de médicos numa especialidade que considero muito importante para assistência das pessoas não só na área pública como na privada (p27)</p>
	<i>Desafio</i>	<p>um desafio diário (p26)</p>

	<i>Renovação da equipe</i>	Também acho positivo vivenciar os ciclos de renovação com a chegada de novos residentes a cada ano, isso traz mais ânimo para mim e a toda a equipe (p65)
	<i>Resposta / Retorno dos residentes, alunos, equipe...</i>	O feedback do residente (p4) Sim. Feedback positivo dos residentes, orgulho em observar a evolução dos residentes (p11) A recompensa ao trabalho como Preceptor é assistir à caminhada dos Residentes durante o processo educacional e flagrar evoluções justamente nos pontos em que intervimos (p16)
	<i>Financeiro</i>	Além da recompensa moral, um bônus de 2500 reais (p7) o financeiro (p. 11)
	<i>Colega médico</i>	O fato de termos outro colega médico para mim é já uma recompensa (p25)

Quadro 9 - Recompensas de ser preceptor de MFC. São Paulo, 2019.

Desafios a serem superados		
	<i>Demanda versus ensino</i>	Ser preceptor e assistencialista no mesmo serviço. (p11) demora no tempo de atendimento (p17)
	<i>Valorização da especialidade e trabalho</i>	abandono e falta de apoio da instituição, que não valoriza a APS/MFC (p49) não reconhecimento da atividade de ensino dentro do horário de trabalho (p6)
	<i>Reconhecimento financeiro</i>	não ter incentivo financeiro (p9) acúmulo de função sem remuneração (p23)
	<i>Gestão</i>	E um certo afastamento da rede e da gestão municipal que coloca dificuldades consideráveis no trabalho (p2) situação/ conjuntura política que influencia na rotina de trabalho (p50)
	<i>Dificuldades de ensino</i>	o desafio de ensinar residentes continuamente (p3) Entender qual o grau de autonomia/ competência de cada aluno (p5)
	<i>Tempo em contato</i>	ficar com o mesmo residente no período de 2 anos (p21) Acima de tudo ter apenas 2 anos para formar um médico! (positivo e negativo) (p24)
	<i>Responsabilidade</i>	Ser modelo (Muita responsabilidade) (p24) servir de exemplo (p63)
	<i>Múltiplas demandas na unidade</i>	Preocupação, trabalho (p29)
	<i>Desistência</i>	muito difícil vê-lo desistir da especialidade (p48)
	<i>Graduação</i>	o principal desafio continua sendo a falta de preparo dos residentes com a especialidade. (p15)

		A falta de contato dos residentes durante a graduação com médicos de família e comunidade. É a mínima participação do graduando no cenário primário (p67)
	<i>Espaço</i>	o maior desafio é o espaço físico (p10) é ter um local com cenário adequado (p20)

Quadro 10 -Desafios de ser preceptor da MFC. São Paulo, 2019

Como temos poucos estudos na área, e a grande maioria é quantitativo, para a análise foi preciso uma extrapolação dos dados quantitativos da literatura com os dados qualitativos da pesquisa atual. Isso foi possível com a análise e encontro dos núcleos de concordância, a partir dos preceitos da Análise de Conteúdo de Bardin (2016) e extrapolação desses núcleos com as respostas encontradas em porcentagem das pesquisas de Aguiar (2017), Latessa (2013) e resultados qualitativos de Castells (2016).

Além disso, foram encontrados núcleos e subnúcleos não descritos anteriormente, o que nos traz uma riqueza de informações importantes no tocante a manter profissionais satisfeitos com seus trabalhos e em desafios a serem observados e superados, dados que serão aprofundados no decorrer desta pesquisa.

A seguir é apresentada a análise das recompensas e resiliências oriundas do cargo de preceptoria. Aguiar (2017) traz os fatores motivadores dos preceptores em PRM – MFC do Brasil, apresentados por programa. Dentre os brasileiros que atuam nos PRM – MFC, os motivos que são mais relevantes para ser preceptor (em teoria, pois a mesma perguntou quais os fatores mais importantes de motivação para ser preceptor) são: “Contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço”, “Valorização da carreira profissional”, “Carga horária para atividade em ensino”, “Remuneração adicional por conta da preceptoria” e “Bom relacionamento com o residente”. As respostas estão em ordem decrescente de importância (máximo de respostas 68% concordam e mínimo 50% concordam – número mínimo definido para essa análise, pois ao todo foram oferecidos 12 itens) (AGUIAR, 2017).

Já quando perguntado os fatores mais importantes PRESENTES em seu contexto (semelhante à pergunta realizada pelo trabalho aqui apresentado) são: “Bom relacionamento com o residente”, “Contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço”, “Remuneração adicional por conta da preceptoria”, “Estímulo

para me atualizar em minha área de especialidade” e “Participação na decisão sobre a formação dos residentes”. A escolha foi realizada da mesma forma acima, e os itens apresentados nas duas perguntas eram os mesmos. Nessa resposta, a taxa de concordância variou de 88,2% a 50% (mesmo valor de corte) (AGUIAR, 2017).

Em uma primeira avaliação fica claro que há uma discrepância entre os pretensos motivadores para ser preceptor e a prática em si, contexto em que alguns itens que aparecem no primeiro como importantes não aparecem em outro, como por exemplo, a questão da atualização clínica. Se cruzados esses dados com as respostas obtidas, os núcleos do conteúdo ficam bastante explícitos, como: **QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO, ATUALIZAÇÃO, FINANCEIRO, COLEGA MÉDICO** (considerado aqui como a alternativa: “bom relacionamento com o residente”).

apoio e espécie de supervisão clínico institucional indireta das equipes e melhoria do serviço bastante interessante.

(p2)

Outro aspecto salutar é notar a melhora do serviço como um todo, com a presença da Residência

(p16)

E uma possibilidade real de estudo individual.

(p2)

Manter atualizada, poder discutir e refletir sobre minha prática
(p5)

Além da recompensa moral, um bônus de 2500 reais

(p7)

Se verificarmos os quatro itens que são similares entre as duas pesquisas, três estão presentes tanto nos aspectos teóricos (ideais) quanto nos quesitos práticos da pesquisa de Aguiar (AGUIAR, 2017). Isso demonstra que a **QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO**, a **BOLSA DE PRECEPTORIA** e um **COLEGA MÉDICO** com o qual o preceptor tem um bom relacionamento são fatores de fundamental importância para a manutenção e perpetuação de preceptores em PRM – MFC em nosso estado.

melhora do processo de trabalho através da educação

(p23)

Muitas: reconhecer que a equipe tem conseguido prestar melhor assistência à população usuária; que os residentes têm demonstrado crescimento como médicos de APS e para a consolidação da MFC e da APS no Brasil

(p59)

Porem me sinto recompensado em viver e dividir com pessoas os mesmos interesses

(p10)

O fato de termos outro colega médico para mim é já uma recompensa

(p25)

Contudo, Aguiar (2017) aplicou o mesmo questionário no Brasil e Espanha: os motivadores são carga horária para o ensino, oportunidade para capacitação na educação e bom relacionamento com o residente em ambos os países. Latessa (2013) encontrou dados bastante interessantes na Carolina do Norte (EUA), sendo o recebimento de pagamento a mais o fator menos importante (32,4%), sendo determinante naquele contexto ter o retorno da profissão, demonstrar a prática comunitária, estímulo intelectual, envolvimento no ensino, ser um modelo e se manter atualizado, todos critérios assinalados acima de 90% de concordância entre os entrevistados.

Comparando os estudos internacionais com a atual pesquisa, ficam mais congruentes as questões de **SATISFAÇÃO PESSOAL**, ser um **FORMADOR**, **QUALIFICAÇÃO PESSOAL**, **RETORNO DOS ALUNOS**, **RESIDENTES** e **EQUIPE** (retorno da profissão por Latessa (2013) como motivadores importantes para os preceptores continuarem atuando).

Apenas a satisfação de ensinar e propagar a medicina de família

(p20)

Somente a recompensa pessoal de "espalhar a semente" (no caso da preceptoria).

(p24)

Sim, a melhor recompensa é saber que você contribui com a formação crítica, humanizada e ética daquele médico através de sua prática diária e que ele lhe enriqueceu muito profissionalmente também, ou seja, esta troca é algo muito valioso.

(p36)

Mas compensa no aprimoramento em buscar o conhecimento para ensinar.

(p52)

Sim. Feedback positivo dos residentes, orgulho em observar a evolução dos residentes

(p11)

A recompensa ao trabalho como Preceptor é assistir à caminhada dos Residentes durante o processo educacional e flagrar evoluções justamente nos pontos em que intervimos

(p16)

Como pontos comuns entre os três estudos apresentados tem-se: o envolvimento e qualificação do preceptor com a profissão da MFC, o envolvimento com o ensino, com a prática de educação, ser um estímulo para a atualização profissional e um motivador pessoal para continuar a seguir esse caminho.

Respostas que não foram encontradas em outros estudos, mas que são uma potência como grandes motivadores são demonstradas nas falas a seguir:

acho uma potência de clínica, uma potência de transformação social trabalhar na formação de pessoas

(p2) – **TRANSFORMAÇÃO**

sensação de plantar sementes de boas práticas em sua caixa de ferramentas.

(p60) – **TRANSFORMAÇÃO**

um desafio diário

(p26) – **DESAFIO**, ser desafiado.

Após a apresentação dos fatores motivadores e mantenedores, seguem os desafios que os profissionais buscam superar no dia a dia de seu trabalho. Para esse agrupamento de respostas também foi utilizada a pesquisa de Castells (2016), que traz na perspectiva qualitativa os entraves de se trabalhar como preceptor.

Castells (2016), em sua dissertação de mestrado, aponta quatro núcleos de sentido dentro da análise que realizou: “Atividade e organização da agenda de trabalho da preceptoría”, “Trabalho do preceptor centrado na consulta”, “O preceptor no atendimento clínico” e “Gestão do Serviço”. Resta pontuar que os quatro se

correlacionam a dados encontrados em nossa pesquisa, mas com nomenclaturas diferentes.

Iniciando pela “Gestão do Serviço”, esse item aparece em Castells (2016) também com subitens bastante relevantes: envolvimento com aspectos burocráticos, lidar com relações de trabalho, processo de organização do serviço, diálogo entre gestão e serviço de ensino (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016). Esses itens aparecem em nossa pesquisa sob a nomenclatura de: **GESTÃO e MÚLTIPLAS DEMANDAS NA UNIDADE**. Esse fato é interessante, porque a autora evidencia que há um sentimento ambíguo entre o desejo de a necessidade da cogestão e coparticipação do processo de trabalho, mas também uma sobrecarga de trabalho.

a estrutura física quase nunca é a melhor, o entendimento dos gestores (que não entendem o que é residência médica

(p24)

falta de compreensão do gestor que não aceita a agenda protegida, nem libera tempo de estudo para melhor capacitação do preceptor.

(p52)

É possível extrapolar a mesma leitura para essa dissertação quando se analisam outras questões realizadas anteriormente com as respostas atuais, como o que é ser MFC dentro da questão número um avaliado pelo primeiro grupo (há os núcleos: gestão do cuidado e do serviço, trabalhar na saúde pública/SUS, trabalho multiprofissional), além do quesito SER PRECEPTOR (questões número dois e três – grupo dois do estudo). Neste último, um dos núcleos encontrados é gerir a unidade e organizar a unidade. Ou seja, há uma discrepância entre que é visto como uma prática corriqueira e esperada do preceptor dos PRM – MFC com o que acontece na prática: eles desejam ser atores dentro da equipe, mas ao mesmo tempo percebem isso como um dificultador do trabalho de preceptoria.

...falta de autonomia pra adequar a agenda, o dimensionamento da comunidade assistida e as metas (e pressão) assistenciais com a função de preceptoria

(p14)

Os itens “Atividades e organização da agenda de trabalho da preceptoria”, “trabalho do preceptor centrado na consulta” e o “preceptor e o atendimento clínico”

versam sobre as temáticas: agenda do preceptor, agenda da consulta individual e volume de atendimento (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016), sendo que esses aparecem como falas diferentes, mas dentro do mesmo contexto que foi apresentado no grupo **DEMANDA VERSUS ENSINO**, em que agrupamos as dificuldades de agenda (agenda de pacientes, agenda de atendimentos coletivos e/ou agenda de ensinar).

Maior demanda de tempo/ pacientes e, portanto, dificuldades na oferta de consultas, ter que dar atenção aos pacientes e aos alunos

(p5)

Outras dificuldades que surgiram no trabalho de Latessa (2013) (com questões de múltipla escolha) foram: o fluxo de pacientes que modifica, a crescente no tempo de horas trabalhadas e a renda. Mas a maior taxa de resposta não chegou a 50% dos entrevistados, valor baixo comparado à taxa de respostas de recompensas (chegando a 99,4%) no mesmo estudo. (LATESSA *et al.*, 2013). Dado semelhante foi encontrado na presente pesquisa nos grupamentos **DEMANDA VERSUS ENSINO**, com necessidade de organizar o fluxo de pacientes e maior tempo, dedicando, preceptorando e fazendo assistência ao mesmo tempo, assim como aponta Castells (2016).

falta de autonomia pra adequar a agenda, o dimensionamento da comunidade assistida e as metas (e pressão) assistenciais com a função de preceptoria

(p14)

demora no tempo de atendimento

(p17)

Já Aguiar (2017) evidenciou que os pontos mais desejáveis de mudança para aprimorar a prática de preceptoria no Brasil são “Plano de Carreira”, “Equipe adequada às necessidades de serviço” e “Gestão do Tempo” (AGUIAR, 2017). Em nossa organização e avaliação, respostas semelhantes estariam dentro dos grupos **VALORIZAÇÃO DA ESPECIALIDADE E TRABALHO, RECONHECIMENTO FINANCEIRO e GESTÃO**.

...não reconhecimento da atividade de ensino dentro do horário de trabalho

(p6)

abandono e falta de apoio da instituição, que não valoriza a APS/MFC

(p14)

Outra questão negativa é a não compreensão por parte dos Gestores sobre as necessidades do Programa de Residência

(p16)

Com isso, a fala das dificuldades de organizar o processo de trabalho, quando ao mesmo tempo é preciso ser assistencialista e educador, exige um movimento muito intenso de ressignificação do próprio papel de médico de família e comunidade, descrito na questão um (grupo um) e reforçado acima. Esse movimento é essencial para que o preceptor se perceba ainda como pertencente à MFC, como um formador de novos médicos de família e comunidade (recompensa do trabalho), mas que exige uma mudança de todo o processo que fomos formados.

Apesar de se muito discutir o que é ser um bom preceptor e quais habilidades ele deve ter, a preceptoria segue o padrão de quem a prática. Ninguém avalia se sua preceptoria está sendo realizada de forma correta. Você se orienta e faz o que acha que deve ser feito á partir de tudo que aprendeu nas especializações em preceptoria

(p11)

O desafio seria adequar as técnicas de ensino de adultos aos diferentes perfis de residentes que ingressam no serviço, cada um trazendo sua "bagagem" da graduação e das experiências pessoais. Qualificar o profissional para que em 2 anos tenham conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao MFC

(p13)

Conciliar capacitação profissional e preceptoria; desenvolver atividades teórico-práticas durante o cumprimento de metas assistenciais

(p24)

São diversos pontos em comum entre os diferentes trabalhos apresentados até aqui, o que traz uma questão importante. Eles são estudos feitos em locais diferentes, tanto programas de residência como estados e até mesmo países, em períodos diferentes, com metodologia de pesquisa diferentes. No entanto, os desafios são comuns. Assim, é preciso olhar com maior cautela para esses desafios e planejar

estratégias para superá-los, objetivando que em um futuro próximo possam surgir novas tabelas, novos grupos e outros desafios.

Assim como realizado nos pontos positivos, serão apresentados as falas e núcleos que não apareceram em outros trabalhos, já discutidos ao longo desta dissertação, mas que devem ser reforçados e merecem reflexão no contexto deste trabalho:

o desafio de ensinar residentes continuamente

(p3)

Entender qual o grau de autonomia/ competência de cada aluno

(p5) – **DIFICULDADE DE ENSINO**

A análise mais aprofundada será descrita no item seguinte (cruzamento de dados), mas a dificuldade nas técnicas de ensino de adultos é uma limitação importante quando pensamos no papel que esses profissionais exercem enquanto formadores de excelência. Será que, mesmo após a formação em preceptoria, os profissionais conseguem aplicar as técnicas aprendidas?

Ser modelo (Muita responsabilidade)

(p24)

servir de exemplo

(p63) – **SER MODELO**

É interessante observar a mesma resposta como uma recompensa e um desafio. Como discutido mais acima, ser modelo é ser o padrão-ouro para o aluno em formação. Isso pode gerar um conforto enquanto sensação de responsabilidade positiva, mas ao mesmo tempo implica uma cobrança maior pela responsabilidade de se figurar como modelo a ser adotado pelos profissionais em formação.

o maior desafio é o espaço físico

(p10)

é ter um local com cenário adequado

(p20) – **ESPAÇO FÍSICO**

A USF precisa ser adaptada para receber mais um profissional, no mínimo, e esse profissional precisa de todo o respaldo para realizar sua atividade com excelência, seja tendo uma sala para trabalho, para estudos ou por insumos. O preceptor deve se preocupar com essa questão e ser um impasse para o bom desenvolvimento da residência médica. Este é um desafio que alerta para como os programas de residência estão sendo avaliados e aprovados para sua abertura, muitas vezes sem as condições mínimas para funcionamento adequado.

o principal desafio continua sendo a falta de preparo dos residentes com a especialidade.

(p15) – **GRADUAÇÃO**

A falta de contato dos residentes durante a graduação com médicos de família e comunidade. É a mínima participação do graduando no cenário primário.

(p67) – **GRADUAÇÃO**

Nesse momento novamente nos deparamos com a escolha para a especialidade, como discutido mais acima, e com os currículos da graduação médica. Desde 2014 foi proposta uma nova DCN para o curso de medicina, no qual o aluno tem uma maior inserção na APS em seu período do internato (BRASIL, 2014). Os atuais residentes ainda não foram formados com essa mudança curricular, quadro que possivelmente se modificará nas turmas seguintes. Contudo, é um item interessante de se investigar a partir das motivações dos atuais residentes, restando a seguinte questão: por que escolheu ser da área da MFC?

4- Formação do Preceptor.

Esse grupo é constituído apenas de uma questão, a de número sete, que versa sobre os processos de educação do preceptor após sua contratação.

Questão 7: Considerando o programa de residência médica em que atua, há alguma atividade de formação continuada para o preceptor? Se sim, relate as características dessa atividade. (Objetivo: conhecer e reconhecer quais programas têm formação continuada do formador).

Não	29 preceptores responderam não possuir
Cursos de preceptoria (sírio, HAOC, Euract) – liberação ou estímulo para.	<p>Sim, oferecem vagas no Euract, cursos do MS e vagas no curso do Sírio. (p7)</p> <p>Também temos incentivos como liberação para participar de cursos como o Euract e especialização em Preceptoria do sírio libanês! (p8)</p> <p>Não temos no programa, somente o incentivo para fazer o curso de preceptoria (p21)</p>
Metodologias de ensino, planejamento, clínico.	<p>Mensalmente há encontros dos preceptores, muitas vezes com discussão de metodologias de ensino e planejamento das atividades. (p1)</p> <p>Embora a faculdade possua um programa de seminários mensais sobre didática e formação pedagógica para todos os docentes/preceptores, essa se realiza no horário de almoço e os preceptores não tem flexibilidade de reorganizar sua agenda de trabalho para participar. (p4)</p> <p>Reuniões clínicas semanais com discussão de casos clínicos, artigos científicos e telas clínicos (p6)</p> <p>Temos o PBI preceptores que é uma atividade mais ou menor periódica em que gravamos vídeos em que exercemos a discussão de caso junto aos residentes e podemos treinar ferramentas pedagógicas como o <i>one minute preceptor</i> (p8)</p> <p>Formação de grupos de trabalho para trabalhar demandas assistenciais, organizacionais e até mesmo crescimento de aprendizagem clínica. (p31)</p> <p>Aulas com outras especialidades com presença de professores especialistas (p38)</p>

	<p>estamos em continua formação em discussão de casos e artigos para montagem de atividades para os residentes. (p40)</p> <p>existe uma educação médica continuada duas horas por semana para atualização clínica profissional de todos os médicos da ESF do município, fruto da parceria da IES com a rede pública de saúde. (p46)</p> <p>Reuniões e capacitações oferecidas pela Instituição de ensino (faculdade) (p53)</p> <p>Oficinas bimestrais, capacitação a distância por Universidade internacional em andamento para todos os preceptores (de maneira optativa e paga) (p60)</p> <p>Temos no município e a educação médica continuada para todos os MFCs uma tarde por semana (p67)</p>
Aula dos residentes	<p>Nas aulas de conteúdo programático dos residentes somos convidados a participar e assim aperfeiçoar as habilidades técnicas. (p11)</p> <p>Preceptores são convidados a participar de aulas e encontros direcionados aos Residentes, com temas pertinentes, e desta forma, considero uma forma de formação continuada, mesmo que não seja exclusiva e direcionada aos preceptores. (p16)</p> <p>Sim. Algumas atividades que os residentes fazem são oferecidos aos preceptores (Auriculoterapia, colocação de DIU, ambulatórios de especialidades), mas quase nunca é possível se fazer pois o fechamento da agenda de consultas é muito difícil (p24)</p> <p>Se perguntar ao meu gestor ele dirá que os Seminários apresentados pelos residentes prestam-se a este papel. Obviamente discordo. (p43)</p>
Matriciamento de especialista focal	<p>Proporciona matriciamento com especialistas focais, como dermatologista, cardiologista, endocrinologistas. Assim, dúvidas são esclarecidas; aumentando nossa resolutividade / conhecimento na assistência (p.12)</p>

Quadro 11 - Formação Continuada a partir das respostas do preceptor. São Paulo, 2019

Esta última análise de resultados esperados evidencia como é feita a formação e a educação em saúde dos preceptores. A forma mais adequada de formação em saúde na APS é a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005), na qual há uma análise da realidade e a busca pela mudança da mesma. Isso é viável também dentro do processo de preceptoria justamente pelas falas avaliadas acima. Os desafios, conquistas e objetivos de ser MFC e preceptor da residência são ótimos motivadores para a educação permanente em saúde deste profissional em questão.

Ao analisar as respostas, apesar de ser uma questão qualitativa, um número quantitativo nos surpreende: 29 em 66 preceptores (43%) responderam não haver nenhum processo de educação formal em seus programas. Isso quer dizer que 43% dos programas não olha para o processo formativo dos formadores, apenas dos formandos.

Do restante, que equivale a 57% dos entrevistados, há uma discrepância bastante significativa em relação ao modo como o preceptor enxerga esse processo formativo. Uma porcentagem de pessoas refere que apenas a existência de apoio e liberação do serviço e da carga horária para cursos já faz parte do processo de educação e formação. Em outros programas, as aulas teóricas dos residentes são acompanhadas pelos preceptores, quando há horário compatível (como uma aula de atualização a todo o corpo clínico). Esses dois processos educacionais estão mais próximos da educação continuada do corpo clínico do que a educação permanente. (BRASIL, 2009). Resta acrescentar que esse modelo formativo visa suprir lacunas do conhecimento, mas trazidos a partir do referencial de alguém que não está no processo de trabalho, o que é esperado quando trabalhado com educação permanente.

Também temos incentivos como liberação para participar de cursos como o Euract e especialização em Preceptoria do sírio libanês!

(p8)

Embora a faculdade possua um programa de seminários mensais sobre didática e formação pedagógica para todos os docentes/preceptores, essa se realiza no horário de almoço e os preceptores não tem flexibilidade de reorganizar sua agenda de trabalho para participar.

(p4)

os mesmos têm a orientação de participar dos momentos didáticos, tanto como expectadores como palestrantes.

(p22)

projeto de matriciamento com os especialistas.

(p17)

Entretanto, o núcleo **Metodologias de ensino, planejamento, clínico** traz uma abordagem diferente do processo educacional do preceptor. Essa é uma necessidade desse corpo clínico (os preceptores) que busca ativamente ou a quem são oferecidas novas formas de educar, de formar, de planejar e ensinar. É uma necessidade que veio a partir da vivência dos mesmos, mais próximos da educação permanente em saúde (CECCIM, 2005).

Temos o PBI preceptores que é uma atividade mais ou menor periódica em que gravamos vídeos em que exercemos a discussão de caso junto aos residentes e podemos treinar ferramentas pedagógicas como o one minute preceptor

(p8)

estamos em contínua formação em discussão de casos e artigos para montagem de atividades para os residentes.

(p40)

existe uma educação médica continuada duas horas por semana para atualização clínica profissional de todos os médicos da ESF do município, fruto da parceria da IES com a rede pública de saúde.

(p46)

Por fim, o **matriciamento com especialistas focais** em tese não é considerado uma metodologia de ensino e aprendizado, mas sim uma ferramenta para aumentar a resolução da EqSF (CAMPOS; GUERRERO, 2011). Logicamente que há um ganho secundário com a transmissão do conhecimento de um especialista para outro, mas não é o objetivo primário do matriciamento.

Proporciona o matriciamento com especialistas focais, como dermatologista, cardiologista, endocrinologista. Assim, as dúvidas são esclarecidas; aumentando nossa resolutividade / conhecimento na assistência.

(p12)

Assim, nesse grupo percebemos ainda uma dificuldade dos PRM – MFC em se organizarem como potentes qualificadores de formadores, ou seja, ferramentas capazes de qualificar o preceptor em MFC para ser um profissional mais capacitado para atuar no que lhe foi designado.

9 CRUZAMIENTO DE DADOS

Nesse momento do presente trabalho, há a apresentação de dados quantitativos com o objetivo de proceder ao cruzamento destes com as respostas qualitativas, a fim de clarificar melhor os pontos abordados pela pesquisa. Para análise dessa área dois grupos de maior interesse foram avaliados: os profissionais que não têm formação em preceptoria e os profissionais que não são médicos de família e comunidade.

A primeira questão que buscou-se clarificar é sobre os profissionais que responderam NÃO TER CURSO DE PRECEPTORIA (12 pessoas). Interessa à pesquisa compreender quais seus motivadores (resiliências e recompensas) e se diferem do grupo todo, como visto acima. Fato interessante é que para **nenhum dos 12 entrevistados** figura como uma dificuldade a ausência de conhecimentos técnicos de preceptoria, o que estaria no grupo DIFICULDADE DE ENSINO dentro dos núcleos do conteúdo acima descritos (núcleo 3).

As maiores dificuldades apresentadas foram semelhantes aos outros grupos e a grupos de outras pesquisas: dificuldade de ensino e assistência (demanda), dificuldade de gestão e ensino e dificuldades em trabalhar no sistema público. Da mesma forma, as recompensas nesse grupo foram similares ao do grupo indiscriminado, prevalecendo atualização clínica, formação de novos profissionais da especialidade e satisfação pessoal com o serviço.

Os resultados são semelhantes ao encontrado na avaliação da escala Likert para o mesmo grupo: são pessoas bastante satisfeitas com seu trabalho (66% deu notas maiores ou igual a 8) e sem dificuldades em exercer a preceptoria (66% deu nota menor que 8).

As perguntas que surgem a partir dessa leitura são: eles não percebem suas dificuldades porque não tem formação para tal, ou seja, a demanda não foi gerada? Esse grupo é mais resiliente às dificuldades? Esse grupo tem ferramentas que adquiriram fora de cursos formais de preceptoria? O que os difere do outro grupo, com formação em preceptoria na prática?

O segundo grupo interessante de se analisar é aquele formado por profissionais não MFC (composto por 21 pessoas). Aqui, uma questão interessante de leitura é: o que é ser médico de família e comunidade para você? Como relatado

no item anterior, essa foi a primeira questão a ser analisada e discutida. Dentro do grupo de profissionais não médicos de família e comunidade, o discurso mais genérico e mais correlacionado com o sistema público de saúde foi mais prevalente, como visto nas respostas transcritas na íntegra abaixo:

Ser um ótimo diagnosticador.

(p10);

É dedicar-se à sua população e sua equipe sem ser valorizado pelo governo, nosso empregador que nem vínculo quer ter conosco, mantendo relações trabalhistas e salários vergonhosos. É trabalhar apenas por amor e satisfação pessoal, exigindo do profissional dedicação exclusiva e conhecimentos variados em todas as áreas da medicina.

(p26)

Também nesse mesmo grupo figuram dois profissionais que não têm recompensas em trabalhar com a preceptoria, sendo os únicos a responderem objetivamente a essa questão de forma negativa. Mas não é percebida uma diferença de média de idade no tempo de formado (13 anos), com 6 recebendo bolsa de preceptoria (o total são 22 pessoas), e metade deles optou por ser preceptor devido à bolsa. Será que esse incentivo trouxe profissionais não médicos de família para a preceptoria de MFC?

A possibilidade de cruzamentos é imensa nesse trabalho, mas focar nesses dois grupos acima traz novas indagações sobre a identidade dos profissionais em MSF. Como dito na introdução, o padrão-ouro de um preceptor é ele ser especialista na área e com formação de educação para adultos, por isso escolhidos os grupos acima.

10 RESULTADOS E DISCUSSÃO QUESTIONÁRIO COORDENADOR

Dentro da metodologia proposta, houve também a aplicação de um questionário qualitativo e quantitativo para os Coordenadores dos PRM – MFC (APÊNDICE C). O objetivo desse capítulo é trazer os principais resultados quantitativos que complementem os resultados e discussão apresentada acima, para qualificar e clarificar os dados da atual pesquisa. Os resultados e discussão do coordenador não serão separados em partes diferentes, pois o número de informações não é extenso e o objetivo é complementação de dados nesse momento. Também não serão analisadas as respostas qualitativas dos mesmos nesse momento.

Primeiramente é apresentado o número de vagas aprovadas pela CNRM no ano de 2017. Essa informação está no APÊNDICE 7, mas aqui são os dados obtidos pelos coordenadores.

Tabela 17 - Número de vagas aprovadas pela Comissão Nacional de Residência Médica. São Paulo, 2019

	Número de vagas
Média	16,5
Moda	4
Mediana	10
Intervalo interquartil 1-3	4 – 20
Mínimo e máximo	2 – 100

A segunda tabela traz o número de vagas que a coordenação disponibilizou nos editais de 2017 para o 1º ano da residência:

Tabela 18 - Número de vagas ofertadas para o 1º ano de residência médica. São Paulo, 2019

	Número de vagas
Média	12,7
Moda	2
Mediana	5
Intervalo interquartil 1-3	2 – 15
Mínimo e máximo	0 – 100

A tabela seguinte traz o número de vagas que foi preenchida pelos residentes do 1º ano em 2017:

Tabela 19 - Número de vagas preenchidas em 2017 do 1º ano. São Paulo, 2019

	Número de vagas
Média	4,9
Moda	1
Mediana	2
Intervalo interquartil 1-3	1 – 5
Mínimo e máximo	0 – 21

Apresenta-se em seguida o número total de residentes (tanto do 1º quando do 2º ano de residência em 2017):

Tabela 20 - Número total de residentes de MFC em 2017 por programa. São Paulo, 2019

	Número de vagas
Média	6,7
Moda	0
Mediana	3
Intervalo interquartil 1-3	1 – 10
Mínimo e máximo	0 – 28

A tabela número 21 disponibiliza a informação de quantas USF estão vinculadas aos PRM – MFC no mesmo ano:

Tabela 21 - Número de Unidades de Saúde da Família vinculadas aos programas de residência médica. São Paulo, 2019

	Número de Unidades
Média	4
Moda	3
Mediana	3
Intervalo interquartil 1-3	2 – 5
Mínimo e máximo	1 – 17

Já a tabela 22 detalha quantas equipes de saúde da família estão vinculadas a esse programa. Isso porque pode haver mais de uma equipe por unidade, e equipes vinculadas e não vinculadas à mesma unidade:

Tabela 22 - Número de Equipes vinculadas aos programas de residência médica. São Paulo, 2019

	Número de Equipes
Média	8,1
Moda	3
Mediana	5
Intervalo interquartil 1-3	3 – 8
Mínimo e máximo	1 – 65

Dentro das equipes, a pergunta a seguir versa sobre quantos preceptores o programa possuía em 2017:

Tabela 23 - Número de preceptores dos programas de residência médica. São Paulo, 2019

	Número de preceptores
Média	5,3
Moda	2
Mediana	4
Intervalo interquartil 1-3	2 – 6
Mínimo e máximo	1 – 19

Já a tabela 24 discrimina quantos preceptores médicos de família e comunidade o programa possuía em 2017:

Tabela 24 - Número de preceptores médicos de família e comunidade do programa de residência médica em 2017. São Paulo, 2019

	Número de preceptores
Média	3,9
Moda	4
Mediana	3,5
Intervalo interquartil 1-3	2 – 4
Mínimo e máximo	0 – 16

Por fim, a tabela 25 traz características mais gerais do programa. Elas são, basicamente, sobre o pagamento de bolsa de preceptoría da residência e da graduação, bem como sobre a fonte pagadora. Ela discrimina se esse preceptor recebe alunos da graduação médica e de outras graduações. Ademais, responde também à questão se o programa oferece educação permanente para os preceptores:

Tabela 25 - Bolsa de preceptoría para residência e graduação, fonte pagadora, recebe alguma graduação e educação permanente para o preceptor de MFC. São Paulo, 2019

	Sim n (%)	Não n (%)
Pagamento adicional por ser preceptor da Residência	7 (29)	17 (71)
Pagamento adicional por ser preceptor da Graduação	12 (50)	12 (50)
Fonte pagadora	Universidades e PET-Saúde	
Recebe graduação médica	22 (92)	2 (8)
Recebe outras graduações	3 (22)	21 (88)
Educação Permanente para preceptoría	12 (50)	12 (50)

Os dados reforçam o que foi explanado na introdução desse trabalho, demonstrando que há um baixo número de vagas preenchidas nos PRM – MFC tanto no estado de São Paulo quanto no Brasil, de forma mais ampla. (SCHEFFER *et al.*, 2018). O número de 38% de vagas ocupadas encontrado nessa pesquisa é menor do que evidencia a literatura nacional, considerando apenas residentes do 1º ano de residência, e não o total de vagas (78% de vagas ociosas). Essa pode ser uma das razões para os programas optarem por não ofertar 100% das vagas aprovadas. Os programas abrem, em média, 78% do total de vagas (12,7 vagas abertas em um total de 16,5).

Outro dado interessante obtido foi a média de equipes por unidade, correspondendo a 2 equipes para cada unidade de saúde da família, considerando também que não são todos os profissionais médicos das EqSF que assumem a preceptoria. Novamente, na extrapolação e análise de dados brutos, existe, em média, 8,1 equipes de saúde da família por programa, mas a média de preceptores é de 5,3 pessoas por programa. Esse dado, analisado de forma bruta, corresponde que 65% das EqSF têm preceptores do PRM – MFC. Com esses dados apenas, não é possível fazer a explicação motivo pelo qual nem todas as equipes vinculadas possuem preceptores do programa.

Um dos motivos possíveis pode ser a ausência de residentes médicos nos programas (vagas ociosas/não abertura de vagas) ou a existência apenas de alunos de graduação (unidade escola é um campo de estágio tanto para a graduação quanto para a residência), sendo o docente o “preceptor” desses alunos. Esse dado pode ser reforçado tendo em vista que 92% dos coordenadores respondeu que recebe alunos de graduação da medicina e 22% que recebe alunos de outras graduações, além da medicina. Dentre a resposta dos preceptores, o número foi de que 67% recebem alunos de graduação.

Essa é uma informação relevante do ponto de vista de formação de futuros médicos de família e comunidade, como já visto anteriormente ao longo do texto. Isso porque a presença de médicos de família e comunidade como modelo para a graduação é um fator preditivo para que o aluno escolha sua especialidade ao final do curso (ROHAN-MINJARES; ALFERO; KAUFMAN, 2015).

Ao mesmo tempo, esse foi um desafio apontado pelos preceptores: a falta de conhecimento da área na escolha da residência. Assim, receber alunos de graduação pode ser um fator modificador desse desafio no futuro.

A falta de contato dos residentes durante a graduação com médicos de família e comunidade. É a mínima participação do graduando no cenário primário.

(p67)

Mantendo o foco na graduação e residência, outro dado relevante é ser muito mais frequente o pagamento adicional ao preceptor que recebe alunos de graduação em comparação ao preceptor que recebe residentes (50% recebe bolsa para graduação e 29% para a residência). Esse é um dado semelhante ao que encontramos em outros estudos discutidos acima (bolsa para o preceptor de residência), e também um dado próximo ao encontrado por Drowos (2017) em seu estudo (55% é pago para ser instrutor de graduação). O pagamento da graduação é oriundo quase que exclusivamente das universidades. Dentre os preceptores, 23% dos entrevistados recebem bolsas para atuarem nessa função com alunos de graduação.

Quanto à titulação, foi observado que 73,5% dos preceptores dos PRM – MFC são médicos de família e comunidade (titulados e/ou com residência médica na área). Resta afirmar ser este um número bastante próximo ao encontrado nos questionários direto com os preceptores (70,1%). Mas esse percentual demonstra que ainda temos 30% dos preceptores que não têm formação na área e estão formando novos médicos de família e comunidade, como discutido acima.

Por fim, quanto à educação permanente, enquanto 50% dos coordenadores afirmam ter alguma atividade formativa para os preceptores, os mesmos negaram essa atividade em 61,7% das entrevistas realizadas para fins desta pesquisa. Por fim, não houve neste trabalho uma análise qualitativa apta a mensurar a realização da educação permanente na visão dos coordenadores, assim podendo cruzar os dados preceptores e coordenadores.

11 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

O presente estudo buscou estudar se a ampliação rápida das vagas e programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, que faz parte da política do Governo Federal de qualificação da Atenção Primária à Saúde, teve um aumento qualitativo na ampliação do número de preceptores e na qualificação dos mesmos.

Para tal, foram definidos objetivos a serem alcançados a partir desse projeto, sendo o principal deles identificar o perfil dos preceptores em residência médica de medicina de família e comunidade atuantes nos programas do estado de São Paulo.

Esta pesquisa possibilitou evidenciar: o perfil sociodemográfico dos preceptores; sua formação acadêmica e complementar para a função (especialização, pós-graduação, cursos de educação); em quais programas de residência esse profissional atua como preceptor; se os programas oferecem formação adicional a esse profissional; e quais as motivações e dificuldades desse profissional para atuar na área.

Ao longo do texto foram atingidos os objetivos propostos e, acima de tudo, as respostas foram surpreendentemente positivas, considerado que é uma pesquisa de questionário qualitativo e quantitativo, com taxa de resposta de aproximadamente 50% dos preceptores do estado de São Paulo.

Os dados qualitativos foram de uma riqueza enorme de informações, algumas reforçando achados em outros estudos (exclusivamente de estudos quantitativos), mas também foi possível evidenciar novas informações que podem ser bastante úteis para definir planos e metas os PRM – MFC brasileiros.

Há de se destacar uma falta de clareza entre os preceptores sobre como definir a especialidade médica Medicina de Família e Comunidade, sobrepondo conhecimentos de APS de Bárbara Starfield, organização e gestão do SUS, definições de autores diferentes sobre a especialidade e outros achados menores que correspondem mais ao processo de trabalho do que à especialidade em si. É preciso clarificar melhor as características da especialidade para que possamos formar especialistas que compreendam seu papel social.

Também ficou clara a dificuldade de definir o que é ser preceptor e como é seu trabalho, justamente porque esse profissional atua em diversos campos e saberes ao mesmo tempo. Ele precisa atuar na formação, educação, gestão da unidade, do programa e da rede, assistência e outros. Isso pode levar a diversos desafios a serem superados, conforme foi demonstrado, embora os profissionais sejam bastante motivados no exercício da função que exercem.

Não podemos esquecer que há uma lacuna importante, também, a ser preenchida, no que tange à educação permanente dos preceptores. Em sua maioria, não há uma atividade estruturada para a educação permanente desses profissionais. Alguns PRM – MFC buscam sobrepor atividades dos residentes às da unidade como forma de diminuir esse espaço vazio, por vezes liberando os profissionais para cursos específicos em preceptoria. Contudo, essa não é a característica de educação permanente.

Os dados dos preceptores colhidos individualmente corroboram com os dados colhidos pelos coordenadores. Assim, há uma verossimilhança de respostas dos indivíduos que atuam nas pontas com as dos coordenadores, que organizam e estruturam os PRM – MFC do estado.

A pesquisa atingiu os objetivos propostos no início, com uma taxa de resposta satisfatória. Os resultados foram surpreendentemente positivos, porque com grande avanço e crescimento do número de PRM – MFC no estado de São Paulo e no Brasil, apresentando um risco de contratações de médicos não capacitados para atuar como preceptores, os dados demonstraram o contrário: a maioria dos preceptores têm uma formação em MFC (mais de 70% é médico de família e comunidade) e têm uma formação, ao menos teórica, em preceptoria médica (mais de 80% têm ao menos um curso de preceptoria), corroborando com o pressuposto.

Esses dados demonstram que o estado apresenta bons profissionais formando especialistas na área, com enfoque em sua formação, educação e qualificação para os serviços de MFC e preceptoria. Por fim, resta ressaltar que ainda há uma necessidade de intervenção pelos programas na educação permanente dos preceptores.

A taxa de respostas foi válida considerado a literatura internacional, (acima de 50%). Cabe ressaltar que 50% dos preceptores não respondeu ao questionário, índice que gira em torno de 48% quando considerado o universo dos coordenadores. Além de ter atingido 58% dos programas de residência no estado. Assim, os números encontrados podem ser mascarados como uma limitação da seleção de respostas não intencional, fato que pode ocorrer unicamente por falta de uma amostragem próxima a 100% (proposta inicial do projeto). Essa foi uma limitação do estudo que pôde refletir nas respostas obtidas.

Também é preciso levar em consideração que o trabalho foi realizado no estado de São Paulo, contexto em que a maioria dos programas está inserido, e os institutos de educação para preceptoria (SL e HAOC) também estão inseridos em diversas universidades públicas e privadas com programas de pós-graduação para aumentar a taxa de mestrados e doutorandos em nossa amostra. Devido a essa característica, é interessante realizar uma pesquisa semelhante em âmbito nacional e verificar se há semelhanças ou desigualdades.

Ao longo do texto, novas perguntas e propostas de pesquisa foram surgindo e foram lançadas como questionamentos que podem complementar as informações já obtidas. O tema preceptoria médica em medicina de família e comunidade é muito extenso, pouco explorado e cada dia mais atual devido às políticas públicas e da saúde suplementar na especialidade. Assim, essa dissertação não pretende findar a reflexão acerca do tema, mas apenas trazer novas indagações e propostas de estudos.

Por ser um mestrado profissionalizante, optou-se neste trabalho pela geração, complementar à esta dissertação, de um produto das pesquisas empreendidas. Apresentam-se, assim, as RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS AOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Ele será enviado a publicação em revista da área, e após aprovação também enviado aos programas em nível nacional e à SBMFC como proposta de observações de melhoria dos programas baseados nas análises aqui empreendidas. (APÊNDICE I).

A dissertação resultou em um segundo artigo até o momento, referente ao estudo e resumo da introdução: quem é e qual a função do preceptor em medicina de família e comunidade do ponto de vista teórico reflexivo. Esse artigo visa definir esse profissional dessa especialidade em questão pois é uma área ainda sem uma definição clara, mas sim diversos artigos que reforçam as diferentes competências do profissional e resoluções do Governo Federal pontuando sobre esse profissional, baseado na literatura nacional e internacional (APÊNDICE J).

Como finalização de um processo, de um trabalho e da dissertação, ao analisar as motivações do autor para esse trabalho, seu caminho de estudos, revisão e reflexão bibliográfica, propor um pressuposto de análise de qualidade dos programas de residência médica em MFC (existindo a indagação se os programas evoluíram com qualidade esperada de uma especialização padrão-ouro), a busca e realização da metodologia, com os resultados atingidos.

Eles demonstraram que o pressuposto também foi respondido, ou seja, os programas abertos foram de qualidade institucional, com enfoque no residente, no processo de trabalho e formação, mesmo que com suas singularidades, de cada programa, os resultados foram satisfatórios.

Mas, para que tenha uma harmonia de formação de qualidade, baseado nas demandas e necessidades trazidas pelos próprios sujeitos da pesquisa, as recomendações técnicas foram trazidas a luz (APÊNDICE I). Fato interessante que se observado desde a página 20 até o momento, faz-se claro um arco de estudo da realidade, estudo teórico e prático e proposição de intervenção, conhecido no meio acadêmico de metodologias ativas de aprendizado como Arco de Margueres (BERBEL, 1995), aqui apresentado na figura 8. Assim, fecha-se o ciclo do mestrado profissional, da dissertação e do arco de aprendizado, mas com muitas dúvidas e caminhos a serem seguidos a partir de agora (novos arcos, novas problematizações e busca de novas soluções).

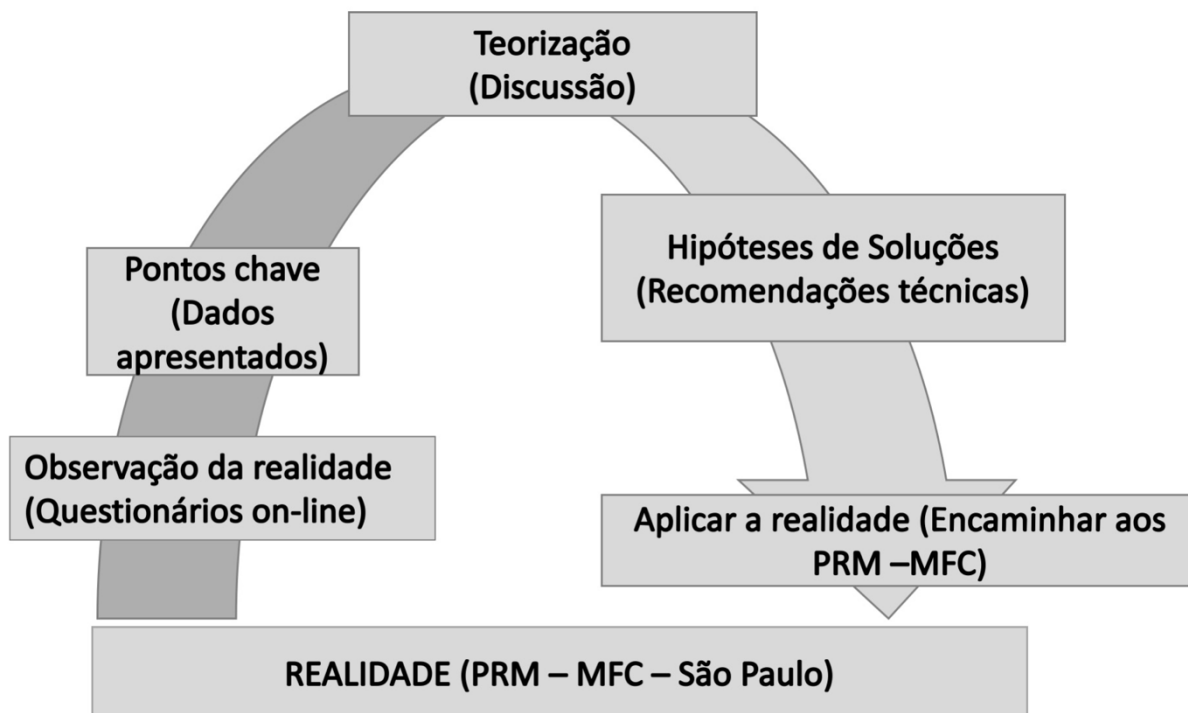


Figura 8 - Arco de Marguerez adaptado a dissertação, São Paulo, 2019. Fonte: o autor, adaptado de Bebrbel, 1995.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. C. **Preceptorial em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão.** Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2017.

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633–667, 2016.

ALLEN, J. *et al.* **A definição europeia de medicina geral e familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar).** Ljubljana, Eslovênia: WONCA Europa, 2002.

ALLEN, J. *et al.* A definição europeia de medicina geral e familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar). Versão Reduzida. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** Lisboa, v. 21, p. 511–516, 2005

ALLEN, J. *et al.* **Framework for Continuing Educational in General Practice / Family Medicine in Europe (CEDinGP).** Kraków: EURACT, 2012.

ANDERSON, I. M. P.; GUSSO, G.; DIAS DE CASTRO FILHO, E. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 61–67, 2005.

ANDERSON, M. I. P.; RODRIGUES, R. D. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 19–20, 2011.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

ARIAS-CASTILLO, L. **Perfil do médico de família e comunidade: definição Iberoamericana.** Eslovênia: WONCA, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Cadernos da ABEM: o preceptor por ele mesmo. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 1-106, 2013.

AUGUSTO, D. K. Residência em medicina de família e comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 448–453.

AUGUSTO, D. K. *et al.* Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–4, 2018.

BAIN, L. Preceptorship: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 104–107, 1996.

BARBEIRO, F. M. S.; MIRANDA, L. V.; SOUZA, S. R. Nurse preceptors and nurse residents: interacton in the practice scenario. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1080–1087, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578–583, 2011.

BASU, S. *et al.* Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. **Journal of the American Medical Association Internal Medicine**, Chicago, v. 179, n. 4, p. 506-514, 2019.

BENBASSAT, J. Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 89, n. 4, p. 550-554, 2014.

BENGTSSON, M.; CARLSON, E. Knowledge and skills needed to improve as preceptor: development of a continuous professional development course – a qualitative study part I. **BMC Nursing**, London, v. 14, n. 1, p. 51, 2015.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais/Humanas**, v. 16, n. 2, p. 9-19, 1995.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BERGER, C. B. *et al.* A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.

BOTTI, S. H. O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2006.

BRANT, V. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. **Decreto n 80.281, de 5 de Setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013a.

BRASIL. Presidência da República. **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 providências. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução N. 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014.

BRASIL. Presidência da República. **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, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2018. (NAVEGADORSUS, v. 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e impantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reIHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRIGHENTE, M. F.; MESQUIDA, P. Paulo Freire: da denúncia da educação bancária ao anúncio de uma pedagogia libertadora. **Pro-Posições**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 155–177, 2016.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da medicina de família e comunidade. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 181–190, 2005.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARABETTA JÚNIOR, V. Rever, pensar e (re)significar: a importância da reflexão sobre a prática na profissão docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 580–586, 2010.

CAREK, P. J. *et al.* Residency training in family medicine: a history of innovation and program support. **Family Medicine**, Kansas City, v. 49, n. 4, p. 275–281, 2017.

CARVALHO, F.; VENTURA, T.; BARROSO, R. Perfil de competências do orientador de formação. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 147–52, 2004.

CASTELLS, M. A. **Estudos dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**: a questão da preceptoria. 2014. Dissertação (Mestrado em medicina) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 461–469, 2016.

CASTRO, R. C. L.; JANTSCH, A. G. Como se tornar um preceptor de programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade": Da prática ao ensino em serviço. In: AUGUSTO, D. K.; UMPIERRE, R. (ed.). **PROMEF Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Panamericana, 2017. p. 59–116.

CAVALIERI, V. **Preceptors' role modelling of senior B.Sc.N. students explored through reflections of faculty**. 2013. Thesis (Degree Master of Science) - McMaster University, Hamilton, 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. Formação e Protagonismo. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação do estudante na área. In: CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes**: percursos na formação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 5-26.

CHAVES, H. L. *et al.* Vagas para residência médica no Brasil: Onde estão e o que é avaliado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 557–565, 2013.

CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W. C.; MACHADO, C. L. B. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo de Preceptoria em um Minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 664–669, 2009.

COSTA, A.; PEDRO, R.; MAGALHÃES, S. Medicina Geral e Familiar em Portugal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 295, 2014.

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de professores de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 1–7, 2010.

CRUESS, S. R.; CRUESS, R. L.; STEINERT, Y. Role modelling—making the most of a powerful teaching strategy. **British Medical Journal**, London, v. 336, n. 7646, p. 718–721, 2008.

CYRINO, E. G. *et al.* The project "Mais Médicos" and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it? **Escola Anna Nery**: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 5-6, 2015. Editorial.

DROWOS, J. *et al.* Faculty development for medical school community-based faculty. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 92, n. 8, p. 1175–1180, 2017.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5, 2004.

FALK, J. W. **A especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil**: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FAN, W.; YAN, Z. Factors affecting response rates of the web survey: a systematic review. **Computers in Human Behavior**, New York, v. 26, n. 2, p. 132–139, 2010.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do Cuidado Integral à Saúde no contexto da Atenção Primária. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 100–108, 2008.

FREIRE, P. **A Educação na Cidade**. São Paulo: Cortez, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GARCIA, A. P. *et al.* Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–8, 2018.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. **Atención Primaria**, Madrid, v. 35, n. 2, p. 95–98, 2005.

GONÇALVES, R. J. *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, Perspectivas e Trabalho Cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 393–403, 2009.

HENDERSON, M. *et al.* Medical students, early general practice placements and positive supervisor experiences. **Education for Primary Care**, Oxford, v. 29, n. 2, p. 71–78, 2018.

HEYRMAN, J. (ed.). **EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice**. Leuven: EURACT, 2005.

HORII, C. L. **Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores**. Dissertação (Mestrado em Ensino em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

HOWELL, J. D. A history of medical residency. **Reviews in American History**, Baltimore, v. 44, n. 1, p. 126–131, 2016.

HUTT, P. General practice in the United Kingdom: a training evolution. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 77, 2014.

IZECKSOHN, M. M. V. *et al.* Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737–746, 2017.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153–161, 2009.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1471–1480, 2016.

KEIGHLEY, B. The JCPTGP: the passing of an era. **British Journal of General Practice**, London, v. 55, n. 521, p. 970–971, 2005.

KIDD, M. **A contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA)**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KIDD, M. R. *et al.* General practice education and training: past experiences, current issues and future challenges. **Medical Journal of Australia**, Pyrmont, v. 194, n. 11, p. 10–11, 2011.

LANGLOIS, J. P. The preceptor in the 21st Century. **Family Medicine**, Kansas City, v. 33, n. 5, p. 314–315, 2003.

LATESSA, R. *et al.* Family medicine community preceptors: different from other physician specialties? **Family Medicine**, Kansas City, v. 40, n. 2, p. 96–101, 2008.

LATESSA, R. *et al.* Satisfaction, motivation, and future of community preceptors: what are the current trends? **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 88, n. 8, p. 1164–1170, 2013.

LERMEN, N. Family and community medicine and family health in Brazil: a strategy to provide primary health care for all. **Medwave**, Santiago, v. 13, n. 1, p. e5588–e5588, 2013.

LEVY, B. T. *et al.* Quality of a family medicine preceptorship is significantly associated with matching into family practice. **Family Medicine**, Kansas City, v. 33, n. 9, p. 683–690, 2001.

LOPES, J. M. C. *et al.* **Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade**. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Princípios da medicina de família e comunidade In: GUSSO, G.; DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 1-10.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. Is primary care effective? Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. **International Journal of Health Services**, Amityville, v. 37, n. 1, p. 111–126, 2007.

MANOEL, C. M. **A experiência multiprofissional e interdisciplinar da interação universidade-serviços-comunidade: o olhar e o trabalho do professor tutor.** 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual Paulista Júlio Messquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2012.

MCDONALD, P. *et al.* How can medical schools encourage students to choose general practice as a career? **British Journal of General Practice**, London, v. 66, n. 647, p. 292–293, 2016.

MCWHINNEY, I. R. The importance of being different. **The British Journal of General Practice**, London, v. 46, n. 408, p. 433–436, 1996.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MELLO, G. A. *et al.* Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 464–471, 2009.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. suppl. 1, p. 1493–1497, 2009.

MICROSOFT. **Microsoft Excel para Mac.** Redmond: MICROSOFT, 2018.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 65, n. 9, p. 63–67, 1990.

MILLS, J.; FRANCIS, K.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural and Remote Health**, Austrália, v. 5, p. 410, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2002.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MIRANDA JÚNIOR, U. J. P. M. **Comissão nacional de residência médica: caminhos e descaminhos na gestão desta modalidade de especialização médica no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1997.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de Educação Médica 2007–2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303–310, 2009.

PAICE, E.; HEARD, S.; MOSS, F. How important are role models in making good doctors? **British Medical Journal**, London, v. 325, p. 707–710, 2002.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **Sanare**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 47–53, 2008.

PETROVČIČ, A.; PETRIČ, G.; LOZAR MANFREDA, K. The effect of email invitation elements on response rate in a web survey within an online community. **Computers in Human Behavior**, New York, v. 56, p. 320–329, 2016.

PETTA, H. L. **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). 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PFARRWALLER, E. *et al.* Impact of interventions to increase the proportion of medical students choosing a primary care career: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 30, n. 9, p. 1349–1358, 2015.

REBELO, L. Genograma familiar. O bisturi do médico de família. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 309–317, 2007.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. The educational practice of preceptors in healthcare residencies: a study on reflective practice. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 161–165, 2014.

RODRIGUES, E. T. *et al.* Perfil e trajetória profissional dos egressos da residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 604–614, 2017.

RODRIGUES, R. D.; CAMPOS, C. E. A.; ANDERSON, M. I. P. **Formação e qualificação do médico de família e comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje**: considerações, princípios e estratégias. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005.

ROHAN-MINJARES, F.; ALFERO, C.; KAUFMAN, A. How medical schools can encourage students' interest in Family Medicine. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 90, n. 5, p. 553–555, 2015.

RUILOVA, G. A. *et al.* Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. Suppl 1, p. 47–60, 2016.

SÁNCHEZ-FERNÁNDEZ, J.; MUÑOZ-LEIVA, F.; MONTORO-RÍOS, F. J. Improving retention rate and response quality in Web-based surveys. **Computers in Human Behavior**, New York, v. 28, n. 2, p. 507–514, 2012.

SAUERMAN, H.; ROACH, M. Increasing web survey response rates in innovation research: an experimental study of static and dynamic contact design features. **Research Policy**, Amsterdam v. 42, n. 1, p. 273–286, 2013.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2018.

SILVA, G. T. R.; ESPÓSITO, V. H. C.; NUNES, D. M. Preceptoria: um olhar sob a ótica fenomenológica. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 460–465, 2008.

SIMAS, K. B. F. *et al.* A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1–13, 17, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Edital do Exame de Suficiência para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2017.

STAGG, P. *et al.* Are medical students influenced by preceptors in making career choices, and if so how? A systematic review. **Rural and Remote Health**, Austrália, v. 12, n. 1832, p. 1–21, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface**, Botucatu, v. 21, p. 1301–1314, 2017.

THAT, E. History of Accreditation of Medical Education Programs. **The Journal of the American Medical Education**, v. 250, n. 12, p. 1502, 1983.

TRINDADE, C. E. P. O preceptor na residência médica em Pediatria. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 76, n. 5, p. 327–328, 2000.

VICENTE, V. C.; OLIVER, L. L. Razones , retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 31, p. 195–205, 2014.

VOSGERAU, D. S. R. *et al.* Práticas pedagógicas e formação continuada : as tecnologias da informação e comunicação na sala de aula. **Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 14, n. 1, p. 20–31, 2007.

WEBER, R. A. The perfect preceptor. **The Journal of Craniofacial Surgery**, Burlington, v. 26, n. 8, p. 18–23, 2015.

WEITZEL, K. W.; WALTERS, E. A.; TAYLOR, J. Teaching clinical problem solving: a preceptor's guide. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Oxford, v. 69, n. 18, p. 1588–1599, 2012.

WUILLAUME, S. M.; BATISTA, N. A. O preceptor na residência médica em Pediatria : principais atributos. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 76, p. 333–338, 2000.

APÊNDICE A – Questionário - Preceptor

- 1- Idade: _____ (ano de nascimento)
- 2- Sexo:
 - a) Masculino
 - b) Feminino
- 3- Qual ano você se formou na graduação médica?
- 4- Tempo em preceptoría médica na residência (total) - (se for meses escrever meses): _____ anos
- 5- Programa em que atua nesse momento: _____
- 6- Programa tem vínculo:
 - a) Acadêmico
 - b) Com a rede pública de saúde
 - c) Desconheço
- 7- Recebe bolsa de preceptoría além do salário?
 - a) Sim
 - b) Não
- 8- Se recebe a bolsa, esse incentivo o fez escolher ser preceptor?
 - a) Sim
 - b) Não
- 9- Atuou como médico de família e comunidade antes de se tornar preceptor? (Se apenas na residência a resposta seria não).
 - a) Sim. Quanto tempo? (escrever em outros o tempo)
 - b) Não
- 10- Tempo de preceptoría no atual programa de residência - (se for meses escrever meses): _____ anos
- 11- Formação de especialização/residência complementar à graduação:
 - a) Residência em MFC
 - b) Especialização em MFC / Saúde da Família
 - c) Residência em outra área médica (Qual? _____)
 - d) Especialização em outra área (Qual? _____)
 - e) Título de especialista em MFC pela SBMFC /ABM
 - f) Título de outra especialidade médica (Qual? _____)
 - g) Sem formação complementar

12-Formação em preceptoria:

A) Sim

- 1- Sírio Libanês
- 2- Hospital Alemão Oswaldo Cruz(HAOC)
- 3- EURACT N1
- 4- ABEM
- 5- SBMFC
- 6- Outra (_____)

B) Não

13- Possui pós-graduação stricto sensu:

a) Mestrado

1. Completo, na área de:
2. Em andamento, na área de:
3. Não

b) Doutorado

1. Completo, na área de:
2. Em andamento, na área de:
3. Não

14-Número total de residentes (R1 e R2) em preceptoria sob sua responsabilidade como preceptor no momento:

___ residentes

15-Você também atua como preceptor na graduação?

- a) Sim
- b) Não

16-Grau de satisfação em ser preceptor na residência em MFC: 0-10 (0 é totalmente insatisfeito e 10 é totalmente satisfeito)

17-Grau de dificuldades em ser preceptor na residência em MFC: 0-10 (0 é dificuldade extrema e 10 é sem nenhuma dificuldade)

18-No seu curso de graduação houve algum destaque na formação em educação para o ensino superior?

- a) Sim
- b) Não

19-No seu curso de graduação houve algum destaque na sua formação em APS?

- a) Sim
- b) Não

Questões Abertas:

- 1- Pensando em sua atividade diária, o que é ser médico de família e comunidade para você?
(Objetivo – compreender como o médico entende sua especialidade, a que atua)
- 2- O que é ser preceptor do programa de residência para você, a partir do seu dia-a-dia?
(Objetivo – entender o que o preceptor entende como sua função)
- 3- Conte-me o que você faz como preceptor, como é seu dia-a-dia?
(Objetivo – conhecer a dinâmica de trabalho do preceptor)
- 4- A) Quais os pontos positivos em se trabalhar como preceptor?
B) E quais os negativos?
(Objetivo – compreender suas escolhas de se manter no cargo de preceptoria e quais são as dificuldades e entraves em sua atividade diária)
- 5- Há algum desafio em trabalhar na preceptoria? Sem sim, quais?
(Objetivo - compreender porque se mantém no cargo, superar desafios? E sistematizar quais são para planejar em como superá-los, se possível)
- 6- Há alguma recompensa no seu trabalho?
(Objetivo – conhecer as razões de manter no serviço apesar dos desafios e pontos negativos).
- 7- Considerando o programa de residência médica em que atua, há alguma atividade de formação continuada para o preceptor? Se sim, relate as características dessa atividade.
(Objetivo – conhecer e reconhecer quais programas têm formação continuada do formador)

APÊNDICE B – Entrevista – a ser realizada com uma amostra de preceptores (via Skype)

- 1- Porque escolheu trabalhar MFC?
- 2- Porque escolheu ser preceptor de MFC?
- 3- Qual o papel do preceptor?
- 4- No seu programa tem alguma atividade de formação continuada para o preceptor? Se sim, relate as características dessa atividade? (se entrevista retirar essa).
- 5- Me conte um pouco de seu dia a dia.
- 6- Me conte um caso que lhe marcou.

APÊNDICE C – Questionário Coordenador

- 1- Idade: _____ (ano de nascimento)
- 2- Sexo:
 - a) Masculino
 - c) Feminino
- 3- Qual ano você se formou na graduação médica?
- 4- Tempo em coordenação nessa residência médica (total): _____ meses
- 5- Já foi preceptor de residência em MFC anteriormente?
 - a) Sim, desse programa
 - b) Sim, mas não desse programa
 - c) Nunca
- 6- Programa em que coordena: _____
- 7- Programa tem vínculo:
 - a) Acadêmico
 - b) Com a rede pública de saúde
 - c) Desconheço
- 8- Formação de especialização/residência complementar à graduação:
 - a) Residência em MFC
 - b) Especialização em MFC
 - c) Residência em outra área médica (Qual? _____)
 - d) Especialização em outra área (Qual? _____)
 - e) Título de especialista em MFC pela SBMFC /ABM
 - f) Título de outra especialidade médica (Qual? _____)
 - g) Sem formação complementar
- 9- Formação em preceptoria:
 - a) Sim
 - 1- Sírio Libanês
 - 2- Hospital Alemão Oswaldo Cruz(HAOC)
 - 3- EURACT N1
 - 4- ABEM
 - 5- SBMFC
 - 6- Outra (_____)
 - C) Não

10- Pós Graduação stricto sensu

a) Mestrado

1- Completo, na área de:

2- Em andamento, na área de:

3- Não

b) Doutorado

1- Completo, na área de:

2- Em andamento, na área de:

3- Não

11-Quantas vagas tem aprovadas pela CNRM no programa de residência?

12-Quantas vagas foram oferecidas no ano de 2017?

13-Quantas vagas foram preenchidas?

14-Quantos residentes o programa tem atualmente?

15-Quantas unidades de saúde da família o programa tem?

16-Quantas equipes de saúde da família o programa tem?

17-Quantos preceptores o programa tem vinculado (médicos atuantes nas USF do programa)?

18-Quantos preceptores tem titulação em medicina de família e comunidade (residência ou título de especialista pela Sociedade Brasileira de MFC)?

19-Há pagamento adicional ao preceptor de residência?

a) Sim, quem faz?

b) Não

20-Esses profissionais também atuam com a graduação de medicina?

a) Sim

b) Não

21-Esses profissionais também atuam com outras graduações que não a de medicina?

a) Sim

b) Não

c) Algumas equipes, não todas

22-Há pagamento adicional por ser preceptor da graduação?

- a) Sim, quem faz?
- b) Não
- c) Algumas equipes / unidades

23-Há programa de educação permanente/continuada para os preceptores, pelo programa?

- a) Sim
- b) Não

24-Em sua opinião, o que leva o aluno a escolher fazer o seu programa de residência médica?

(Objetivo – avaliar os pontos positivos da sua residência)

25-Em sua opinião, porque as vagas dos programas de residência em MFC, de forma geral, e a sua, se for o caso, não são preenchidas?

(Objetivo – avaliar o cenário da MFC no seu programa)

26-No dia a dia, quais as dificuldades de ser o coordenador do programa?

(Objetivo – conhecer quais os complicadores de ser coordenador)

APÊNDICE D – Programas de Residência Médica do Estado de São Paulo

Nome	Contato / COREME	Vagas aprovadas
1. Albert Einstein	samantha.franca@einstein.br	4
2. Anhembi Morumbi	duca1971@me.com	4
3. Casa de Saúde Santa Marcelina	pc.fontao@uol.com.br	40
4. F. Med. ABC	hugomacedojr@hotmail.com	20
5. Faculdades Integradas Padre Albino	joao.porcionato@gmail.com	6
6. FAMECA	joao.porcionato@gmail.com	6
7. FAMEMA	tlcsgomes@gmail.com	10
8. FAMERP	mmsalomao@hotmail.com	8
9. FMRP –USP	augustus@fmrp.usp.br	26
10. Fundação Leonor Barros Camargo Indaiatuba	coremehaoc@gmail.com	4
11. Fundo Municipal de Saúde	??	3
12. ISAM (I. S. Anhembi Morumbi)		4
13. Jundiaí	coreme@fmj.br	4
14. Mário Gatti – Campinas	periclesmotta@hotmail.com / corememg@gmail.com	4
15. Pio XII Barretos	alpale@bol.com.br	24
16. PUC Campinas	aguinaldogon@uol.com.br	3

17. PUC São Paulo (Sorocaba)	rgianini@pucsp.br	2
18. Santa Casa Araras		2
19. Santa Casa de Limeira	cdenari@hotmail.com	3
20. Santa Casa de São Paulo	asizilio@gmail.com	8
21. Santa Casa Votuporanga	(17) 3405-9133 coreme@unifev.edu.br	6
22. SMS Campinas	zzeliete@uol.com.br	16
23. SMS Franca	haroldosantana3@gmail.com	6
24. SMS Guarulhos	Silva_rafaelnunes@hotmail.com	15
25. SMS Ipuã	haroldosantana3@gmail.com	3
26. SMS Mauá	coremesmsmaua@gmail.com / paulayos.coreme@gmail.com	4
27. SMS Olímpia	saude@olimpia.sp.gov.br	2
28. SMS Piracicaba	anayferrerdab@gmail.com	10
29. SMS Praia Grande	ernestodall@gmail.com	12
30. SMS Ribeirão Preto	lucimara_nobre@yahoo.com.br / silversandro@yahoo.com.br	60
31. SMS Rio Claro	diretoria_administrativa@saude-rioclaro.org.br	6
32. SMS São Paulo	renatafregonezi@gmail.com	100
33. SMS SBC	denizeofp@gmail.com	10

34. SMS Sorocaba	lilianemgpinho@gmail.com	10
35. SMS Valinhos	saude@valinhos.sp.gov.br	8
36. UFSCar	bernardino@ufscar.br	6
37. UNAERP	fernandinhapm@hotmail.com	4
38. UNESP Botucatu	acyrino@gmail.com	10
39. UNIARA	phelipeacalixto@gmail.com	6
40. UNICAMP	acoimbra@fcm.unicamp.br	6
41. UNICASTELO Fernandópolis	christinamendonca@hotmail.com	2
42. UNICID	alba007@uol.com.br	20
43. UNIFESP	daniel.almeida.33@gmail.com	12
44. UNIMAR (Marília)	meshco@gmail.com	4
45. UNISA (Santo Amaro)	fgkimura@prof.unisa.br	12
46. UNITAU	apeneluppi@uol.com.br	2
47. Universidade Mogi das Cruzes	tatianar@umc.br	2
48. Universidade Nove de Julho	renatagallotti@uninove.br	15
49. USP São Paulo	aflolive@usp.br	12
Total		564

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Preceptor

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado **Avaliação do Perfil dos Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo**, que será desenvolvido por mim, **Lucas Gaspar Ribeiro**, mestrando em saúde da família, com orientação da profissional médica e Professora **Eliana Goldfarb Cyrino**, da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estou estudando o perfil dos preceptores das residências de Medicina de Família e Comunidade através de um questionário autoaplicável, de duração aproximada de 10 a 15 minutos, através de um formulário on-line, para o qual você será direcionada a seguir, se aceitar participar deste estudo.

Peço também sua autorização para que a posteriori possa participar de uma entrevista, conforme esclareço aqui. A fim de qualificar a resposta dos participantes, e aprofundar as mesmas, é possível que você seja escolhido num segundo momento, para participar de uma entrevista aberta com 4 perguntas. A entrevista será realizada via internet com o Skype, em horário a ser definido com você e que não te atrapalhe. Caso você seja escolhido, entraremos em contato via e-mail e/ou telefone para acertar o dia e horário desta entrevista, que deve ter uma duração de cerca de 30 – 40 minutos.

Seu benefício em participar será para contribuir para a avaliação dos preceptores dessa modalidade, a fim de averiguar aproximações e distanciamentos da realidade do Estado com o preconizado com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, permitindo no futuro melhorar a qualificação dos preceptores atuantes e dos residentes dessa área, identificando os pontos fortes e vulneráveis da formação dos preceptores. Os resultados não serão utilizados para sua avaliação dentro do programa, sendo as informações sobre sua identificação e respostas sigilosas e não constarão dos resultados apresentados.

O único risco que identificamos neste estudo, é o gasto de tempo que você terá para responder ao questionário, e após, se escolhido para a entrevista, o dispêndio de tempo com a mesma, via internet.

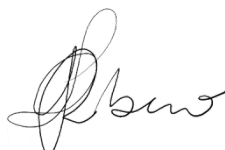
Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado e validado para que tenha valor legal a partir do momento que é aceito nessa página da web (primeira página do formulário on-line), não necessitando de uma assinatura física ou digital e manutenção do anonimato. A partir do momento em que aceitá-lo, será direcionado ao questionário, caso contrário, a pesquisa se encerrará.

Em caso de qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609, que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente de que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____ / ____ / ____



Lucas Gaspar Ribeiro

Nome Lucas Gaspar Ribeiro

Endereço: Rod. Antônio Machado Sant'Anna, km 3,8. Cond. Jardim dos Gerânios, casa 9 – Ribeirão Preto/SP

Telefone: (16) 99228-0369

Email: lucasgasparribeiro@gmail.com

Nome Eliana Goldfarb Cyrino

Endereço: Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695, Botucatu, SP

Telefone: (14) 991348337 Email: ecyrino@fmb.unesp.br

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Coordenador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado **Avaliação do Perfil dos Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo**, que será desenvolvido por mim, **Lucas Gaspar Ribeiro**, mestrando em saúde da família, com orientação da profissional médica e Professora **Eliana Goldfarb Cyrino**, da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estou estudando o perfil dos preceptores das residências de Medicina de Família e Comunidade através de um questionário autoaplicável, de duração aproximada de 10 a 15 minutos, através de um formulário on-line.

Seu benefício em participar será para contribuir para a avaliação dos preceptores dessa modalidade vinculados ao programa quem que coordena, a fim de averiguar aproximações e distanciamentos da realidade do Estado com o preconizado com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, permitindo no futuro melhorar a qualificação dos preceptores atuantes e dos residentes dessa área, identificando os pontos fortes e vulneráveis da formação dos preceptores.

Os resultados não serão utilizados para sua avaliação dentro do programa, sendo as informações sobre sua identificação e respostas sigilosas e não constarão dos resultados apresentados. O questionário que irá responder, como COORDENADOR, é focado para complementar as informações sobre o programa em que coordena, a fim de obter diferentes informações sobre o programa de residência médica.

O único risco que identificamos neste estudo, é o gasto de tempo que você terá para responder ao questionário.

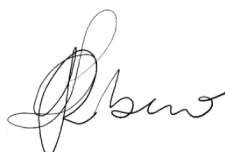
Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado e validado para que tenha valor legal a partir do momento que é aceito nessa página da web (primeira página do formulário on-line), não necessitando de uma assinatura física ou digital e manutenção do anonimato. A partir do momento em que aceitá-lo, será direcionado ao questionário, caso contrário, a pesquisa se encerrará.

Em caso de qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609, que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente de que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____



Lucas Gaspar Ribeiro

Nome Lucas Gaspar Ribeiro

Endereço: Rod. Antônio Machado Sant'Anna, km 3,8. Cond. Jardim dos Gerânios, casa 9 – Ribeirão Preto/SP

Telefone: (16) 99228-0369

Email: lucasgasparribeiro@gmail.com

Nome Eliana Goldfarb Cyrino

Endereço: Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695, Botucatu, SP

Telefone: (14) 991348337

Email: ecyrino@fmb.unesp.br

APÊNDICE G - Programas de Residência do estado de São Paulo

Nome	Vagas aprovadas	Vagas abertas em 2017 ¹
1. Albert Einstein	4	4
2. Anhembi Morumbi	4	4
3. Casa de Saúde Santa Marcelina	40	40
4. F. Med. ABC	20	20
5. Faculdades Integradas Padre Albino	6	duplicado com FAMECA
6. FAMECA	6	sem residentes
7. FAMEMA	10	10
8. FAMERP	8	8
9. FMRP – USP	26	26
10. Fundação Leonor Barros Camargo Indaiatuba	4	sem residentes
11. Fundo Municipal de Saúde	3	
12. ISAM (I. S. Anhembi Morumbi)	4	Duplicado com Anhembi Morumbi
13. Jundiaí	4	sem residentes
14. Mário Gatti – Campinas	4 (Unificou com SMS Campinas / Ouro Verde)	4
15. Pio XII Barretos	24	24
16. PUC Campinas	3	sem residentes
17. PUC São Paulo (Sorocaba)	2	2
18. Santa Casa Araras	2	sem residentes
19. Santa Casa de Limeira	3	3
20. Santa Casa de São Paulo	8	8

¹ Os programas com diferença de vagas foram os que responderam o questionário (coordenador). Os que mantiveram as vagas foram os sem resposta do coordenador ou abertura das vagas igual as aprovadas.

21. Santa Casa Votuporanga	6	sem residentes
22. SMS Campinas	16	16
23. SMS Franca	6	6
24. SMS Guarulhos	15	15
25. SMS Ipuã	3	3
26. SMS Mauá	4	sem residentes
27. SMS Olímpia		sem residentes
28. SMS Piracicaba	10	10
29. SMS Praia Grande	12	12
30. SMS Ribeirão Preto	60	sem residentes
31. SMS Rio Claro	6	sem residentes
32. SMS São Paulo	100	100
33. SMS SBC	10	10
34. SMS Sorocaba	10	10
35. SMS Valinhos	8	sem residentes
36. UFSCar	6	sem residentes
37. UNAERP	4	sem residentes
38. UNESP Botucatu	10	10
39. UNIARA	6	6
40. UNICAMP	6	6
41. UNICASTELO Fernandópolis	2	sem residentes
42. UNICID	20	20
43. UNIFESP	12	12
44. UNIMAR (Marília)	4	sem residentes
45. UNISA (Santo Amaro)	12	sem residentes
46. UNITAU	2	2
47. Universidade Mogi das Cruzes	2	sem residentes
48. Universidade Nove de Julho	15	15

49. USP São Paulo	12	12
-------------------	----	----

APÊNDICE H – Tabela com a taxa de respostas de preceptores por programa

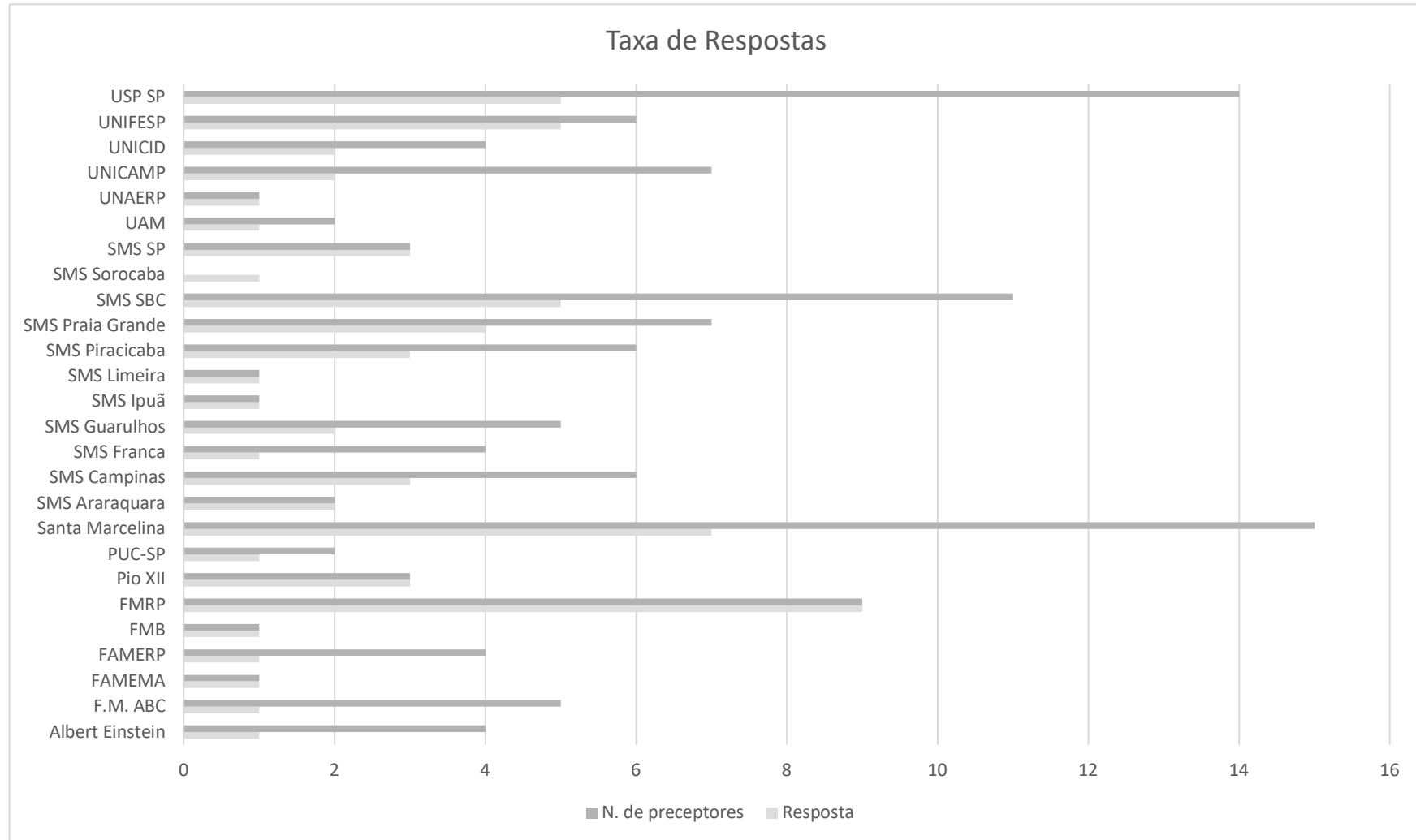


Gráfico 11 - Taxa de respostas dos programas

APÊNDICE I – Artigo 1: Recomendações Técnicas aos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Apresentação

O material a seguir é o resultado do meu mestrado profissionalizante em Saúde da Família (ProfSaúde) realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. O objetivo dessa dissertação foi conhecer quem são e como atuam os preceptores dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo.

Para esse fim, optou-se por uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, com uma parte quantitativa (conhecer de forma generalizada) e uma parte qualitativa (conhecer o profissional em sua singularidade). Além do mais, os programas foram avaliados de forma quantitativa com questionários aos supervisores. Isso permitiu que ao final dele tenha sido possível construir esse material com propostas e recomendações para qualificar os programas e preceptores.

Introdução

A residência médica é o padrão ouro para formação de novos profissionais especialistas nas diversas áreas de atuação, sendo considerada como uma continuação da formação médica após a graduação, permitindo que o mesmo possa adquirir competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para além do que já adquiriu. O surgimento dessa modalidade formativa veio de um renomado hospital nos Estados Unidos, o John's Hopkins, através de dois médicos professores, Willian Osler e William Stewart Halsted, sendo o primeiro na clínica médica e o segundo na cirurgia, ocorrendo no final do século XIX. (HORI, 2013; HOWELL, 2016; MIRANDA JÚNIOR, 1997).

No Brasil, ela é considerada legalmente como curso de especialização, com foco no treinamento em serviço. Existe no país desde 1944, na Faculdade de Medicina da USP, e está em franca acessão desde os anos 70, quando foi organizada e fundada a Comissão Nacional de Residência Médica e a legislação específica dessa formação médica em 1977. (BRASIL, 1977; HORI, 2013; MIRANDA JÚNIOR, 1997). Atualmente em São Paulo, contamos com 46 programas de residência médica em

Medicina de Família e Comunidade, em instituições de ensino públicas, particulares, hospitais vinculados ao SUS (particulares, filantrópicos e da rede pública), além das secretarias de saúde (residência em rede). Nestes contextos, os médicos responsáveis pela formação desses residentes são denominados preceptores de residência médica. (BERGER et al., 2017; BOTTI; REGO, 2006, 2011; BOTTI, 2009; BRASIL, 2013b, 2015; CASTELLS, 2014; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; RIBEIRO; PRADO, 2014).

Uma das especialidades em que mais cresce o número de vagas a partir do modelo de formação em residência médica é a Medicina de Família e Comunidade (PRM – MFC), iniciando a formação em 1976, pelos programas de Residência Médica em três locais diferentes (Centro de Saúde Escola Murialdo – RJ, Projeto Vitória – PE e Serviço de Medicina Integral da UERJ -RJ). (BERGER *et al.*, 2017; CASTELLS, 2014). Essa especialidade apresentou uma expansão intermitente de vagas, mas a partir de 2013, quando foi lançada a Lei Mais Médicos pelo Ministério da Saúde (MS) com apoio do Ministério da Educação (MEC), está havendo um acréscimo substancial de vagas. (ALESSIO; SOUSA, 2016; BRASIL, 2013a; RODRIGUES; CAMPOS; ANDERSON, 2005).

Os Ministérios buscam a formação de novos profissionais pelos PRM – MFC pois consideram essencial o aumento do número de MFC em nosso país, baseados na opção realizada em 1994 pelo Programa de Saúde da Família, no modelo de atenção à saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS) depois transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006, em que o MFC é a especialidade padrão-ouro para atuar na estratégia. (BRASIL, 1997; MENDONÇA, 2009).

Contudo, segundo o levantamento feito em 2018 por Scheffer e colaboradores (2018), temos 5486 médicos de família e comunidade para 44.715 equipes de saúde da família (EqSF), em 5475 municípios, dados do Departamento de Atenção Básica (MS) de 2017. (BRASIL, 2019). Isso corresponde a 12,2% das equipes com um titulado em MFC. Importante lembrar que, para obter o título, não é obrigatório a residência em MFC, segundo determinação do edital da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2018).

Assim, apesar do grande investimento do MS e MEC em novos profissionais especialistas em MFC, visto pela abertura de vagas e pela Lei Mais Médicos, há uma procura baixa desses programas, sendo as razões: a não necessidade de ser especialista / titulado para incorporar uma EqSF; a baixa inserção no ensino sobre APS (com as mudanças propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, isso pode se modificar); o mercado de trabalho; a imagem negativa do MFC por outros especialistas; a visão dessa especialidade como vínculo apenas ao Sistema Único de Saúde e, por fim, ser de “baixa complexidade” e que qualquer um pode realizar. (GONÇALVES *et al.*, 2009; MELLO *et al.*, 2009). Este último fato é inclusive corroborado pela maioria dos editais para contratação de médicos para ESF nos municípios brasileiros (12% das EqSF com médicos titulados).

Como dito anteriormente, o médico de família e comunidade é considerado o padrão-ouro para o atendimento em uma EqSF. Segundo definição do WONCA (World Organization of Family Doctors):

“O médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra.”

Perfil do Médico de Família e Comunidade – Definição Ibero-americana (ARIAS-CASTILLO 2010, p1)

Sendo assim, o médico de família e comunidade é um especialista, e para conseguir atingir os objetivos propostos, é importante ter uma formação complementar, a residência médica nessa especialidade. (RODRIGUES; CAMPOS; ANDERSON, 2005). Contudo, como dito acima, a maioria das EqSF não possui esse profissional vinculado e muitos médicos estão sendo contratados para essas equipes com o objetivo de serem preceptores dos residentes em MFC, principalmente após 2013, com o aumento substancial e crescente de vagas em residência na área, tendo eles formação ou não na especialidade.

A partir das proposições acima, constata-se que hoje os atuais preceptores podem ser: especialistas em MFC (titulados via SBMFC ou via residência médica) ou

não (médicos generalistas, sem formação ou especialistas em outras áreas), legalmente habilitados para tal papel, segundo a legislação específica dos PRM – MFC, diferentemente de outras áreas, que demandam especialidade na área de formação. (BRASIL, 2013b, 2015).

Considerado o contexto da MFC, o médico que está vinculado a EqSF é o “preceptor” dos residentes nessa área de atuação, pois é com ele que o residente passará a maior parte de sua formação. Assim, a baixa inserção de profissionais capacitados (formados) para atuação na APS/ESF pode levar a uma formação inadequada de novos profissionais pelos PRM – MFC, considerando que médicos sem formação específica para a área (especialistas) estão formando os novos especialistas, o que não ocorre em outros campos.

Definimos preceptor de medicina de família e comunidade no estágio da Unidade de Saúde da Família como o **profissional médico cuja sua vinculação está na Equipe de Saúde da Família em que o médico residente atua. Esse profissional é o principal responsável pela formação direita do residente, sendo uma pessoa altamente qualificada na área de atuação e um exímio educador.**

Outro ponto importante de se destacar quando abordamos o tema residência médica e formação médica é a habilidade de ser um educador, diferente da habilidade de ser um bom médico. No contexto dos PRM – MFC, existem diversos estudos internacionais e nacionais que abordam o tema: preceptor, mentor, educador em MFC/APS, e suas relações do porquê de estar nesse papel (motivações) e qual sua formação técnica para tal (educação permanente tanto em pedagogia quanto em conhecimentos específicos). (LANGLOIS, 2003; CARVALHO; VENTURA; BARROSO, 2004; BOTTI; REGO, 2006, 2011, LATESSA et al., 2008, 2013; BOTTI, 2009; BARRETO et al., 2011; BRANT, 2011; KIDD et al., 2011; HORII, 2013; RIBEIRO; PRADO, 2014; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; DROWOS et al., 2017).

Tanto no Brasil quanto no mundo existem diversos programas de formação de preceptores em residência médica, com aumento, em nosso país, do número desses programas, juntamente com a ampliação de vagas, sendo dois programas oferecidos com uma parceria Ministério da Saúde (PROAD-SUS) com entidades

privadas de formação médica (Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês), além do curso de formação próprio da SBMFC, o Curso de formação EURACT (apoiado pela SBMFC). Ademais, há a formação a título de mestrado em rede coordenado pela ABRASCO, SBMFC e FIOCRUZ, e outros desenvolvidos por instituições de ensino pelo país. Com isso, é desejável que o preceptor de residência médica tenha, além da formação em sua especialidade de ensino, a formação de educador e que esteja atualizado.

Metodologia e Resultados

A partir dos pressupostos acima, foi feito contato com todos os supervisores dos programas de residência médica do estado de São Paulo para obtenção dos endereços eletrônicos dos preceptores a fim de convidá-los à participação nesta pesquisa. Ao todo, o estado apresenta 46 programas de residência médica em medicina de família e comunidade e 132 preceptores. A taxa de resposta foi de 50% de preceptores, sendo 54% de supervisores e 27 programas. Esses dados são preliminares e estão organizados em um segundo artigo a ser publicado no futuro próximo.

Apesar de termos uma especialidade com mais de 40 anos em nosso país, os preceptores são em sua maioria pessoas jovens, na faixa dos 30 anos de idade (mediana de 37 anos), com 12 anos de formados (mediana) e trabalhando há 4 anos, sendo preceptores há 2.

A grande maioria dos programas estudados foram programas vinculados a secretarias de saúde (64%), o que pode ser reflexo, também, da expansão de programas de residência médica nessa modalidade. Mais de 60% não recebe incentivo para ser preceptor, e esse foi um dos desafios mais frequentemente apontados pelos preceptores nas respostas quantitativas. Houve uma variação significativa do número de residentes pelos quais cada preceptor é responsável, variando de 1 a 9 profissionais em formação. A grande maioria também precisa atuar com a graduação na unidade (67%).

70,1% dos preceptores que responderam o questionário são médicos de família e comunidade (ou seja, possuem residência médica ou já foram aprovados na

prova de título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade), valor semelhante ao respondido pelos supervisores sobre seus programas. Também de forma positiva, 81% dos preceptores têm, ao menos, um curso de formação em preceptoria médica. Além do mais, 29% dos preceptores estão na pós-graduação acadêmica (mestrado e doutorado).

Também foi avaliado se os preceptores estão satisfeitos e sentem dificuldades em relação ao seu trabalho, processo realizado tanto em escala Likert quanto questões abertas. Os dados reforçam que os profissionais estão bastante satisfeitos com seu trabalho em sua maioria, porque percebem a qualificação do serviço, a chance de se manterem atualizados, qualificarem a especialidade medicina de família e comunidade, oportunidade de transformação da saúde, atuação como formadores e a satisfação pessoal no trabalho de preceptoria.

Quanto aos desafios enfrentados, 63 preceptores relataram ter dificuldades em suas atividades, sendo as mais frequentes a demanda *versus* o ensino, a dificuldade de lidar com a gestão, dificuldades inerentes ao ensino de adultos, espaço físico da unidade e a falta do reconhecimento financeiro. Ponto interessante é que os preceptores que não têm curso de preceptoria não relataram dificuldade em ensino.

Quando analisadas outras questões qualitativas, também surgem respostas bastante interessantes e que devemos avaliar, dentre elas como nossos preceptores atuam e como formam os novos médicos de família e comunidade. Isso porque a primeira questão do trabalho realizado objetivou compreender como o preceptor percebe sua especialidade, ou o que é o médico de família e comunidade.

O médico de família e comunidade foi caracterizado em 4 grandes núcleos do saber/atuar diferentes: o médico que trabalha na Atenção Primária a Saúde (STARFIELD, 2002), as quatro características médicas segundo Lopes (2018) - clínico qualificado, que atua com uma população definida, considerando a comunidade e que tem a relação médico-pessoa como pilar do cuidado (GUSSO; LOPES, CHAVES, 2018). Também surgiu o núcleo que considera o médico de família e comunidade como o profissional do Sistema Único de Saúde e gestor da Unidade de Saúde da Família. Por fim, é um profissional que atua com equipe multidisciplinar, que realiza promoção e prevenção e lida com incertezas.

Já o segundo grupo de conhecimento buscado foi compreender o que é ser preceptor na visão desse profissional. Também foram definidos quatro saberes/competências: lidar com o processo de trabalho direto com o residente; acolher, formar e transformar o residente e suas demandas; organizar e fazer a gestão da unidade; e, por fim, ser uma responsabilidade e um desafio.

O terceiro grupo foi listado acima: resiliências e desafios de atuar como preceptor.

Por fim, o quarto grupo de respostas qualitativas versa sobre a Educação Permanente do preceptor. 29 preceptores responderam não ter nenhum tipo de formação complementar. Dentre as respostas, nenhuma se caracteriza como Educação Permanente, mas sim como processos de formação e aperfeiçoamento do profissional. As respostas foram enquadradas nos grupos: liberação para cursos de preceptoria; cursos de planejamento; de atualização clínica; de atualização em educação; assistir aula junto com os residentes e, por fim, receber martriciamento de especialistas focais.

Discussão

Os resultados acima demonstram que a especialidade, apesar de ter mais de 40 anos, ainda é jovem e crescente no país. No estado de São Paulo os médicos formadores de novos médicos de família e comunidade tem uma idade jovem (mediana de 37 anos), com um tempo de atuação na preceptoria relativamente curto (24 meses), principalmente se comparada a outros países. (AGUIAR, 2017; LATESSA *et al.*, 2013;). Esse fator pode ser um indicativo importante na formação dos novos especialistas, porque muitos residentes recém-formados já estão sendo inseridos como formadores sem um tempo de assistência e prática clínica, como é orientado por alguns autores. (CARVALHO; VENTURA; BARROSO, 2004).

Além do mais, há o ponto positivo de muitos dos formadores (considerada a limitação do estudo em 50% de taxa de resposta) serem médicos de família e comunidade e terem formação em preceptoria médica. Esse estudo não desenvolveu reflexões sobre a forma como esses profissionais utilizam das práticas adquiridas no seu dia-a-dia, mas focalizou apenas o componente da formação. É preciso considerar

que a formação de um especialista por outro especialista da mesma área já é um ponto a ser considerado muito positivo, ainda mais considerando que o formador possui conhecimentos teóricos de como facilitar o processo de ensino-aprendizagem através de cursos de preceptoria.

Os pontos que percebemos como nós críticos são os desafios encontrados pelos preceptores, e, coincidentemente, semelhantes aos encontrados em pesquisas anteriores. (AGUIAR, 2017; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; IZECKSOHN *et al.*, 2017). Isso chama a atenção porque, ano após ano, os desafios se mantêm os mesmos: gestão de unidade, demanda *versus* ensino, lidar com a gestão/gestores do sistema de saúde e o baixo reconhecimento financeiro. Além dos nós do processo de trabalho de preceptoria, também há a marginalização da educação permanente para o preceptor. O que os resultados trouxeram foi que são utilizadas nestes contextos ferramentas de educação continuada e não educação permanente. (BRASIL, 2009; VOSGERAU *et. al.* 2007).

Todos os dados são detalhadamente descritos e discutidos ao longo da dissertação, sendo que o objetivo dessas recomendações é trazer de forma mais ampla os resultados da pesquisa para que possa ter uma intervenção no processo formativo dos novos médicos de família e comunidade. Sendo assim, seguem as recomendações propostas. Elas foram divididas em características que as aproximam como metodologia de intervenção.

Organização da Unidade	Adequação de espaço físico da unidade para o trabalho
	Aprimoramento da organização da agenda e demanda das unidades e equipes de saúde da família no contexto de unidades-escola, considerando o contexto social e vulnerabilidade da população adscrita para que tanto o preceptor quanto o residente possam ter espaços protegidos para a formação adequada do profissional em treinamento
	Qualificação e melhor inter-relação da gestão do serviço com a residência médica para que se mantenha a unidade como unidade-escola
Recursos Humanos (médico)	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;
	Aprimoramento contínuo desses profissionais através de:

preceptor na unidade)	a) Educação Permanente em serviço; b) Educação Continuada do preceptor por meio de cursos de preceptor, educação em saúde, formação clínica continuada, matriciamento de casos, dentre outras;
	Contratação de profissionais já com um período mínimo de assistência prévia ao trabalho de preceptor (“horas de vô”);
	Homogeneização do conhecimento sobre a medicina de família e comunidade como especialidade médica, a fim de reduzir as discrepâncias acerca da compreensão sobre médico de família e comunidade.
	Apoio financeiro para os preceptores, com complementação de salário ou bolsa de preceptor
Relação Preceptor-residente	Observação criteriosa do número de residentes por preceptor para ter adequado momento de formação
	Observação da sobrecarga de “educandos” por preceptor nos níveis de graduação e residência

As recomendações são baseadas nos dados encontrados pelo pesquisador dentre os resultados e falas dos preceptores em um artigo a ser publicado em breve, a partir dos dados da dissertação de mestrado. Elas podem não ser universais, mas buscam trazer a homogeneidade e a singularidade de atuação com excelência na medicina de família e comunidade e de seus atores no ano de 2017.

O objetivo de dividir em quatro diferentes grupos e 10 recomendações diferentes foi para dividir e buscar deixar mais claro as necessidades individuais para cada programa, os pontos de intervenção e melhoria. Existe literatura específica para cada uma das recomendações a fim de auxiliar no processo de melhoria continuada e também a própria dissertação estará disponível como uma ferramenta de apoio.

Conclusão

Os dados apresentados acima demonstram que há uma variabilidade de conhecimentos e características dos médicos de família e comunidade formadores de novos especialistas. Os médicos estudados são os responsáveis pelo maior período

de preceptoria do residente, pois estão no mesmo espaço físico e educacional por dois anos consecutivos. Assim, a discrepância do formador pode levar a diferentes médicos de família e comunidade no futuro.

Com o objetivo de reduzir a diferença e aproximar de um grupo semelhante e comum foi proposto dez recomendações aos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, dividido em quatro grupos de ação diferentes. O objetivo não é contemplar todas as diferenças e dificuldades dos programas e também não ser um documento norteador rigoroso para todos os programas, pois é importante respeitar e se adequar as singularidades de cada local.

APÊNDICE J – Artigo 2: Preceptor da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, uma proposta de definição do termo.

Introdução

A fim de compreender qual o papel do preceptor da Residência Médica (RM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC) é necessário entender primeiramente o que é a residência médica, a medicina de família e comunidade e o preceptor de residência médica. Assim, esse texto traz um recorte histórico e evolutivo das temáticas finalizando com uma proposta de quem é o preceptor da RM em MFC. Para tal, foi buscado na base de dados de literatura nacional e internacional (PubMed, Lilacs, Scielo, Medline, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações e Google Scholar) informações sobre os temas propostos, compilado na forma de um artigo de revisão narrativa e proposto ao final uma definição sobre esse profissional, o qual ainda não existe de forma estruturada na literatura.

A Residência Médica

A história da RM no Brasil se inicia na década de 40 e há mais de um século no mundo. Ela é considerada o padrão-ouro na formação de novos profissionais especialistas em diversas áreas de atuação, sendo uma continuação da formação médica após a graduação e permitindo que o profissional possa adquirir competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para além do que já adquiriu durante a graduação. (BRASIL, 1981; CASTELLS, 2014; HOWELL, 2016; RODRIGUES; CAMPOS; ANDERSON, 2005)

O surgimento dessa modalidade iniciou no *The Jonhs's Hopkins Hospital* (Estados Unidos da América), através de dois médicos professores, Willian Osler e William Stewart Halsted, sendo o primeiro na clínica médica e o segundo na cirurgia, no final do século XIX. Inicialmente surgiu a residência cirúrgica e logo após a clínica médica. A RM foi construída a partir de uma necessidade crescente da formação médica do século XIX, em que se instaurou tempo mínimo comum de curso e currículo mínimo comum. Mesmo assim, muitos médicos recém-graduados partiam para a

Europa por um período de tempo a fim de aperfeiçoar suas habilidades clínicas (HORI, 2013; HOWELL, 2016; MIRANDA JÚNIOR, 1997).

Frente a isso, Halsted criou um curso regular após a graduação em que o médico era instruído por um profissional de nível superior (tutor) e esse médico em formação recebia responsabilidades progressivas ao longo do tempo. Ao longo do tempo, os professores perceberam uma qualificação do aluno e melhores resultados no cuidado das pessoas assistidas pelo grupo. Assim, outros hospitais também começaram a usar da mesma prática para formar novos médicos especialistas, a partir da residência médica (HOWELL, 2016; THAT, 1983).

No Brasil, a formação na modalidade residência médica existe desde 1944, quando a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo iniciou o primeiro programa e desde então teve uma franca ascensão até que, nos anos de 1970, foi organizada e fundada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e conseqüentemente se criou a legislação específica para essa formação médica (1977) (BRASIL, 1977; JÚNIOR, 1997; HORII, 2013). Ela é considerada legalmente como um curso de especialização, com foco no treinamento em serviço desde então, reforçado no primeiro artigo da referida lei (BRASIL, 1977).

Em 2017, o país contava com 37.187 médicos residentes, em 6.574 programas de 790 instituições, desde o 1º até o 6º ano de residência 55 especialidades e 59 áreas de atuação (SHEFFER et. al. 2018). Dentro do universo de programas que a pesquisa de demografia médica se desenvolveu, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem 5.394 vagas de residência (1º, 2º e 3º anos de residência), correspondendo a 9,2% do total de vagas no país (SCHEFFER et al., 2018).

Medicina de Família e Comunidade

A MFC é uma das especialidades em que mais cresce o número de vagas a partir do modelo de formação em residência médica nos últimos anos (RODRIGUES et al., 2017; SCHEFFER et al., 2018). A especialidade começou no Brasil em 1974, mas os programas na área tiveram início de sua formação em 1976, pelos programas de RM em três locais diferentes (Centro de Saúde Escola Murialdo – RS, Projeto Vitória – PE e Serviço de Medicina Integral da UERJ - RJ) (BERGER et al., 2017;

CASTELLS, 2014; FALK, 2004). Desde então, essa especialidade apresenta uma expansão contínua de vagas pelo país, com suporte e incentivo do governo federal.

O programa Pró-Residência teve um importante papel no aumento de vagas de residência em MFC por todo o Brasil (ALESSIO; SOUSA, 2016; PETTA, 2011). A partir de 2013, com a introdução da lei 12.871/2013, ou Lei Mais Médicos (LMM), uma ação conjunta dos Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), esse investimento no acréscimo de vagas se tornou substancial para a área da MFC. (ANDERSON; RODRIGUES, 2011; ALESSIO; SOUSA, 2016; BERGER et al., 2017; BRASIL, 2013a; CYRINO et al., 2015; RODRIGUES; CAMPOS; ANDERSON, 2005; STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017). A fim de estabelecer um critério de comparação, no ano de 2011 (já com o Pró-Residência em atividade) o país contava com 452 vagas de residência para a MFC, e em 2017, já são 5.394 vagas (aumento de 11,9 vezes). (CHAVES et al., 2013; SCHEFFER et al., 2018).

A definição da World Organization of Family Doctors (WONCA) para a especialidade é:

O médico de família e comunidade é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual e familiar. Com uma visão holística leva em consideração o contexto biológico, psicológico e social, reconhecendo que a enfermidade está fortemente ligada à personalidade e à experiência de vida da pessoa. Entende a enfermidade como parte do processo vital humano, incluindo as dimensões relacionais, ambientais e espirituais e reconhecendo a singularidade de cada pessoa em cada contexto na qual sua vida transcorra.

(Perfil do Médico de Família e Comunidade – Definição Ibero-americana, 2010)(ARIAS-CASTILLO 2010, p1)

Sendo assim, o médico de família e comunidade é um especialista, e para conseguir atingir os objetivos propostos, é importante ter uma formação complementar - a residência médica nessa especialidade, considerada essa a formação ideal para esse profissional. (RODRIGUES; CAMPOS; ANDERSON, 2005; FALK, 2005; GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2005; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2007; MENDONÇA, 2009; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; LERMEN JUNIOR; HENRIQUE NORMAN, 2013; VICENTE; OLIVER, 2014; COSTA; PEDRO; MAGALHÃES, 2014; HUTT, 2014; RUILOVA et al., 2016; BERGER et al., 2017; CAREK et al., 2017; HENDERSON et al., 2018)

Dentre suas especificidades, o médico de família e comunidade precisa olhar para a pessoa de uma forma diferente, pois toma como pressuposto um modelo de atenção ao cuidado que não é aprendido na universidade e necessita de atualização, observação e autocrítica constantes. Isso implica dizer que somos formados pelo modelo biomédico, mas dentro da especificidade esse modelo não é viável. (MCWHINNEY, 1996)

Além do aspecto relação médico-pessoa, há a relação médico-doença e relação médico-cuidado, trabalhando no contexto de uma equipe de saúde da família, com relações e intervenções às pessoas como equipe e não apenas como médicos-pacientes, utilizando de diversas técnicas, desde a forma de atender até ferramentas como o genograma e ecomapa para auxiliar na construção do Projeto Terapêutico Singular/Familiar (ANDERSON, 2005; BASU *et al.*, 2019; BERGER *et al.*, 2017; CAREK *et al.*, 2017; COSTA; PEDRO; MAGALHÃES, 2014; FALK, 2005; GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2005; HENDERSON *et al.*, 2018; HUTT, 2014; LERMEN, 2013; MACINKO; MCWHINNEY; FREEMAN, 2010; MENDONÇA, 2009; RODRIGUES; CAMPOS; RUILOVA *et al.*, 2016; STARFIELD; SHI, 2007; VICENTE; OLIVER, 2014).

Segundo o levantamento publicado por Scheffer (2018), temos 5.486 médicos de família e comunidade. No país existem 43.016 Equipes de Saúde da Família em 5475 municípios dados obtidos no endereço eletrônico do Departamento de Atenção Básica (MS) até dezembro de 2018 (BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2017). Esse valor é um pouco maior que o apresentando pela SBMFC em 2019, com 5.438 médicos de família e comunidade. (AUGUSTO *et al.*, 2018). Esses dados correspondem a 12,7% de profissionais MFC em relação a número de equipes de saúde da família.

Assim, a maioria dos médicos que atuam nas Equipes de Saúde da Família (aproximadamente 90%) não tem formação para tal. Devido a esse aspecto é importante observar quem são os profissionais formadores, ou seja, quais são os médicos que atuam na Equipe de Saúde da Família e em Unidades de Saúde da Família (USF) e atuando em conjunto com a RM em MFC, o **preceptor**.

Com isso, a partir das proposições acima, constata-se que hoje os atuais preceptores podem ser: especialistas em MFC ou não especialistas em MFC (médicos generalistas – sem formação ou especialistas em outras áreas), legalmente habilitados para tal papel, segundo a legislação específica dos PRM – MFC, diferente de outras áreas, que precisa ser especialista na área de formação. (BRASIL, 2013b, 2015)

Art. 22. O supervisor e os preceptores do PRM deverão ser preferencialmente especialistas com certificado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na área e/ou portadores de certificação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade acreditado ou expedido pela Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade. Parágrafo único. Também estão habilitados ao exercício da função especialistas com titulação acadêmica lato sensu ou strictu sensu compatível ou notório saber na área e em atuação profissional como médico de família e comunidade e os médicos docente na área que atuem em instituição de educação superior.

Resolução Nº 1, de 25 de maio de 2015. Secretaria de Educação Superior (BRASIL, 2015, p.5).

Ser um Educador: o papel do preceptor

Para ser um bom preceptor é interessante que esse profissional tenha formação além da especialidade, ou seja, a formação em preceptoria médica como ocorre na Europa (EURACT, 2006). Isso porque atuando na RM e na formação médica, o profissional precisa ter a habilidade de ser um educador, competência diferente da habilidade de ser um bom médico. (BARRETO et al., 2011; BOTTI; REGO, 2011; BRANT, 2011; GARCIA et al., 2018; IZECKSOHN et al., 2017;)

Formar profissionais competentes não é apenas transmitir o conhecimento de forma vertical, ou como Paulo Freire (2013) definiu, o modelo bancário da educação, reforçando que o educando é apenas um receptáculo vazio e são jogadas dentro dele informações subsequentes até que se preencha tal espaço, como um banqueiro guardando objetos em um cofre. Nesse contexto, é importante frisar que quando trabalhamos com adultos não é possível excluir todo o conhecimento prévio

que eles trazem, considerando que estes são seres pensantes, capazes de ver, refletir e modificar. (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016)

Essa construção dá a ideia que o residente é um papel em branco que deve ser preenchido com todo o conhecimento da especialidade dentro da MFC, conhecimento muito grande em um período curto (2 anos). Assim, quando o educador assume esse papel, ele desconsidera a faculdade, a vida pessoal, a vida profissional até aquele momento e toda a vivência na residência. Mas ter o movimento de olhar o entorno, estruturar hipóteses e modificar a realidade faz parte do aprendizado e de gerar conhecimentos significativos. (BERBEL, 1998; FREIRE, 2013; BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016)

Freire (2013) afirma também que o educador precisa de formação, porque não é fácil, simples e automático ser educador. Caso o formador opte pelo caminho de educação em massa, mesmo problematizadora, “acreditando” ser reprodutível, ele vai continuar fazendo o mesmo movimento de formação de massas e não de formação reflexiva. (BRIGHENTE; MESQUIDA, 2016). Assim, para atingir o objetivo de ter grandes educadores e grandes médicos de família e comunidade, os preceptores necessitariam de uma formação complementar, como formadores, pedagogos e educadores de adultos (LOPES et al., 2009).

Ninguém começa a ser educador numa certa terça-feira às quatro da tarde. Ninguém nasce educador ou marcado para ser educador. A gente se faz educador, a gente se forma, como educador, permanentemente, na prática e na reflexão sobre a prática.
(FREIRE, 2001, p.58)

No Brasil, já existem diversas entidades que realizam cursos para formar preceptores, como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o curso Euract Leonardo, e cursos da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA – SUS). Além dos cursos existentes até 2013, a LMM trouxe como objetivos três propostas de ação com características de qualificar a APS no país: a cobertura emergencial de médicos na APS em áreas descobertas, a qualificação da estrutura física da APS e a qualificação de profissionais para a APS pela graduação, residência médica e qualificação dos profissionais.

Diversos cursos formativos advindos desse movimento ocorreram desde 2013, como por exemplo, o mestrado profissionalizante em Saúde da Família (desde 2017) e cursos de preceptoria em residência médica (desde 2015), tanto para médicos residentes quanto ofertados para os programas de residência médica (preceptores), apoiados pelo PROADI – SUS (MS), entidades privadas (Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês (SL)) (BRASIL, 2015).

Essa formação complementar é uma potente ferramenta para retomar de forma prática o objetivo da residência médica: educação e treinamento em serviço. Essa característica já é presente na promulgação da Residência Médica e em decretos subsequentes (BRASIL, 1981, 2013b, 2015) e estudado por Feuerwerker (1998) em seu mestrado e publicado em livro. A obra propõe reflexões sobre a história e evolução da educação na residência médica no país, principalmente no estado de São Paulo. Apesar de sua publicação em 1988, traz à tona muito da construção da educação na universidade e é ainda obra atual sobre a temática.

Os autores Bondía; Ceccim; Cyrino (2017) teorizaram em seus textos uma maneira de aprender singular que é a base formativa do residente, o treinamento em serviço, ou aprendizado baseado na prática. Bondía trouxe uma leitura sobre a importância da experiência e o saber da experiência, obra em que demonstrou que conhecimento pode ser categorizado por diversos tipos de entradas, desde a informação, que é algo estático, até o saber da experiência. O autor traz essa definição da seguinte forma:

... trata-se de um saber que revela ao homem concreto e singular, entendido individual ou coletivamente, o sentido ou o sem-sentido de sua própria existência, de sua própria finitude. Por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal.

(BONDÍA, 2002, p.27)

Assim, o saber da experiência permite que o experimentador, nesse caso, o residente em MFC, permita vivenciar seu dia-a-dia, suas dificuldades, limitações e também os ganhos, as potências e os resultados positivos. Isso leva a um aprendizado único e singular para cada ator, com pluralidade de aprendizados e reconhecimentos.

Ceccim e Cyrino reforçam esse pensamento trazendo como a “aprendizagem significativa” e “aprendizagem com compromisso social” são processos importantes dentro do aprender, principalmente dentro do sistema público de saúde e também para profissionais que atuem com equipes, dentro de uma comunidade e através de intervenções sociais. (CECCIM; CYRINO, 2017). Como dito mais acima sobre a especialidade, esses são aspectos importantes para o médico de família, principalmente em formação.

Com isso, é possível perceber a importância do saber da existência com a aprendizagem significativa e com compromisso social. Os preceptores e residentes em MFC assumem um papel importante dentro dessa construção do conhecimento, que é ao mesmo tempo coletivo e singular.

O Preceptor em MFC

Para conseguir chegar ao contexto **preceptor de MFC**, há um adendo ao texto nesse momento e será ampliado o contexto sobre o significado do que é ser preceptor de residência médica. Atualmente não há na literatura qual a definição do preceptor dentro da RM em MFC de forma clara, mas alguns estudos, relatos de experiência e propostas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; CASTRO; JANTSCH, 2017; GARCIA et al., 2018; LATESSA et al., 2008).

Contudo nos campos da preceptoria médica e multiprofissional no contexto hospitalar ou em contextos de especialidades, tanto na residência quanto na graduação, existem teses e artigos produzidos, inclusive delimitando os termos semanticamente, como observado na revisão de literatura e presente nas bases de dados citadas acima (Associação Brasileira de Educação Médica, 2013; BAIN, 1996; BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010; BARRETO *et al.*, 2011; BOTTI, 2009; BOTTI; REGO, 2006, 2011; BRANT, 2011; CHEMELLO; MANFRÓI; MACHADO, 2009; IZECKSOHN *et al.*, 2017; JESUS; RIBEIRO, 2009; MILLS; FRANCIS; BONNER, 2005; MISSAKA; RIBEIRO, 2009; PARENTE, 2008; RIBEIRO; PRADO, 2014; SILVA; ESPÓSITO; NUNES, 2008; TRINDADE, 2000; WEBER, 2015; WUILLAUME; BATISTA, 2000).

Assim, neste artigo é utilizado o referencial teórico de Botti (BOTTI; REGO, 2006) para definir quem são os profissionais atuantes na formação médica de forma geral. Esse referencial foi escolhido por ser um autor que buscou desvendar e definir quais as competências do preceptor, tentando diferenciá-lo de outros profissionais responsáveis pela formação em saúde. O autor não definiu esses termos dentro da MFC, por isso, será elucidada mais abaixo a definição de preceptor para o presente artigo a partir da leitura do autor, sendo organizada e definida a partir das referências acima. Botti; Rego (2006) definiram quatro diferentes personagens: preceptor, tutor, supervisor e mentor, elucidando no trabalho em estudo os papéis e características de cada um deles (BOTTI; REGO, 2006).

A formação médica se dá ao longo da história como uma transferência de conhecimentos de uma pessoa mais instruída, a partir do seguinte fluxo: de um profissional mais experiente para um profissional menos experiente, numa relação mestre discípulo (BOTTI; REGO, 2006). Não muito diferente do que ocorre até hoje, mas com denominações e posições diferentes, essas pessoas recebem denominações diferentes de acordo com sua posição e atividade entre mestre e aluno. Botti e Rego (2006) produziram um quadro resumo em seu trabalho que será reproduzido abaixo:

Profissional	Principais papéis	Principal local de atuação	Deve avaliar?	Principais requisitos
Preceptor	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas; - Integrar os conceitos e valores da escola e trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos; - Competência pedagógica
Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem sua atividade; - Atuar na revisão da prática profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho; - Situações fora do ambiente de trabalho. 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> - Excelência no desempenho de habilidade técnica profissional; - Capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática diária profissional.
Tutor	<ul style="list-style-type: none"> - Guiar/facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrada no aluno; - Atuar na revisão da prática profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambientes escolares. 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> - Competência clínica e capacidade de ajudar a aprender a aprender; - Compreensão da prática profissional em sua essência.
Mentor	<ul style="list-style-type: none"> - Guiar, orientar e aconselhar na realização dos objetivos pessoais, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Fora do ambiente imediato de prática profissional. 	Não	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de se responsabilizar, de servir como guia, de oferecer suporte e de estimular o desenvolvimento do raciocínio crítico - Capacidade de ouvir, questionar e estimular justificações.

Quadro 12 - Principais diferenças entre preceptor, supervisor, tutor e mentor. Extraído de Botti, 2006(BOTTI; REGO, 2006)

Considerado o contexto da MFC, os preceptores da RM não estão apenas realizando as atividades propostas pelo autor como PRECEPTOR, mas esse profissional é na soma dos papéis de supervisor, tutor e de preceptor, utilizando as denominações que apresentadas no quadro 1 (ANDERSON; RODRIGUES, 2011; CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016; CASTRO; GARCIA et al., 2018; JANTSCH, 2017).

Assim, o preceptor da RM em MFC é responsável pelo aprendiz no contexto de vida real (local de trabalho), ensinando a clinicar, integrando valores da escola com a prática clínica (preceptor), observando o exercício na prática, corrigindo os erros e revisando sua própria prática, podendo realizar tais funções no ambiente de trabalho ou fora dele, como em simulações. Sua prática constantemente proporciona reflexões de seu trabalho e de aprendizado, guiando o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno dentro do ambiente unidade-escola. Com isso, o preceptor da RM em MFC é, segundo a perspectiva de Botti e Rego (20016): preceptor, supervisor e tutor, sobrepondo essas características pela classificação do autor. Além disso, esse profissional muitas vezes é também o médico que está vinculado à Equipe de Saúde da Família como médico responsável pela equipe, como proposto pela Resolução Nº1 da CNRM (BRASIL, 2015).

Com tais informações surge a proposta de definir semanticamente o PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE como:

Preceptor de residência em Medicina de Família e comunidade: profissional médico cuja sua vinculação está na Equipe de Saúde da Família em que o médico residente atua. Esse profissional é o principal responsável pela formação direita do residente, sendo uma pessoa altamente qualificada na área de atuação e um exímio educador.

Conclusão

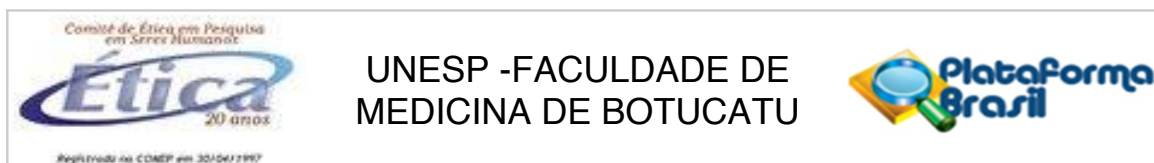
Apesar de programas de residência médica existirem há mais de um século no mundo, e desde a década de 40 no Brasil, pouco se tem estudado sobre o papel do

formador, do médico responsável pela educação direta dos residentes, o preceptor. Ainda que alguns estudos tenham sido produzidos para avaliar as características, motivações e buscar definir o significado das palavras, como mostrado por Botti e Rego em 2006.

Já a residência em MFC ainda não apresenta as mesmas definições e pesquisas como em outras áreas, apesar de existir desde 1976. Assim, esse artigo visa trazer a luz e definir de forma teórica quem é o **preceptor da residência médica em medicina de família e comunidade**. Não tendo como objetivo finalizar a discussão e o tema em questão, apenas fortalecer a singularidade desse profissional e suas diferenças técnicas e de atividades em relação às outras especialidades.

Com isso, esse artigo traz a proposta de definir o significado do termo preceptor da residência em medicina de família e comunidade e possível utilização do mesmo dentro desse campo de pesquisa baseado em textos sobre preceptoria, residência médica, educação médica e medicina de família e comunidade, cruzando os termos em comum e excluindo suas discrepâncias. Finalizando o artigo com a definição mais apropriada a partir da leitura dos autores sobre o tema.

ANEXO 1 – Termo de aceite do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Perfil dos Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo.

Pesquisador: Lucas Gaspar Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78853317.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.387.823

Apresentação do Projeto:

O projeto traz a problemática sobre a formação dos preceptores da residência em Medicina de Saúde da Família e Comunidade (MFC). O autor levanta a hipótese de que há muitos médicos que trabalham na ESF, entretanto nem todos são especialistas ou possuem formação em ensino para atuar como preceptores na residência MFC. Este estudo será baseado na aplicação de questionários e entrevistas a médicos preceptores e coordenadores da residência em MFC para entender quem são, qual suas formações profissionais, onde estão atuando e quais as motivações para ser preceptor dos programas de residência de MFC do estado de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o perfil dos preceptores em residência médica de medicina de família e comunidade atuantes nos programas do Estado de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não traz riscos e os benefícios são: mapear os programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Estado de São Paulo; conhecer os preceptores desses programas; averiguar a formação dos mesmos para atuar em seus cargos; possibilitar a qualificação dos programas a partir do cenário de cada um e cenário do Estado.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

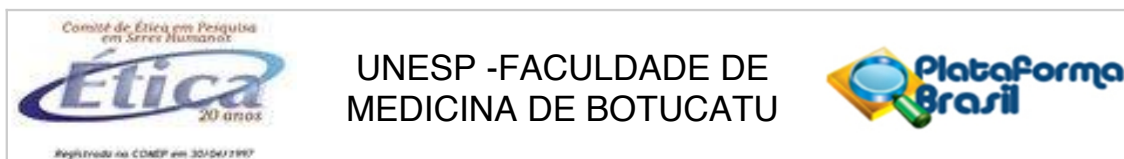
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.387.823

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante no sentido de conhecer quem são os responsáveis pela preceptoria de alunos da residência em MFC no estado de São Paulo além de sua formação e capacitação para esta função. Sua contribuição se dá na avaliação dos preceptores desta modalidade, a fim de averiguar aproximações e distanciamentos da realidade do Estado com o preconizado com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, permitindo no futuro melhorar a qualificação dos preceptores atuantes e dos residentes dessa área. Identificando os pontos fortes e vulneráveis da formação dos preceptores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável da instituição;
 Projeto de pesquisa adequado e atendendo as sugestões do último parecer;
 Declaração de instituição e infraestrutura assinada pelo Escritório de Apoio à Pesquisa da FMB;
 TCLE adequado atendendo às solicitações do último parecer do qual foi sugerido a inclusão de um TCL para o coordenador e um para o preceptor por se tratar de questionários diferentes e somente o preceptor participar da etapa de entrevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações solicitadas anteriormente (Adequação de informações no Projeto de Pesquisa e modificação do TCLE) foram atendidas e o projeto encontra-se adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO em Reunião Extraordinária de 20/11/2017, sem necessidade de envio à CONEP.

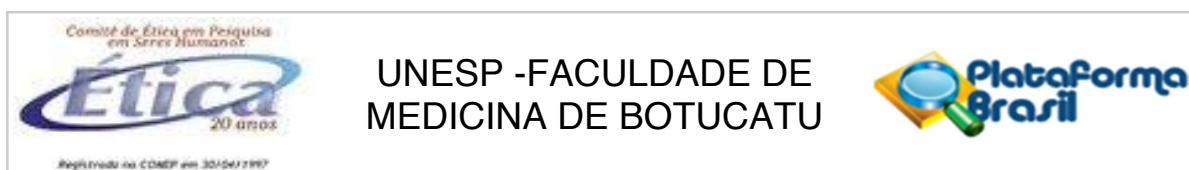
O Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, informa que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	
Bairro: Rubião Junior	CEP: 18.618-970
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.387.823

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_989991.pdf	14/11/2017 16:14:10		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Pendencias_Lucas.pdf	14/11/2017 16:07:30	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Lucas_CEP_2.docx	12/11/2017 20:03:33	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Preceptor.docx	12/11/2017 20:02:31	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Coordenador.docx	12/11/2017 20:02:22	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Lucas_1.pdf	09/10/2017 12:33:41	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	Lucas.Pdf	09/10/2017 12:30:07	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 20 de Novembro de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

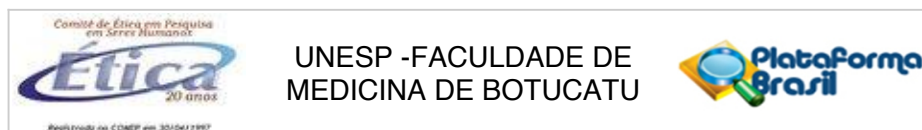
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXO 2 – Termo de mudança de título do comitê de ética.



UNESP -FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação do Perfil dos Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo.

Pesquisador: Lucas Gaspar Ribeiro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 78853317.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.270.925

Apresentação do Projeto:

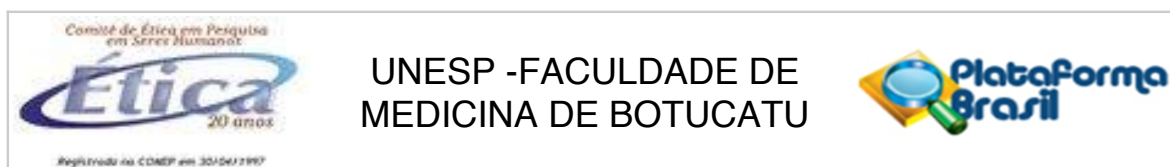
As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa.

Trata-se de Emenda referente a alteração de título por sugestão acadêmica DE: Avaliação do Perfil dos Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo PARA: Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão?? O que fazem?

Sobre o projeto de pesquisa:

A Residência Médica é o padrão-ouro para a formação de novos médicos especialistas, tanto no Brasil quanto no Mundo. Esse tipo de formação começou no final do século XIX, nos Estados Unidos da América. No Brasil, ela data de 1944/45, na Faculdade de Medicina da USP. Contudo, foi legalmente organizada em 1977, e desde então está em franca ascensão. Dentre os programas, um dos que mais recebeu investimento em nosso país é a Medicina de Família e Comunidade, principalmente após a homologação da Lei 12.871, conhecida como Lei Mais Médicos, de 2013. Para conseguir cumprir a nova legislação, está tendo um aumento exponencial de programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, com a introdução de novos profissionais

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.270.925

médicos como preceptores desses cursos. Com isso, surge a discussão se esses profissionais estão capacitados, tanto tecnicamente (dentro da área) quanto pedagogicamente para exercer importante papel. Objetivos: Identificar o perfil dos preceptores dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Estado de São Paulo, conhecendo suas características pessoais, profissionais e formação. Também será realizado o mapeamento dos programas do Estado.

Método: Este é um estudo exploratório, de caráter qualitativo e quantitativo, em que foram desenvolvidos questionários para os preceptores das residências e para os coordenadores dos programas, com questões abertas e fechadas. O questionário será aplicado por meio da rede mundial de computadores, e os profissionais serão convidados via e-mail a responder. Após a análise das respostas, serão convidados alguns profissionais para uma entrevista estruturada, a fim de obter informações complementares aos questionários os dados serão analisados qualitativamente a partir da análise de conteúdo de Bardin. Resultados Esperados: Espera-se como resultados identificar os preceptores da Medicina de Família e Comunidade, sua formação, dificuldades em atuar como preceptor para se propor ações efetivas que possa qualificá-los.

Tamanho da Amostra: 249 participantes

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar o perfil dos preceptores em residência médica de medicina de família e comunidade atuantes nos programas do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário: - Conhecer o perfil sociodemográfico dos preceptores- Conhecer sua formação acadêmica e complementar para a função (especialização, pósgraduação, cursos de educação)- Conhecer em quais programas de residência esse profissional atua como preceptor- Averiguar se os programas oferecem formação a esse profissional- Conhecer as motivações desse profissional para atuar na área- Conhecer o perfil dos cursos de residência médica no Estado de SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: riscos mínimos.

Benefícios: Mapear os programas de residência médica em medicina de família e comunidade do

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

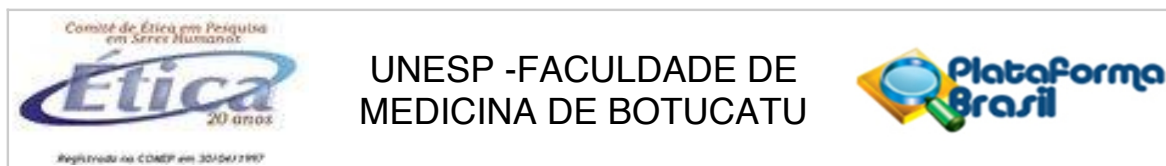
UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.270.925

Estado de São Paulo; conhecer os preceptores desses programas; averiguar a formação dos mesmos para atuar em seus cargos; e possibilitar a qualificação dos programas a partir do cenário de cada um e cenário do Estado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Emenda referente a alteração de título de: Avaliação do Perfil dos Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo para: Os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem?

O pesquisador informa que houve apenas alteração de título, sem qualquer alteração de objetivos e metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados anteriormente.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADA a emenda apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 16 de ABRIL de 2019, a emenda enviada encontra-se APROVADA, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, ao final da execução do projeto de pesquisa, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades", na forma de "NOTIFICAÇÃO", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

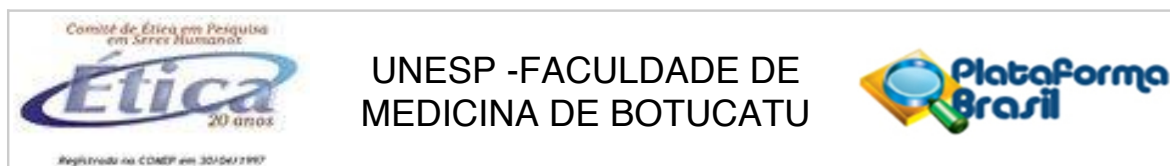
UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.270.925

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1315356_E1.pdf	03/04/2019 12:39:02		Aceito
Outros	lucasnome.pdf	30/03/2019 18:50:56	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Pendencias_Lucas.pdf	14/11/2017 16:07:30	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Lucas_CEP_2.docx	12/11/2017 20:03:33	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Preceptor.docx	12/11/2017 20:02:31	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Coordenador.docx	12/11/2017 20:02:22	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Lucas_1.pdf	09/10/2017 12:33:41	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	Lucas.Pdf	09/10/2017 12:30:07	Lucas Gaspar Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 17 de Abril de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br