

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Tatiana Argolo Toscano Figueiredo

O processo de formação do preceptor médico de família e comunidade

Rio de Janeiro

2019

Tatiana Argolo Toscano Figueiredo

O processo de formação do preceptor médico de família e comunidade

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Profª. Dra. Elyne Montenegro Engstrom.

Rio de Janeiro

2019

Título do trabalho em inglês: The process of formation of the family and community medical preceptor.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

F475 Figueiredo, Tatiana Argolo Toscano.
O processo de formação do preceptor médico de família e comunidade / Tatiana Argolo Toscano Figueiredo. – 2019.
70 f.: il.

Orientador: Prof.a Dr^a Elyne Montenegro Engstrom.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Preceptor. 3. Medicina de Família e Comunidade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.7

Tatiana Argolo Toscano Figueiredo

O processo de formação do preceptor médico de família e comunidade

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 16 de julho de 2019.

Banca Examinadora

Prof.a Dra. Adriana Coser Gutierrez
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Eduardo Alves de Melo
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.a Dra. Kátia Silva Silveira
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof.a. Dra. Elyne Montenegro Engstrom
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Rio de Janeiro (Orientadora)

Rio de Janeiro

2019

Dedico esta dissertação a Davi e João, meus filhos, minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao apoio da minha família, em especial meu marido, Rodrigo, minha mãe, Moema, e minha sogra, Verinha. Às queridas Iris e Sirlene pelo cuidado com a casa e com as crianças. Às amigas que o mestrado me trouxe, Reila e Thaís, pela parceria e boas risadas nessa caminhada. Ao apoio do UNESC e da SEMUS de Colatina. Agradeço ao Ministério da Saúde, ABRASCO e Fiocruz pela oportunidade de mestrado pelo PROFSAÚDE, assim como a toda a equipe de coordenação. E agradeço muito minha querida orientadora, Elyne, pelas orientações, paciência e compreensão desde a entrevista até a defesa, muito obrigada!

RESUMO

Referência: FIGUEIREDO, Tatiana Argolo Toscano. **O processo de formação do preceptor médico de família e comunidade.** 2019. 69 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

Esta dissertação estuda o processo de formação do preceptor médico de família e comunidade, considerando o contexto político brasileiro de expansão dos programas de residência médica (RM) em medicina de família e comunidade (MFC) como forma de fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreender o processo de formação do preceptor médico de família e comunidade nos cursos de formação de preceptores de abrangência nacional, a partir da visão dos formadores. Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, investigando cinco cursos de formação em preceptoria de MFC. Critérios de inclusão: cursos que ocorreram entre 2013 e 2017, de abrangência nacional e pública, relacionados às iniciativas do Ministério da Saúde (MS) ou Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, com objetivo de formação de preceptores para atuarem na APS. Utilizou-se pesquisa documental de currículos ou de projetos político-pedagógicos dos cursos e de informações primárias coletadas por meio de questionário eletrônico e de entrevistas semiestruturadas com coordenadores desses cursos, realizando-se análise temática de conteúdo. O conhecimento dos cursos estudados sob a ótica dos formadores permitiu aprofundar a discussão sobre a importância dessas iniciativas para o fortalecimento da APS e do SUS. Os cursos de preceptoria contribuem para a qualificação profissional e contribuem para abertura de Programas de RM em MFC no Brasil. Apesar de bem estruturados não possuem uma matriz de competências comum. O processo de formação apresenta desafios relacionados ao equilíbrio entre assistência e educação. A busca por qualificação profissional exige apoio da gestão, cenário de prática protegido, além de tempo para aperfeiçoamento contínuo. O universo dos cursos de formação é diversificado, porém profissionalizam e valorizam a prática da preceptoria médica em MFC. Fomentos do MS mostraram-se fundamentais nessas iniciativas com objetivo de estruturação da APS e fortalecimento do SUS. Os cursos de preceptoria têm demonstrado continuidade e evolução curricular a cada edição apesar do cenário político incerto do Programa Mais Médicos e da universalização da RM.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Preceptoria. Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Reference: FIGUEIREDO, Tatiana Argolo Toscano. **The process of formation of the family and community medical preceptor.** 2019. 69 p. Dissertation (Master in Family Health) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

This dissertation studies the process of formation of the family and community medical preceptor, considering the Brazilian political context of expansion of the residency programs (RP) in family and community medicine (FCM) as a way to strengthen primary health care. (PHC) and the Brazilian Unified Health System (UHS). To understand the process of formation of the family and community medical preceptor in the training courses of preceptors of national scope, from the view of the trainers. Exploratory research with a qualitative approach, case study type, investigating five training courses in preceptorship of FCM. Inclusion criteria: courses that took place between 2013 and 2017, of national and public scope, related to the initiatives of the Ministry of Health (MH) or Brazilian Society of Family and Community Medicine, aiming at training preceptors to work in PHC. It was used documentary research of curricula or political-pedagogical projects of the courses and primary information collected through electronic questionnaire and semi-structured interviews with coordinators of these courses, performing thematic content analysis. Result: The knowledge of the courses studied from the perspective of the trainers allowed to deepen the discussion about the importance of these initiatives for the strengthening of PHC and UHS. Preceptorship courses contribute to professional qualification and contribute to the opening of FCM RP in Brazil. Although well structured they do not have a common competence matrix. The training process presents challenges related to the balance between care and education. The search for professional qualification requires management support, protected practice scenario, and time for continuous improvement. The universe of training courses is diverse, but professionalize and value the practice of medical preceptorship in FCM. MH foments were fundamental in these initiatives aiming at structuring PHC and strengthening UHS. Preceptorship courses have shown continuity and curriculum evolution with each edition despite the uncertain political landscape of the “Mais Médicos” Program and the universalization of RP.

Keywords: Primary Health Care. Preceptorship. Family and Community Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Competências Esperadas dos Médicos de Família e Comunidade. | 25 |
| Quadro 2 - Características gerais dos cursos de formação de preceptores de Medicina de Família e Comunidade. Julho, 2019. | 31 |
| Quadro 3 - Organização Curricular e Carga Horária do Curso de Especialização em Preceptoría de Medicina de Família e Comunidade, 2017. | 33 |
| Quadro 4 - Organização Curricular e Carga Horária do Curso de Especialização em Preceptoría de Medicina de Família e Comunidade, 2018. | 34 |
| Quadro 5 - Organização Curricular e Carga Horária do Curso de Especialização em Preceptoría de Medicina de Família e Comunidade, 2018. | 35 |
| Quadro 6 - Carga horária dos especializandos, segundo atividade curricular, do Curso de Especialização em Preceptoría de Residência Médica no SUS, IEP/HSL, 2015-2016. | 37 |
| Quadro 7 - Características desejáveis do Preceptor MFC na visão dos formadores | 42 |
| Quadro 8 - Aspectos Positivos e Limitantes da Formação. | 44 |
| Quadro 9 - Desafios para os Cursos de Preceptoría e Considerações para sua Manutenção... .. | 46 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|--|
| AAD | Aprendizagem autodirigida |
| AB | Atenção Básica |
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| ACE | Agente de Combate às Endemias |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AHMV | Associação Hospitalar Moinhos de Vento |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AVA | Ambiente Virtual de Aprendizagem |
| CNRM | Comissão Nacional de Residência Médica |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| EAD | Ensino à Distância |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EURACT | Academia Europeia de Professores em Medicina de Família |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz |
| HAOC | Hospital Alemão Oswaldo Cruz |
| HSL | Hospital Sírio-Libanês |
| IES | Instituições de Ensino Superior |
| MEC | Ministério da Educação |
| MFC | Medicina de Família e Comunidade |
| MGFC | Medicina Geral de Família e Comunidade |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan Americana de Saúde |
| PMM | Programa Mais Médicos |
| PMMB | Programa Mais Médicos para o Brasil |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PRM | Programa de Residência Médica |
| PRMFC | Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade |
| PROADI-SUS | Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS |
| PROVAB | Programa de Valorização da Atenção Básica |

| | |
|----------|--|
| RM | Residência Médica |
| SBMFC | Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade |
| SMSDC-RJ | Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UFCSPA | Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre |
| UNA-SUS | Universidade Aberta do SUS |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 14 |
| 3 OBJETIVOS | 16 |
| 3.1 Geral..... | 16 |
| 3.2 Específicos..... | 16 |
| 4 REVISÃO DA LITERATURA | 17 |
| 4.1 A Atenção Primária à Saúde (APS)..... | 17 |
| 4.2 O Médico De Família e Comunidade..... | 20 |
| 4.3 O Programa Mais Médicos (PMM) | 21 |
| 4.4 O Preceptor e o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade..... | 24 |
| 5 METODOLOGIA | 28 |
| 6 RESULTADOS | 31 |
| 6.1 Caracterização dos Cursos:..... | 31 |
| 6.1.1 Perfil dos Cursos de Formação de Preceptorial:..... | 31 |
| 6.1.2 Perfil dos Entrevistados e Percepções sobre os cursos | 39 |
| 6.2. Análise das Narrativas..... | 40 |
| 6.2.1 Características do Preceptor Médico de Família e Comunidade:..... | 40 |
| 6.2.2 Aspectos positivos e limitantes da formação | 42 |
| 6.2.3 Desafios para os Cursos de Preceptorial e Considerações para sua Manutenção | 45 |
| 7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 48 |
| 8 CONCLUSÃO | 51 |
| REFERÊNCIAS | 53 |
| APÊNDICE A - PROJETO: O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO PRECEPTOR MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE | 59 |
| APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FORMADORES | 66 |
| ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO | 67 |

1 INTRODUÇÃO

Desde a conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em 1989, quando se construiu as bases de um sistema público e universal para toda a população brasileira, o país experimentou uma série de avanços na formulação e implementação de políticas públicas de saúde redutoras de iniquidades. Destaca-se uma marcante reestruturação do sistema de saúde, impulsionada pela publicação de normativas do governo federal – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006, 2011, 2017), que induziram modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e integral, centrado na Estratégia de Saúde da Família, em seus atributos essenciais, como a porta de entrada preferencial para o SUS. Apesar desses avanços, em muito inspirados pelas diretrizes históricas, nos 40 anos da Conferência de Alma Ata, reconhece-se que o desenvolvimento da APS no Brasil é processo ainda inconcluso, há tensões e desafios para efetivação da APS, para além de suas normativas e intenções (ALMEIDA, 2018).

Resgatando-se um pouco mais deste processo histórico, os modelos focalizados e seletivos de APS das décadas de 70/80/90 do século XX foram sendo substituídos por aqueles mais abrangentes, especialmente após a normatização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, esta última com oferta de serviços clínicos e com responsabilidade de coordenação do cuidado e organização do primeiro nível do sistema de saúde (PAIM, 2012) (LAVRAS, 2011) (CONILL, 2008). As bases para a organização em modelo de atenção integral foram normatizadas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2006, cujo escopo de práticas foi ampliado pela revisão de 2011. Em 2017, houve nova revisão da referida política, trazendo aspectos que apresentaram algumas tensões ao modelo previsto anteriormente, como no campo do financiamento de outros modelos de atenção básica (que não a Saúde da Família), gestão, composição da equipe (possível diminuição de agentes comunitários de saúde), dentre outras (BRASIL, 2017).

Sendo o Brasil um país populoso, com dimensões continentais e com um sistema de saúde público, universal e integral, construir uma infraestrutura nacional para o funcionamento da ESF torna-se tarefa complexa, pois exige, por exemplo, financiamento e profissionais qualificados em escala proporcional (ARANTES *et al*, 2016).

O profissional médico especializado em Atenção Primária à Saúde é formado na especialidade de medicina de família e comunidade (MFC). O papel desta “especialidade médica”, de caráter generalista, foi valorizado neste cenário promissor de expansão vertiginosa da ESF no país e na mudança no modelo de atenção integral, com cuidados primários em saúde

abrangentes, em resposta às mudanças de perfil demográfico e epidemiológico da população, o envelhecimento, a emergência das doenças crônicas não transmissíveis, convivendo com amplo espectro de outros agravos à saúde. Assim, essa expansão profissional advinda da necessidade de médicos generalistas formados para a realidade de saúde, social, econômica e cultural do país, tornou-se fator determinante para a qualificação e consolidação da Atenção Primária à Saúde.

Contudo, formar um médico especializado para atender as necessidades da saúde da população, integrando as equipes de saúde da família, constituiu-se uma dificuldade nacional. No cenário de uma APS ainda em construção associada à escassez de médicos especialistas neste nível de atenção, torna-se um desafio a formação médica qualificada (IZECKSOHN *et al*, 2017).

Em 2013, havia cerca de 34.000 ESF implantadas no país, mas apenas 3.253 médicos titulados especialistas em MFC. Em 2017, havia 1.277 vagas de MFC distribuídas por todas as regiões do país, mas ainda ausentes em alguns Estados, como Amapá, Piauí e Rondônia. Apesar de as vagas nesta especialidade terem dobrado de 2009 a 2014, a ocupação das vagas é extremamente baixa, com taxa de ociosidade girando em torno de 70% (ALESSIO, 2015).

Médicos com atribuições de ensino, os preceptores, são essenciais nesta conjuntura, fato bem consolidado com seu papel nos Programas de Residência Médica (BRASIL, 2008). Contudo, a formação de docentes tutores e preceptores para programas de residência em MFC também é um desafio, pois eles são considerados modelos e responsáveis pelo caráter formativo para alunos e residentes (STORTI, OLIVEIRA, XAVIER, 2017).

Cabe destacar que houve iniciativas nacionais que visavam o enfrentamento de muitos desses desafios citados anteriormente, como o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013 com o objetivo de enfrentar desafios relacionados a expansão e o desenvolvimento da APS, sobretudo, a insuficiência e má distribuição de médicos e o perfil de formação inadequado às necessidades da população (PINTO *et al*, 2017).

O PMM, instituído por meio da Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, constituiu-se em política pública do governo brasileiro com objetivo de suprir déficits do recurso humano médico no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da APS (BRASIL, 2017).

Estruturado em três eixos de ação: 1) qualificação da infraestrutura, 2) mudança da formação e 3) provimento emergencial, trouxe significativas mudanças nas diretrizes para formação de especialistas, sendo a principal delas a priorização da especialidade Medicina de Família e Comunidade. A Lei do Mais Médicos estabelece que está residência dará acesso a

todas as especialidades, que não são de acesso direto (CAMPOS, PEREIRA JUNIOR, 2016), proposta que até a presente data (julho de 2019) não se concretizou no país.

A expansão da Residência de Medicina de Família e Comunidade com vias à universalização do acesso a todos os médicos formados, reforçaria o eixo provimento, melhorando o acesso e a qualidade na APS da população (PINTO et al, 2017).

Ofertas de cursos de atualização e especialização em preceptoria médica por instituições de excelência na área da saúde em parceria com o MS, além de iniciativas como a instituição do Plano Nacional de Formação de Preceptores objetivaram subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em MFC (STORTI, OLIVEIRA, XAVIER, 2017).

Contudo, a mudança na formação, no que diz respeito a universalização das vagas de residência não se concretizou, como já dito, e assume-se como pressuposto, ser o eixo de maior incerteza do Programa Mais Médicos, que põe em risco uma série de ações para o fortalecimento do modelo de APS integral no país.

Outra grande insegurança entre coordenadores de programas de residência em MFC no Brasil seria estruturá-los para uma formação qualificada de médicos de família em escala proporcional às necessidades nacionais. O que incluiria entre muitos aspectos, dispor de preceptores em quantitativo equilibrado, em conformidade com o disposto pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2015).

No que diz respeito às ações relacionadas à reforma curricular da Medicina e às ações referentes às residências médicas, houve paralisação das agendas em curso, inclusive com interrupção do processo de abertura de novas escolas e de ampliação de vagas de graduação e de residência médica, além de intensa movimentação em torno da reversão das mudanças nas diretrizes curriculares impressas pelo PMM. [...] não parecem animadoras as perspectivas de futuro para o PMM na conjuntura atual. O não comprometimento com a causa coletiva e com a universalidade do acesso da população brasileira à assistência à saúde com qualidade, como previsto para os usuários do SUS, parece não compor a agenda de preocupações do MEC na gestão da Educação em Saúde (ALMEIDA *et al*, 2019).

Acreditando na necessidade de ampliar as diversas iniciativas de formação do MFC no Brasil e no papel do preceptor para qualificar tal formação, essa dissertação parte do pressuposto que apesar da heterogeneidade na organização dos cursos de formação de preceptores MFC, estes cursos tiveram importante papel em impulsionar a formação de preceptores de MFC no país. Dessa forma, o presente estudo propôs-se a estudar sobre o processo de formação do preceptor médico de família e comunidade no Brasil.

2 JUSTIFICATIVA

A presente dissertação refere-se ao projeto para o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), uma proposta do Ministério da Saúde apresentada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), polo Rio de Janeiro.

A motivação para essa dissertação surgiu a partir da realidade apresentada e vivenciada da autora, atuando em sua prática laborativa nos papéis de médica de família, preceptora e coordenadora de programa de residência médica. O tema escolhido tem no âmbito pessoal da autora uma justificativa relacionada ao seu desafio em atender as necessidades de expansão da formação do médico de família e comunidade, com qualidade, exigidas pelo modelo de saúde vigente no Brasil, para fortalecer a APS.

A complexidade da formação em cenários de APS exige habilidades específicas dos profissionais que orientam esses alunos na prática, chamados de preceptores. Para além das competências clínicas de diagnosticar e tratar as condições mais comuns do processo de saúde-doença que afetam a população, o MFC precisa atuar estrategicamente em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo sempre em vista a complexidade sociocultural que permeia a vida das pessoas, das famílias e das comunidades. Se de antemão já existe o desafio de formar profissionais médicos especialistas com esse olhar, mais complicada é a formação de preceptores neste cenário (IZECKSOHN *et al*, 2017).

A construção da identidade e da formação do preceptor passa pela reflexão dos diferentes modelos de atenção e de ensino presentes no cotidiano do trabalho na saúde, pela valorização da preceptoria; pela definição de um perfil de competência que articule a gestão, a atenção e a educação; e pela busca de educar para responder às necessidades da área, considerando tanto o saber/fazer docente quanto o saber/fazer profissional.

No país existem iniciativas de cursos de formação de preceptores fomentados pelo Ministério da Saúde (MS), apoiados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e realizados por Instituições de Ensino Superior (IES). Todos vindo ao encontro dos planos de ação do governo para o fortalecimento da APS.

Entretanto, com mudanças políticas da gestão federal e do MS percebe-se uma contenção no cenário da universalização da residência e às suas necessidades de expansão. A lei do Mais Médicos permanece em vigor, mas a sensação é de ameaça a tal política. Pressupõe-se que impactos negativos na sustentabilidade financeira e no incentivo de tais cursos, por exemplo, ocorram em todo o cenário nacional.

Outra vulnerabilidade inferida aos cursos de preceptoria é o escopo pedagógico de cada formação, ela é uniforme entre os cursos? Como ocorre o processo de ensino-aprendizagem no desenvolvimento profissional do preceptor? Quais competências devem ser desenvolvidas para sua qualificação? Como estes cursos têm conduzido a formação dos preceptores? Quais as condições que dificultam e ou favorecem tal formação?

A contribuição desta dissertação está em mostrar o processo de formação do preceptor médico de família e comunidade no Brasil, as dificuldades e as facilidades deste processo, o escopo pedagógico, sua contribuição na consolidação da APS.

Seu ineditismo está na proposta de permitir a compreensão e identificar as diversas questões relacionadas a formação do preceptor na área de medicina de família e comunidade a partir da visão dos atuais formadores e coordenadores de cursos de preceptoria.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender o processo de formação do preceptor médico de família e comunidade nos cursos de formação de preceptores de âmbito nacional, a partir da visão de formadores.

3.2 Específicos

- Conhecer aspectos pedagógicos dos currículos dos cursos de formação de preceptoria em MFC apoiados pelo Ministério da Saúde, no escopo do Programa Mais Médicos do Brasil, e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC);
- Identificar características relativas ao perfil de competências para formação do preceptor;
- Compreender os desafios e as perspectivas na formação de preceptores do ponto de vista dos formadores.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A Atenção Primária à Saúde (APS)

Ao longo dos séculos a medicina avançou no campo do conhecimento e da tecnologia e com o grande volume de novas informações a subespecialização entre os profissionais de saúde tornou-se uma tendência.

Segundo Starfield (2002), em quase todos os países, as profissões da área da saúde ficaram mais fragmentadas, com um crescente enfoque nas enfermidades ao invés da saúde geral das pessoas e comunidades. Essa atenção especializada mostrou-se eficaz na condução de doenças individuais, porém com maiores custos.

A fragmentação da profissão e a ênfase na tecnologia tiveram outros efeitos marcantes, entre eles, a deterioração do relacionamento entre pessoa e médico (MCWHINNEY, FREEMAN, 2010).

Atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si. Deve-se considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive (STARFIELD, 2002).

Outro aspecto a se refletir está no fato da riqueza de um país não garantir as condições socioeconômicas para um alto nível de saúde. Os Estados Unidos, por exemplo, estão entre os países mais ricos, mas sua população não colhe esses benefícios em sua plenitude. A falta de uma relação consistente entre vários aspectos do estado de saúde e a riqueza global do país está bem documentada (STARFIELD, 2002).

Um sistema de saúde orientado para a subespecialização ameaça os objetivos da equidade. Os recursos para uma atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para pessoas que não podem pagar por eles. Os serviços de saúde, na qualidade de um dos determinantes diretos, podem ter um papel na melhoria da saúde, mesmo em face das notáveis iniquidades na distribuição de riquezas, se sob forte orientação de Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

Starfield mostrou que os países com maiores escores de Atenção Primária apresentam efeitos na efetividade, na eficiência e na equidade, com melhores resultados. A Atenção Primária é, portanto, um dos componentes-chave de qualquer sistema de saúde.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se à Atenção Primária como o primeiro nível de atenção e principal porta de entrada no sistema de saúde. A maioria das necessidades da população devem ser abordadas e resolvidas neste nível. No contexto de um sistema de saúde baseado na atenção primária, está torna-se o principal ponto de contato entre as pessoas e os serviços. Ela provê atenção integral

e aborda a maioria das demandas de forma longitudinal. Além disto, desempenha importante papel ao coordenar a continuidade do cuidado e o fluxo de informações ao longo de todo o sistema de saúde. Finalmente, cria conexões profundas com a comunidade e outros setores, o que incentiva a participação social e ação intersetorial.

O Brasil, em 1988 na sua Constituição, reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação de um Sistema Único de Saúde, o SUS. Esse sistema possui suas bases nos princípios da universalidade, integralidade e da equidade.

O SUS aumentou amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população brasileira, atingindo-se a cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal; aumentou a conscientização da população sobre o direito à saúde vinculado à cidadania; e investiu na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde, incluindo a produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos do país. No entanto, o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa (PAIM *et al*, 2011).

A APS tornou-se uma estratégia de organização do SUS, a partir da década de noventa, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

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 (GIOVANELA *et al*, 2009) (MACINKO *et al*, 2003). Assim, com 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 (ARANTES *et al*, 2016), tornou-se estratégia prioritária na estruturação da APS, a principal porta de entrada do SUS (MALTA *et al*, 2016).

É relevante destacar a existência de diferentes formas de implementar a APS. Em alguns países, a ela é considerada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços a populações mais pobres; em outros, é o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos, responsável pela coordenação do cuidado e pela sua organização, e ainda como uma política de reorganização do modelo assistencial (PAIM, 2012) (LAVRAS, 2011) (CONILL, 2008).

De acordo com a PNAB 2017 a APS deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada.

Ainda de acordo com a PNAB 2017 a infraestrutura e o funcionamento da APS dependem de diversos fatores, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes multiprofissionais de Saúde da Família. Estas devem ser compostas por, no mínimo, médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A APS no Brasil destaca-se pelas noções de acolhimento, vínculo e adscrição de clientela, territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional, as ações individuais e coletivas e a retaguarda do apoio matricial (BRASIL, 2010). Outra particularidade da APS brasileira é a de ter em suas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional (MELO *et al*, 2018).

A ESF, na dimensão técnico-assistencial, trouxe benefícios para a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar, o aumento do número de consultas pré-natais, puericultura, de orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, da coleta de colpocitologia oncótica; a redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil e das internações hospitalares. Além de proporcionar adesão ao tratamento de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e de infecções sexualmente transmissíveis (ARANTES *et al*, 2016).

Os desafios observados nessa dimensão estiveram relacionados ao desenvolvimento de práticas integrativas complementares, de ações para a saúde do adolescente, na área de saúde mental, ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), aos usuários de drogas ilícitas, e da obesidade (ARANTES *et al*, 2016).

Do ponto de vista do profissional médico, objeto da presente dissertação, a expansão da APS criou a necessidade de um profissional especializado em atuar neste cenário, integrante das equipes de Saúde da Família, o médico de família e comunidade.

Ressalta-se a necessidade profissional de uma formação fundamentalmente voltada para a realidade de saúde da população, considerando sua complexidade social, econômica e cultural (BARRETO *et al*, 2009).

Apesar dos investimentos em capacitação profissional, como a residência em medicina de família e comunidade e as atividades de educação permanente, os esforços precisam ser intensificados a fim de que essas estratégias tragam benefícios em larga escala para a consolidação da ESF e para um sistema de saúde centrado na APS (ARANTES *et al*, 2016).

4.2 O Médico De Família e Comunidade

A medicina de família e comunidade (MFC) é definida como a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para pessoas, suas famílias e a comunidade; integra ciências biológicas, clínicas e comportamentais; abrange todas as idades, ambos os sexos, cada sistema orgânico e cada doença; trabalha com sinais, sintomas e problemas de saúde; e proporciona o contato das pessoas com o médico mesmo antes de existir uma situação de doença ou depois que ela se resolva. E tem como característica especial o acesso ao domicílio da população sob seus cuidados. O médico de família presta um tipo altamente personalizado de cuidado (RAKEL, 2007). Essas características o diferenciam das demais especialidades médicas.

O médico de família e comunidade tem seu foco na pessoa, não na enfermidade. A possibilidade de prestar atendimento ao longo da vida das pessoas permite seu conhecimento particular sobre o indivíduo, sua família e o meio onde vive. Ele maneja os problemas de saúde mais frequentes da população sob sua responsabilidade, muitas vezes no início e pouco definidos. Ele tem como seu campo principal no sistema de saúde, o nível denominado atenção primária à saúde (GUSSO, LOPES, 2012).

Apesar da relevância no âmbito da produção científica e do reconhecimento da sua importância e competência em países desenvolvidos, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil ainda não goza da mesma importância dentro do sistema de saúde. (GIOVANELLA, 2008).

Obstáculos para que o médico de família ocupe o seu papel na APS incluem: 1) a falta de organização dos sistemas de saúde, não regulamentados para tornar a especialidade a responsável pelo primeiro contato; 2) um ambiente de trabalho com grande sobrecarga e pouca organização, dificultando a ação longitudinal e seus benefícios; e 3) a dificuldade de separação do processo de trabalho médico no cenário de prática (PONKA *et al*, 2015).

Um outro grande obstáculo para a qualificação e consolidação da APS em todo o mundo está relacionado à formação de profissionais especializados para este nível de atenção à saúde (RIGOLI, DUSSAULT, 2003).

Apesar de a MFC existir desde 1976 no Brasil e ter sido uma das primeiras especialidades oficializadas pela Comissão Nacional de Residência Médica, em 1981, e pelo Conselho Federal de Medicina, em 1986 (com o nome de Medicina Geral Comunitária, mudando para o atual em 2001) (FALK, 2004), a especialidade ficou muito tempo em posição marginal. Possivelmente pela escassez do mercado de trabalho, restrito basicamente aos

próprios serviços que mantinham os programas de residência médica. Foi apenas na década de 90, com a expansão do Programa Saúde da Família, que a especialidade ganhou maior visibilidade e ampliou sua área de atuação. Convém também destacar que essa iniciativa do setor público em realizar investimentos na APS despertou na saúde suplementar a necessidade de mudança no enfoque exclusivamente assistencial das operadoras dos planos de saúde (ANS, 2011). Assim, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem estimulando a adoção de programas de promoção da saúde pelas operadoras e prevenção de doenças de seus beneficiários (BARBOSA, CELINO, COSTA, 2015), abrindo também a oportunidade de inserção de médicos de família no plano privado.

Ocorreu a expansão do mercado de trabalho, mas existiam poucos especialistas em MFC e a qualidade de formação era, em muitos casos, abaixo do desejado. Como tentativas de solucionar esse problema foram criadas especializações, cursos de curta duração, polos de capacitação, entre outros, nem sempre com a qualidade necessária (JANAUDIS *et al*, 2006).

Desta forma, ao longo de sua implementação, a Estratégia de Saúde da Família experimentou uma dificuldade crônica, principalmente nos municípios do interior e nas regiões periféricas das grandes cidades, em ter médicos de família e comunidade nas suas equipes. O Governo Federal diante desta situação instituiu medidas, como a criação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) (BRASIL, 2011) e o Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013) na tentativa de consolidar a ESF, aumentando o quantitativo médico atuando na APS e assim fortalecendo-a.

4.3 O Programa Mais Médicos (PMM)

Nos últimos anos, o governo brasileiro tem desenvolvido uma série de ações visando à reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a priorizar a APS e enfrentar os limitantes do desenvolvimento daquela que é estabelecida como a porta de entrada preferencial do SUS (OLIVEIRA *et al*, 2015).

O Programa Mais Médicos (PMM) foi introduzido no Brasil como parte de uma série de medidas para combater as desigualdades de acesso à APS resolutiva (BRASIL, 2013). Seu objetivo era enfrentar desafios que condicionavam a expansão e o desenvolvimento da APS, sobretudo, a insuficiência e má distribuição de médicos e o perfil de formação inadequado às necessidades da população (PINTO, *et al*, 2017).

O PMM, instituído por meio da Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, constitui-se em política pública do governo brasileiro com objetivo de suprir déficits do recurso humano médico no Sistema Único

de Saúde (SUS) no âmbito da APS (BRASIL, 2017). Ele tem como diretrizes, segundo o art. 1º da Lei n. 12.871/2013: 1) Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da Saúde; 2) Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; 3) Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; 4) Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; 6) Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; 8) Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; 9) Aperfeiçoar médicos para a atuação nas políticas públicas de saúde do País, na organização e no funcionamento do SUS (BRASIL, 2017).

Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa foi estruturado em três eixos de ação: qualificação da infraestrutura, mudança da formação e provimento emergencial.

O primeiro é o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo é a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país. O terceiro, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (OLIVEIRA, *et al*, 2015).

Complementando as propostas de mudanças da graduação de Medicina, o PMM traz significativas mudanças nas diretrizes para formação de especialistas. A principal delas é a priorização da especialidade Medicina de Família e Comunidade (que passa a ser chamada também de Medicina Geral de Família e Comunidade - MGFC). A Lei do Mais Médicos estabelece que está residência dará acesso a todas as especialidades que não são de acesso direto. Ou seja, para o médico entrar na maioria dos programas de residência disponíveis atualmente, deverá fazer um ou dois anos da Residência de Medicina de Família e Comunidade (CAMPOS, PEREIRA JUNIOR, 2016).

A expansão da Residência de Medicina de Família e Comunidade com vias à universalização do acesso a todos os médicos formados, reforça o eixo provimento, melhorando o acesso e a qualidade na APS à saúde da população (PINTO, *et al*, 2017).

Ao colocar a medicina de família como a especialidade central na formação de especialistas garante a médio e longo prazo, o provimento de médicos de família e comunidade

(formados e em formação) na maioria das unidades básicas de saúde, que hoje não contam com médicos com essa formação (CAMPOS, PEREIRA JUNIOR, 2016).

A Residência Médica, sendo uma modalidade de formação que alia a experiência de trabalho supervisionado aos processos de formação e reflexão, é um modelo excelente de qualificação e constitui-se em uma possibilidade de indução à fixação do profissional (BERGER, *et al*, 2017).

Contudo, a mudança na formação, no que diz respeito a universalização das vagas de residência, é na atualidade o eixo de maior incerteza do Programa Mais Médicos. Sua principal intervenção sobre a estruturação da residência médica em âmbito nacional que seria a obrigatoriedade a partir de 2019, para todos os programas de Residência Médica (exceto nove especialidades de Acesso Direto), da realização de um ano de residência em “Medicina Geral de Família e Comunidade” (BRASIL, 2013), ainda não ocorreu. Assim como a expansão de vagas idealizada também não. A grande dúvida de coordenadores de residência de MFC de todo o Brasil em como realizar tamanho feito para atender as necessidades de expansão da formação não foi respondida, navega-se na atualidade por um mar de incertezas. Aguarda-se uma definição e estabilidade política no país para que se compreenda o futuro do PMM no fortalecimento da APS brasileira.

Em 2013, havia 34.724 Equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil, passando a 40.162 Equipes de Saúde da Família em 2015, com esta velocidade de crescimento do número de equipes provavelmente se devendo ao PMM. Essas iniciativas, no entanto, não foram suficientes para o enfrentamento do sub financiamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros, em parte pelo tempo de sua implantação, em parte por seus limites (CAMPOS, PEREIRA JUNIOR, 2016).

Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Diante deste cenário pactuou-se mudanças, em 2017, instituindo-se uma nova PNAB (MELO, *et al*, 2018).

A nova PNAB, em 2017, diferentemente de 2011, deu-se em uma conjuntura de crise política e econômica do País, que vem incidindo de forma avassaladora sobre políticas sociais. [...] Se tentarmos configurar uma ‘trama’, relacionando os elementos da PNAB entre si e com a conjuntura (do SUS e do país), veremos que o seu principal efeito tende a ser o desmonte da

ESF (ao invés do enfrentamento dos seus problemas, limites e desafios), em uma conjuntura em que seria desejável manter o que fora conquistado até o momento (MELO, *et al*, 2018).

4.4 *O Preceptor e o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade*

A residência médica, quando bem estruturada e executada, é considerada o padrão-ouro dos cursos de especialização na área pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2008) e se consolidou como a melhor forma de capacitação profissional para o médico em nosso meio (SAMPAIO, 1984).

O treinamento de médicos especialistas se dá pela imersão no cotidiano de serviços específicos, cuja metodologia de ensino é centrada na convivência e observação da prática de um médico supervisor mais experiente e especialista (TEIXEIRA, 2009).

A complexidade da formação em cenários de APS exige habilidades específicas dos profissionais que orientam esses alunos na prática, chamados de preceptores. Para além das competências clínicas de diagnosticar e tratar as condições mais comuns, porém não menos complexas, do processo de saúde-doença que afetam a população, o MFC precisa atuar estrategicamente em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo sempre em vista a complexidade sociocultural que permeia a vida das pessoas, das famílias e das comunidades. Se de antemão já existe o desafio de formar profissionais médicos especialistas com esse olhar, mais complicada é a formação de preceptores neste cenário. Dentro de um contexto de APS em construção, torna-se muito mais difícil formar médicos especialistas imbuídos das atribuições de ensino e da construção de nexos entre teoria e prática (IZECKSOHN *et al*, 2017).

Os preceptores são “profissionais do serviço/assistência” que “ressituam seu conhecimento e sua experiência em área profissional para atuação docente junto aos residentes no ambiente de trabalho, articulando aprendizagem e práticas cuidadoras” (ALBUQUERQUE, 2007).

Com todos os desafios da construção de uma APS ainda pouco estruturada e incipiente, em um cenário de extremo contraste social e violência urbana, torna-se ainda mais importante o papel de interlocutor e de escuta desse preceptor nos momentos em que essa realidade vai além do que o residente poderia suportar. Neste contexto, a introdução da docência no serviço ressignifica a relação com usuários e estabelece novos fluxos organizacionais entre a gestão e a assistência, ressaltando o caráter integrador do preceptor como uma figura de interlocução entre a academia e os serviços de saúde (BOTTI, REGO, 2011).

Os programas de RM em MFC no Brasil têm duração de dois anos e devem seguir requisitos mínimos que estão dispostos na Resolução nº 02/200 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). As principais competências esperadas na formação desse médico são listadas no quadro (1) a seguir:

Quadro 1 - Competências Esperadas dos Médicos de Família e Comunidade.

| |
|---|
| 1. Ser capaz de atuar no cotidiano dos serviços de Atenção Primária; |
| 2. Desenvolver uma abordagem centrada na pessoa; |
| 3. Demonstrar habilidades clínicas consistentes e suficientes à resolução das situações mais comuns em sua prática; |
| 4. Pautar-se por uma prática que valorize uma visão integral das pessoas; |
| 5. Agregar as práticas cotidianas uma orientação comunitária; |
| 6. Priorizar um modelo holístico em sua concepção das circunstâncias do serviço. |

Fonte: European Academy of Teachers in General Practice. The European definition of general practice/Family medicine. Barcelona: WONCA Europe, 2002.

Tanto o supervisor como os preceptores dos programas de RM em MFC devem ser especialistas em MFC com certificado de residência médica na área ou, no mínimo, ter o título de especialista em MFC. Os preceptores de estágio em Atenção Primária deverão integrar a equipe da unidade de saúde que receberá o residente e ser, preferencialmente, da mesma equipe de saúde da família ou responsável pelo mesmo território no qual o residente irá atuar. Naturalmente deve ser presencial e em tempo integral (GUSSO, LOPES, 2012).

Algumas iniciativas de âmbito federal (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) foram lançadas no início de 2016 com o intuito de melhorar a capacitação de preceptores em MFC, como o Plano Nacional de Formação de Preceptores, que consiste em um curso a distância com dois anos de duração com bolsa de auxílio mensal e o Curso de formação para os atuais preceptores, sendo este último semipresencial com previsão de um ano de duração e bolsa de auxílio mensal. Todas essas iniciativas seguem a política de incentivo para o aumento progressivo do número de vagas em programas de residência médica iniciado em 2014, visando um cenário de oferta plena de vagas para todos os egressos em 2019 e tornando obrigatória, a

partir de então, a necessidade de realização de residência médica para todos os graduandos egressos de faculdades de medicina (BRASIL, 2015). Consequentemente contribuindo com o aumento do contingente de MFC no Brasil.

Ao longo dos anos, ampliou-se a discussão sobre a formação do profissional de saúde para exercer a preceptoria, fato evidenciado pelo aumento do número de trabalhos sobre o tema (MISSAKA, RIBEIRO, 2011). Apesar do reconhecimento do preceptor como elemento essencial no desenvolvimento de programas de formação em saúde, falta uma regulamentação abrangente para sua formação e o desenvolvimento da preceptoria (ALBUQUERQUE, 2007).

Apesar disso alguns autores defendem que para o exercício da preceptoria, somente os conhecimentos médicos não seriam suficientes, exigindo-se “conhecimentos didático-pedagógicos para orientação e supervisão do treinamento prático dos estudantes” (FAJARDO, CECCIM, 2010).

A figura do preceptor médico em programas de residência comumente se confunde com a imagem de um profissional experiente, dotado de vasto conhecimento técnico e com longos anos de prática clínica. Contudo, mesmo que competência clínica e tempo de prática possam ser significativos para definir um bom médico, não necessariamente esses requisitos são suficientes para definir um bom professor ou um bom preceptor (IZECKSOHN, *et al*, 2017).

A Academia Europeia de Professores em Medicina de Família (EURACT) define um bom formador como aquele que possui não apenas competência clínica, mas também aptidões para a docência e atributos pessoais (DILEK, WINDAK, MAAGAARD, *et al*, 2012).

Única pesquisa em larga escala no Brasil realizada por Adriana Aguiar, publicada em 2017, em seu livro *Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão*, abordou aspectos desejáveis para o aprimoramento na prática da preceptoria por programas de residência médica, incluindo de Medicina de Família e Comunidade. A pesquisa investigou, através de questionário eletrônico, os seguintes aspectos: métodos de ensino-aprendizagem, planejamento da formação de residentes, metodologias para ensinar a pesquisar, definição de objetivos educacionais, métodos de avaliação dos residentes, ensino de valores e atitudes profissionais, entre outros. Os quatro temas mais mencionados pelos preceptores brasileiros como merecedores de apoio e aprimoramento foram: métodos de ensino-aprendizagem (66,5%); planejamento da formação dos residentes (63,3%); metodologias para ensinar a pesquisar (59,6%) e definição de objetivos educacionais (51,1%).

Neste cenário, com iniciativas dos Ministérios da Saúde e da Educação, surgiram cursos para preceptores médicos de família e comunidade “dialogando” com as necessidades de expansão da APS no país. Iniciativas essas de instituições de ensino (IES) como Universidade

Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Hospital Sírio-Libanês (HSL) e Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Algumas destas instituições participantes do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), uma ação do Ministério da Saúde (MS) dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida, com benefícios de isenções fiscais (DECIT, 2011). Cabe também destacar o surgimento de iniciativas como o próprio PROFSAUDE, um programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, cujos objetivos são: 1) Formação de profissionais aptos a atuar como preceptores para graduação e residência médica na atenção básica e 2) Fortalecer as atividades educacionais de produção do conhecimento e de gestão na Saúde da Família nas diversas regiões do país, estabelecendo uma relação integradora entre o serviço de saúde, os trabalhadores, os estudantes na área de saúde e os usuários (Fiocruz, 2018).

Esta dissertação tem como objetivo estudar cursos de formação de preceptoria médica e compreender seu processo formativo a partir da visão dos formadores. Propõe-se a conhecer aspectos pedagógicos de seus currículos, identificar características relativas ao perfil de competências para formação do preceptor e compreender seus desafios e suas perspectivas na formação do preceptor.

5 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa exploratória com estudo de casos múltiplos (YIN, 2015) de cursos de formação de preceptoria, no período de 2013 a 2017 (após a promulgação da Lei do Programa Mais Médicos, 2013), que atenderam aos seguintes critérios: serem de domínio público, de abrangência nacional, relacionados a iniciativas do Ministério da Saúde (MS) ou Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), com o objetivo de formar preceptores para atuar na APS. A seleção baseou-se em buscas eletrônicas e por indicação de gestores e especialistas na área.

Selecionou-se quatro cursos de abrangência nacional que ocorreram no período selecionado: 1) Curso de Especialização em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNA-SUS/UFCSPA); 2) Curso de Capacitação em Preceptoria Médica da parceria entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) com o Ministério da Saúde (MS); 3) Curso de Especialização em Preceptoria de Residência Médica no SUS da parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Hospital Sírio-Libanês (HSL) e 4) Curso Leonardo da European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT). O EURACT, apesar de originário de experiência internacional, foi elegível por ser conduzido por médicos de família e comunidade brasileiros com objetivo de construir uma cultura de formação no Brasil contando com o apoio da SBMFC. Selecionou-se também um curso de abrangência estadual de 2011: Curso de Aperfeiçoamento Profissional em Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) pela importância histórica na instituição na residência médica em MFC e pela iniciativa de ser um dos primeiros cursos de preceptores de MFC no Brasil.

A partir desta seleção buscou-se, também, por pesquisas eletrônicas e por especialistas na área, coordenadores ou formadores desses cursos para as entrevistas de áudio e vídeo. Realizou-se seis entrevistas, sendo que duas delas foram com entrevistados que atuaram em mais de um curso de formação.

Utilizou-se fontes de dados primários e secundários acerca dos cursos, que permitiram olhares diferentes ao objeto estudado. Foram feitas: i. I) Pesquisa documental (utilizando-se de fontes secundárias - normativas: currículos ou projetos político-pedagógicos de cursos de formação – obtidos em sites das instituições, de domínio público, ou caso não disponíveis,

solicitados diretamente aos coordenadores dos cursos); e II) Informações primárias coletadas por meio de ii.1) questionário eletrônico aos informantes chaves, via formulário do Google Forms, enviados por e-mail e ii.2) Entrevista semiestruturada, por meio de programa de webconferência (Zoom) através de reunião on-line, com os mesmos participantes. Os informantes chave foram coordenadores ou docentes de cursos de formação.

Para coleta de dados, em primeiro momento, realizou-se contato através de aplicativo de mensagens instantâneas para smartphones (WhatsApp) com coordenador ou docente do curso, do período selecionado, explicando o estudo e solicitando-se autorização para inclusão e participação na pesquisa. Com a aceitação inicial enviou-se o TCLE versão completa via e-mail e o questionário eletrônico, com TCLE versão resumida, no formato de formulário do Google Forms. O preenchimento e reenvio tiveram o prazo de 15 dias, sem necessidade de ampliação. O formulário (Apêndice 1) continha dados de formação e histórico da atividade profissional do participante e tinha como objetivo uma primeira aproximação com o entrevistado acerca do curso. Posteriormente, em dia estabelecido entre entrevistador e entrevistado, realizou-se a entrevista por web conferência, com roteiro semiestruturado (Apêndice 2). As entrevistas foram gravadas, com a anuência do entrevistado, realizadas em local privado e com duração aproximada de 40 minutos. O questionário sobre o curso de preceptoria teve enfoque na experiência de trabalho do entrevistado; na avaliação de aspectos pedagógicos; no desenvolvimento de competências para formar-se um preceptor; nos pontos fortes, nas dificuldades dessa formação e nas perspectivas futuras dessas iniciativas.

A análise dos dados foi realizada de modo a integrar as diversas fontes de dados, usando-se de metodologia qualitativa. A análise documental permitiu sistematizar aspectos dos cursos de formação de preceptores como: público-alvo, número de vagas ofertadas, carga horária, periodicidade, conteúdo programático e pedagógico, sistema de avaliação e de certificação, identificando assim a estrutura geral de cada um. Tais informações foram complementadas ou esclarecidas na entrevista direta com os participantes. Os dados oriundos dos questionários foram tabulados e organizados de forma sistemática, com descrição das variáveis segundo suas frequências. As entrevistas foram transcritas e o conteúdo sistematizado, com posterior análise de conteúdo, (FLICK, 2009), utilizando-se as seguintes categorias temáticas: I) Características do Preceptor Médico de Família e Comunidade; II) Aspectos positivos e limitantes da formação e III) Desafios para os Cursos de Preceptoria e Considerações para sua Manutenção. Nos resultados, inicialmente apresenta-se uma descrição comparativa de características dos cursos, seguida de uma visão analítica, integrando as diversas técnicas de coleta.

Essa pesquisa, envolvendo seres humanos, atendeu as exigências éticas e científicas fundamentais de acordo com a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa na Resolução nº 466, de 2012 (BRASIL, 2012). Obteve aprovação do CEP do Instituto Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz - RJ/ MS sob Número do Comprovante: 133523/2018.

A confidencialidade e a privacidade das informações coletadas foram garantidas, assim como a dignidade e autonomia do participante, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade sob forma de manifestação expressa, livre e esclarecida, de contribuir e permanecer ou não na pesquisa. Assim, a inclusão só ocorreu após o selecionado assinalar o “aceito em participar da pesquisa” posteriormente a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), via formulário eletrônico.

Ao final da pesquisa todo material foi arquivado de posse da pesquisadora, não sendo utilizada para nenhum outro fim senão esta pesquisa, por período mínimo de 5 anos.

6 RESULTADOS

6.1 *Caracterização dos Cursos:*

6.1.1 **Perfil dos Cursos de Formação de Preceptoria:**

Conforme explicado selecionou-se cinco cursos de formação de preceptores. O quadro 2 apresenta variáveis selecionadas que expressam características gerais dos cursos: público alvo, ano de início, quantitativo de vagas por edição, número de turmas formadas, taxa de ocupação, carga horária, formato do curso, sistema de avaliação e de certificação e financiamento.

Quadro 2 - Características gerais dos cursos de formação de preceptores de Medicina de Família e Comunidade. Julho, 2019.

| Variáveis | Curso | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|---|--|
| | UNASUS/ UFCSPA | HAOC | HSL | EURACT | UERJ |
| Público alvo | Residentes de MFC | Preceptores, supervisores, coordenadores de programas de RM - reconhecidos pela CNRM, ou em processo de implantação. | Profissionais médicos preferencialmente vinculados a programas de residência médica no SUS. | Médicos de Família e Comunidade | Médicos especialistas em MFC, potenciais preceptores para o município do Rio de Janeiro. |
| Ano de início | 2016 | 2013 | 2012 | 2010 | 2011 |
| Nº de vagas por edição | 1000 | 400 | 2012/2013: 480 2013/2014: 960 2014: 1920 2015/2016/2017: 1000 | 36 | 50 |
| Nº de turmas formadas | 3 | 6 | 7 | 16 | 1 |
| Ocupação | Turma 1: em torno de 800 Turma 2: 847 Turma 3: 709 Média de 785 (78,5%) | Informações não disponibilizadas. | Em torno de 100%. | 100%. | 35 (70%) |
| Carga horária | 550 horas | 100 horas | 360 horas | 30 horas | 180 horas |
| Formato do Curso | EAD | EAD | Presencial com atividades de dispersão. | Presencial | Presencial |
| Sistema de Avaliação | 2 provas presenciais e TCC | Portfólio e Apresentação do projeto de estágio da RM | TCC | Frequência e participação nas atividades, | TCC |
| Sistema de Certificação | UNA-SUS/UFCSPA | HAOC MS PROADI-SUS | Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. | EURACT | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| Financiamento | Ministério da Saúde | Hospital de Excelência (Proadi-SUS) Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC – SP) | Hospital de Excelência (Proadi-SUS) Hospital Sírio Libanês (HSL – SP) | Financiamento Próprio | FCM/UERJ em parceria com a SMSDC-RJ |

Fonte: Autoria própria.

Posteriormente ao conhecimento geral dos cursos apresenta-se, junto a descrição detalhada de cada um, sua organização curricular.

O Curso de Especialização em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade é voltado para o público de residentes em medicina de família e comunidade. Seu objetivo é qualificá-los como preceptores para atuarem na Atenção Primária à Saúde. Ele une as expertises da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em formar preceptores presencialmente para atuarem nas residências de MFC e segue as diretrizes dos

projetos da Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNA-SUS/UFCSA) de desenvolver cursos e materiais didáticos que aproximem os conhecimentos apresentados à prática do profissional de saúde. Iniciou sua primeira edição em 2016 e está na sua terceira turma, em que amplia a parceria agregando a experiência de aperfeiçoamento contínuo para profissionais de saúde da Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV). A proposta pedagógica ao longo de suas edições vem se reformulando para melhor atender aos objetivos da formação. O Quadro 3 mostra a Organização Curricular e a Carga Horária Total do curso de 2017. Está estruturado em nove unidades de ensino com um módulo de conteúdo específico, em cada uma, relacionado a preceptoria de residência de MFC. É um módulo ao final de cada unidade visando à integração dos conteúdos abordados de preceptoria e casos complexos, na ênfase de Clínica de MFC. Os Casos Complexos abordam a diversidade e a complexidade das situações do cotidiano do trabalho do MFC, tendo como objetivo possibilitar a reflexão e a análise dos conteúdos trabalhados a partir de situações problematizadas.

Quadro 3 - Organização Curricular e Carga Horária do Curso de Especialização em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade, 2017.

| Unidade | CH Unidade | Módulo |
|---------|------------|--|
| 1 | 10 | Instrumentalização em EaD |
| 2 | 50 | Introdução à Medicina de Família e Comunidade e à APS Casos Complexos Integração Unidade |
| 3 | 50 | Aprendizado do Adulto A ensinagem centrada no residente/graduando Casos Complexos Integração Unidade |
| 4 | 60 | Método Centrado na Pessoa e Habilidades de Comunicação Casos Complexos Integração Unidade |
| 5 | 55 | Ferramentas para Abordagem Familiar Casos Complexos Integração Unidade |
| 6 | 55 | Ferramentas para a Educação Popular e interação comunitária Casos Complexos Integração Unidade |
| | 4 | Avaliação presencial abordando conteúdo das unidades 2 a 5 |
| 7 | 55 | Prevenção Quaternária Casos Complexos Integração Unidade |
| 8 | 52 | Ferramentas de Ensino Avaliação no ensino da Medicina de Família e Comunidade Casos Complexos Integração Unidade |
| 9 | 62 | Desenvolvendo um programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade A organização do processo de trabalho para a ensinagem Casos Complexos Integração Unidade |
| | 4 | Avaliação presencial das Unidades 6 a 9 |
| | 30 | Projeto de Intervenção |
| | 60 | Portfólio |
| | 3 | Avaliação Presencial |
| | 3 | Defesa de TCC |
| | 550 | Total |

Fonte: Projeto Pedagógico do curso de preceptoria em MFC UNA-SUS/UFCSA/SBMFC, 2017.

Já o quadro 4 ilustra modificações, que a cada edição ocorrem, permitindo melhor organização do formato de trabalho. Nesta edição com oito unidades de ensino.

Quadro 4 - Organização Curricular e Carga Horária do Curso de Especialização em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade, 2018.

| Unidade de Ensino (UE) | Eixo Medicina de Família e Comunidade | Eixo Preceptoria | Eixo Casos Complexos (CC) | Eixo Atividades Integradoras (AI) | Carga horária |
|---|--|---|---------------------------|-----------------------------------|---------------|
| UE 1 | Introdução ao EAD | Aprendizado do adulto | CC 1 CC 2 | AI 1 | 50h |
| UE 2 | Introdução à Medicina de Família e Comunidade (MFC) e à Atenção Primária à Saúde (APS) | Ferramentas de ensino em MFC | CC 3 CC 4 | AI 2 | 60h |
| UE 3 | Método Clínico Centrado na Pessoa e Habilidades de Comunicação | A ensinagem centrada no residente/Graduando | CC 5 CC 6 | AI 3 | 65h |
| UE 4 | Competências de MFC | Ferramentas de ensino e avaliação em habilidades de comunicação | CC 7 CC 8 | AI 4 | 65h |
| | | Processo de ensino e aprendizagem I – Foco na Abordagem Individual | | | |
| Avaliação Presencial abordando os conteúdos das Unidades de Ensino 1 a 4 | | | | | 5h |
| UE 5 | Ferramentas para Abordagem Familiar | Processo de ensino e aprendizagem II – Foco na Abordagem Familiar | CC 9 CC 10 | AI 5 | 60h |
| UE 6 | Ferramentas para Abordagem Comunitária | Processo de ensino e aprendizagem III – Foco na Abordagem Comunitária | CC 11 CC 12 | AI 6 | 60h |
| UE 7 | Prevenção Quaternária | Medicina baseada em Evidências no currículo da Residência Médica em MFC | CC 13 CC 14 | AI 7 | 65h |
| UE 8 | Gestão de um Programa de Residência Médica em MFC e organização do serviço para o ensino | Avaliação no ensino da MFC | CC 15 CC 16 | AI 8 | 65h |
| Avaliação presencial abordando os conteúdos da Unidades de Ensino de 5 a 8. | | | | | 5h |
| Montagem do portfólio / Trabalho de Conclusão de Curso | | | | | 50h |
| Carga horária total do curso | | | | | 550h |

Fonte: Projeto Pedagógico do curso de preceptoria em MFC UNA-SUS/UFCSPA/SBMFC/HMV, 2018.

Oferece 1000 vagas por edição com uma taxa de ocupação em torno de 80%. Seu formato é em Ensino à Distância (EAD) com duas avaliações teóricas presenciais e apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao seu final para certificação. Sua carga horária é distribuída em carga horária total: 550 horas.

O Curso de Capacitação em Preceptoria Médica é voltado para preceptores, supervisores, coordenadores de programas de Residência Médica (RM) reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), ou em processo de implantação. Na sua terceira edição, devido a políticas do Ministério da Saúde, acabou ficando com foco na formação de preceptores médicos de família e comunidade. Esta iniciativa responde às demandas atuais de expansão da residência médica no Brasil e de aprimoramento dos programas existentes. Ele ocorre como uma parceria entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz

(HAOC) com o Ministério da Saúde (MS), viabilizada pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). O programa do curso está organizado em um encontro presencial e três módulos de atividades a distância (19 semanas), distribuídas em três módulos, como ilustrado no Quadro 5.

Quadro 5 - Organização Curricular e Carga Horária do Curso de Especialização em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade, 2018.

| Módulos | Semana | Competência | Produto |
|------------|--------|--|---|
| Módulo I | 0 | Antes de Iniciar e Encontro Presencial: desenvolver a capacidade de interagir no AVA, compreender a organização do curso e princípios de planejamento e gestão educacional | Adaptação ao AVA, apresentação do curso e do grupo tutorial Apresentação do grupo, discussão do diagnóstico situacional, atividades práticas relativas à preceptoria |
| | 1 | Discutir a realidade da formação médica em programas de residência Fazer diagnóstico situacional do PRM | Análise crítica das leis que estabelecem a residência médica e dos processos de aprendizado nos PRM Diagnóstico situacional do PRM |
| | 2 | | |
| | 3 | | |
| | 4 | | |
| 5 | | | |
| Módulo II | 6 | Desenvolver e aprimorar competência pedagógica e elaborar o planejamento educacional de um estágio de RM | Planejamento Educacional de um estágio do PRM |
| | 7 | | |
| | 8 | | |
| | 9 | | |
| | 10 | | |
| | 11 | | |
| Módulo III | 12 | Desenvolver e aprimorar competências de gestão de PRM | Apresentação e discussão do Projeto de Estágio do PRM |
| | 13 | | |
| | 14 | | |
| | 15 | | |
| | 16 | | |
| | 17 | | |
| | 18 | | |
| 19 | | | |

Fonte: Caderno de Curso do Curso de Capacitação em Preceptoria de RM, 2018.

O Módulo I (5 semanas), tem por objetivo que o preceptor faça o diagnóstico situacional do seu Programa de Residência Médica (PRM). O Módulo II (7 semanas) visa a aquisição e o desenvolvimento de competências pedagógicas exigidas de um preceptor. O Módulo III (7 semanas) tem o foco na gestão do programa e na aquisição de competências que permitam ao preceptor elaborar um planejamento educacional de um estágio ou PRM, e favoreçam que ele ou ela atue com liderança em processos de mudança e aprimoramentos no seu programa. Iniciou sua primeira edição em 2013, oferecendo 400 vagas por turma. Está atualmente em sua sétima edição. Seu objetivo central é contribuir para a formação de preceptores em educação na saúde e gestão de programas de Residência Médica, no sentido de aprimorar os programas e contribuir para a melhoria dos processos de ensino e cuidado à saúde nas instituições que os oferecem. O Programa de Formação de Preceptores tem 100 horas, distribuídas em: 20 horas presenciais e 80 horas a distância, tendo, portanto, uma estrutura bimodal: um encontro presencial e atividades de EAD em ambiente virtual de aprendizagem (AVA).

O Curso de Especialização em Preceptorial de Residência Médica no SUS ocorre com uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Hospital Sírio-Libanês (HSL), por intermédio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/ HSL), com apoio do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de instituições de Ensino Superior (IES) do país. E por meio do Programa de Apoio ao Fortalecimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), vem desenvolvendo projetos educacionais voltados aos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). O seu objetivo é a capacitação de preceptores para programas educacionais desenvolvidos em serviços do SUS, considerando que essa questão tem sido um fator crítico de sucesso na integração ensino-serviço e no desenvolvimento do SUS. É um curso estruturado em dois eixos: 1) simulação da prática em preceptorial; 2) contexto real do trabalho em preceptorial. A partir desses dois eixos a estrutura curricular foi conformada com unidades curriculares, atividades curriculares e ações educacionais. O curso de especialização em Preceptorial de Residência Médica no SUS é oferecido na modalidade presencial, com carga horária total de 360 horas, sendo: 288 horas presenciais e 72 horas de trabalho a distância, que correspondem a 20% da carga horária do curso. A especialização em PRM oferece 1.000 vagas. A carga horária do curso está distribuída segundo as atividades curriculares (Quadro 6). Há um período específico e protegido para que o especializando realize suas buscas e reflexões individuais. Esse período também é destinado ao acompanhamento e desenvolvimento do portfólio, sendo denominado aprendizagem autodirigida (AAD). As atividades curriculares estão divididas em: 1) Saberes e Práticas em Preceptorial: atividade curricular multidisciplinar com foco na exploração de conteúdos relacionados às três áreas de competência.

Os conteúdos cognitivos, psicomotores e atitudinais são apresentados de maneira articulada por meio de situações-problema, contextos, testes, oficinas de trabalho ou situações simuladas da prática clínica; 2) Reflexão da Prática Profissional: atividade curricular multidisciplinar com foco na problematização da prática profissional de cada participante. As reflexões, realizações, desafios, limitações e dúvidas em relação à prática são o foco dessa atividade curricular. A problematização de saberes cognitivos e psicomotores, assim como o acesso e o compartilhamento de emoções e sentimentos, relacionados ao perfil profissional, visam ampliar capacidades dos especializando na construção de competência e 3) Projeto Aplicativo: atividade curricular multidisciplinar com foco na construção de uma intervenção na realidade por meio da construção de um projeto aplicativo. O projeto aplicativo é uma produção do tipo pesquisa-ação ou pesquisa participativa que envolve todos os participantes de um grupo

afinidade. Contempla a seleção, pactuação e caracterização de um problema para a construção de uma proposta de intervenção. Um dos objetivos da intervenção deve ser a melhoria dos processos de formação e de atenção à saúde por meio da articulação ensino-serviço.

Quadro 6 - Carga horária dos especializandos, segundo atividade curricular, do Curso de Especialização em Preceptoría de Residência Médica no SUS, IEP/HSL, 2015-2016.

| <i>Atividades Curriculares</i> | <i>Ações Educacionais</i> | <i>Carga horária</i> |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|
| Saberes e Práticas em Preceptoría | ESP/TBL/OT/PL/AAD | 144 |
| Reflexões da Prática Profissional | Portfólio/ENP/Viagens/AAD | 64 |
| Projeto Aplicativo | OT/PL/PPA/AAD | 152 |
| Total | | 360 horas |
| Trabalho de Conclusão de Curso | | 80 horas |

Legenda – ESP: Espiral de Situação-problema; TBL: Team based learning; OT: Oficina de Trabalho; PL: Plenária; AAD: Aprendizagem autodirigida; ENP: Espiral de Narrativas de Prática; DDM: Desenvolvimento do Discurso Acadêmico

Fonte: Preceptoría de Residência Médica do SUS: caderno do curso 2015 / Helena Lemos Petta. – São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2015.

O Curso de Aperfeiçoamento Profissional em Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), tem como objetivo capacitar preceptores em Medicina de Família e Comunidade como parte de uma Política Pública de formação de recursos humanos para o SUS, visando facilitar e otimizar o processo de implantação e expansão do PRMFC nas Clínicas da Família da SMSDC-RJ. Foi estruturado com carga horária de 180 horas distribuídas em atividades presenciais mensais com duração de 4 horas, além de atividades de educação a distância, demandando 4 horas semanais de dedicação, porém na prática não houve interação via plataforma EAD, mas sim via lista de e-mail. Sua estrutura pedagógica organizou-se em três eixo programáticos centrais:

EIXO 1: PRECEPTORIA, PRMFC, APS E SAÚDE DA FAMÍLIA. Módulo 1: Eixos estruturante da medicina de família e comunidade, da residência médica e da preceptoría em MFC. Módulo 2: Implantando o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) nas Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro: pensando estratégias e ações para vencer desafios e incrementar potencialidades. Módulo 3: Planejando a recepção e as atividades dos residentes em serviço.

EIXO 2: PRMFC: SISTEMA DE AVALIAÇÃO E PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM. Módulo 1: Abordagem ao residente: acompanhamento e desenvolvimento do processo de trabalho da preceptoría em MFC. Elaboração do TCC do aluno/preceptor.

Módulo 2: Revisão dos eixos estruturantes da MFC: como aprofundar e como desenvolver no processo de ensino-aprendizagem.

EIXO 3: PRMFC: AVALIAÇÃO PROCESSUAL E PRODUÇÃO CIENTÍFICA.

Módulo 1: Acompanhamento e desenvolvimento do processo de trabalho do PRMFC: como estamos indo? Como está o processo de avaliação do PRMFC? Estratégias e ações de aperfeiçoamento. Módulo 2: Os preceptores e a produção científica no PRMFC: métodos e trabalho de conclusão de curso. Módulo 3: Conclusão do trabalho de conclusão de curso (TCC) do aluno/preceptor.

Ocorreu uma edição do curso, com cinquenta vagas disponibilizadas e taxa de ocupação de 70%. A certificação foi feita pela Sub-Reitoria de Extensão da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, baseada na assiduidade no cumprimento das atividades, realização de TCC e participação nas atividades presenciais.

O Curso Leonardo da European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT) faz parte do Projeto do Programa Leonardo da Vinci, organizado por um grupo de parceiros liderados pelo EURACT, no Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice in Europe (Projeto nº 2010-1-PL1-LEO05-11460). Há vários níveis de curso, N1, N2, N3 e Avaliação. O N1, por exemplo, é destinado a formadores em início de carreira, objetivando melhorar o nível do ensino ombro-a-ombro, assegurar a disseminação dos conhecimentos e aptidões, pelos participantes do curso, nas suas próprias regiões e estimular o desenvolvimento do ensino da Medicina de Família e Comunidade. De uma maneira geral (exceto no Avaliação) o curso consiste em 6 módulos de 5 horas, ministrados ao longo de três dias de intervenções educacionais (imersão). O N1 aborda conteúdos pedagógicos como: O bom formador (características pessoais e profissionais, tanto da área clínica quanto da área de pedagogia e de preceptoria); Estilo individual de aprendizagem; Plano de desenvolvimento pessoal; Feedback; Dramatização e Organização da agenda do preceptor e do residente. Sua primeira versão no Brasil ocorreu em 2010 e já teve 16 edições. A certificação ocorre com o cumprimento integral das 30 horas de curso. Por questões de planejamento de estrutura física e financeira ele é realizado com 36 alunos por edição.

Percebe-se heterogeneidade entre os diversos cursos descritos quanto ao público alvo (residentes ou preceptores/supervisores/coordenadores ou médicos de família e comunidade), número de vagas e carga horária (cursos com 36 vagas e 30 horas de atividades a cursos com 1000 vagas e 550 horas de atividades), formato (EAD ou presencial) e modelos avaliativos (TCC, projeto de estágio, frequência e participação nas atividades), mas verifica-se objetivos comuns, como o ensino do planejamento e gestão em Programa de Residência Médica e o

aumento da formação de recursos humanos destes especialistas no país. Outras similaridades são percebidas no conteúdo pedagógico, como o aprendizado em adultos, com reflexão sobre o exercício profissional e valorização de saberes e práticas. A maioria valorizando também o ensino de gestão dos programas de residência médica e da organização dos serviços.

6.1.2 Perfil dos Entrevistados e Percepções sobre os cursos

Em relação ao perfil dos entrevistados percebeu-se predomínio do sexo feminino (4) e idade média de 51 anos. Todos os entrevistados concluíram programa de residência médica, em sua maioria em Medicina de Família e Comunidade (4), sendo a maior parte deles titulados também nesta especialidade (4). Em relação a participação em cursos de preceptoria médica, quatro deles atuaram como coordenadores e dois como preceptores (ou facilitadores). A média de tempo de participação em cursos de preceptoria entre os entrevistados foi de 3,6 anos.

No que concerne a experiência de docência, todos os entrevistados já atuaram como docentes em cursos de graduação em medicina, com tempo médio de atuação de 17,3 anos. Quatro entrevistados também atuam ou já atuaram como preceptores de residentes de MFC, com a média de carga horária nesta função de 26 horas/semana. Entre eles dois realizavam a atividade de forma remunerada e dois não.

Quanto ao trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), cinco entrevistados já trabalharam ou trabalham em serviço de Atenção Básica à Saúde. Sendo dois como médicos de família, dois como preceptores e um como supervisor de PRM e rede escola. Todos em serviço de saúde pública.

O nível de atenção da principal inserção profissional dos entrevistados atualmente é a APS (3), com o restante dividido entre atenção hospitalar (1), especialidade focal (1) ou não exercendo mais atividade profissional (1).

Percebe-se então, entre o perfil dos entrevistados, médicos de família com experiência em docência e preceptoria, com inserção profissional na APS e todos já tendo atuado em serviço de saúde pública.

Sobre as percepções dos cursos quatro entrevistados consideraram bons ou excelentes os conteúdos abordados e cinco deles manifestaram como boas ou excelentes as práticas pedagógicas. O corpo docente também foi bem avaliado como bom ou excelente por cinco dos entrevistados. Em relação a qualificação docente no método clínico centrado na pessoa quatro entrevistados consideraram boa ou excelente e um entrevistado a considerou como fraca. A oportunidade de uso de metodologias ativas foi bem avaliada por cinco dos entrevistados e a

abordagem de segurança do paciente na formação foi considerada boa ou excelente por três deles e fraca por um.

Um dos entrevistados marcou “não tenho opinião” em grande parte deste componente do questionário por ter atuado em mais de um curso de preceptoria e, portanto, sem a possibilidade de avaliá-los em separado, preferiu não o fazê-lo.

A maioria dos entrevistados considerou positivamente os conteúdos abordados, práticas pedagógicas e corpo docente dos cursos que participaram. Percebe-se também coerência com o ensino de aprendizagem de adultos com o uso de metodologias ativas. A consideração da segurança do paciente na formação foi bem avaliada por metade dos entrevistados, fato relevante na dimensão da qualidade do cuidado.

6.2. *Análise das Narrativas*

Organizou-se a análise deste componente baseada nas Categorias Temáticas do estudo de acordo com a opinião dos entrevistados.

6.2.1 **Características do Preceptor Médico de Família e Comunidade:**

Esta primeira categoria refere-se a quais aspectos que esses profissionais devem ter na sua prática de supervisão ao residente, articulando habilidades e conteúdo no campo de trabalho.

Ela foi descrita de forma cuidadosa e detalhada por um dos entrevistados no trecho a seguir:

“Ele [o preceptor] tem que ser competente na sua área de atuação, tem que ser ético, crítico, reflexivo, humanista, capacitado a formar profissionais em serviço, com visão crítica do seu papel social como educador, capacitado a elaborar e coordenar um programa ou estágio de residência médica, de acordo com as normas e leis vigentes, reconhecendo a necessidade de saúde da população brasileira” (E2).

Outras características destacadas foram em relação a presença, atitude proativa e acessibilidade:

“Presente e proativo, eu acho que são duas características centrais, pra ser proativo ele tem que estar lá presente, presencial mesmo, né?” [...] “ele tem que tá sempre, todo o tempo acessível presencialmente ao residente e ele tem que ser proativo...” [...] “Se ele ficar numa sala esperando o residente atender e vir chamá-lo ele vai ter só uma visão, a visão do que o residente tá informando pra ele, se ele, além disso também faz sombra, ou seja, se ele tá dentro da sala, né, com o objetivo determinado de olhar o desenvolvimento do residente, pode ajudá-lo a aperfeiçoar as suas qualidades e diminuir os seus equívocos...” (E3).

Outros entrevistados também salientaram a importância da habilidade do preceptor em ajudar o desenvolvimento da autonomia do residente, na sequência de três discursos a seguir:

“O preceptor tem que acompanhar o residente dele do lado”, que é algo que muita gente não faz. [...] Eu tenho que estar do lado do residente pra ver como é que ele faz coisas básicas do tipo, começando do zero, como é que ele faz ausculta cardíaca, como é que ele coleta a história do paciente que tá com falta de ar [...]”. “[...] e à medida que eu vou vendo que ele tem domínio desses fundamentos, eu passo pra coisas mais evoluídas[...]”. “vou soltando esse meu residente para ele ter cada vez mais autonomia” (E5).

“O nosso papel de educador não é achar que a gente vai ensinar assim, mas é de promover o auto aprendizado. O que não é fácil.” [...] “eu acho que ele é um problematizador, um mediador de autorreflexão e uma pessoa que tá ali com o objetivo de ajudar aquele cidadão que tá entrando em uma especialidade sair um especialista, né, com um prazo muito curto, [...] Pra isso ele precisa interagir muito, dar feedbacks bastante realistas dentro da sua competência como preceptor, sempre baseado em coisas muito concretas que ele tá vendo...” (E3).

“Bom, eu sou um defensor dos projetos, da dialogia, da construção em processo, né? Então uma das coisas que caracterizam é que ele deve trabalhar com o que o residente traz e não ele, o caminho é inverso, eu trabalho como preceptor com o que o residente traz, eu questiono ele, eu pergunto, eu acolho, né? Mas eu não fico determinando que deva fazer assim ou assado. A partir da prática deles, é lógico que eu tenho uma intencionalidade, né? Eu quero que ele tenha as melhores práticas, eu vou estimulando ele a buscar, a fazer reflexões, a entender o papel dele, a ampliar a atuação dele não só técnica, mas mais integral, mais aberta, mais abrangente porque a técnica, o conhecimento, ele tá aí, ele vai desenvolver mesmo, como é que ele busca isso, então eu acho que a ação do preceptor é o exemplo e ir questionando eles e não ficar impondo modelos, que é o que tem a maioria, né?” (E6).

Junto a essa habilidade, sua capacidade de organização das atividades também foi relatada, como no trecho a seguir:

“O preceptor ele deve ser mais facilitador, assim, ele é a secretária de primeira linha, porque ele organiza a agenda do residente, e ele vai levando o residente ali no caminho ideal, né? E o ideal é sempre que ele não traga tantas informações, que o aluno vá buscar, e que a gente se apoie na meta para formar esse residente, então a gente tem uma meta, que pra mim ainda é o ideal é que seja o currículo baseado em competências...” “...e que a gente vá moldando esse aluno ao longo do tempo através de diversas ferramentas, é pra que a gente consiga atingir aquele objetivo”. [...] (E1).

E finalmente a importância da autocrítica e busca permanente de conhecimento também foram lembrados:

“E eu acho que pro preceptor, eu acho que tem que ter, primeiro, tem que ter uma avaliação do trabalho dele, de como é que ele tá desempenhando [...]”. “E eu acho que ele tem que tá vinculado a um programa de capacitação no qual se ele possa refletir sobre a sua prática, do contrário, a prática atola o sujeito, ele se soterra no trabalho se aquilo não fizer sentido” (E5).

O quadro 7 ilustra esse componente.

Quadro 7 - Características desejáveis do Preceptor MFC na visão dos formadores

Características do Preceptor Médico de Família e Comunidade

"O preceptor tem que acompanhar o residente dele do lado";

"Ele [o preceptor] tem que ser competente na sua área de atuação, tem que ser ético, crítico, reflexivo, humanista, capacitado a formar profissionais em serviço, com visão crítica do seu papel social como educador, capacitado a elaborar e coordenar um programa ou estágio de residência médica, de acordo com as normas e leis vigentes, reconhecendo a necessidade de saúde da população brasileira."

[...] "ele tem que tá sempre, todo o tempo acessível presencialmente ao residente e ele tem que ser proativo..." [...]

Pra isso ele precisa interagir muito, dar feedbacks bastante realistas dentro da sua competência como preceptor, sempre baseado em coisas muito concretas que ele tá vendo..."

"E eu acho que ele tem que tá vinculado a um programa de capacitação no qual se ele possa refletir sobre a sua prática, do contrário, a prática atola o sujeito, ele se soterra no trabalho se aquilo não fizer sentido."

E o ideal é sempre que ele não traga tantas informações, que o aluno vá buscar, e que a gente se apoie na meta para formar esse residente, então a gente tem uma meta, que pra mim ainda é o ideal é que seja o currículo baseado em competências..."

Fonte: Autoria própria.

6.2.2 Aspectos positivos e limitantes da formação

Nessa categoria temática buscou-se na opinião dos entrevistados avaliar pontos fortes e fragilidades dos cursos de formação.

Aspectos limitantes destacados foram motivar os médicos a incluírem mais uma atividade (curso de formação) em sua vida diária, como na fala de um dos entrevistados:

"Acho que a principal dificuldade é o seguinte, é você ter um curso online pra gente que trabalha em dois, três empregos e tem que dividir a atenção, em geral são pessoas mais jovens que têm filho pequeno, uma série de coisas, então você estimular e motivar as pessoas a seguirem o curso fazendo as atividades, tendo uma reflexão, [...]" (E2).

"[...] qual foram as principais dificuldades que eu senti. Essa é a principal delas, fazer a galera se motivar. Essa, essa é muito, muito difícil. [...] Algumas pessoas as ideias duram uma semana, outras duram um mês, mas fazer isso perdurar durante algum tempo e virar realmente transformação, isso que é difícil de fazer a galera se motivar pra fazer, [...]. Aí tem a ver com liderança isso, né" (E5).

Outro fator limitante, agora em relação aos cursos em EAD, relaciona-se a falta de tempo para dedicar-se às atividades:

"Em termos de pontos fracos eu acho assim, o fato do curso ser de noite, a gente começava o curso às 18 horas até às 22, [...]. Então, [...] aqui, [...] é uma

cidade grande, né? As pessoas já saem exaustas dos seus lugares de trabalho, então isso contribuiu pra gente ter um esvaziamento do curso no processo [...]” (E3).

Também lembrado como fator limitante foi o apoio da gestão na liberação dos médicos de seus cenários de trabalho para a participação em cursos de formação:

“[...] dificuldade [...] com a gestão. [...] mostrar que era importante que aquilo acontecesse, mas isso a gente conseguiu porque as pessoas foram vendo o valor que a residência tinha. Os gestores [...] foram percebendo que, "caramba, aonde tinha residência médica não dá problema nenhum, tudo funciona. Aonde não tem residência médica é um horror, é uma zona". E aí os coordenadores de área passaram a ligar pra gente, [...] a pedir, por favor, coloca residência em tal clínica, que aquela clínica é uma bagunça [...] e foi assim que a gente foi ganhando espaço pra poder tirar o preceptor em um momento da clínica pra ele poder [...] fazer a capacitação docente dele” (E5).

A falta de entendimento de que para atuar como preceptor há necessidade de um cenário protegido também foi lembrada:

“[...] E aí a estrutura das residências, às vezes, faz com que seja difícil às vezes eles trazerem exemplos ou eles se envolverem porque às vezes eles sabem que eles vão chegar lá no campo e não vão conseguir desenvolver aquilo. Porque eles não têm talvez espaço protegido pra fazer preceptoria, [...]” (E1).

E o cenário de prática, o ambiente, pode ser um fator positivo ou limitante à formação profissional e é importante ser dada atenção a esse aspecto.

“Ele (o preceptor) tem que ter uma estrutura física adequada pra trabalhar, né? Pra que o residente possa desenvolver as competências, ele tem que ter uma estrutura física adequada, ele tem que ter um espaço protegido pra poder de fato colocar em prática questão de avaliação no local de trabalho que é muito importante pra que ele possa fazer observação direta, pra que ele possa dar feedback, que ele possa de fato colocar em prática o que a gente escreve [...]”. “precisa de uma boa equipe que entenda, que fale a mesma língua, que esteja alinhada, que tenha objetivos em comum [...]”. “ter esse espaço protegido, então, pra que ele possa desenvolver as atividades de ensino sem desassistir à população sob sua responsabilidade, mas não pode um local onde tem ensino, funcionar exatamente como um local que só tem assistência, porque tem outras particularidades [...]” “se o gestor tiver isso claro, ao longo do tempo tu qualifica, tu melhora indicadores, tu é mais resolutivo, mesmo que inicialmente tu vá achar “não, tô atendendo um pouco menos”, ah, por quê? Porque tem que diminuir a pressão assistencial, tem que investir em estrutura, tá? É isso, não tem como ser igual, né?” (E4).

Diversos pontos positivos apareceram nas falas dos entrevistados, com destaque para a acessibilidade a termos de aprendizagem em adultos:

“[...] ele tem um forte que as pessoas que escreveram e não fui só eu, eles trazem o conteúdo de uma forma que é um delivery amigável, friendly, para as pessoas entenderem, [...] Não é para guardarem medicamento um

“pedagogês”[...]” (E2).

Outro aspecto positivo lembrado foi a participação de profissionais experientes com o ensino na prática da residência médica na elaboração dos cursos:

“O ponto forte que eu achei foi ele ter sido elaborado com pessoas que tinham domínio prático, teórico e prático da medicina de família e comunidade e, também da residência, de como é uma residência, né? Não eram pessoas alheias ao meio, né? Todos nós tínhamos algum grau de interação com a residência, então acho que foi esse um ponto forte”(E3).

Também apareceu como ponto favorável o caráter prático de alguns cursos, com possibilidade de aplicabilidade imediata a partir da realidade dos preceptores em formação:

“[...] a gente pensou o curso pensando na sua aplicabilidade prática imediata, né? Então a gente considerou bastante o contexto que a gente tava [...]” (E3).

“[...] tem de vantagem, o curso é muito democrático, muito democrático, ele é muito inclusivo, [...] inclui as pessoas nas experiências que eles trazem, as experiências que eles trazem do dia a dia da prática deles [...] tem muito a ver com aprendizagem de adultos [...] você aprende a partir do seu problema, a partir daquilo que te coloca questão na vida [...]” (E5).

O Quadro 8 ilustra narrativas desta categoria.

Quadro 8 - Aspectos Positivos e Limitantes da Formação.

Aspectos positivos e limitantes da formação

“O ponto forte que eu achei foi ele ter sido elaborado com pessoas que tinham domínio prático, teórico e prático da medicina de família e comunidade e, também da residência

“[...]desenvolve um olhar mais crítico e até uma cobrança[...]”.

inclui as pessoas nas experiências que eles trazem, as experiências que eles trazem do dia a dia da prática deles [...] tem muito a ver com aprendizagem de adultos [...] você aprende a partir do seu problema, a partir daquilo que te coloca questão na vida [...]”.

“[...] dificuldade [...] com a gestão. [...] mostrar que era importante que aquilo acontecesse, mas isso a gente conseguiu porque as pessoas foram vendo o valor que a residência tinha.

“Acho que a principal dificuldade é o seguinte, é você ter um curso online pra gente que trabalha em dois, três empregos e tem que dividir a atenção, em geral são pessoas mais jovens que têm filho pequeno, uma série de coisas,

“[...] E aí a estrutura das residências, às vezes, faz com que seja difícil às vezes eles trazerem exemplos ou eles se envolverem porque às vezes eles sabem que eles vão chegar lá no campo e não vão conseguir desenvolver aquilo.

“ter esse espaço protegido, então, pra que ele possa desenvolver as atividades de ensino sem desassistir à população sob sua responsabilidade, mas não pode um local onde tem ensino, funcionar exatamente como um local que só tem assistência, porque tem outras particularidades [...]”.

Fonte: Autoria própria.

6.2.3 Desafios para os Cursos de Preceptorial e Considerações para sua Manutenção

Nesta última categoria temática buscou-se explorar aspectos como a continuidade de iniciativas nacionais de cursos de preceptorial, onde os entrevistados concordam com sua importância e demonstram-se otimistas com o destino dessas ações. Segue o discurso de dois entrevistados:

“É, pelo contexto que eu tenho visto aí das coisas se mexendo, dos cursos de preceptorial, a galera ainda tá ganhando muito dinheiro com isso, assim, o Proadi-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS), né, tem vários cursos que o ministério continua incentivando, e eu acho que vai continuar a incentivar,[...]. Mas, tem uma coisa dos preceptores, principalmente de medicina de família, né? É que eles buscam melhorar a sua formação.[...] eu acho que as pessoas vão sim continuar indo atrás de cursos, nem que seja para eles se autofinanciarem, para eles melhorarem enquanto preceptores,[...]” (E1).

“[...] eu tendo a achar muito válidas todas iniciativas, porque a gente precisa muito, né? Tem que chegar a 100 mil médicos de família, então 100 mil médicos de família você precisa pelo menos aí, dividindo 100 mil por 4 você precisa de 25 mil preceptores, né? É número” (E3).

O pioneirismo da profissionalização da preceptorial pela Medicina de Família e Comunidade no Brasil também foi destacada, assim como a valorização do desenvolvimento profissional contínuo:

“[...] eu acho que cada vez a gente vai ter mais espaço, [...]. Eu acho que isso é um caminho sem volta. Nesse sentido eu sou muito otimista, ninguém faz formação. [...] quem é que faz formação de preceptor? [...] São os médicos de família” (E4).

“[...]eu acho que a gente tem obrigação de estar, como profissional de qualquer área, [...] preocupado com o desenvolvimento profissional contínuo, então uma certeza que eu tenho é que nada tá dado, então a gente tá galgando progressivamente espaços de ensino e aprendizagem de maior aprofundamento da nossa tarefa principal em relação à medicina de família e comunidade” (E3).

A valorização do preceptor como profissional foi ressaltado como ponto chave para o sucesso de iniciativas como estas:

“[...] o Ministério deveria valorizar a figura do preceptor, não só na medicina de família, mas nas outras especialidades, fazendo com que existam incentivo financeiro pro sujeito abraçar a carreira de preceptorial” (E5).

“[...] os municípios tão abraçando cada vez mais a renda complementar, a bolsa pra residência, que eles tão vendo que isso fixa o médico de família, né, eles sabem que isso é importante. Dar um incentivo financeiro pro setor, num formato de bolsa, isso pra uma prefeitura às vezes não é nada [...]” (E5).

Houve críticas em relação a não remuneração para o médico na função de preceptor:

“[...] é diferente alguém que tá fazendo só assistência e alguém que tá fazendo assistência e que tá dando preceptoria, tem que ter algum tipo de incentivo, teria que ter algum plano de carreira pra quem faz ensino na atenção primária dentro das unidades, tá? Acho que essa contrapartida também é muito importante, porque a gente trabalha, a gente tem, né, uma vida fora da medicina, a gente tem família, tem que poder ter uma segurança e que aquele possa ser o teu único trabalho, né?” (E4).

Em relação a universalização da residência de medicina de família e comunidade pela Lei do Mais Médicos surgiram críticas e preocupações não apenas com a formação “especialidade”, mas com a formação “graduação”:

“[...] preceptoria interessa pra todo mundo, a gente precisa formar gente pra pós-graduação, que preceptoria é, né, internato e residência, eu acho que tá crescendo.”

“Quando aquilo foi feito, em 2013, 2014, primeiro com uma medida provisória, depois com as diretrizes, a Lei do Mais Médicos, todo mundo que trabalhava com educação médica achou uma loucura. Não porque não apoiasse a atenção primária, porque a gente luta por isso, ensina isso mesmo, independente de onde você atue e quem é educador, educador da saúde no Brasil apoia o ensino na atenção primária, [...]” (E2).

“Naquele momento nem médico de família formado não tinha pra assimilar o tanto de alunos. Hoje (temos) 335 escolas médicas, [...], mas a gente não tem a mínima condição de ter professor, tem escolas sem professores, sem rede de atendimento, [...]. Então, antes de (se) preocupar o que vai ser, como é que vai formar numa residência,[...], eu não sei nem o que vai formar na graduação algumas dessas escolas, [...]. Eu acho que o problema é para antes disso, [...], não sei como é que vai ser a graduação! Quem dirá o depois” (E2).

“Então, isso tinha que ser uma política de estado, não uma política de uma ideia de um grupo [...] é uma questão superdelicada que tem que ser construída, talvez fazer alguns pilotos, [...] Eu não vejo nela muita chance de ser colocada do jeito que foi, sabe?” (E2).

O Quadro 9 ilustra narrativas desta categoria.

Quadro 9 - Desafios para os Cursos de Preceptoria e Considerações para sua Manutenção-

Desafios para os Cursos de Preceptoría e Considerações para sua Manutenção

"[...] eu tendo a achar muito válidas todas iniciativas, porque a gente precisa muito, né? Tem que chegar a 100 mil médicos de família, então 100 mil médicos de família você precisa pelo menos aí, dividindo 100 mil por 4 você precisa de 25 mil preceptores, né? É número."

"[...] o Ministério deveria valorizar a figura do preceptor, não só na medicina de família, mas nas outras especialidades, fazendo com que existam incentivo financeiro pro sujeito abraçar a carreira de preceptoría."

Hoje (temos) 335 escolas médicas, [...], mas a gente não tem a mínima condição de ter professor, tem escolas sem professores, sem rede de atendimento, [...]. Então, antes de (se) preocupar o que que vai ser, como é que vai formar numa residência, [...], eu não sei nem o que vai formar na graduação algumas dessas escolas, [...].

Fonte: Autoria própria.

Os resultados foram importantes para se entender os cursos de formação de preceptores nesse período. De forma a atingir os objetivos propostos o estudo conseguiu captar a opinião dos formadores sobre aspectos pedagógicos dos currículos dos cursos, sobre características relativas ao perfil de competências para formação dos preceptores e sobre os desafios e as perspectivas nessa formação.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os cursos de formação em preceptoria iniciaram-se e expandiram-se nos últimos anos contribuindo para a qualificação e aumento do número de preceptores médicos de família e comunidade no país. Segundo Adriana Aguiar compete a gestão de saúde estimular a preceptoria mediante sua inclusão nas políticas de qualificação e valorização dos profissionais de saúde. Políticas governamentais foram então estratégicas para que essas iniciativas ocorressem e possibilitaram a realização de cursos de abrangência nacional. Destaca-se o incentivo do Ministério da Saúde, desde 2012, estimulando cursos de atualização e especialização em preceptoria médica promovida por instituições de excelência na área da saúde (STORTI, OLIVEIRA e XAVIER, 2017).

Coordenadores de Programas de Residência Médica em MFC apontaram o valor positivo de preceptores qualificados para a satisfação dos médicos em formação e, conseqüentemente, sua permanência no Programa. Os cursos de formação de preceptores foram considerados importantes não só para a qualificação desses profissionais, mas também para a própria criação e organização desses programas (STORTI, OLIVEIRA e XAVIER, 2017). Essas iniciativas possibilitaram a presença de médicos preceptores em vários pontos do país onde antes não existiam esses recursos humanos, o que possibilitou a abertura de Programas de Residência em MFC em mais locais do Brasil. Todo esse contexto foi importante para a formação de médicos qualificados a capacitarem médicos residentes de família e comunidade, dialogando com as necessidades de saúde do país por esses especialistas.

Destacam-se iniciativas como a do Curso de Especialização em Preceptoria de Medicina de Família e Comunidade, da UNASUS/UFCSPA, voltada para o público de residentes em medicina de família e comunidade. Esse curso propõe-se a realizar paralelamente a formação do médico residente a formação em preceptoria. Fato este que contribui para a fixação deste profissional como preceptor do seu programa de residência médica assim como médico assistencialista daquela região.

Aliás, cabe destacar-se individualidades dos cursos estudados, o do HAOC por exemplo teve como público alvo preceptores, supervisores, coordenadores de programas de RM, contribuindo para a qualificação de preceptores já em cenário de atividades. Muito semelhante ao público alvo do EURACT com médicos de família já formados. Notou-se outras diversidades entre eles quanto a carga horária, formato e número de vagas. O curso da UNASUS/UFCSPA, por exemplo, estruturou-se com 550 horas, mil vagas por edição e formato EAD, diferentemente do EURACT com 36 vagas, 30 horas e formato presencial. Essa diversidade citada não buscou

apontar superioridade entre os cursos, mas sim destacar que diferentes formatos de curso podem resultar em formação qualificada em diferentes cenários.

O conteúdo abordado nos cursos também apresentou diferenças. A UERJ estruturou seu conteúdo em 3 eixos de ação. O primeiro, por exemplo, voltado para a medicina de família e comunidade e para a implantação do PRM em MFC nas clínicas da Família do Rio de Janeiro. O segundo eixo estruturado em avaliação e processo de ensino-aprendizagem e o terceiro em avaliação processual e produção científica, eixos estratégicos para a qualificação de preceptores que atuariam nas mudanças planejadas à época. Já o HSL veio com uma proposta semelhante no sentido de formação de preceptores para o SUS, mas com formato diferente, abrangência nacional e em larga escala. As suas atividades curriculares dividiram-se em: 1) Saberes e Práticas em Preceptorial; 2) Reflexão da Prática Profissional: com foco na problematização da prática de cada participante e 3) Projeto Aplicativo com foco na construção de uma intervenção na realidade. Todas apoiadas no trabalho de facilitadores que se deslocavam até as regiões dos preceptores em formação.

Interessante destacar que no Brasil os projetos pedagógicos dos programas de residência são específicos de cada instituição/programa (AGUIAR, 2017). O mesmo ocorre com os cursos de preceptorial, não há uma matriz de competências comum entre eles. Contudo, em 2015, a SBMFC estabeleceu um currículo baseado em competências para servir de guia para os Programas de Residência Médica de MFC de todo o país numa tentativa de contribuir com a qualificação da formação em diversos cenários (SBMFC, 2015). Competência foi inicialmente definida como uma síntese de conhecimentos, habilidades e atitudes que, integrados, propiciam ao indivíduo aprimorar a utilização dos recursos cognitivos e técnicos para diagnosticar, tratar e proporcionar benefício, menor morbidade ao doente e menor custo às instituições. Tais recursos devem ser coerentes com a ética profissional, com a melhor evidência científica disponível e com a experiência pessoal. O desenvolvimento de competências é fundamental para o desempenho do profissional frente às constantes mudanças que ocorrem durante sua prática (FERNANDES et al, 2012). A construção de um currículo baseado em competências implica necessariamente a construção de um sistema de avaliação confiável e válido, contendo elementos variados, incluindo testes escritos, observação em cenários de práticas e do comportamento profissional verificado pelas atitudes. Salienta-se que a avaliação, neste contexto, obriga o feedback construtivo do avaliador (FERNANDES et al, 2012). A padronização do currículo com base na aquisição de competências predefinidas e adequadamente avaliadas é um desafio, mas é uma estratégia de qualificação. Pensando na inovação do ensino da preceptorial e buscando um padrão de excelência na sua formação, uma

matriz de competências comum aos cursos de preceptoria em MFC poderia contribuir para a crescente qualificação desse profissional.

Todo esse processo de formação dos cursos de preceptoria apresentou desafios, tanto relacionados a motivação de médicos para que os realizassem, quanto para a sensibilização de gestores sobre a importância da valorização dessa formação. O médico de família, responsável por um território, uma população de cerca de 3500 pessoas, trabalhando com uma pressão assistencial, precisa de apoio do gestor municipal para desenvolver a função de preceptor. O cenário protegido, tempo para realizar feedback, a possibilidade de participar de atividades educacionais permanentes e a gratificação pela atividade são desafios a serem enfrentados. Diminuir a sobrecarga e o acúmulo de funções sobre os preceptores para um bom equilíbrio entre suas atribuições na assistência, na educação e no seu papel de micro gestão local, são ações importantes para tornar o trabalho de preceptoria mais efetivo e seguro. Além de tempo protegido para o preparo de aulas, seleção de artigos e elaboração de estratégias educacionais com cada residente, é fundamental que haja um equilíbrio entre número de residentes que estão sob sua supervisão e o tamanho da população por ele assistida. Trata-se de buscar um equilíbrio entre as responsabilidades de cuidado e de ensino. Dar tempo protegido aos preceptores para que se aperfeiçoem em atividades de formação pessoal, como cursos de pós-graduação, contribui para que possam construir uma trajetória profissional duradoura e gratificante (IZECKSOHN et al, 2017).

Paradoxalmente, mesmo diante de incertezas, como o eixo formação do PMM e a universalização da residência, ações para a valorização e crescimento da medicina de família parecem permanentes. Os cursos de formação em preceptoria têm tido continuidade e a cada edição têm evoluído com inovações e melhorias em seus currículos. Mas há de se ter cautela nesse otimismo, pois a formação de preceptores precisa estar atrelada a expansão da residência em MFC, uma vez que não existe preceptor sem residente.

A expansão da MFC foi idealizada para o fortalecimento da APS no SUS, mas encontrou mercado no sistema de saúde suplementar (ANS, 2011) que está em expansão acelerada. Grandes planos de saúde reconheceram os benefícios de uma APS bem estruturada reduzindo custos e melhorando a satisfação. Hoje percebe-se em grandes centros contingente expressivo de MFC na atenção suplementar. Cabem estudos para avaliar essa migração de MFC do SUS para atuar em planos de saúde.

8 CONCLUSÃO

O universo dos cursos de formação é diversificado em vários aspectos e essa dissertação buscou compreender o processo de formação dos preceptores através deles. Há diferenças no escopo pedagógico de cada curso a depender de sua estrutura, carga horária, formato e público alvo.

Observou-se que não há uma matriz de competências comum estabelecida às experiências de qualificação de preceptoria nos cursos.

O preceptor já tem bem documentada na literatura a sua importância na formação médica e os cursos de preceptoria, mesmo com diferenças, profissionalizam e valorizam essa formação.

Incentivos do Ministério da Saúde mostraram-se fundamentais nas iniciativas dos cursos de preceptoria em MFC como parte de políticas para a estruturação da APS e fortalecimento do SUS.

Os cursos de formação em preceptoria têm tido continuidade e a cada edição têm evoluído com inovações e melhorias em seus currículos, apesar do cenário político incerto do PMM e da universalização da residência médica em MFC.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. **Preceptorial em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.
- ALBUQUERQUE, Carla Pontes. **Ensino e Aprendizagem em serviços de Atenção Básica do SUS: Desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade**. “Narrativas e Tessituras. Rio de Janeiro; 2007. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007.
- ALESSIO, Maria Martins. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos**, 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.
- ALMEIDA, Erika Rodrigues de; MACEDO, Harineide Madeira; SILVA, José Carlos da. Gestão federal do Programa Mais Médicos: o papel do Ministério da Educação. **Interface**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180011, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600205&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 de jun. 2019.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.8, e00136118, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800201&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 de ago. 2018.
- AMORETTI, Rogerio. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev Bras Educ Med**. v. 29, n. 2, p. 136-46, 2005.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 de jun. 2018.
- BARBOSA, Mayara Lima, CELINO, Suely Deysny de Matos, COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. The Family Health Strategy in the supplementary sector: adoption of the primary care model in a self-management company. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1101-1108.
- BARRETO, Ivana Cristina H. C., et al. Residência em Saúde da Família: um desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária, **Sanare**, 2009, v. 1, n. 1, p.18-26.
- BERGER, Carla Baumvol; DALLEGRAVE, Daniela; CASTRO FILHO, Eno Dias de; PEKELMAN, Renata. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 2, n. 39, p. 1-10, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1399](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1399). Acesso em: 28 de jun. 2019.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 1, p. 65-85. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 de out. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88_EC85.pdf?sequence=1. Acesso em: 01 de out. 2019.

BRASIL. **Medida Provisória n. 621 de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2013/medidaprovisoria-621-8-julho-2013-776449-publicacaooriginal-140368-pe.html>. Acesso em: 01 de out. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no1.618**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução n. 1, de 25 de maio de 2015. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 2015, n. 98, Seção 1, pág. 11.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Residência Médica Lato sensu**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília, DF: MS, SGTES, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros Brasília, DF: MS, SGTES, 2015.

BRASIL. **Portaria Interministerial 2.087 de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. [S.l.:s.n.], 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JUNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução CNRM n. 02, de 17 de maio de 2006**. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica [Internet]. Brasília; MEC; 2006. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf. Acesso em: 27 mar. 2019.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, Secretaria Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 808-811, 2011.

DILEK, Guldal; WINDAK, Adam; MAAGAARD, Roar; ALLEN, Justin; KJAER, Niels. Educational expectations of GP trainers. A EURACT needs analysis, **The European Journal of General Practice**, v. 18, n. 4, p. 233-237, 2012.

FAJARDO, Ananyr Porto; CECCIM, Ricardo Burg. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. *In*: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL (Org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010.

FALK, João Werner. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 5-10, 2004. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/2/87>. Acesso em: 27 de jun. 2018.

FERNANDES, Cláudia Regina, *et al.* Currículo baseado em competências na residência médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 129-136, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 de jul. 2019.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Chamada de Seleção Pública 2018: PROFSAUDE**. Disponível: <https://campusvirtual.fiocruz.br/portal/?q=node/7688>>. Acesso em: 27 de jul. 2019.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREEMAN, Thomaz; McWhinney, Ian R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3. ed. 2010.

GIOVANELLA, Ligia, et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009, v. 14, n. 3, p. 783-794.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de abr. 2018.

GUSSO, Gustavo, LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira et al. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 737-746, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300737&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 de mar. 2019.

JANAUDIS, Marco Aurelio, et al. Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade. **Revista Bioética**. v. 15, n. 1, p. 27-36, 2017.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 de jun. 2018.

MACINKO, James, STARFIELD, Barbara, SHI, Leyu. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970- 1998. **Health Serv. Res**, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso. Disponível em: 27 de jun.2019.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 de jun. 2019.

MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A preceptoría na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2018.

OLIVEIRA, Felipe Proença de; et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832015000300623&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de abr. 2019.

OLIVEIRA, Maria Siriane, PETTA, Helena Lemos, et al. **Novas necessidades de formação para o SUS: educação na saúde para preceptores**. In: Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2014. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde; 2014. p. 17-20.

OPAS/OMS. **Atenção Primária à Saúde**. [S. l.: s. n.], 19--?.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde Debate**, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [online]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 20 de jul. 2019.

PINTO, Heider Aurélio; OLIVEIRA, Felipe Proenço; SANTANA, José Santos Souza, et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 1, p. 1087-1101, 2017.

PONKA, David, et al. Developing the evidentiary basis for family medicine in the global context: The Besroul Papers: a series on the state of family medicine in the world. **Can Fam physician**, v. 61, n. 7, p. 596-600, 2015.

RAKEL, Robert E. **Textbook of Family Medicine**. [S. l.: s. n.], 2007.

RIGOLI, Felix, DUSSAULT, Gilles. The interface between health sector reform and human resources in health. **Human Resources for Health**, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-9>>. Acesso em: 15 de jul. 2019.

SAMPAIO, S.A.P. a implantação da residência médica no hospital das clínicas: 40 anos de história. Estudos Fundap. **Residência Médica**, São Paulo, p. 4-32, 1984.

SBMFC. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Currículo baseado em competências para medicina da família e comunidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

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

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-50, 2005.

STORTI, Moysés Martins Tosta; OLIVEIRA, Felipe Proenço de; XAVIER, Aline Lima. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface**, Botucatu. v. 21, n. 1, p. 1301-1314, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501301&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 de jun. 2019.

TEIXEIRA, Debora Silva. **Residência médica em medicina de família e comunidade no Rio de Janeiro**: o lugar do cuidado na estrutura curricular, 2009. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

YIN, Robert. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - PROJETO: O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO PRECEPTOR MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

TCLE versão resumida e Questionário Eletrônico (GOOGLE FORMS):

Comunidade - TCLE e Questionário.

Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/FIOCRUZ) - Pesquisadora Tatiana Argolo Toscano Figueiredo Orientadora: Dra. Elyne Montenegro Engstrom.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – versão resumida. O Processo de Formação do Preceptor Médico de Família e Comunidade. Pesquisadora: Tatiana Argolo Toscano Figueiredo. Contato: 27 98882-5302. Instituição responsável: Instituto Nacional de Saúde da mulher, da criança e do adolescente Fernandes Figueira. Você está convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado "O Processo de Formação do Preceptor Médico de Família e Comunidade", pois você foi coordenador ou formador de curso de formação de preceptores médicos de família e comunidade, de abrangência nacional, relacionados a iniciativas do MS ou SBMFC, no período de 2013 a 2017. A presente pesquisa tem como objetivo compreender o processo de formação do preceptor médico de família e comunidade nos cursos de formação, de âmbito nacional, a partir da visão de formadores. A sua participação consistirá em participar primeiramente do preenchimento de um formulário, utilizando-se o Google Forms, com informações cadastrais e profissionais, e posteriormente de uma entrevista por áudio utilizando-se a internet no dia estabelecido entre entrevistador e entrevistado, respondendo às perguntas sobre o curso de preceptoria por meio de um roteiro, pré-estabelecido, junto à pesquisadora do projeto. Estima-se que a entrevista irá durar em torno de 40 minutos. A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Os benefícios desta pesquisa estarão na identificação de dificuldades deste processo de formação e no entendimento da sua importância como fortalecimento da APS, assim como no apontamento de possíveis formas de enfrentar obstáculos nesse processo. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, também mantido sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, bem como quaisquer outras informações que possam levar a sua identidade pessoal. Os resultados caso queira, serão a você disponibilizados. Você receberá uma versão na íntegra deste termo e não uma cópia. Declaro estar ciente das declarações nesse "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" e que li e entendi todo o seu conteúdo.

*

- Aceito em participar da pesquisa.
- Não participarei da pesquisa.

O Processo de Formação do Preceptor Médico de Família e Comunidade - TCLE e Questionário.

*Obrigatório

Bloco I - Dados Cadastrais

1.1 Sexo: *

Feminino

Masculino

1.2 Data de Nascimento: *

DD MM AAAA

__ / __ / 2019

1.3 Ano de titulação na graduação em medicina:

Sua resposta _____

1.4 Nome da Instituição de Ensino Superior da graduação: *

Sua resposta _____

1.5 Você concluiu algum programa de residência médica (PRM)? *

Sim

Não

1.5.1 Se respondeu sim à pergunta anterior, Qual o nome da instituição onde concluiu o PRM?

Sua resposta _____

1.8.2 Quanto tempo de participação?

Sua resposta _____

1.5.2 Em qual especialidade?

Sua resposta _____

1.5.3 Qual o ano de conclusão da residência médica?

Sua resposta _____

1.6 Você concluiu outro PRM?

Sim.

Não.

1.6.1 Se respondeu sim à pergunta anterior, em qual instituição?

Sua resposta _____

1.6.2 Em qual especialidade?

Sua resposta _____

1.6.3 Qual o ano de conclusão do PRM?

Sua resposta _____

1.7 Você tem titulação em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)? *

Sim

Não

1.8 Sobre o Curso de Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade que participou, qual o nome do curso? *

Sua resposta _____

1.8.1 Qual a função exercida?

Sua resposta _____

2.0 Você atua ou atuou como Docente em algum curso de graduação médica? *

Sim

Não

2.0.1 Se sim, qual o nome da universidade?

Sua resposta _____

2.0.2 Quanto tempo de atuação na docência?

Sua resposta _____

2.1 Você trabalha ou trabalhou em Serviço de Atenção Básica à Saúde? *

Sim

Não

2.1.1 Se sim, qual o ano de ingresso no serviço?

Sua resposta _____

2.1.2 Qual o cargo ocupado?

Sua resposta _____

2.1.3 Qual a natureza do serviço (ex: pública municipal, privada)?

Sua resposta _____

2.1.2 Ainda se sim, qual o tipo de atividade exercida?

Assistência à Saúde

Gestão em Saúde

Consultoria

Ensino

Outra:

2.2 Você atua ou atuou como preceptor de residentes de Medicina de Família e Comunidade? *

- Sim
- Não

2.2.1 Se sim, qual a carga horária?

Sua resposta _____

2.2.2 Qual o ano de ingresso na atividade?

Sua resposta _____

2.2.3 Ainda se sim, a atividade de preceptor é ou era remunerada?

- Sim
- Não

2.2.4 Qual o tipo de vínculo na função de preceptor:

- Bolsista
- Celetista
- Cooperativista
- Contrato temporário
- Outro:

2.3 Em serviços de saúde, qual seria o nível de atenção de sua principal inserção profissional atual (assinale apenas uma resposta):

- Atenção primária à saúde
- Atenção especializada (ambulatório)
- Hospital
- Outro:
- Não estou trabalhando em serviços de saúde atualmente.

3.0 Dê sua opinião sobre os seguintes aspectos do curso, utilizando a escala de valores: (5) Excelente (4) Bom (3) Regular (2) Fraco (1) Muito fraco (9) Não tenho opinião, sobre 3.0.0 Conteúdos abordados: *

Sua resposta _____

3.0.1 Práticas pedagógicas adotadas:

Sua resposta _____

3.0.2 Corpo docente:

Sua resposta _____

3.0.3 Qualificação no método clínico centrado na pessoa:

Sua resposta _____

3.0.4 Oportunidades de uso de metodologias ativas:

Sua resposta _____

3.0.5 Abordagem de segurança do paciente na formação:

Sua resposta _____

3.0.6 Avaliação do aluno:

Sua resposta _____

3.0.7 Capacidade em atuar como preceptor no final do curso:

Sua resposta _____

3.1 Na sua opinião, em relação às competências a serem desenvolvidas neste médico para tornar-se um preceptor, qual peso (0-10) você daria para: 3.1.0 Utilização de metodologias para ensinar a pesquisar? *

Sua resposta _____

3.1.1 Experiência na dinâmica de grupos?

Sua resposta _____

3.1.2 Conhecimento sobre princípios de educação de adultos?

Sua resposta _____

3.1.3 Ensino de habilidades específicas?

Sua resposta _____

3.1.4 Conhecimento sobre trabalho em equipe?

Sua resposta _____

3.1.5 Conhecimento sobre mediação de conflitos?

Sua resposta _____

3.1.6 Ensino de valores e atitudes profissionais?

Sua resposta _____

3.1.7 Conhecimento de abordagem familiar?

Sua resposta _____

3.1.8 Envolvimento na definição de objetivos educacionais?

Sua resposta _____

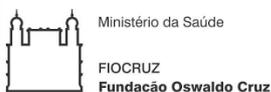
3.1.9 Utilização de diferentes métodos de ensino-aprendizagem?

Sua resposta _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM FORMADORES

1. Como você começou a atuar no curso de preceptoria?
2. Com sua experiência nesse (ou outros) curso, quais foram as principais dificuldades para realizar a formação de preceptores?
3. O que considera como pontos fortes ou condições que favoreceram essa formação?
4. O curso que você participou fez algum acompanhamento posterior à formação de preceptor, da forma como ele atua no serviço?
5. Na sua opinião, como deveria ser o trabalho do preceptor médico?
6. Para você quais são as perspectivas do cenário futuro de formação de preceptores?

ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Processo de Formação do Preceptor Médico de Família e Comunidade

Pesquisadora: Tatiana Argolo Toscano Figueiredo

Contato: 27 98882-5302

Instituição responsável: Instituto Nacional de Saúde da mulher, da criança e do adolescente Fernandes Figueira.

Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21)2554-1700 - Fax: (21) 2553-6730

Você está convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “O Processo de Formação do Preceptor Médico de Família e Comunidade”, pois você foi coordenador ou formador de curso de formação de preceptores médicos de família e comunidade, de abrangência nacional, relacionados a iniciativas do MS ou SBMFC, no período de 2013 a 2017.

A presente pesquisa, objeto de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde/PROFSAÚDE, tem como objetivo compreender o processo de formação do preceptor médico de família e comunidade nos cursos de formação, de âmbito nacional, a partir da visão de formadores, conhecendo aspectos do currículo, as dificuldades e perspectivas desta formação.

A sua participação consistirá em participar primeiramente do preenchimento de um formulário, que enviaremos utilizando o Google Forms, com informações sobre sua atividade profissional e aspectos relativos ao currículo do curso, o que pode necessitar busca de informações acerca do Projeto do curso (prazo de 15 a 30 dias para resposta). A seguir, agendaremos também uma entrevista por áudio com você, utilizando-se a internet. Esta entrevista será agendada em dia e turno de sua conveniência, com duração estimada de 40 minutos. Propõe-se que a entrevista seja gravada, mas a gravação dependerá de sua concordância e autorização; somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso às gravações.

A sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação ou interrompê-la a

qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma, contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua participação permitirá o maior conhecimento sobre o processo de formação do preceptor médico de família e comunidade no Brasil. Os benefícios desta pesquisa estarão na identificação de dificuldades deste processo de formação e no entendimento da sua importância como fortalecimento da APS, assim como no apontamento de possíveis formas de enfrentar obstáculos nesse processo. Esta pesquisa não se propõe a trazer qualquer tipo de dano ou prejuízo ao participante, porém, eventualmente, o mesmo poderá ser identificado, caso seja o único a exercer a função de coordenador ou formador no serviço no período estudado, porém todas as medidas serão tomadas para minimizar os possíveis danos concernentes à participação neste estudo.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, também mantido sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, bem como quaisquer outras informações que possam levar a sua identidade pessoal.

Você pode se negar a responder a qualquer pergunta ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; e pode solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento; poderá desistir a qualquer tempo de participar da pesquisa; poderá solicitar escutar a entrevista que será gravada e desautorizar o seu uso após a escuta.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo em posse da pesquisadora, por no mínimo cinco anos, não sendo utilizada para nenhum outro fim senão esta pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Os resultados caso queira, serão a você disponibilizados.

Você receberá uma via deste termo e não uma cópia. Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Declaro estar ciente das declarações nesse “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e de minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimento sobre essa Pesquisa:

recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de qualquer informação que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia desse Termo permanecerá arquivada com o Pesquisador responsável do Instituto Nacional de Saúde da mulher, da criança e do adolescente Fernandes Figueira e outra será entregue ao entrevistado.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IFF. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.Fiocruz.br; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552-8491).

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Concordo e autorizo a gravação da entrevista: _____

Telefone _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018.

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: Tatiana Argolo Toscano Figueiredo

Assinatura _____