MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

CARLA BAUMVOL BERGER

DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Porto Alegre
2017

CARLA BAUMVOL BERGER

DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias em Saúde.

Orientador: Professor Dr. Eno Dias de Castro Filho
Coorientador: Professora Dra. Daniela Dallegrave

Porto Alegre
2017

AGRADECIMENTOS

São muitos os envolvidos nesta trajetória de dois anos, nos quais me dediquei a coordenar um novo Programa de Residência e, ao mesmo tempo, dissertar sobre ele.

Agradeço o suporte, carinho e estímulo de meu marido Francisco e de meus filhos Pietro e Giovana – sem vocês sou ninguém!

Aos meus orientadores Eno Dias de Castro Filho e Daniela Dallegrave pela paciência, pelo grande aprendizado que me proporcionaram e pela disponibilidade.

À colega Margarita Luz Marina Silva Diercks, pela revisão desta dissertação e pelas valiosas sugestões em relação à metodologia qualitativa.

Aos colegas da Unidade de Saúde Jardim Itu, a minha querida Nave, que me deu espaço para ir ao infinito e depois me acolheu de volta.

Aos colegas do Programa Nacional de Residência em Medicina de Família e Comunidade, que durante o período de dois anos me auxiliaram na condução dos trabalhos.

Ao colega Neio Lucio Fraga Pereira que confiou em mim e apostou na implantação de um Programa de Residência a distância.

Aos colegas do Mestrado Profissional pelas alegrias, colaborações, parcerias e ensinamentos.

RESUMO

No Brasil, o Ministério da Saúde refere que há defasagem na relação médico/habitante para oferta de serviços à população. Não apenas faltam médicos em diversas regiões do país, mas, em especial, faltam especialistas em Atenção Primária à Saúde. Uma das estratégias de enfrentamento seria a implantação de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade fora dos grandes centros urbanos. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da implantação e implementação das iniciativas integrantes deste Programa, protagonizado pelo Grupo Hospitalar Conceição, voltado a promover a desconcentração da formação médica e fomentar as experiências locais. O estudo teve abordagem qualitativa tipo pesquisa-intervenção. Foram analisados dados extraídos de documentos e do diário de campo da pesquisadora. Além desses, houve também a análise de informações obtidas mediante a aplicação de um instrumento semiestruturado aos sujeitos envolvidos no Programa. Evidenciou-se que a capacitação de preceptores a distância, uma inovação apresentada pela autora, ofereceu uma maneira alternativa de formação e possibilitou compartilhar conhecimentos, investindo na qualificação de profissionais locais para atuarem, também, na formação de outros colegas.

Palavras-chave Medicina de família e comunidade; Preceptores; Educação a distância; Tecnologia.

ABSTRACT

In Brazil, the Ministry of Health reports that there is a lack in the doctor / inhabitant relationship to offer services for the population. Not only there is a physician shortening in several regions of the country, but, in particular, there is a lack of specialists in Primary Health Care. One of the coping strategies would be the implementation of a Medical Residency Program in Family and Community Medicine outside of large urban centers. The objective of this work is to report the experience of implementing the initiatives included in this Program, carried out by Grupo Hospitalar Conceição, aimed at promoting a deconcentration of medical education and fostering local experiences. The study had a qualitative approach as a case study. Data extracted from documents and the researcher's field diary were analyzed. In addition to these, there was also the analysis of information obtained through the application of a semi-structured instrument, to the subjects involved in the Program. It was evidenced that preceptors' distant training, an innovation brought by the author, offered an alternative orientation and made it possible to share knowledge, investing in the qualification of local professionals to also work in the training of other colleagues.

Key words Family medicine; Mentors; Distance education; Technology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMEE	International Association for Medical Education
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CEREM	Comissão Estadual de Residência Médica
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONASEMS	Comissão Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COREME	Comissão de Residência Médica
DCN	Diretriz Curricular Nacional
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
EAD	Ensino a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (Academia Europeia para Formação de Professores e Preceptores da Área de Medicina de Família e Comunidade)
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
ICSAPS	Internações por condições sensíveis à APS
IES	Instituição de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE	Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PBI	Problem based interview (Entrevista baseada em problemas)
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil

PNRMMFC	Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
PRM	Programa de Residência Médica
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WONCA	World Organization of National Colleges Academies (Organização Mundial de Médicos de Família)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias analisadas nas entrevistas aplicadas aos sujeitos..... 30

Quadro 2 - Percepção dos residentes quanto ao seu domínio em competências de MFC..... 47

Quadro 3 - Percepção dos preceptores quanto ao seu domínio em competências de MFC e atuação na APS..... 47

Quadro 4 - Percepção dos preceptores-tutores quanto ao seu domínio em competências de MFC e atuação na preceptoria..... 47

APRESENTAÇÃO

O tema desta dissertação é oriundo da experiência de coordenar um grupo de trabalho que tinha por objetivo desenvolver, em curto prazo, um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade de âmbito nacional.

Partiu-se de um marco zero no qual a experiência em desenvolver um projeto desta monta era nulo, para uma posição, dois anos após, na qual se evidenciou um grande aprendizado. Foram momentos de estresse, de conflito, de apropriação de novas tecnologias, de construção de alianças e de relações políticas, que resultaram na construção do Programa de Residência descrito em maiores detalhes adiante.

A partir do desenrolar desta escrita, elaboraram-se três produtos técnicos:

- artigo científico aceito para publicação na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade;
- artigo científico submetido para publicação em outro periódico nacional;
- manual com orientações a municípios que desejarem implantar um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, ainda sem local definido para publicação.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 8
1 INTRODUÇÃO 13
2 OBJETIVOS 15
2.1 OBJETIVO GERAL 15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 15
3 REVISÃO DE LITERATURA 16
3.1 ESCASSEZ DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE 16
3.2 INICIATIVAS PARA FORTALECER A APS 18
3.3 A RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE 19
3.4 O ENSINO NA ÁREA MÉDICA 21
3.5 TELE-EDUCAÇÃO 24
3.6 VIDEOGRAVAÇÕES 25
4 METODOLOGIA 26
4.1 LOCAL DO ESTUDO 26
4.2 DELINEAMENTO 26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 27
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA PRIMEIRA ETAPA 27
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA SEGUNDA ETAPA 27
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA PRIMEIRA ETAPA 28
4.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA SEGUNDA ETAPA 28
4.8 COLETA DE INFORMAÇÕES 28
4.9 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES 28
4.9.1 Implantação 29
4.9.2 Implementação 29
4.9.3 Análise Qualitativa 29
5 ASPECTOS ÉTICOS 31
6 RESULTADOS 32
6.1 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO 32
6.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO 39
6.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 42

6.4 CARACTERIZAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E PROCESSOS EDUCACIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE 46
6.5 PRODUTOS 47
7 DISCUSSÃO 49
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 54
REFERÊNCIAS 56
APÊNDICES 62
APÊNDICE A – INSTRUMENTO E ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS DOS PRECEPTORES 62
APÊNDICE B – INSTRUMENTO E ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS DOS RESIDENTES 65
APÊNDICE C - INSTRUMENTO E ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS DOS PRECEPTORES-TUTORES 68
APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE 70
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PRECEPTORES 72
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESIDENTES 74
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTORES DAS EQUIPES DE SAÚDE 76
APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PRECEPTORES-TUTORES 78
APÊNDICE I - SISTEMATIZAÇÃO DE UM MÉTODO PARA QUALIFICAR A SUPERVISÃO DOS PRECEPTORES LOCAIS A DISTÂNCIA 80
APÊNDICE J 81
APÊNDICE K 93

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil refere que há defasagem na relação médico/habitante para oferta de serviços à população em todo território nacional (BRASIL, 2015a). A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a principal forma de acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). É nesse cenário que se pode resolver 80% dos problemas de saúde (STARFIELD, 1992; BRASIL, 2012a), sendo necessário que se formem mais médicos capacitados a fim de suprir essas demandas.

O médico de família e comunidade (MFC) é o profissional que provê cuidados médicos integrais, continuados e contextualizados a pessoas de todas as faixas etárias e gêneros (JUSTIN, 2005). Esse profissional tem um papel fundamental que é o de ofertar o tipo de cuidado postulado nos princípios da Atenção Primária à Saúde: acesso (primeiro contato), longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, e uma abordagem familiar, comunitária e culturalmente competente (STARFIELD, 1992).

Quando foi concebida esta dissertação, uma das prioridades do governo era propiciar atendimento médico às pessoas de todo o território nacional. Uma das formas de concretizar essa ação era expandir a formação do médico de família e comunidade para atuar nessa frente. A possibilidade de abertura de programas de residência em diversos municípios brasileiros, que formassem esses profissionais e os incentivassem a fixar-se nessas áreas, vinha ao encontro das iniciativas alinhadas (BRASIL, 2012b).

Nesta dissertação, será relatada a experiência de implantação e implementação de um Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PNRMMFC), de forma desconcentrada, com supervisão local e tutoria a distância. Discorrer-se-á sobre a formação do médico de família e comunidade, a escassez desse profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) e as tentativas nacionais e internacionais de formar mais profissionais nessa área. Também será abordado o percurso percorrido para a organização e credenciamento de um novo Programa de Residência e o processo de implementação, pautado por videoconferências entre preceptores-tutores e preceptores locais, termos que serão definidos ao longo do texto. No que diz respeito ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), a atenção será voltada ao aspecto da formação, que consiste na

ampliação da oferta de vagas na graduação e na residência médica, na mudança no eixo dos locais de formação e na reorientação da formação (BRASIL, 2015a).

A relevância deste estudo frente à comunidade científica e civil é a de discutir um processo que visou melhorar e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde, permitindo que outras iniciativas de implantação de residência em MFC possam utilizar essa tecnologia para seus programas. Como o produto do mestrado profissional deve estar articulado às atividades desenvolvidas pelo mestrando em sua instituição de origem, esta dissertação se justifica a partir da demanda do MS junto ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para implantação do referido Programa Nacional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho é relatar e discutir os diferentes procedimentos metodológicos e o contexto da implantação e implementação de um Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PNRMMFC) sediado em um hospital de grande porte no sul do país, com campos de formação distribuídos em diversas localidades, no ano de 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste trabalho dividem-se em dois grupos, a saber:

a) relativos à implantação:

- relatar a adaptação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, possibilitando seu aproveitamento em outros locais com parte do ensino a distância (EAD);
- descrever os métodos de análise e seleção de municípios com potencial para sediarem o Programa;
- descrever os métodos de análise e seleção de médicos que trabalham em unidades da estratégia saúde da família para serem preceptores locais do Programa.

b) relativos à implementação:

- identificar e descrever a presença de transformações nos dinamismos educacionais existentes nas unidades de saúde que têm o PNRMMFC implementado;
- identificar e descrever a presença de transformações em elementos de infraestrutura e assistência nas unidades de saúde que têm o PNRMMFC implementado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste tópico serão abordados os seguintes temas: escassez de médicos de família e comunidade, iniciativas para fortalecer a APS, a residência médica em medicina de família e comunidade, o ensino na área médica, tele-educação e videogravações.

3.1 ESCASSEZ DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a Atenção Primária à Saúde (APS) deve constituir a base do sistema nacional de saúde, por ser a melhor estratégia para produzir melhorias e equidade na saúde da população (OPAS, 2007).

Em 2011, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 439, que tratava das diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2011). Dentre elas, destaca-se a que intensifica os esforços em criar novas políticas que garantam profissionais de saúde em todas as regiões e localidades do país, principalmente nas áreas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando, de fato, o direito à saúde (BRASIL, 2015a).

Desde 2012, a população identificava a falta de médicos em algumas áreas como um grande problema. Mais de 50% dos entrevistados em uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) opinaram que a ação mais importante do governo seria o aumento no número de médicos nos postos de saúde (BRASIL, 2015a). Cada vez mais, a sociedade vem se organizando para exigir serviços de qualidade, com melhoria do acesso à saúde e cuidado integral e resolutivo. Essa não parece ser uma demanda injustificada, uma vez que a literatura dá suporte a essa reivindicação; foi demonstrado haver associação entre um maior número de médicos de APS e uma menor mortalidade geral da população (SHI et al., 2003).

Sabe-se que o número de médicos para cada 1000 habitantes no Brasil (1,8) está abaixo da média dos países da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OCDE), que é de 3,2 (BRASIL, 2015a). Não há apenas falta de médicos em diversas regiões do Brasil, há também falta de médicos com formação para atuar na Atenção Primária à Saúde. Girardi e colaboradores criaram um indicador para mensurar a escassez de médicos em APS nos municípios brasileiros, que leva

em consideração não apenas o número de médicos por habitantes, mas também indicadores relativos às carências socioeconômicas, altas necessidade de saúde e barreiras de acesso a serviços de saúde. Conforme o indicador criado, em 2013, havia cerca de 22% dos municípios brasileiros com escassez de médicos. (GIRARDI et al. 2016). Esse fenômeno vem sendo evidenciado em diversos países, como Inglaterra e Estados Unidos (HUGHES, TUGGY, PUGNO. 2015).

Nos Estados Unidos, há necessidade de formação de 44 mil médicos para atuar na Atenção Primária até o ano de 2035, meta inatingível nas condições atuais, prevendo-se um déficit de 33 mil médicos. Para superar esse problema, seria necessário o aumento de 21% de vagas em residências de APS (PETTERSON et al., 2015). No Reino Unido, a Medicina de Família, conhecida como *general practice,* é descrita como a “joia da coroa” do Sistema de Saúde Inglês, contribuindo com o alto padrão a ele atribuído (MARSHAL, 2015). Apesar disso, tem sido cada vez mais difícil encontrar médicos dispostos a atuar como MFC, motivando a veiculação de anúncios em *sites* médicos que divulgam a especialidade com o mote "*nothing general about general practice*" que, se traduzido, seria algo como dizer que não há nada de genérico na Medicina de Família e Comunidade, significando que ela não deve ser vista como uma especialidade pouco valorizada ou inútil (GPONLINE, 2015).

O grupo de pesquisa sobre carreiras médicas do Reino Unido publicou, em 2002, algumas percepções de médicos de família e comunidade (*general practitioner*) sobre o porquê dessa dificuldade em recrutar e reter médicos para essa área. No Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade, organizado pelo MS em 2012, discutiu-se o tema. Identificou-se que há complicações em três áreas: a) referente à formação - processo de formação voltado para dentro do hospital, fragmentado, com frágil integração ensino-serviço e que estimula a especialização em áreas que seriam de maior reconhecimento, inclusive com melhores salários e condições de trabalho; b) referente à formação generalista – onde a especialização para trabalhar na atenção primária, principalmente em Estratégias Saúde da Família, teria uma visão negativa entre os médicos; c) referente à gestão e à regulação do trabalho - ausência de plano de cargos e carreira, forma de admissão que dificulta a fixação, precariedade dos vínculos, fragilidade da política de educação permanente e falta de estrutura (BRASIL, 2012b).

Além disso, o médico de família, em alguns locais, era visto como um profissional de segunda classe e havia uma baixa autoestima entre eles (EVAN, LAMBERT, GOLDACRE, 2002).

3.2 INICIATIVAS PARA FORTALECER A APS

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, no Brasil, se propunha a reorganizar a APS, com mudança do modelo assistencial, utilizando-se de ações programáticas e desenvolvendo ações intersetoriais com o propósito de melhoria da atenção à saúde das pessoas (PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000). Essa iniciativa se fortalece quando, em 2006, o PSF é definido como estratégia prioritária na reorganização da APS pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Apesar de muitas dificuldades na consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), atribuídas à precarização de vínculos, à ambiência precária das unidades de saúde e à alta rotatividade de médicos, com pouca capacitação para exercerem as atividades de APS (JORGE, 2010), a repercussão internacional da ESF foi tamanha que inúmeros artigos avaliando seu impacto foram produzidos (DAB, 2010).

Macinko et al. avaliam em diversos estudos que a ESF impactou positivamente nos índices de mortalidade infantil, especialmente onde a cobertura da ESF era maior e mais antiga, assim como na diminuição significativa de internações de adultos por condições sensíveis à APS (ICSAPS) (MACINKO et al., 2006; MACINKO et al., 2007; MACINKO et al., 2010; MACINKO et al., 2011; HONE et al, 2017).

Com a crescente importância da APS no Brasil, surgiram algumas iniciativas para seu fortalecimento, entre as quais se podem citar a formalização das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação (DCN) em Medicina em 2001 (CNE/CES, 2001), a implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

A DCN traz a importância da formação de um médico generalista com experiência em diversos cenários de prática, incluindo o nível primário, diferindo da orientação para a prática hospitalar hegemônica. O Pró-Saúde tem o objetivo de aproximação da academia com o serviço de saúde, visando à reorientação profissional, principalmente dos profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros (BRASIL, 2005). Em 2010, surge o PET-Saúde, que, a partir de grupos de estudantes

tutorados por um profissional, fomenta o ensino e a pesquisa nos serviços, buscando elevar a qualidade técnica dos profissionais (BRASIL, 2010a).

Quanto à Residência Médica, o Ministério da Saúde inicia, em 2002, um processo de aumento de vagas para MFC e incentiva a abertura de novos programas por meio de incentivos financeiros diretos e estímulos. Entre 2002 e 2010, houve um crescimento de vagas de primeiro ano dessa residência em 262% (CASTRO FILHO, 2011). Outra iniciativa do MS para incentivar a formação de MFCs foi o lançamento do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), criado em 2010. Esse programa financiava a abertura de vagas de residência médica em algumas especialidades – incluindo a MFC - em regiões prioritárias definidas por gestores do SUS (BRASIL, 2013).

Iniciativas desse tipo demandam um determinado período para se consolidar e apresentar resultados concretos. A necessidade premente de médicos para atuar na APS, contudo, fez com que o MS lançasse mão de mais uma iniciativa, a criação da Universidade Aberta do SUS (UNASUS). “A UNASUS tem a finalidade de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância na área da saúde” (BRASIL, 2010b).

Diante desse quadro, que apresenta um sistema de saúde necessitado de médicos capacitados para atuarem na APS e uma dificuldade de formar e recrutar esses profissionais, e em face à Lei do Mais Médicos, algumas medidas foram tomadas. Uma delas foi a de levar a formação de médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade para longe dos grandes centros urbanos, desconcentrando o programa.

3.3 A RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Um Programa de Residência desconcentrado é aquele que possui campos de prática em locais diferentes de onde está a instituição sede do programa (instituição proponente). Pode ocorrer no mesmo estado da instituição proponente ou em estados diferentes, integrando ferramentas de Ensino a Distância. Porém, as decisões administrativas e de condução político-pedagógica permanecem predominantemente centralizadas. A desconcentração difere da descentralização, já que esta delega poder às suas unidades (BERGER et al., 2017).

Com base na metodologia de formação fundamentada na aprendizagem por meio de situações oriundas do mundo do trabalho, considera-se fundamental a presença de preceptores locais da mesma profissão do residente. A ideia de ter um Programa de Residência sediado em local diferente da instituição proponente tem como objetivo a formação de profissionais de saúde em locais onde há mais escassez dos mesmos, especialmente em relação à Medicina, tornando essa proposta atraente para os gestores e para a comunidade que ali vive (BERGER e DALLEGRAVE, s/d.). O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do GHC foi adaptado para que pudesse ser utilizado em diversos cenários de práticas no território nacional. Entre as diferentes estratégias de fixação de médicos em áreas mais remotas e vulneráveis, a desconcentração ou descentralização dos programas de Residência Médica tem sido valorizada. No relatório do Seminário Nacional sobre escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas de maior vulnerabilidade, é relatado que cerca de 82% dos residentes permanecem na mesma área em que fizeram sua residência (BRASIL, 2012b; SOUZA JÚNIOR e LUCENA, 2005).

A residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de presumida qualificação ética e profissional (CASTRO FILHO e BERGER, s/d.).

A residência em medicina de Família e Comunidade, nos seus dois anos de duração, procura formar médicos com habilidades para a prática médica, gerenciamento, ensino e pesquisa relativas a Sistemas de Saúde. Esse programa de formação é supervisionado por um preceptor e ele ocorre, basicamente, no ambulatório da unidade de saúde, compreendendo, também, o trabalho comunitário sediado no território, totalizando 70 a 80% da carga horária do residente. A residência, também, abrange campos de prática na atenção secundária e terciária (ambulatórios de especialidades, UPA/emergências), perfazendo 10% a 20% da carga horária. Os outros 10 a 20% são destinados a atividades teóricas (aulas, seminários, discussões de caso) (BRASIL, 2015a).

Essas características fazem parte da definição que a Organização Mundial de Médicos de Família dá aos seus especialistas (JUSTIN A. et al. 2005):

> Os médicos de família são médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou problema. Prestam cuidados a indivíduos no seu contexto familiar e comunitário, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional pela sua comunidade. Ao negociarem os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança resultante dos repetidos contatos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. Fazem-no, quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando o paciente, sempre que necessário, no acesso a esses serviços. Devem, ainda, responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros. (JUSTIN A. et al. 2005).

O médico de família e comunidade apresenta algumas características que o diferencia de outros especialistas (LEMEN Jr., 2014). Uma delas é o fato de ter a orientação de sua prática baseada no modelo centrado no indivíduo, a qual compreende atualmente quatro componentes: a exploração e a experiência da doença, a compreensão da pessoa como um todo, a elaboração de um plano conjunto de manejo de problemas e a intensificação da relação médico-pessoa. (STEWART et al, 2010; HUDON et al, 2011). O MFC utiliza-se fortemente da longitudinalidade do acompanhamento e da construção de vínculo; ele também acompanha os problemas de saúde mental e intervém sempre que preciso, além de executar pequenos procedimentos cirúrgicos no ambulatório.

No cotidiano de um Programa de Residência, talvez o fator mais importante seja a qualidade da supervisão que o preceptor oferece ao residente. Sendo a residência uma atividade essencialmente de treinamento em serviço, parte do aprendizado baseia-se em observar o modelo de médico concretizado pelo preceptor e em discutir casos com ele[1].

3.4 O ENSINO NA ÁREA MÉDICA

Há diversos atributos envolvidos na arte de ensinar. O que diferencia os bons professores é a capacidade de incorporá-los de forma a viabilizar o que é necessário

[1] Sobre este tema, ver o Apêndice K – Supervisão de casos em um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade: uma proposta de instrumento para avaliação.

ao aprendizado. Ensinar e aprender estão intimamente relacionados, e o objetivo de ensinar é incrementar o aprendizado (HARDEN e CROSBY, 2000).

O professor deve centrar o ensino nas necessidades dos alunos indo além da ultrapassada pedagogia conteudista, que ainda se mantém atualmente. Um guia da International Association for Medical Education (AMEE) afirma que um bom professor é aquele que provê informação, atua como *role model*, é um facilitador e avaliador, faz planejamento e produz materiais para o desenvolvimento do aluno (HARDEN e CROSBY, 2000). É comum, no meio acadêmico, a crença de que o médico que se apresenta como um bom clínico ou pesquisador é, naturalmente, um bom professor, mas nem sempre essa impressão corresponde aos fatos (HATEM et al., 2011).

Hatem et al. (2011) sintetiza e estrutura didaticamente as características de um bom preceptor de acordo com os seguintes atributos: conhecimentos, habilidades e atitudes. Em relação a atitudes, ele comenta que o objetivo do professor é o aprendizado efetivo; ele defende a educação e mostra o quanto é importante seguir um código de ética no ensino da Medicina, demonstrar paixão pela docência, manifestar afeto, não ter medo de dizer que não sabe algo, ser acessível, estimular a curiosidade, buscar conhecimento, estabelecer um ambiente de aprendizado seguro e atuar como *role model*. Quanto a conhecimentos, é de suma relevância manter-se atualizado, conhecer os princípios pedagógicos, ter domínio das técnicas de ensino e buscar seu desenvolvimento. E, por fim, nas habilidades, salienta a importância de aplicar os princípios pedagógicos, comunicar-se efetivamente, levar em consideração as necessidades dos alunos, demonstrar liderança, perguntar, ouvir e responder, revelar habilidade para trabalhar em pequenos e grandes grupos, oferecer *feedback* adequado, ser reflexivo, adaptar-se facilmente, conseguir manter a atenção dos alunos, promover pensamento crítico, utilizar tecnologia de informação eficientemente e fazer avaliação somativa (HATEM et al. 2011).

Em diferentes serviços, o professor é chamado alternativamente de preceptor, tutor, supervisor ou mentor (AUTONOMO et al., 2015). Botti e Rego (2008) publicaram um artigo com o objetivo de conceituar esses termos. Eles entendem que o preceptor é quem ensina a clinicar, integrando o aprendizado da academia com o do trabalho, além disso deve ter conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos e competência pedagógica. O supervisor é quem observa a atuação do supervisionado, zelando para que a exerça adequadamente, outrossim deve demonstrar excelência no desempenho de habilidade técnica profissional e

capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional. No contexto da clínica, a atuação do preceptor e do supervisor é praticamente a mesma. O tutor é aquele que guia, que é o facilitador do processo de ensino-aprendizagem, processo que deve ser centrado no aluno. O tutor deve, necessariamente, apresentar competência clínica e capacidade de ajudar a aprender, além de ter uma compreensão da prática profissional em sua essência. O mentor, além de atuar como guia, deve ser um conselheiro, auxiliando o mentorando na busca de desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. Essa função exige uma capacidade de se responsabilizar, de oferecer suporte e de estimular o desenvolvimento do raciocínio crítico. É interessante observar que *mentor*, apesar da diferença conceitual, pode ser usado como sinônimo de *tutor*, e estes parecem figurar como os "educadores" de maior hierarquia nesse espectro. Apesar do esforço desses autores em definir os termos, seu uso ainda é diverso ao longo do país e, provavelmente, ainda se esteja distante de um consenso.

Independentemente das diversas definições que possam ser encontradas na literatura, nesta dissertação utilizar-se-á o termo *preceptor* para identificar um profissional responsável para supervisão dos médicos residentes de família e comunidade, com capacidade de demonstrar e disponibilizar aos seus alunos os atributos referentes a conhecimento, habilidades e atitudes citados anteriormente. Será aqui utilizado também o termo *preceptor-tutor*. Ele se refere a profissionais que são preceptores, pois têm ações de preceptoria com residentes, mas que, especialmente, desempenham o papel de formadores de outros preceptores a distância.

Quando se fala em processos de ensino e aprendizagem, é importante lembrar que os preceptores também têm necessidade de ser instruídos (RIBEIRO, 2011). Existem diferentes formas de apoiar o desenvolvimento de preceptores. Algumas instituições, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Hospital Sírio-Libanês, o Hospital Alemão Osvaldo Cruz, a Academia Europeia de Professores de Medicina de Família (EURACT) e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) oferecem cursos de formação para preceptores, sendo que alguns são específicos para médicos de família. Os cursos desenvolvem sua carga horária associando momentos presenciais e a distância e abordam temas tais como: desenvolvimento de competências pedagógicas e de gestão, discussão da realidade da formação médica, elaboração de planejamento educacional dos estágios, discussão dos princípios da

MFC, da aprendizagem do adulto, do ensino centrado no residente e o papel do preceptor.

Em uma revisão sistemática para identificar intervenções que apoiem o desenvolvimento de preceptores, Windey et al. (2015) observaram que programas estruturados para educação de preceptores seriam uma forma de auxiliar nesse processo, assim como manuais para treinamento, seminários mensais e o acompanhamento de preceptores-modelos no dia a dia

3.5 TELE-EDUCAÇÃO

Conforme a Portaria nº 4.059/2004, que trata sobre a oferta de disciplinas na modalidade semipresencial, os currículos dos cursos realizados na modalidade presencial podem conter disciplinas que utilizem modalidade semipresencial, ou seja, atividades com a mediação de recursos didáticos organizados em diferentes suportes de informação que utilizem tecnologias de comunicação remota (BRASIL, 2004).

O Manual de Telessaúde, publicado pelo Ministério da Saúde, informa que:

> Educação à distância (EAD) ou tele-educação é uma forma de ensino que possibilita a aprendizagem, com a mediação humana de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação (BRASIL, 2012C).

A utilização de *smartphones*, *tablets* e computadores pessoais como meios de comunicação para o ensino é encontrada em escala mundial. O objetivo é alcançar indivíduos em locais distantes de centros de formação ou com dificuldades de gerenciar seu tempo no trabalho e nos deslocamentos do cotidiano. Esses contatos podem ocorrer de modo assíncrono ou síncrono, desde que haja possibilidade de uma conexão de Internet com velocidade adequada.

Wong et al. (2010) publicaram uma revisão sistemática sobre tele-educação em Medicina e concluíram que as ferramentas para utilização dessa forma de ensino devem ser de fácil acesso e úteis às exigências de educação do usuário, possibilitando, também, um fácil contato com o tutor em momentos de necessidade

Segundo esse manual, a despeito do aparato tecnológico em prol do aprendizado, ele ocorre especialmente quando há interesse do profissional no tema abordado. Soma-se a isso a necessidade de uma infraestrutura que permita o

processo de ensino-aprendizagem e profissionais capacitados para o trabalho, com alunos interessados e um espaço apropriado para ocorrer a interação.

Em 2015, na Suécia, foi publicado um documento citando as habilidades que um preceptor necessitava desenvolver para aprimorar-se (BENGTSSON e CARLSON, 2015). O artigo aborda os diversos papéis exercidos pelo preceptor: *coach*, guia, inspirador, professor e modelo. Sua discussão apresenta a necessidade de utilização de metodologias ativas (discussões baseadas na experiência, cenários de casos e outros) de modo organizado. Os adultos aprendem melhor integrando sua experiência com conhecimento e discussão com seus pares, uma vez que o aprendizado não é apenas um processo cognitivo, mas também social, cultural e emocional. É interessante que essas trocas abranjam outras categorias profissionais da área da saúde - socialização que pode ser útil para um preceptor em formação.

Em 2011, no Canadá, foi desenvolvida uma experiência com preceptores do curso de farmácia, utilizando a videoconferência como suporte ao seu desenvolvimento profissional (ACKMAN e ROMANICK, 2011). A proposta foi destacada pelos participantes como positiva e desafiadora. Eles identificaram haver necessidade de um ambiente respeitoso, com um facilitador ativo que auxiliasse na provocação das discussões. O grupo, também, apontou que dificuldades no domínio da tecnologia poderiam limitar a participação e que o encontro virtual não substitui o pessoal, que ainda é o preferido. Houve, na ocasião, a construção de um senso de comunidade entre os participantes que auxiliou na condução desse treinamento e na continuidade do aprendizado.

3.6 VIDEOGRAVAÇÕES

Em relação à metodologia de gravar consultas, sabe-se que as primeiras videogravações com o objetivo de pesquisa ocorreram em Amsterdam, em 1954. Em um segundo momento, no Reino Unido, essa prática foi ampliada e foi criada a metodologia *problem based interview* - PBI, entrevista baseada em problema. Essa é uma metodologia de ensino de habilidades de comunicação, utilizada no ensino de estudantes de Medicina e residentes médicos nas entrevistas de pacientes (CARRIÓ, DOHMS, FONTCUBERTA, 2012).

A análise conjunta de videogravações representa o padrão-ouro para o ensino de habilidades de comunicação (ibidem). Ela permite que o sujeito consiga visualizar

aspectos de sua performance e atitudes diante de uma pessoa, observando seus maneirismos e estilo de comunicação (verbal ou não verbal) (DOHMS, TESSER, GROSSEMAN, 2013)

A partir da apropriação dessas tecnologias, coube à autora deste estudo, em conjunto com uma equipe de trabalho, aplicar e experienciar essas inovações na implantação e implementação de um programa desconcentrado de residência médica em Medicina de Família e Comunidade.

4 METODOLOGIA

Este estudo dividiu-se em duas etapas:

a) primeira etapa: implantação do PNRMMFC

b) segunda etapa: implementação do PNRMMFC

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos municípios de Quirinópolis, em Goiás; Xanxerê, em Santa Catarina; Ituverava, em São Paulo; Lapa, no Paraná; e Viamão, Cachoeirinha, Alvorada, Osório e Igrejinha, no Rio Grande do Sul. Nesses municípios, houve a implantação do Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade com início em março de 2016.

4.2 DELINEAMENTO

Para desenvolver esse trabalho, realizou-se um estudo de enfoque qualitativo, que buscou a produção de tecnologia, utilizando-se da metodologia pesquisa-intervenção. A escolha dessa metodologia visou reunir informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenômeno, mediante uma intervenção no processo formativo dos sujeitos envolvidos, aprofundando o conhecimento de seu contexto de trabalho e a reflexão sobre os modos de ensinar e aprender em um programa de residência médica, bem como maneiras de melhorar a assistência prestada à população.

> Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/ objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de

> análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno (Aguiar e Rocha, 1997;sp).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para fins de desenho metodológico, este estudo foi dividido nas seguintes etapas:

a) Primeira Etapa - Implantação: fizeram parte do estudo os nove municípios selecionados no desenho inicial da intervenção.
b) Segunda Etapa - Implementação: fizeram parte do estudo o universo de preceptores (dois), residentes (dois) e gestores de equipes ou seus substitutos (dois), dos municípios de Lapa, PR e de Ituverava, SP, abrangido por esse Programa de Residência e os preceptores-tutores (três) do GHC.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA PRIMEIRA ETAPA

Foram incluídos todos os documentos e registros disponíveis no período de agosto de 2015 a março de 2016, relacionados aos municípios em estudo, ao Programa Mais Médicos e ao Programa de Residência de MFC do GHC.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA SEGUNDA ETAPA

Os critérios de inclusão da segunda etapa foram:

a) Para os municípios: os que receberam residentes no processo seletivo de 2016.
b) Para os preceptores: médicos que atuavam na unidade de saúde, como preceptores locais de residentes que foram selecionados.
c) Para preceptores-tutores: preceptores médicos de família e comunidade do GHC que estavam participando do grupo de trabalho do PNRMMFC.
d) Para os residentes: médicos que estavam matriculados no Programa de Residência nas unidades de saúde dos municípios.

e) Para os gestores das equipes (enfermeiras): equipes das unidades de saúde onde houve implantação do Programa de Residência em 2016.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA PRIMEIRA ETAPA

Para o desenvolvimento deste trabalho, não houve exclusões de documentos.

4.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA SEGUNDA ETAPA

Foram excluídos do estudo os documentos referentes aos municípios onde não houve entrada de residentes, assim como de preceptores e gestores de equipe desses locais e qualquer sujeito que não concordou em participar do estudo.

4.8 COLETA DE INFORMAÇÕES

Para o desenvolvimento desse estudo, foram coletados dados primários e secundários.

4.8.1 Coleta de dados primários: foi feita mediante o seguinte procedimento: entrevista via internet ao vivo e aplicação de instrumento estruturado com perguntas fechadas e abertas para os preceptores, residentes, preceptores-tutores e gestores de unidades dos municípios onde foi implementado o Programa de Residência.

Este questionário abordou aspectos sociodemográficos, de infraestrutura das unidades, de atenção à saúde e de formação, além das impressões dos sujeitos sobre o processo como um todo (Apêndices A, B, C, D).

Foram utilizadas informações do diário de campo da pesquisadora.

4.8.2 Coleta de dados secundários: foi feita mediante leitura e análise dos seguintes documentos:

a) atas e relatórios sobre adaptações do PRMMFC do GHC;
b) atas e relatórios das visitas aos municípios;

4.9 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

4.9.1 Implantação

Os dados foram extraídos dos relatórios que tinham por objetivo subsidiar o grupo de trabalho na condução do processo. Esse grupo era composto pela supervisora, preceptores do PRMMFC do GHC e professores da Escola GHC. As categorias são apresentadas em um grupo denominado institucionais e outro de interação entre os sujeitos.

a) Categorias institucionais: foram descritas adaptações/inovações institucionais no GHC, no MS, nas comissões de residência médica, nos municípios e em outras instâncias necessárias para implantação do PNRMMFC.
b) Categorias de interação entre os sujeitos: foram relatados e discutidos os múltiplos processos de negociação, articulação e conflitos ocorridos durante a implantação e implementação do PNRMMFC.

4.9.2 Implementação

Os dados foram extraídos a partir das entrevistas realizadas com os sujeitos do estudo. As categorias apresentadas são relacionadas à formação de preceptores e residentes.

Categorias relacionadas à formação de preceptores e residentes

a) Quanto a categorias de formação: foram identificadas e quantificadas reuniões educacionais, insumos para consulta bibliográfica e características dos preceptores e dos residentes.
b) Quanto a categorias de atenção: foram identificadas e quantificadas a composição das equipes, a infraestrutura física das unidades de saúde e a competência profissional dos residentes e preceptores utilizando o instrumento “Mini-Cex” (Mini Clinical Evaluation Exercise)(MEGALE, GONTIJO, MOTTA, 2009) e a percepção de domínio em áreas específicas da Medicina de Família e Comunidade.

4.9.3 Análise Qualitativa

Optou-se pela categorização para análise dos documentos e entrevistas. Os elementos foram distribuídos por significados ou qualquer outra subdivisão que a autora percebeu necessária, realizando inferências a partir dessas. Cada entrevista

ou observação foi única, o que dificultou a formulação de regras em relação às técnicas utilizadas, tornando complexa a generalização dos resultados e limitando a análise dos dados (BARDIN, 2010; GOLDENBERG, 2004; VENTURA, 2007).

Foram analisadas questões abertas para todos os grupos quanto às potencialidades, limitantes ou dificuldades que viam no Programa. No que diz respeito aos preceptores locais, foi investigado como viam seu processo de atuação como preceptor na APS; no que tange aos residentes, foi questionado como foi optar pela inscrição para a residência de MFC e como viam seu processo de formação no programa de residência; e, por fim, os preceptores-tutores deviam analisar como viam o desenvolvimento desse novo programa de residência.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e, para sua análise, utilizou-se o software MAXQDA versão 12. Houve a extração de segmentos das entrevistas que chamaram a atenção da autora em acordo com os objetivos do estudo. Esses segmentos foram selecionados a partir de algumas categorias configuradas após a leitura das entrevistas.

Quadro 1 – Categorias analisadas nas entrevistas aplicadas aos sujeitos

Categoria	
Tecnologias educacionais	Procedimentos assistenciais e pedagógicos do preceptor local
	Procedimentos assistenciais e pedagógicos do residente
	Orientação ministrada pelo preceptor-tutor
	Ferramentas de comunicação instantânea
Gestão	Acesso à gestão municipal
	O Programa de Residência
	Questões da política de saúde nacional
Características pessoais	Atitudes e questões pessoais relacionadas aos sujeitos do estudo

Nota: tabela elaborada pela autora

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do GHC para análise. Foi seguida a Resolução nº 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos (BRASIL, 2012), apresentando ao CEP a proposta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi utilizado para os preceptores (Apêndice E), residentes (Apêndice F), gestores das equipes de saúde (Apêndice G), preceptores-tutores da Gerência de Saúde Comunitária do GHC (Apêndice H), fazendo um convite de forma individual e reservada a todos esses sujeitos.

Não foi feito nenhum tipo de discriminação na seleção dos sujeitos da pesquisa e eles não foram expostos a situações que colocassem em risco a sua saúde ou o seu bem-estar. O TCLE foi apresentado em duas vias e uma cópia foi entregue ao sujeito de pesquisa após a assinatura. No TCLE, foi descrito o objetivo do estudo, o tempo dispendido para responder ao instrumento de pesquisa, os riscos e benefícios implicados, e a maneira como se dará a divulgação dos resultados.

Os dados obtidos neste projeto não feriram princípios éticos, pois eram referentes à formação profissional e a alguns processos de trabalho da equipe de saúde. Todos foram mantidos sob sigilo e permanecerão guardados por cinco anos pela pesquisadora. Após esse prazo, os documentos serão destruídos de maneira apropriada, garantindo o sigilo dos participantes e as informações citadas. Um dos sujeitos que seria entrevistado preferiu não participar.

Este projeto foi aprovado pelo CEP GHC sob o nº16-111 em 31 agosto de 2016 e recebeu, na Plataforma Brasil, o número de cadastro CAAE 57255416.9.0000.5530.

6 RESULTADOS

Neste item serão abordados aspectos que descrevem e contextualizam os processos de implantação e implementação do Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PNRMMFC). Serão caracterizados os participantes do estudo e descrita a infraestrutura e processos educacionais das unidades de saúde integrantes do Programa. Os produtos gerados a partir desta dissertação serão apresentados a seguir.

6.1 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Em agosto de 2015, o GHC, com sua expertise de 35 anos na formação de médicos em Medicina de Família e Comunidade, foi convidado pelo Ministério da Saúde (MS) para desenvolver um Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PNRMMFC). A proposta era desconcentrar[2] a residência para todo território nacional, cogitando-se inicialmente 200 vagas.

Essa iniciativa de expansão da residência médica decorre da Lei nº 12.871, que, nesta dissertação, será chamada de Lei do Mais Médicos. (BRASIL, 2013). A Lei apresenta três eixos: ampliação e melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, formação para o SUS e provimento emergencial de médicos. Essa lei apresenta tópicos inovadores e, para os aparatos de formação, um deles se destaca: a universalização do acesso à Residência Médica. Quanto ao mesmo tópico, além disso, o médico que desejar especializar-se, através de Residência, em qualquer área de acesso direto (Pediatria, Ginecologia, Medicina Interna, Cirurgia), a partir de 2019, deverá, obrigatoriamente, cursar um ano de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Foram excetuadas nove áreas: Genética, Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Patologia e Radioterapia. A lógica que subsidia esse pensamento é a de que o médico, antes de tornar-se um especialista focal[3], deve ser especialista em resolver os problemas de saúde mais frequentes de todas as faixas

[2] Este termo refere-se à formação de residentes fora dos grandes centros urbanos, mantida a gestão centralizada do Programa.
[3] Refere-se ao médico que buscou uma subespecialização em determinada área, diferenciando-se do especialista em cuidados médicos integrais.

etárias e sexos, cerca de 80% dos que se apresentam na unidade de saúde, propiciando um cuidado integral às pessoas que o procuram.

No mesmo período, houve uma série de reuniões, agregando instituições de ensino superior (IES), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Supervisores de Programas de Residência Médica em MFC, apresentando a demanda de expansão de vagas de residência mediante a criação de novos programas de Residência em MFC. A autora foi designada pelo Gerente da Saúde Comunitária do GHC para atuar e coordenar a participação da instituição nesse esforço. Para tanto, organizou-se um grupo de trabalho com preceptores do PRMMFC e da gestão do GHC a fim de conduzir essa elaboração.

O grupo de trabalho adaptou o Programa de Residência de Medicina de Família do GHC, de modo que ele pudesse ser utilizado em diferentes regiões do Brasil. Seu programa teórico seria, em larga medida, desenvolvido por métodos de ensino a distância (EAD). O grupo de trabalho agregou novos membros, inserindo-se nele profissionais da área da educação que colaboraram na orientação pedagógica, na formatação e na operacionalização do projeto.

Para colocar o projeto em prática, era preciso identificar os atributos necessários para um município sediar o programa, as características que uma Unidade Básica deveria possuir e o perfil dos médicos que atuariam como preceptores locais. Com o objetivo de entender melhor essas peculiaridades, criaram-se instrumentos para auxiliar a responder essas questões.

O MS produziu uma lista com cerca de 20 municípios nos quais, de acordo com um estudo prévio, haveria condições de sediar um PRM. Os critérios de seleção utilizados para indicar os municípios foram: população de até 50 mil habitantes, cobertura da Estratégia Saúde da Família de 60 a 90%, participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), existência de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), emergência hospitalar ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA), maternidade, hospital geral com, pelo menos, 50 leitos e inexistência de graduação em Medicina. O grupo de trabalho acrescentou o critério de possuir uma boa conectividade à Internet.

Os critérios utilizados têm o sentido de o local contar com uma rede de atenção ampla e capaz de proporcionar uma atenção de maior complexidade na APS, apta a

assumir as diversas dimensões de um PRM de MFC sem faculdades de Medicina como IESs supervisoras.

O próximo passo foi a inclusão de critérios específicos para os municípios do Rio Grande do Sul. Optou-se por selecionar aqueles localizados próximos da região metropolitana de Porto Alegre e com populações que utilizavam intensamente o GHC. Esse critério foi gerencial, visando à melhoria no acesso à APS de qualidade para alívio da demanda sobre os serviços de urgência da instituição. Não houve, porém, limitação do tamanho da população.

A partir dessas informações, iniciou-se o contato com cada um desses locais e a aplicação do instrumento produzido pelo grupo, procurando estabelecer se havia condições de implantação de um PRM nos locais selecionados a partir daqueles critérios. Em alguns casos, identificou-se que, apesar da vontade de alguns gestores, o município não cumpria com alguns requisitos fundamentais para o funcionamento de um PRM.

Definidos os municípios, buscou-se a indicação da gestão municipal para preceptores locais, preferencialmente médicos de família e comunidade, (com residência ou titulação pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)), ou médicos que possuíssem, no mínimo, quatro anos de experiência trabalhando em APS. Além disso, eles deveriam estar em horário integral na unidade e atender a todos os tipos de problemas de saúde e a todas as faixas etárias e gêneros, além de ter motivação e disponibilidade para ser preceptor. Telefonou-se para esses profissionais com o intuito de conhecer seu perfil e avaliar se preenchiam os critérios citados anteriormente para atuarem como preceptores locais. Alguns médicos indicados pelos gestores informaram que não gostariam de assumir a tarefa, mas que estariam recebendo pressão municipal para isso. Em alguns casos, não preenchiam os critérios necessários. Ao final, foram selecionados quatro municípios fora do Rio Grande do Sul e cinco municípios do RS.

Na sequência, realizou-se uma reunião com um representante da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para esclarecer questões relativas aos passos necessários para criação e inscrição de novos PRMs naquele período. A orientação foi completarem-se as diversas etapas para inserir o Programa no sistema de informação da CNRM (SIS-CNRM). Algumas eram bastante complexas, especialmente a divisão da carga horária anual dos residentes entre os diversos estágios, mantendo-se as proporcionalidades orientadas pela Resolução nº 01/2015

da CNRM, que regulamenta os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 (BRASIL, 2015b).

A criação de um novo PRM implicou a vinculação a uma COREME. Procurou-se a COREME da instituição para apresentação do projeto. Num primeiro momento, foi demonstrado interesse e apoio a esta iniciativa. Em reuniões subsequentes, porém, houve muitos questionamentos relativos à qualidade de uma preceptoria a distância e ao fato de que os preceptores locais não necessariamente seriam médicos de família e comunidade, criando-se um grande tensionamento. Foi apresentada a demanda de rapidamente formar mais médicos de família para que se cumprisse a Lei do Mais Médicos. Também se informou que os preceptores sem especialidade na área seriam capacitados mediante um curso ofertado pelo MS e preceptorados pelo grupo de preceptores-tutores do PRM do GHC. Tais argumentos não convenceram a maioria da COREME existente.

A Diretoria do GHC, com um entendimento do alcance deste novo tipo de PRM e do papel que a instituição desempenha, por ser ligada ao governo federal e formadora de recursos humanos para o SUS, decidiu pela criação de uma segunda COREME. Entretanto, por regras da CNRM, só seria possível haver uma COREME por instituição, problema que foi solucionado com a vinculação da nova Comissão ao Centro de Educação Tecnológica e de Pesquisa em Saúde - Escola GHC, que possuía CNPJ próprio. A COREME tradicional é vinculada ao Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC-GHC).

Em novembro de 2015, foi criada essa segunda COREME, denominada Comissão de Residência Médica Descentralizada (COREMED). Para tanto, foram designados um coordenador e um vice-coordenador. A medida foi aprovada pelo Conselho de Administração do GHC e pela CNRM. O Conselho de Administração é responsável pela decisão estratégica da Unidade Prestadora de Contas, pela fiscalização da gestão dos diretores e pela aprovação do planejamento estratégico e do orçamento da instituição. É composto por um representante dos trabalhadores, o diretor-superintendente do GHC, um representante do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, dois representantes do Ministério da Saúde e é presidido por um representante indicado do Ministério da Fazenda.

O prazo para inscrição de novos PRMs era exíguo, e as tarefas que necessitavam ser desenvolvidas nesse período se multiplicavam. Entre elas, podem-se citar a criação do regimento da COREME e do PNRMMFC, a criação de um termo

de compromisso entre os municípios e o GHC, a elaboração de um contrato entre residentes e instituição sede do programa e a produção de um modelo no sistema acadêmico informatizado do GHC para registro das disciplinas e informações referentes aos residentes.

Realizaram-se reuniões por videoconferência com a equipe do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), que vinha coordenando essa operação no Ministério da Saúde e apontava a direção a seguir.

Em outubro de 2015, foi apresentada a proposta em reunião da Câmara Técnica de Atenção Básica e Saúde Coletiva no Ministério da Educação (MEC), em Brasília. Estavam presentes representantes de várias entidades envolvidas na discussão de ampliação de vagas de residência em MFC, tais como o representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), o diretor e o secretário executivo da CNRM e algumas pessoas envolvidas com o movimento de residências médicas. Os presentes aprovaram a proposta.

O planejamento e operacionalização da implantação do PNRMMFC continuou ocorrendo e, a toda hora, surgiam novas questões que deveriam ser solucionadas, tais como número de horas de educação permanente que seriam negociadas com gestores dos municípios para os preceptores locais, livros necessários para a biblioteca das unidades de saúde, aulas síncronas ou assíncronas por EAD, temas teóricos a serem discutidos no programa, metodologias de ensino e a familiarização dos residentes na unidade. O apoio do grupo de trabalho possibilitou a construção das soluções para que o desenvolvimento do programa fosse adiante.

Como a qualificação de preceptores sempre foi uma preocupação do MS, foi criado o Plano Nacional de Formação de Preceptores. O plano integrava as ações do Programa Mais Médicos voltadas para a residência. Os médicos que já atuavam, ou viessem a atuar como preceptores da residência de MFC, poderiam participar de cursos de aperfeiçoamento em preceptoria. A formação de preceptores médicos priorizava três eixos: a Gestão do SUS e dos Programas de Residência Médica; a Atenção à Saúde e Áreas de Competência definidas pela Comissão Nacional de Residência Médica; e a Educação na Saúde e processos pedagógicos e metodológicos. Esse curso tinha duração de dois anos e oferecia uma bolsa durante a participação.

Essa iniciativa colaborou com os esforços em prol da seleção dos preceptores locais do programa. Havia alguma insegurança entre eles para atuar nessa função, e o curso propiciaria uma maior autonomia e confiança. Por outro lado, esse curso foi mais um motivo para que lideranças dos médicos especialistas focais do GHC, refutassem a implantação do PRM. Estes profissionais, desejavam um aumento no valor da sua função gratificada de preceptor e questionavam o fato de alguns preceptores de MFC receberem valores adicionais, ainda que de outra fonte pagadora, mesmo que isso estivesse ligado à participação em um curso.

Em contato com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), acordamos que seriam utilizados os módulos criados por eles como parte do aporte teórico da residência no formato EAD. O curso desenvolvido pela UNASUS vinha de uma experiência oriunda do curso de especialização em saúde da família oferecido para profissionais participantes do Programa de Valorização ao Profissional da Atenção Básica (PROVAB). O curso ocorria em um ambiente virtual de aprendizagem, com diversos módulos autoinstruicionais.

Nesses módulos, foram abordados temas, como saúde coletiva, epidemiologia aplicada, interação em atenção primária à saúde, casos clínicos, avaliação em saúde, atenção domiciliar e autocuidado. Por entender que os conceitos de núcleo e campo faziam parte do processo educacional, foi percebida a necessidade de tutores de ambas as áreas para constituir a tutoria desse curso. O núcleo ocorre quando há uma forte demarcação de identidade de uma área do saber e de prática profissional, enquanto, no campo, esses limites são mais imprecisos e há uma interação entre diversos saberes e práticas profissionais (CAMPOS, 2000). Esse tutor atuaria como facilitador de discussões em fóruns virtuais e apoiador para tarefas relacionadas a cada etapa.

Para que o PNRMMFC fosse credenciado junto à CNRM, era crucial uma visita de algum membro do grupo de trabalho ao município para conhecer os campos de prática e avaliar se havia condições de implantação de um PRM. Com o objetivo de conhecer os municípios, as unidades básicas, a rede de atenção, os gestores e os médicos escolhidos para atuarem como preceptores locais, organizaram-se essas visitas. Nelas foram apresentados os documentos que a CNRM utilizava na avaliação dos programas de residência e os documentos elaborados pelo grupo de trabalho com as informações que haviam sido prestadas previamente pelos municípios. Como o formulário da CNRM era totalmente voltado para atenção hospitalar, utilizou-se,

também, um instrumento da SBMFC voltado para atenção primária[4]. A ideia era preparar o campo para uma visita do avaliador. Foram momentos de trabalho intenso para sistematizar as unidades e orientar os médicos e gestores. Após cada visita, foi gerado um relatório em que constavam as atividades desenvolvidas e características do local.

Contatou-se a Comissão Estadual de Residência Médica do Rio Grande do Sul (CEREM-RS), para verificar como se dariam as visitas de credenciamento no RS e quem seriam as pessoas identificadas pela CNRM como avaliadoras nos municípios mais distantes a fim de organizar as visitas de credenciamento. Existiu um esforço da SBMFC para que os médicos visitadores de novos campos de residência de MFC fossem especialistas na área. Essa era uma tentativa de qualificar a visita de avaliação dos campos de prática, uma vez que os relatórios de avaliação da CNRM eram voltados para credenciamento em hospitais, e alguns critérios exigidos não se adequavam à APS. Em dezembro de 2015, todos os campos foram aprovados para a formação de residentes.

Elaborou-se um edital de seleção de médicos para as novas vagas de residência nesses municípios. A prova de seleção realizar-se-ia em cada local. Vinte e oito candidatos inscreveram-se, mas apenas sete compareceram à seleção. Os sete foram aprovados, e três se apresentaram para matrícula: dois no município da Lapa (PR) e um em Ituverava (SP).

Nesse momento, já se pensava em como se daria a expansão posterior do programa. A ideia era de ofertar 2500 vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade entre 2016 e 2019. Pensou-se que, no mesmo ano do processo para implantação do programa nos primeiros municípios, já se desencadeariam novas visitas a outros municípios cogitáveis (possivelmente 400) e a abertura de até 1.000 vagas, segundo proposta da Diretoria do GHC. Os municípios que seriam abordados para adesão ao Programa deveriam pertencer aos estados elegíveis como prioritários pelo MS. Inicialmente, seriam indicados cincos estados brasileiros.

No ano de 2017, dar-se-ia início ao processo de abertura de 1500 vagas ofertadas para o PNRMMFC, sendo necessária a visita a 600 municípios. No ano de 2018, estariam em formação 2.500 residentes.

---

[4] Documento inserido no manual orientador aos municípios para implantação de residência médica em medicina de família e comunidade.

Nesses estados, seriam contratadas Referências de Articulação Macrorregional que teriam o papel de organizar e estruturar o desenvolvimento do Programa nas regiões do Brasil pelas quais seriam responsáveis, buscando executar um cronograma de implantação e implementação.

Nos estados, os processos formativos e pedagógicos seriam matriciados por facilitadores que apoiariam os preceptores de Residência Médica, tendo uma relação de um facilitador para cada dez preceptores. Esses facilitadores seriam acompanhados pelos preceptores-tutores, cada um responsável por dez facilitadores.

Essa grande operação de expansão foi pensada, seguindo a solicitação que o MS havia feito ao GHC, com um orçamento totalizando cerca de 420 milhões de reais até 2019. Nessa época, no entanto, houve mudança no governo federal e as prioridades mudaram, inviabilizando a proposta.

6.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

A partir de março de 2016, foi realizado um contato semanal, com duração de uma hora, com a participação dos preceptores locais das unidades de saúde. O meio de comunicação utilizado foi o de videoconferências que ocorreram, primeiramente, mediante o uso do programa *Skype*®. Ele mostrou-se ser de baixa qualidade para acessos múltiplos simultâneos, necessários para a interação entre diferentes municípios. Era difícil ouvir os participantes e havia instabilidade do sinal, com interrupção frequente das conversas. Pesquisaram-se outras opções de comunicação e optou-se por utilizar um *site* de videoconferências que se mostrou amigável, confiável e de boa qualidade para os encontros: *appear.in*. Esse site é resultado de uma *startup* que desenvolve produtos de comunicação baseados na *web*. É criada uma sala para conversa, comunicação via texto ou apresentação de *slides* e o endereço virtual (*link*) enviado aos participantes, sendo possível até oito pontos de participação simultâneos. Além de ser utilizado nos computadores pessoais, era possível frequentar o espaço virtual via aplicativo no *smartphone*.

Os contatos iniciais objetivaram acolher os residentes e preceptores locais, apresentar o grupo de preceptores-tutores e combinar como se operacionalizaria o encontro semanal. Abordaram-se as atividades do programa, as expectativas institucionais quanto aos preceptores locais, a organização esperada quanto a aspectos relacionados aos registros acadêmicos dos residentes (lista de presença,

solicitação de férias, avaliação) e informações sobre o curso teórico ministrado a distância pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Nas videoconferências imediatamente subsequentes, procurou-se conhecer aspectos relacionados ao funcionamento das unidades de saúde onde houve entrada de residentes: o tamanho da população que atendiam, características do acolhimento, quadro de profissionais integrantes da equipe, organização da agenda, atividades de grupos, sistema de referência para especialistas e, também, elementos que surgissem durante os encontros. Esse reconhecimento do trabalho das unidades e da sua estratégia de organização mostrou-se, posteriormente, bastante útil no processo de ensino.

Foram identificadas algumas necessidades que deveriam ser pontuadas no processo de formação de preceptores e que podem ser categorizadas no modo que segue:

a) questões administrativas e pedagógicas relacionadas ao programa;
b) questões clínicas (atualizações e uso de evidências);
c) APS (princípios e atributos, abordagem centrada na pessoa, habilidades de comunicação, territorialização, vigilância em saúde, atenção domiciliar e controle social);
d) aspectos relacionados à tecnologia do ensino a distância (EAD) (tecnologia envolvida no processo, tempo, local adequado para as vídeoconferências).

Uma rotina de funcionamento dessas videoconferências foi estabelecida. A cada semana, realizava-se um tipo de atividade a distância: a) discussão de caso clínico apresentado por uma das residentes, b) discussão de artigo científico, c) seminário e d) reunião administrativa do programa. Essas reuniões virtuais contavam com a participação dos preceptores locais, dos residentes e dos preceptores-tutores, com exceção da reunião administrativa, onde não havia participação dos residentes. Além desses encontros, uma vez ao mês, havia a reunião da Comissão de Residência Médica, com a participação do representante dos residentes e dos preceptores locais, da supervisora e do coordenador do programa de residência, de uma representante da Escola GHC (instituição de ensino sede do programa) e do presidente e vice-presidente da COREMED.

Ao longo desse processo, outros médicos selecionados para preceptores locais nos municípios que não receberam residentes em 2016 juntaram-se às atividades a distância, somando suas experiências ao grupo.

Em alguns temas, identificou-se a necessidade de estender a discussão. Houve reuniões que tiveram de ser interrompidas antes do tempo, ou não chegaram a ocorrer, em função de dificuldades técnicas, como velocidade baixa da Internet e dificuldades com a conexão dos participantes na videoconferência. A participação dos preceptores-tutores nos encontros ocorria em uma sala pequena, pertencente ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, com divisórias pré-moldadas, que prejudicavam o isolamento acústico, e com equipamento de emissão e recepção do som não apropriados para a atividade.

A fim de auxiliar os médicos envolvidos no programa a atuarem como preceptores locais, pensou-se em realizar videogravações de situações nas quais eles faziam a supervisão de casos dos residentes e analisavam-nas em conjunto.

Até então, essa metodologia havia sido utilizada apenas para analisar habilidades de comunicação de estudantes e residentes durante entrevistas com pacientes em faculdades de Medicina do Brasil e exterior. Pretendeu-se utilizar este método de modo inovador para auxiliar os preceptores locais na sua formação e qualificação. Nesse contexto, é importante lembrar que a supervisão de casos não é apenas pedagógica. Eventualmente podem surgir questões clínicas grosseiras que necessitem de alguma intervenção por parte do preceptor-tutor, no sentido de melhor responder à dúvida clínica trazida naquele encontro. Esse tipo de intervenção não será discutida nesta dissertação.

A ideia foi oportunizar o debate sobre as dificuldades levantadas anteriormente, tais como questões clínicas, princípios e atributos da APS, abordagem centrada na pessoa, territorialização, vigilância em saúde, atenção domiciliar e controle social.

Os preceptores locais não possuíam experiência em realizar supervisão de casos trazidos pelos residentes. Para auxiliá-los, buscou-se utilizar o método *one minute preceptor* – preceptor em um minuto (NEHER e STEVENS, 2003) como guia. O método tem algumas etapas: a) estimular o compromisso do residente com o caso apresentado, permitindo que ele fale primeiro o que pensou da situação, b) investigar evidências que deem suporte aos achados, c) proporcionar conceitos básicos sobre os dados apresentados, de forma geral, d) dar feedback ao residente do que ele fez corretamente, e e) corrigir os erros assim que houver uma oportunidade. O instrumento utilizado para análise dos vídeos foi uma adaptação baseada nesses preceitos e no PBI.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistadas duas residentes de primeiro ano (denominadas R1 e R2), duas preceptoras locais (denominadas P1 e P2), três preceptores-tutores (denominados PT1, PT2 e PT3) e duas enfermeiras gestoras de unidades de saúde que eram sede da residência desconcentrada. Estas informações estão compiladas nos quadros 2, 3 e 4.

a) Residentes:

R1: formou-se em 2015 e trabalhou por oito meses em uma unidade de saúde. Desde a graduação, R1 interessou-se por Medicina de Família, por isso buscou a residência. Também pretende fazer residência em outra especialidade quando concluir esta.

Ela informou perceber que possuía um domínio médio nas habilidades de realizar entrevista e história clínica com seus pacientes, de realizar exame físico, de raciocinar de modo lógico e de organizar eficientemente a consulta com seus pacientes. Já nas questões que envolvem o relacionamento profissional e humanizado com seus pacientes, comunicando-se com eles e aconselhando-os, R1 informou perceber ter um domínio alto. Em aspectos do atendimento, ela percebe-se com alto domínio em consulta de mulheres e em execução de pequenos procedimentos cirúrgicos na Unidade de Saúde. Nas consultas de puericultura, de pré-natal e de adultos por motivos frequentes, a residente nota que tem domínio mediano.

R2: formou-se em 2015 e não tinha experiência prévia de trabalho. Da mesma forma que sua colega, tinha interesse na área da Medicina de Família desde a graduação. Ela não pretende fazer outra especialização após a conclusão da residência.

Assim como a outra residente, ela informou perceber que possuía um domínio médio nas habilidades de condução de entrevista e história clínica com seus pacientes, de realização do exame físico, de raciocínio clínico e de organização e eficiência na consulta. Já na questão de relacionar-se e comunicar-se de forma profissional e humanizada com seus pacientes, aconselhando-os, informou perceber ter um domínio alto.

Quanto aos atendimentos, R2 percebe ter um domínio médio nas áreas de puericultura e de atendimento de mulheres, alto no atendimento de pré-natal e de

adultos por motivos frequentes, e baixo no quesito executar pequenos procedimentos cirúrgicos na Unidade de Saúde.

Essas informações foram coletadas com o instrumento *Mini-Cex*® (Apêndice B), utilizado para avaliação de habilidades clínicas, identificando a segurança das residentes diante de situações vivenciadas no dia a dia de um médico da APS.

As respostas foram autorreferidas e, portanto, passíveis de fragilidade, dependendo do grau de exigência pessoal.

b) Preceptoras Locais:

P1: a médica tem mais de dez anos de formada e atua há mais de quatro anos na mesma unidade de saúde. Fez residência médica em pediatria e atua também como plantonista nessa área. Não tinha título de especialista em Medicina de Família e Comunidade e não possuía capacitação prévia para ser preceptora, mas, na época de sua residência, auxiliava na supervisão de internos de Medicina.

P1 informou que percebia possuir domínio médio nos seguintes campos: medicina baseada em evidências, atendimento em saúde mental na Atenção Primária e medicina centrada na pessoa. No entanto, declarou ter baixo domínio na realização de pequenos procedimentos (lavagem de ouvido, cantoplastia, sutura, infiltrações, drenagem de abcesso).

P2: da mesma forma que sua colega, ela tem mais de dez anos de formada e atua há mais de quatro anos na mesma unidade de saúde. Fez residência médica em pediatria e atua também como plantonista nessa área. Ela não tinha título de especialista em Medicina de Família e Comunidade e não possuía capacitação prévia para ser preceptora, mas vem atuando na capacitação de estagiários vinculados ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida).

Quanto ao domínio dos temas abordados, refere perceber ser baixo para medicina baseada em evidências e atendimento em saúde mental na Atenção Primária, e médio para medicina centrada na pessoa e realização de pequenos procedimentos (lavagem de ouvido, cantoplastia, sutura, infiltrações, drenagem de abcesso).

Da mesma forma que as respostas anteriores, as das preceptoras são autorreferidas e, portanto, passíveis de fragilidade, dependendo da exigência pessoal dos respondentes.

c) Preceptores-tutores:

PT1: possuía dez anos de experiência em preceptoria de residentes e estudantes de Medicina e havia realizado o curso de capacitação para preceptores do Educa Saúde. PT1 percebia ter um domínio médio na área de medicina baseada em evidências e na realização de pequenos procedimentos (lavagem de ouvido, cantoplastia, sutura, infiltrações, drenagem de abcesso), e alto no atendimento em saúde mental na Atenção Primária e em medicina centrada na pessoa.

PT2: possuía 17 anos de experiência em preceptoria de residentes e estudantes de Medicina e havia realizado o curso Euract de avaliação durante sua atuação como preceptor. PT2 referia perceber ter um domínio médio na área de medicina baseada em evidências e na realização de pequenos procedimentos (lavagem de ouvido, cantoplastia, sutura, infiltrações, drenagem de abcesso), e alto no atendimento em saúde mental na Atenção Primária e em medicina centrada na pessoa.

PT3: possuía 22 anos de experiência em preceptoria de residentes e estudantes de Medicina, apesar de não ter realizado algum curso de capacitação como preceptor. PT3 referia perceber ter um domínio médio na área de medicina baseada em evidências, na realização de pequenos procedimentos (lavagem de ouvido, cantoplastia, sutura, infiltrações, drenagem de abcesso) e no atendimento em saúde mental na Atenção Primária, e alto na medicina centrada na pessoa.

d) Enfermeiras gestoras das unidades de saúde

É prática comum que as unidades de saúde sejam geridas por enfermeiras. Elas não necessariamente possuem o cargo formal de chefia, mas organizam o processo de trabalho da unidade. Às enfermeiras foram solicitadas informações referentes aos materiais e às salas disponíveis nas unidades participantes do programa e ao número de profissionais que lá desenvolviam sua prática. Essas informações tinham o objetivo de esclarecer se o ambiente contava com a infraestrutura adequada e com materiais propícios para as atividades de formação das residentes. Elas relataram que as duas unidades de saúde eram bem equipadas em termos de salas e materiais; no que diz respeito aos recursos humanos, uma delas contava com um psicólogo e um psiquiatra na equipe e, a outra, com nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e farmacêutica. Em uma das unidades, não havia equipe odontológica.

Quadro 2 - Percepção dos residentes quanto ao seu domínio em competências de MFC.

Domínio	Residente 1	Residente 2
Habilidade de entrevista, exame físico, organização e eficiência na consulta e raciocínio	Média	Média
Habilidade de relacionar-se de forma profissional, humanizada e de se comunicar e aconselhar as pessoas	Alta	Alta
Consulta de puericultura	Média	Média
Consulta de ginecologia	Alta	Média
Consulta de pré-natal e clínica	Média	Alta
Realização de procedimentos ambulatoriais	Alta	Baixa

Quadro 3 - Percepção dos preceptores quanto ao seu domínio em competências de MFC e atuação na APS

	Preceptor 1	Preceptor 2
Residência	Pediatria	
Experiência com ensino	Na residência com ddos	Alunos do Revalida
Medina baseada em Evidências e Saúde Mental	Médio	Baixo
Método Clínico Centrado na Pessoa	Médio	Médio
Realização de procedimentos ambulatoriais	Baixo	Médio

Quadro 4 - Percepção dos preceptores-tutores quanto ao seu domínio em competências de MFC e atuação na preceptoria

	Tutor 1	Tutor 2	Tutor 3
Tempo de atuação na preceptoria (anos)	10	17	22
Curso de formação para preceptoria	Sim	Sim	Não
Medina baseada em Evidências e Realização de procedimentos ambulatoriais	Médio	Médio	Médio
Saúde Mental	Alto	Alto	Médio
Método Clínico Centrado na Pessoa	Alto	Alto	Alto

6.4 CARACTERIZAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E PROCESSOS EDUCACIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE

Havia acesso à internet nas duas Unidades de Saúde, exigência feita previamente à implantação do programa de residência, uma vez que a comunicação com os preceptores-tutores seria por videoconferências. No entanto, não eram conexões estáveis; muitas vezes eram interrompidas ou lentas. As preceptoras locais utilizavam alguns *sites* de consulta clínica, mas o meio preferido para solução de dúvidas eram os livros impressos. Elas haviam sido introduzidas aos serviços do Telessaúde/RS há pouco tempo e buscavam a orientação dos consultores eventualmente.

Em relação a infraestrutura das Unidades de Saúde, identificou-se que a área física era adequada à inserção de um residente à equipe. Além de um consultório extra, havia salas destinadas a vacinas, curativos, grupos, dentista e reuniões. As duas Unidades eram equipadas com os materiais básicos para o manejo de usuários na APS, tais como: esfigmomanômetros de adulto, criança e obeso, estetoscópios, otoscópios, balanças para adultos e crianças, régua infantil, fita métrica, glicosímetros, sonar obstétrico, cilindro de oxigênio, focos de luz e insumos para curativos e coleta de exame citopatológico de colo de útero. Em uma delas havia material para pequenos procedimentos cirúrgicos e sutura e em outra havia possibilidade de inserção de dispositivo intrauterino.

Com o objetivo de entender o grau de interesse relativo a aspectos educacionais das equipes de saúde nas quais as preceptoras locais atuavam, procurou-se saber se havia uma preocupação da equipe e da Secretaria de Saúde em proporcionar atividades de educação permanente para seus funcionários e de suprir esses locais com livros e computadores, de forma a facilitar o estudo. As médicas relataram que, em 2015, houve reuniões educativas organizadas pelas próprias equipes na Unidade de Saúde, sem que o município estivesse envolvido. O fato de existir, na equipe, uma cultura de busca de conhecimentos poderia ser entendida como um fator importante na formação de residentes ali alocados. Elas informaram que possuíam livros na Unidade para auxiliá-las a esclarecer suas dúvidas clínicas: alguns sugeridos na etapa de implantação do Programa de Residência e outros que faziam parte do acervo municipal. As duas, P1 e P2, estavam participando como alunas no curso de formação de preceptores ofertado pelo MS.

6.5 PRODUTOS

Os produtos são documentos elaborados durante o processo de implantação do programa de residência. Alguns desses documentos, por entender-se que podem ser de auxílio a municípios que desejarem implantar uma residência em Medicina de Família e Comunidade, são apresentados em forma de manual ao final desta dissertação.

1. Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: adaptação do PRMMFC-GHC para utilização em todo território nacional.
2. Regimento da Comissão de Residência Médica Descentralizada (COREMED) da Escola GHC: elaboração e aperfeiçoamento do regimento de uma COREME adaptada a um programa desconcentrado.
3. Regimento do Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PNRMMFC): elaboração e aperfeiçoamento do regimento de um PNRMMFC adaptado a um programa desconcentrado.
4. Contrato padrão de matrícula para Residência em Medicina de Família e Comunidade: documento que estabelece a relação entre o residente e GHC.
5. Termo de compromisso com municípios: documento que oficializa a relação entre o GHC e o município sede do PNRMMFC, contendo os direitos e deveres de cada parte. Por ser um documento com especificidades próprias do GHC, foi excluído do manual.
6. Editais para a seleção dos residentes e para seleção dos preceptores-tutores: esses editais foram elaborados para que a seleção dos residentes seja transparente e esteja de acordo com a legislação vigente. O edital de preceptores-tutores, por ser um documento com especificidades próprias do GHC, foi excluído do manual.
7. Instrumento de avaliação da infraestrutura da Unidade de Saúde: questionário sobre a infraestrutura da unidade de saúde e sobre o processo de trabalho, enviado aos gestores.

8. Instrumento para avaliação do perfil do preceptor local: questionário sobre o perfil do preceptor da unidade de saúde e sobre o processo de trabalho, enviado aos preceptores.
9. Conjunto de documentos para as visitas: coleção de documentos utilizados nas visitas técnicas aos municípios.
10. Ferramenta para qualificar a supervisão dos preceptores locais, a distância: esse produto faz parte de um dos artigos desta dissertação.

7 DISCUSSÃO

A partir da estrutura construída, iniciou-se um estudo mais focado das categorias elencadas. As tecnologias educacionais compreendem as diversas formas e metodologias utilizadas na construção do processo de ensino e aprendizagem.

Entendeu-se como procedimentos assistenciais e pedagógicos todos os esforços, por parte de preceptores locais e residentes, no sentido de refletir sobre a forma como se dispensava a atenção aos seus pacientes, assim como, de aprimorar seus conhecimentos. Esses procedimentos poderiam ser alusivos à atenção à saúde dos usuários ou à formação teórico-prática desses profissionais.

Em pesquisa realizada entre preceptores da Residência Multiprofissional do GHC, foi evidenciado que mais de 50% dos participantes não haviam recebido orientação sobre docência durante sua formação, contudo, muitos deles exerciam papel de preceptores. Apesar disso, eles não se reconheciam nesse papel, desconsiderando seu trabalho até então, como se sua atuação no dia a dia não se utilizasse do conhecimento e experiência adquirida (FAJARDO, 2011).

Essa é uma realidade em muitos locais, mas, na prática, isto pode não se apresentar como um problema. O aprendizado se dá a partir da observação, da experienciação e da busca do conhecimento de acordo com a necessidade de cada um.

Nesse programa, os preceptores locais não tinham uma formação para atuar nessa atividade e foi um choque se perceber no papel desempenhado, como citou uma entrevistada:

> "[...] eu dormi um dia profissional da atenção básica e, no outro dia, eu acordei preceptora [...]" (P2).

Foi importante esse processo de troca, de interação entre os preceptores, de investimento na formação desses médicos, pois, segundo outras entrevistadas:

> "[...] eu estava me sentindo isolada [...]" (P1).
> "[...] eu recebo também feedback da residente [...]" (P1).
> "[...] grande potencialidade de levar conhecimento, informação pra outras pessoas, pra outros profissionais [...]" (R1).

As residentes sentiram-se acolhidas em relação à forma como os preceptores locais se portavam e entendiam que eles estavam em um processo concomitante de formação, pois, afinal, quem ensina também aprende.

Essa premissa apoia-se no “trabalho vivo em ato”, caracterizado por Merhy, e que expressa bem essa interação que se dá ao vivo em que o preceptor é o facilitador e potencializador do aprendizado do residente e se utiliza de tecnologias leves (relação entre os sujeitos) e leve-duras (o saber técnico estruturado) para apoiar seu trabalho (MERHY, 2002).

> “[...] o preceptor está o tempo todo do teu lado, está tirando tuas dúvidas [...]” (R1).
> “[...] ainda tenho muitas dúvidas, ainda tem muita coisa para ser trabalhada [...]” (R2).

Para os preceptores-tutores, esse foi, também, um processo de grande crescimento e investimento individual, uma vez que a interação com o preceptor local ocorria em um ambiente virtual, em um cenário de prática singular com o qual não existia familiaridade. Houve a necessidade de se habituar com tecnologias de informação e de refletir sobre a forma de compartilhar os conteúdos necessários ao estudo dos temas.

> “[...] faz com que esse próprio profissional precise se ‘puxar’[...]” (PT2).
> “[...] o fato de ele ser colocado em uma situação de formador também ajuda a própria qualificação [...]” (PT2).
> “[...] deixa de ser um lugar apenas da assistência pra ser um lugar de assistência, estudo, produção de conhecimento, desafios, a própria discussão de trabalho em equipe modifica [...]” (PT1).

O processo de formação de preceptores exige que esse profissional apresente disposição para capacitar-se e receptividade a novas maneiras de pensar, ver e fazer seu trabalho. A capacitação de preceptores a distância oferece uma maneira alternativa de formação e possibilita compartilhar conhecimentos, investindo na qualificação de profissionais locais para atuarem também na formação de outros colegas. Nesses casos, é necessário constituir um corpo de preceptores-tutores com disponibilidade de tempo para aprofundar essas habilidades e produzir materiais que utilizem metodologias ativas e, ao mesmo tempo, desenvolver práticas avaliativas nesse processo.

Ao mesmo tempo em que ocorria a apropriação de uma nova tecnologia educacional, havia o reconhecimento dos limites impostos por essa prática somente a distância, que eventualmente, era facilitada pelas ferramentas de comunicação instantânea, como o *Whatsapp®*.

> "[...] a gente deveria ter feito mais momentos presenciais [...]; a gente ficou muito distante das equipes [...]" (PT2).
> "[...] talvez desse pra melhorar é a questão da parte teórica [...]" (R2).
> "[...] a sua acessibilidade [da supervisora] pelo whatsapp, a qualquer momento, a qualquer dúvida que a gente tem, tem ajudado bastante [...]"
> "[...] vocês fazem bastante esforço pra dar certo [...]" (P1).

Analisou-se a gestão em três aspectos, considerando a relação existente: entre o gestor municipal e os profissionais de saúde, a gestão do Programa de Residência e a gestão macro, e a relacionada à política nacional de saúde.

Os preceptores locais avaliaram que, em uma cidade pequena, a proximidade do Secretário de Saúde facilitava a obtenção de recursos necessários ao funcionamento das unidades. Eles sentiam-se valorizados com o investimento da gestão no trabalho que desenvolviam; no entanto, com a troca recente de gestores, houve insegurança quanto à continuidade dos seus trabalhos.

> "[...] acho que o relacionamento que a gente tem com a gestão é muito bom, então a estrutura, a facilidade que a gente tem por ser uma cidade pequena, a facilidade de comunicação com os outros profissionais, ajuda bastante, assim a gente cresce!" (P2).

Em relação ao programa de residência, os preceptores citaram o fato de ele ser desconcentrado e de ocorrer no local onde moravam como sendo uma potencialidade significativa. Os sujeitos entrevistados entenderam ser uma proposta desafiadora, inovadora, que tinha potencial para dar certo. Uma ponderação interessante foi apresentada por um deles:

> "[...] foi uma ideia generosa e necessária, porque tem que se estender a Medicina de Família para que a gente possa ter a atenção primária à saúde com mais qualidade [...]" (PT3).
> "[...] tem tudo pra dar [certo], ser uma coisa boa, né?" (P1).

Todos se dizem muito satisfeitos pelo fato de o programa ter sido uma iniciativa do Ministério da Saúde/SUS, conforme é colocado por alguns dos participantes:

> “Esse programa veio pelo SUS pra mim.” (P1)
> “[...] super meritório, em função de ser uma política nacional, que pensa [em] como organizar o sistema de saúde do país, em função das necessidades da população, do número de profissionais necessários para suprir as necessidades e os recursos.” (PT1)

Foi também lembrado que faltou investimento, valorização e entendimento da dimensão que um programa como esse poderia alcançar.

> “[...] acho que estava mais do que na hora de pensar no número de profissionais frente às necessidades e frente a outros recursos de que o país dispõe [...]” (PT1).
> “[...] vamos investir nisso, na prevenção [...], acho que a rede de atenção básica é o futuro e não só formar especialistas [...]” (P1).
> “[...] os recursos dispensados ainda não são os ideais [...]” (PT1).

Um dos entrevistados lembrou a dificuldade de aceitação, pelas entidades médicas, do aspecto legal de um ano obrigatório em PRM-MFC para a quase totalidade das especialidades a partir de 2019. Somam-se a isto as dificuldades enfrentadas com a mudança no governo federal.

> “[...] proposta do programa nacional de formar mais médicos, médicos de família pra atuar em diferentes regiões vai contra muitos interesses: interesses econômicos [...]” (PT1).
> “[...] o grande problema foram essas rupturas todas institucionais, governamentais e tudo isso que atrapalharam bastante esse meio de campo [...]” (PT3).

A característica pessoal dos sujeitos foi percebida como o investimento pessoal no estudo, a dedicação ao Programa, a iniciativa no trabalho na Unidade de Saúde. Em relação às questões pessoais e atitudinais, os entrevistados relataram sentirem-se estimulados a estudar, felizes por estarem participando desse programa e gratos por terem sido escolhidos a participar; além disso, eles notaram seu crescimento ao longo do tempo e desenvolveram uma noção de grupo, de comunidade, de espaço protegido, onde podiam trocar ideias. Eles sentiam que a carga de responsabilidade era grande e gerava questionamentos constantes quanto a estar fazendo a coisa certa, como citou uma das entrevistadas:

> “Será que é assim? Como será que eu poderia melhorar ou estar procedendo [...]” (P2).
> “[...] O que interessa é o que eu estou aprendendo [...]” (R1).
> “[...] eu estou vendo um grupo que pensa a mesma coisa que eu penso [...]” (P1).

Em grande parte das discussões realizadas por videoconferência, era evidenciada a pouca familiaridade que as preceptoras locais possuíam com os princípios da APS, mesmo trabalhando na área há alguns anos. Nessas ocasiões, procurou-se aproximar a teoria da prática com o intuito de sedimentar esse saber e suscitar a percepção da importância da APS como ordenadora do sistema de saúde, utilizando seus princípios para auxiliar no planejamento e desenvolvimento de ações, para melhorar o acesso dos usuários e para buscar uma prática médica com olhar mais humanizado e voltada às necessidades dos usuários.

Outrossim, notou-se também que o método clínico centrado na pessoa, citado anteriormente, assim como o conhecimento dos princípios da APS, não compunha o rol de ferramentas utilizado pelas preceptoras. Organizou-se um momento de educação permanente com apoio de textos e auxílio de preceptores-tutores com grande conhecimento na área para apoiar esse aprendizado.

O acompanhamento da implantação e implementação de um programa de residência a distância, desconcentrado, que é aquele que ocorre quando há delegação de competências sem deslocar o poder decisório, apenas por meio de videoconferências, não parece ser suficiente. É necessário que se organizem momentos de tutoria *in loco*, com os preceptores envolvidos, com apoio dos gestores, contando com financiamento adequado e tempo protegido para exercício da preceptoria e da gestão do programa.

Há necessidade de investimento em tecnologias de informação e expansão de redes de Internet em todo Brasil. Dadas as condições de execução do programa, em que o imperativo das distâncias geográficas era organizador de qualquer atividade, a dificuldade na conexão da rede de Internet, a falta de um profissional da área da tecnologia da informação nos campos e na sede do programa, e o pouco investimento na compra de computadores e acessórios necessários para a interação causaram prejuízo na comunicação entre a coordenação do programa e os profissionais dos municípios.

Houve limitações deste estudo em função do baixo número de sujeitos envolvidos no Programa e pela sua súbita interrupção, impedindo que mais inferências pudessem ser realizadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como parte de um processo reflexivo e também vivenciado durante o mestrado profissional, talvez a parte mais desafiadora tenha sido capacitar profissionais que tiveram pouco contato com princípios de APS, medicina centrada na pessoa e medicina baseada em evidências, a utilizar essas ferramentas e ensiná-las aos residentes.

O fato de o médico preceptor local não ter a titulação na especialidade para a qual ele estava formando residentes pode ou não ser um problema. Levando em consideração o momento nacional em que este programa se desenvolveu, foi necessário tomar atitudes proativas, que pudessem rapidamente auxiliar na expansão dos programas de residência e na formação de novos médicos de família e comunidade. O que se evidenciou é que, apesar das dificuldades enfrentadas, é possível utilizar profissionais sem a formação especializada, desde que haja uma operação de aprimoramento de sua atuação que seja monitorada por pessoas com experiência na área.

Este estudo serviu como relato e discussão de como é possível desviar o eixo de formação de residentes para longe dos grandes centros urbanos, desde que seja estabelecida uma estrutura eficiente, um corpo de preceptores-tutores disponível e interessado na formação e na qualificação de outros preceptores e o apoio indispensável de uma instituição de ensino. Neste sentido a dissertação e os artigos oferecem aporte teórico para demonstrar um exemplo de tecnologia educacional em saúde, no caso, a residência médica.

Em janeiro de 2017, houve o cancelamento deste Programa de Residência, pela direção do GHC. Isso ocorreu em consequência das rupturas políticas ocorridas em nível federal e da mudança de visão em relação à formação de médicos de família e comunidade. O modelo buscado até o momento e prestigiado internacionalmente, do especialista atuando na porta de entrada do sistema de saúde, foi colocado em *stand by* (HONE et al., 2017). Foi apresentada pelo MEC, na CNRM, a proposta de especialistas focais de faixa etária ou sexo para atuarem na Atenção Primária, como o pediatra, o clínico de adultos e o ginecologista exercendo esse papel. Esse modelo mostrou-se ineficiente em anos anteriores, mas retorna ao debate.

Sabe-se da importância da residência médica na formação de médicos de família e da grande necessidade desses profissionais na Atenção Primária. Resta a

convicção de ter oferecido o melhor de cada um neste trabalho e a constatação de que é possível mudar para melhor o perfil de atenção à saúde dos brasileiros.

Em cada artigo produzido, há uma seção de considerações finais elencando os aspectos relevantes dos assuntos desenvolvidos.

REFERÊNCIAS

ACKMAN, M. L.; ROMANICK, M. **Developing preceptors through virtual communities and networks: experiences from a pilot project**. Can J Hosp Pharm 2011; 64 (6):405–411

AGUIAR, K.; ROCHA, M. L. **Práticas universitárias e formação sócio-política**. Acheronta. [on line] 2000 n.11. Disponível em http://www.acheronta.org/acheronta11/socio-politica-p.htm. Acessado em 17 ago. 2017.

AUTONOMO, F. R. O. M.; HORTALE, V.; SANTOS, G. B.; BOTTI, S. H. O. **A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na Atenção Primária – análise das publicações brasileiras**. Revista Brasileira de Educação Médica [on line]. 2015. 39(2). 316 – 327. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0100-5502&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 12 abr. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5ª edição. Portugal: Edições 70, 2010.

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

BERGER, C. B. B.; DALLEGRAVE, D. **Verbetes Descentralização ou Desconcentração**. Porto Alegre: EnSiQlopedia da Residência, S.D.

BERGER, C. B. B.; DALLEGRAVE, D.; CASTRO FILHO, E. D.; PEKELMAN, R. A. **formação na modalidade residência médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil**. RBMFC; 2017. No prelo.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?** Revista Brasileira de Educação Médica. vol.32 nº.3, Rio de Janeiro, Julho/Set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011>. Acesso em 28 jun. 2016.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 439, de 07 de abril de 2011**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Trata de pesquisas e testes em seres humanos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria Nº 4.059, de 10 de dezembro de 2004**. Resolve sobre a oferta de disciplinas na modalidade semipresencial. Ministério da Educação. Brasília. DF, 2004. DOU de 13/12/2004, Seção 1, p. 34.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução CNRM 01/2015.** Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648.206, de 28 de março de 2006**. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade.** Ministério da Saúde. Brasília, 2012b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primaria a Saúde.** Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013**. Institui a estratégia de qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto presidencial 7.385, de 8 de dezembro de 2010**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNASUS, e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, DF, 2010b.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciência Saúde Coletiva; 5(2): 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Acesso em 12 mar. 2017.

CARRIÓ, F. B.; DOHMS, M.; FONTCUBERTA, J. M. B. **Utilização da filmagem de consultas para o aprendizado**. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade – princípios, formação e prática. Orgs: Gustavo Gusso e José Mauro Ceratti Lopes, POA, Artmed, 2012.

CASTRO FILHO, E. D. **Telessaúde no Apoio a Médicos de Atenção Primária**. Tese (Doutorado em 2011) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Rio Grande do Sul, 2011.

CASTRO FILHO, E. D.; BERGER, C. B. **Verbetes Residência Médica**. Porto Alegre: EnSiQlopedia da Residência, S.D. – no prelo.

CNE/CES. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília, DF, 2001.

DAB. **Relatório da III Reunião Anual da Rede de Pesquisa em Atenção Primária a Saúde**. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2010.

DOHMS, M.; TESSER, C. D.; GROSSEMAN, S. **Potencialidades no Ensino-Aprendizagem da Comunicação Médico-Paciente em Três Escolas brasileira**, **espanhola e holandesa**. Revista Brasileira de Educação Médica. 37 (3): 311 – 319. 2013.

EVANS, J.; LAMBERT, T.; GOLDACRE, M. **GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice**. OccasPap R Coll GenPract, v. 83, p. 1-33, 2002.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender, (re)construir as instituições-escola na saúde**, tese de doutorado do PPG de Educação da UFRGS. 2011

GIRARDI, S. N., VAN STRALEN, A. C. S., CELLA, J. N., WAN DER MAAS, L., CARVALHO, C. L., FARIA, E. O. **Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 21(9):2675-2684, 2016.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8ª ed. Editora Record. Rio de Janeiro, 2004.

GPONLINE (NHS). **Nothing general about general practice campaign**. United Kingdom. Disponível em: <http://www.gponline.com>. Acesso em: set. 2015.

HARDEN, R. M.; CROSBY, J. **The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher**. Medical Teacher 22(4): 334-347, 2000.

HATEM, C. J et al. **The educational attributes and responsabilities of effective clinical educators**. ACAD MED, 2011; 86:474 - 480. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/49967201>. Acesso em 30 jan. 2017.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L.; MAJEED, A.; MILLETT, C. **Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis**. PLoS Med 14(5): e1002306. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal. pmed.1002306>. Acesso em: 23/06/2017

HUDON, C. et al. **Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for Family Medicine**. The Annals of Family Medicine; 9:155-164. doi:10.1370/afm.1226, 2011.

HUGHES, L. S.; TUGGY, M.; PUGNO, P. A. et al. **Transforming training to build the family physician workforce our country needs.** Family Medicine, 2015;47(8):620-7.

JORGE, J. **Relatório para o Acórdão do Tribunal de Contas da União nº1188/2010**. Brasília, DF, 2010.

JUSTIN, A., GAY, B., CREBOLDER, H., HEYRMAN, J., SVAB, I., RAM, P. **A definição europeia de Medicina Geral e Familiar**. WONCA EUROPA (The European Society of General Practice/Family Medicine) – Versão Reduzida, 2005 Europa.

LEMEN, Jr. (org). **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Maio, 2014.

MACINKO, J.; DE OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F. **The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007**. American Journal of Public Health, v.01, n.10, p.1963-1970, 2011.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; DE SOUZA, M. de F. M. **Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002**. Journal of Epidemiology and Community Health, v.60, n.1, p.13-19, 2006.

MACINKO, J.; MARINHO DE SOUZA, M. F.; GUANAIS, F. C.; DA SILVA SIMÕES, C. C. **Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1994-2004**. Social Science & Medicine. v.65, n.10, p.2070-2080, 2007.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; AQUINO, R.; BONOLO, P. de F.; LIMA-COSTA, M. F.; MEDINA, M. G.; MOTA, E.; DE OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A. **Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization**. Health Affairs (Millwood), v.29, n.12, p.2149-2160, 2010.

MARSHAL, M. A. **Precious jewel - The role of general practice in the English NHS**. New England Journal of Medicine, v.372, p.893-897, 2015.

MEGALE, L; GONTIJO, E. D., MOTTA, A. C. **Avaliação de competência clínica em estudantes de Medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex)**. Revista Brasileira De Educação Médica. 166 33 (2): 166–175; 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. Editora Hucitec, 3ª ed. São Paulo, 2002.

NEHER, J. O., STEVENS, N. G. **The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation**. Family Medicine Vol. 35(6):391-3, 2003.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. **La renovación de la atención primaria de salud en las Américas**: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS; 2007.

PETTERSON, S. M.; LIAW, W. R.; TRAN, C.; BAZEMORE, A. W. **Estimating the residency expansion required to avoid projected primary care physician shortages by 2035**. The Annals of Family Medicine, v.13, p.107-114, 2015.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Informe Técnico. Revista Saúde Pública, v.34, n.3, p.316-319, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

RIBEIRO, V. M. B. (org). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Ed UFJF. Juiz de Fora, 2011.

SHI, L.; MACINKO, J.; STARFIELD, B.; WULU, J.; REGAN, J.; POLITZER, R. **The relationship between primary care, income inequality and mortality in US States, 1980-1995**. The Journal of the American Board of Family Medicine. v.16, n.5, p.412-422, 2003.

SOUZA JÚNIOR, J. C. A.; LUCENA, R. M. **Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização**. [Trabalho de conclusão curso de pós-graduação especialização em Saúde Pública] Recife. FIOCRUZ; 2005

STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University, 1992.

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

WINDEY, M., LAWRENCE, C., GUTHRIE, K., WEEKS, D., SULLO, E., CHAPA, D. W. **A Systematic Review on Interventions Supporting Preceptor Development**.

Journal for Nurses in Professional Development & Volume 31, Number 6, 312 a 323, 2015.

WONG et al.: **Internet-based medical education: a realist review of what works, for whom and in what circumstances**. BMC Medical Education 2010 10:12.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO E ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS DOS PRECEPTORES

1. Em 2015 houve reuniões educativas organizadas pela própria equipe na Unidade de Saúde?

( ) sim ( ) não

2. Se houve, quantas foram? _____

3. Em 2015 houve reuniões educativas organizadas pela Secretaria de Saúde do Município?

( ) sim ( ) não

4. Se houve, quantas foram? _____

5. Em sua Unidade de Saúde, há livros que podem auxiliá-lo em dúvidas clínicas?

( ) sim ( ) não

6. Quais?

_____

_____

_____

_____

_____

7. Em sua Unidade de Saúde, há acesso à internet?

( ) sim ( ) não

Se você respondeu SIM, responda às questões 8, 9 e 10.

8. Se há acesso, é satisfatório para acessar sites clínicos?

( ) sim ( ) não

9. Você utiliza sites da internet para auxiliá-lo em dúvidas clínicas?

( ) sim ( ) não ( ) não há internet na unidade

10. Quais?

_____

_____

11. Você acessa o Telessaúde para auxiliá-lo em dúvidas clínicas?

( ) sim ( ) não

Em caso positivo responda às questões 12 e 13.

12. Qual (is) a (s) forma (s) de acesso você utiliza?

( ) 0800 ( ) whatsapp

( ) navegador da Internet (ex: *chrome, mozzilla, explorer*)

13. Com que frequência você acessa o Telessaúde? _____

14. Alguma vez foi contatado pelo Telessaúde para auxílio na regulação de algum paciente?

( ) sim ( ) não

15. Você cursou alguma Residência Médica?

( ) não

( ) Medicina de Família e Comunidade

( ) Outra _____

( ) fiz parcialmente residência

16. Possui título de Médico de Família e Comunidade?

( ) sim ( ) não

17. Tem alguma capacitação formal para preceptoria?

( ) não fiz curso de preceptor

( ) EURACT

( ) curso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

( ) Curso do Hospital Sírio-Libanês

( ) Curso do Hospital Alemão Osvaldo Cruz

( ) Curso da Associação Brasileira de Educação Médica

( ) outro _____

18. Tem experiência de ensino em serviço?

( ) estagiários

( ) doutorandos

( ) residentes

19. Participou de algum congresso em 2015?

( ) sim ( ) não

20. Quais?

_____

_____

_____

21. Você considera que seu domínio da medicina baseada em evidências é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

22. Você considera que seu domínio de competências para atendimento de casos em saúde mental na Atenção Primária é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

23. Você considera que seu domínio de competências sobre procedimentos (lavagem de ouvido, cantoplastia, sutura, infiltrações, drenagem de abcesso) na Atenção Primária é:

( ) não faço procedimentos

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

24. Você considera que seu domínio da medicina centrada na pessoa é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

25. Como vê seu processo de médico atuando na APS para preceptor de um programa de residência de MFC?

26. Quais as potencialidades que vê no programa?

27. Quais os limitantes ou dificuldades que vê no programa?

APÊNDICE B – INSTRUMENTO E ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS DOS RESIDENTES

1. Em qual Faculdade e Estado você se graduou em Medicina?

_____

2. Em que ano? _____

3. Pretende cursar outra residência após a de MFC?

( ) sim ( ) não

4. Qual? _____

5. Já trabalhou em Unidade de Saúde?

( ) sim ( ) não

6. Você considera que sua habilidade para realizar entrevista e história clínica com seus pacientes é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

7. Você considera que sua habilidade para realizar exame físico nos seus pacientes é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

8. Você considera que sua habilidade para relacionar-se de forma profissional e humanizada com seus pacientes é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

9. Você considera que sua habilidade para raciocínio clínico em seus pacientes é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

10. Você considera que sua habilidade para comunicar-se e aconselhar seus pacientes é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

11. Você considera que sua organização e eficiência na consulta com seus pacientes é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

12. Você considera que seu domínio no atendimento de puericultura é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

13. Você considera que seu domínio no atendimento de consulta de mulheres é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

14. Você considera que seu domínio no atendimento de uma consulta de pré-natal é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

15. Você considera que seu domínio no atendimento de uma consulta de um adulto por motivos frequentes é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

16. Você considera que seu domínio para realizar pequenos procedimentos cirúrgicos na Unidade de Saúde é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

17. Como foi esta opção de inscrever-se para fazer residência de MFC?

18. Como vê seu processo de formação no programa de residência?

19. Quais as potencialidades que vê no programa?
20. Quais os limitantes ou dificuldades que vê no programa?

APÊNDICE C - INSTRUMENTO E ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS DOS PRECEPTORES-TUTORES

1. Em qual Faculdade de Medicina você se graduou?

_____

2. Em que ano? _____
3. Há quantos anos exerce a função de preceptor da Residência de MFC do GHC?

   _____

4. Tem alguma capacitação formal para preceptoria?

( ) não fiz curso de preceptor

( ) EURACT

( ) curso da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

( ) Curso do Hospital Sírio-Libanês

( ) Curso do Hospital Alemão Osvaldo Cruz

( ) Curso da Associação Brasileira de Educação Médica

( ) outro _____

5. Você considera que seu domínio da medicina baseada em evidências é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

6. Você considera que seu domínio de competências para atendimento de casos em saúde mental na Atenção Primária é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

7. Você considera que seu domínio de competências sobre procedimentos (lavagem de ouvido, cantoplastia, sutura, infiltrações, drenagem de abcesso) na Atenção Primária é:

( ) não faço procedimentos

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

8. Você considera que seu domínio da medicina centrada na pessoa é:

( ) baixo

( ) médio

( ) alto

9. Como vê o desenvolvimento deste novo programa de residência?
10. Quais as potencialidades que vê no programa?
11. Quais os limitantes ou dificuldades que vê no programa?

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE

1. Por favor assinale um X na primeira coluna e preencha com número na segunda coluna.

Infraestrutura da unidade de saúde	**Indique se a unidade possui**	**Quantidade**
Consultório com maca ginecológica		
Consultório sem maca ginecológica		
Consultório odontológico		
Algum outro profissional utiliza consultório?		
Sala de reunião		
Sala de vacinação		
Sala de curativos		
Salas para grupos		
Esfigmomanômetros adulto		
Esfigmomanômetro pediátrico		
Esfigmomanômetro de obeso		
Estetoscópio		
Balança infantil		
Balança para adultos		
Régua infantil		
Fita métrica		
Foco de Luz		
Espéculo		
Glicosímetro		
Monofilamento para teste de pé diabético		
Sonar obstétrico		
Cilindro de oxigênio		
Material de sutura		

Material para pequenos procedimentos cirúrgicos		
Material para coleta de citologia de colo de útero		
Otoscópio		
Material para curativo		
Dispositivo intrauterino		

2. Cite o número de profissionais que trabalham em sua Unidade de Saúde

( ) Médicos

( ) Enfermeiros

( ) Dentistas

( ) Auxiliar/Técnico de Enfermagem

( ) Técnico de Saúde Bucal

( ) Agentes de Saúde

( ) Auxiliar Administrativo/Recepcionista

( ) outros – quais? _____

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PRECEPTORES

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição, intitulada: “Desafios e perspectivas na implantação de um programa nacional de residência em medicina de família e comunidade”.

O tema escolhido se justifica pela importância de criação de novos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e consequentemente a oferta de novas vagas para formação de médicos de família, para cumprir com a Lei nº 12.871 – Lei do Mais Médicos. O objetivo principal deste estudo é relatar a implantação de um programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade sediado em um hospital de grande porte no sul do país e com campos de formação distribuídos em diversas localidades.

O trabalho está sendo realizado pela médica de família e comunidade Carla Baumvol Berger, sob a supervisão e orientação de Daniela Dallegrave e Eno Dias de Castro Filho. Para alcançar os objetivos do estudo, será marcada uma entrevista gravada, com duração de aproximadamente uma hora, na qual o preceptor irá responder 27 perguntas semiestruturadas.

A participação neste estudo oferece riscos mínimos aos envolvidos. Os dados de identificação, assim como a imagem e voz do entrevistado, serão confidenciais e os nomes reservados. Os benefícios advindos desta pesquisa auxiliarão na produção de conhecimento para a formação de médicos de família e comunidade no Brasil.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução nº 466/12).

Consentimento Pós-Informado

Eu ,_____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Gostaria de receber uma cópia desta dissertação de mestrado: ( ) S ( ) N

Se SIM, por e-mail? ( ) outro: _____

Declaro que também fui informado:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal ou profissional, nem para o atendimento na instituição;

Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora: Carla B. Berger, telefone 5199855700, e-mail carlab.berger@gmail.com e endereço: Rua Francisco Trein nº 596, Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre.

Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407, endereço Av. Francisco Trein nº 596, 3° andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ___, de _____ de 2016.

Assinatura do entrevistado Assinatura da pesquisadora

Nome:

Nome da pesquisadora: Carla Baumvol Berger

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESIDENTES

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição, intitulada: “Desafios e perspectivas na implantação de um programa nacional de residência em medicina de família e comunidade”.

O tema escolhido se justifica pela importância de criação de novos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e consequentemente a oferta de novas vagas para formação de médicos de família, para cumprir com a Lei nº 12.871 – Lei do Mais Médicos. O objetivo principal deste estudo é relatar a implantação de um programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade sediado em um hospital de grande porte no sul do país e com campos de formação distribuídos em diversas localidades.

O trabalho está sendo realizado pela médica de família e comunidade Carla Baumvol Berger, sob a supervisão e orientação de Daniela Dallegrave e Eno Dias de Castro Filho. Para alcançar os objetivos do estudo, será realizada uma entrevista gravada, com 20 perguntas semiestruturadas, com duração aproximada de uma hora. Além disso serão filmadas três consultas aleatórias, pelo próprio residente e enviadas para a pesquisadora por e-mail, com objetivo de analisar as habilidades clínicas deste, mediante a aplicação do instrumento *Mini-Cex*. Estas imagens não serão divulgadas.

A participação neste estudo oferece riscos mínimos aos envolvidos. Os dados de identificação, assim como a imagem e voz do entrevistado serão confidenciais e os nomes reservados. Os benefícios advindos desta pesquisa auxiliarão na produção de conhecimento para a formação de médicos de família e comunidade no Brasil.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução nº 466/12).

Consentimento Pós-Informado

Eu ,_____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara. Autorizo a utilização de imagens e voz e concordo em participar do estudo.

Gostaria de receber uma cópia desta dissertação de mestrado: ( ) S ( ) N

Se SIM, por e-mail? ( )

outro: _____

Declaro que também fui informado:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal, para minha formação como médico residente, nem para o atendimento na instituição;

Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora: Carla B. Berger, telefone 5199855700, e-mail carlab.berger@gmail.com e endereço: Rua Francisco Trein nº 596, Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre.

Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407, endereço Av. Francisco Trein nº 596, 3° andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ___, de _____ de 2016.

Assinatura do entrevistado Assinatura da pesquisadora

Nome:

Nome da pesquisadora: Carla Baumvol Berger

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTORES DAS EQUIPES DE SAÚDE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição, intitulada: “Desafios e perspectivas na implantação de um programa nacional de residência em medicina de família e comunidade”.

O tema escolhido se justifica pela importância de criação de novos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e consequentemente a oferta de novas vagas para formação de médicos de família, para cumprir com a Lei nº 12.871 – Lei do Mais Médicos. O objetivo principal deste estudo é relatar a implantação de um programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade sediado em um hospital de grande porte no sul do país e com campos de formação distribuídos em diversas localidades.

O trabalho está sendo realizado pela médica de família e comunidade Carla Baumvol Berger, sob a supervisão e orientação de Daniela Dallegrave e Eno Dias de Castro Filho. Para alcançar os objetivos do estudo, será enviado um questionário, com duração aproximada de 15 minutos, na qual o gestor da equipe irá marcar um “X” num quadro com 29 itens pré-estabelecidos.

A participação neste estudo oferece riscos mínimos aos envolvidos. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os benefícios advindos desta pesquisa auxiliarão na produção de conhecimento para a formação de médicos de família e comunidade no Brasil.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução nº 466/12).

Consentimento Pós-Informado

Eu ,_____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Gostaria de receber uma cópia desta dissertação de mestrado: ( ) S ( ) N

Se SIM, por e-mail? ( )

outro: _____

Declaro que também fui informado:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

De que qualquer gestor do município_____ poderá retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para o Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade ou para o próprio município;

Da garantia de que o município não será identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora: Carla B. Berger, telefone 5199855700, e-mail carlab.berger@gmail.com e endereço: Rua Francisco Trein nº 596, Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre.

Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, o gestor do município poderá entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407, endereço Av. Francisco Trein nº 596, 3° andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ___, de _____ de 2016.

Assinatura do gestor municipal Assinatura da pesquisadora

Nome:

Nome da pesquisadora: Carla Baumvol Berger

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PRECEPTORES-TUTORES

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição, intitulada: “Desafios e perspectivas na implantação de um programa nacional de residência em medicina de família e comunidade”.

O tema escolhido se justifica pela importância de criação de novos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e consequentemente a oferta de novas vagas para formação de médicos de família, para cumprir com a Lei nº 12.871 – Lei do Mais Médicos. O objetivo principal deste estudo é relatar a implantação de um programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade sediado em um hospital de grande porte no sul do país e com campos de formação distribuídos em diversas localidades.

O trabalho está sendo realizado pela médica de família e comunidade Carla Baumvol Berger, sob a supervisão e orientação de Daniela Dallegrave e Eno Dias de Castro Filho. Para alcançar os objetivos do estudo, será marcada uma entrevista gravada, com duração de aproximadamente uma hora, na qual o preceptor irá responder a quatro perguntas pré-estabelecidas.

A participação neste estudo oferece riscos mínimos aos envolvidos. Os dados de identificação, assim como a imagem e voz do entrevistado serão confidenciais e os nomes reservados. Os benefícios advindos desta pesquisa auxiliarão na produção de conhecimento para a formação de médicos de família e comunidade no Brasil.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução nº 466/12).

Consentimento Pós-Informado

Eu ,_____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Gostaria de receber uma cópia desta dissertação de mestrado: ( ) S ( ) N

Se SIM, por e-mail? ( )

outro: _____

Declaro que também fui informado:

Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal ou profissional, nem para o atendimento na instituição;

Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;

Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora: Carla B. Berger, telefone 5199855700, e-mail carlab.berger@gmail.com e endereço: Rua Francisco Trein nº 596, Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre.

Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407, endereço Av. Francisco Trein nº 596, 3° andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ___, de _____ de 2016.

Assinatura do entrevistado Assinatura da pesquisadora

Nome:

Nome da pesquisadora: Carla Baumvol Berger

APÊNDICE I - SISTEMATIZAÇÃO DE UM MÉTODO PARA QUALIFICAR A SUPERVISÃO DOS PRECEPTORES LOCAIS A DISTÂNCIA

	Desempenha	Desempenha parcialmente	Não desempenha
CONTEXTO Estabelece um local apropriado, separado do paciente, para discutir o caso, mesmo que seja oportuno um ou ambos se deslocarem até a pessoa em algum momento para esclarecimentos ou manejo. Deve, preferencialmente, ter conectividade e livros disponíveis.			
NARRATIVA DO ATENDIMENTO Permite ao residente narrar o caso sem interrupções, trazendo o motivo principal da consulta e, a partir daí as questões relacionadas. Solicita ao residente a elaboração de lista de problemas e a apresentação de suas dúvidas.			
PROVOCAR A REFLEXÃO E ESTUDO Estimula o residente a refletir sobre suas dúvidas, utilizando livros e/ou Internet.			
NARRATIVA DA REFLEXÃO Estimula o residente a narrar sua reflexão e raciocínio clínico.			
PLANO Auxilia o residente no estabelecimento da conduta apropriada ao contexto e no seguimento do caso.			
FEEDBACK Solicita ao residente que relate seus pontos fortes e fracos relacionados ao atendimento às dificuldades. Aponta aspectos positivos da consulta e sugere alternativas terapêuticas.			

APÊNDICE J

Artigo 1 – aceito para publicação na RBMFC em 08/05/2017

APÊNDICE K

Artigo 2 – submetido à publicação na Revista Brasileira de Educação Médica em 24/06/2017