

## Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção

Preceptorship in Family and Community Medicine: challenges and achievements in a Primary Health Care in progress

Mellina Marques Vieira Izecksohn <sup>1</sup>

Jorge Esteves Teixeira Junior <sup>2</sup>

Bruno Pereira Stelet <sup>2</sup>

Adelson Guaraci Jantsch <sup>3</sup>

**Abstract** *Strengthening Primary Health Care (PHC) relies directly on training medical specialists in primary care. This text aims to report the Family Medicine training experiences in Rio de Janeiro between 2008 and 2016. It brings to reflection the development of preceptors in medical specialization through an experience report on three Family Medicine medical residency programs, namely, the Municipal Health Secretariat program, the Federal University of Rio de Janeiro program and the National School of Public Health program. The PHC reform in Rio de Janeiro created a demand for medical specialists working in networks, leading to the expansion of already established medical residency programs and the establishment of a new program sponsored by the Municipal Health Secretariat, providing new teaching positions in several health facilities within the municipal network. These three residency programs progressed through different paths to provide training to their preceptors, offering permanent courses and local actions seeking higher professional qualification and better balance between care and education responsibilities. Permanent investments to strengthen medical residency programs and preceptors training are essential to consolidate the PHC reform nationwide.*

**Key words** *Family and community medicine, Primary Health Care, Medical internship and residency, Preceptorship*

**Resumo** *O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) depende diretamente da formação de médicos especialistas em cuidados primários. Este texto tem como objetivo relatar as experiências de formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no município do Rio de Janeiro entre os anos 2008 e 2016, tendo como objeto de reflexão o desenvolvimento de preceptores no âmbito da especialização médica, por meio do relato de experiência de três programas de Residência Médica em MFC (PRMFC): da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Escola Nacional de Saúde Pública. Dentro do cenário de reforma da APS no Rio de Janeiro criou-se a demanda por médicos especialistas para atuação na rede levando à ampliação dos PRM já estabelecidos e à criação do PRMFC-SMS, propiciando novos espaços de ensino em muitas unidades de saúde da rede municipal. Por caminhos distintos esses PRM avançaram na capacitação de seus preceptores, ofertando cursos e ações locais permanentes, na busca por maior qualificação profissional e melhor equilíbrio entre as responsabilidades de cuidado e de ensino. Investimentos permanentes no fortalecimento dos PRM e na capacitação de preceptores são essenciais para consolidar a reforma na APS em todo o Brasil.*

**Palavras-chave** *Medicina de família e comunidade, Atenção Primária à Saúde, Internato e residência médica, Preceptoria*

<sup>1</sup> Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. mellizeck@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>3</sup> Programa de Residência Médica, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

O reconhecimento de que a Atenção Primária à Saúde (APS) consiste em efetivo elemento organizador dos sistemas de saúde é evidente e abundante na literatura científica<sup>1,2</sup>. Quando a porta de entrada do sistema de saúde é composta por uma APS robusta e estruturada, garantindo acesso, cuidado integral e longitudinal e coordenando o cuidado aos pacientes dentro do sistema, os usuários sentem-se mais satisfeitos e ocasiona em uma série de impactos favoráveis na saúde da população<sup>1</sup>. Seus efeitos no nível comunitário podem ser vistos na maior adesão a medidas preventivas, menor mortalidade materna e infantil, menor ocorrência de baixo peso ao nascer<sup>3</sup>, maior expectativa de vida e menor mortalidade geral na população adulta<sup>4</sup>. No nível hospitalar, uma APS estruturada pode contribuir com menor número de internações hospitalares sensíveis à APS e menor utilização dos serviços de emergência<sup>5,6</sup>.

Locais que têm sua APS baseada em médicos generalistas apresentam melhores resultados em saúde, quando comparados a locais que contam prioritariamente com médicos não generalistas na sua organização<sup>7</sup>. No entanto, um dos grandes desafios para qualificação e consolidação da APS em todo o mundo está relacionado à formação de profissionais especializados para este nível de atenção à saúde<sup>8</sup>.

Apesar da relevância no âmbito da produção científica e do reconhecimento da sua importância e competência em países desenvolvidos, a especialidade médica direcionada para os cuidados primários em saúde no Brasil – a Medicina de Família e Comunidade (MFC) – ainda não goza da mesma importância dentro do sistema de saúde. Essa dificuldade não é exclusiva do Brasil e está atrelada à incipiência dos sistemas de saúde comum aos países em desenvolvimento, onde a maior parte do cuidado em saúde é realizado em ambiente hospitalar, restando à APS papel minoritário e seletivo, onde terapia de reidratação oral, contracepção e vacinação constituem o cerne dos serviços oferecidos<sup>9</sup>. Os obstáculos para que o MFC ocupe o papel de protagonista na APS nestes países foi analisado pela Fundação Besroux em 2015, sendo os três principais: 1. Os MFC em diferentes países desempenham diversos papéis nos seus cenários de prática, resolvendo, em grande parte, problemas que poderiam ser solucionados por uma organização multidisciplinar do processo de trabalho; 2. Pela falta de organização dos sistemas, não há uma regulamentação determinando qual a especialidade médica responsável pelo

primeiro contato com os pacientes. Com isso, diversas especialidades médicas acabam competindo dentro da própria corporação médica, dificultando a coordenação do cuidado e fazendo com que a escolha dos profissionais por uma especialidade seja mais pautada pela lógica de mercado do que pela necessidade da população; 3. Dentro de um ambiente com grande sobrecarga de trabalho e com fluxos dos serviços pouco organizados, a longitudinalidade e seus benefícios parecem não ser algo fácil de se atingir<sup>10</sup>.

O fortalecimento da APS depende diretamente da formação de médicos especialistas em cuidados primários para atender às necessidades de saúde da população. Essa premissa reforça a ideia de que, para ser resolutivo na APS, o profissional precisa ser treinado e capacitado para tal. Alunos da área da saúde precisam ter experiência na APS durante a formação, como forma de se chegar à compreensão de que cuidado em saúde é resultado de um sistema estruturado e depende muito mais da coordenação dos diversos níveis de atenção do que de condutas clínicas isoladas<sup>11</sup>.

Habitualmente, o treinamento de médicos especialistas se dá pela imersão no cotidiano de serviços específicos, cuja metodologia de ensino é centrada na convivência e observação da prática de um médico supervisor mais experiente e especialista<sup>12</sup>. Apesar das atividades práticas estruturarem o processo de aprendizado, espera-se que ocorra uma relação intrínseca entre prática e teoria<sup>13</sup>.

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

Este artigo tem como objetivo relatar as experiências de formação em MFC no município do Rio de Janeiro entre os anos 2008 e 2016, tendo como objeto de reflexão o desenvolvimento da preceptoría no âmbito da especialização médica.

### **A Reforma da APS no Rio de Janeiro e a expansão dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**

A expansão da Atenção Primária no Rio de Janeiro resultou em um acelerado aumento das Equipes em Saúde da Família (ESF) a partir de 2009, elevando a cobertura deste serviço de 3,5% para 60% em 2016<sup>14,15</sup>. Na esteira desta expansão, a necessidade de capacitação profissional na área da Medicina de Família e Comunidade como profissional médico para essas novas unidades levou a gestão municipal à iniciativa de investir parte do recurso municipal diretamente na formação de novos profissionais, através da expansão das vagas de residência médica já existentes e na criação de um novo programa de residência em MFC, ligado diretamente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Em 2011, ano em que foi elaborada essa expansão de vagas de residência em MFC, o Rio de Janeiro contava apenas com 16 para esta especialidade, todas ligadas às tradicionais instituições locais de ensino superior, são elas: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Tomando a iniciativa desta expansão e assumindo um papel protagonista na formação de MFC, a SMS criou um programa próprio de residência médica (PRM), cuja primeira turma começou em 2012. Além disso, ofereceu aos preceptores de todos os PRM em MFC do município uma gratificação financeira como incentivo à docência. As 10 vagas existentes no programa da UERJ foram ampliadas nesse mesmo ano para 30, também por incentivo da gestão municipal. Essa política de expansão seguiu promovendo o aumento de número de vagas ao longo dos 4 anos seguintes, fazendo com que, em 2016, houvesse no município do Rio de Janeiro 222 vagas para esta especialidade. Atualmente, contando somente com as vagas de residência médica da prefeitura do Rio de Janeiro, 38% são em Medicina de Família e Comunidade, o que mostra um compromisso da gestão municipal com a equidade de distribuição destas vagas entre as diversas especialidades médicas, mais de acordo com as necessidades da população e menos com as demandas de mercado<sup>16,17</sup>.

Para atender a tantos novos residentes, criou-se uma demanda por MFC que pudessem exercer a função de preceptores. A seleção destes profissionais seguiu as regras ditadas pela Comissão

Nacional de Residência Médica (CNRM), que determinam que, para a especialidade Medicina de Família e Comunidade, o preceptor deveria ser MFC formado através de residência médica. Caso não exista MFC com esta formação no local, a seleção deve ser feita na seguinte ordem: 1. MFC titulado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); 2. Ser médico especialista nas áreas de Clínica Médica ou Pediatria ou Ginecologia, com experiência prática como MFC; 3. Ser médico com possibilidade de realizar prova de título no ano seguinte, ou seja, com pelo menos 4 anos de trabalho na APS<sup>18</sup>.

Neste cenário de expansão da APS, não foi possível contar com um número suficiente de MFC com formação na área e tempo de prática para dar início ao projeto. A maioria dos MFC formada através de residência médica tinha menos de cinco anos de prática e contava com quase nenhuma experiência em docência em ambientes de graduação médica. Não há um levantamento sobre o perfil profissional desses MFC no início da expansão, mas em 2015, Mendes<sup>19</sup> encontrou que 65% dos médicos de família do Rio de Janeiro tinham entre 25 e 34 anos e que 70,87% dos MFC tinham um tempo de atuação de até 5 anos no município. Dos 29% restantes, apenas 1% atuava por mais de 5 anos na mesma unidade, mostrando uma elevada rotatividade interna.

Nos últimos 5 anos, estes mesmos preceptores foram responsáveis pela qualificação técnica do cuidado prestado aos usuários em suas Unidades de Saúde. Parte destes profissionais assumiu o papel de Responsável Técnico Médico (RT) de suas unidades, sendo responsáveis pela avaliação da pertinência dos encaminhamentos médicos e solicitações de exame da unidade, ajustes de fluxos clínicos específicos para o território de atuação, dentre outras funções. Contribuíram também para qualificação da integração com os demais níveis de atenção, auxiliando na elaboração de protocolos clínicos e apontando os nós críticos do sistema de saúde para os coordenadores das Áreas Programáticas (AP). Em suma, o preceptor, para além da centralidade do seu papel educacional, contribuiu para a qualificação do cuidado e a gerência adequada dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

Esses jovens preceptores trouxeram a motivação necessária como força motriz para a consolidação de uma APS abrangente para a cidade. Apesar disso, algumas fragilidades comuns a profissionais pouco experientes tornavam esse quadro ainda mais complexo, tais como inconsistência clínica, pouco tempo de vivência prática e

quase nenhuma capacitação para o ensino. Dada a variedade de experiências e de formação, a pouca homogeneidade entre esses profissionais trouxe um enorme desafio aos coordenadores dos programas de residência em MFC, que tiveram de buscar soluções e estratégias para o exercício da docência e promover um ambiente questionador e frutífero de educação permanente que pudesse se sustentar.

### **Atribuições do preceptor na Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**

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

A Academia Europeia de Professores em Medicina de Família (EURACT), dentro das suas atividades de capacitação para a docência voltada para MFC, busca levantar essa discussão na primeira de suas oficinas, definindo um bom formador como aquele que possui não apenas competência clínica, mas também aptidões para a docência e atributos pessoais<sup>20</sup>. Isto é, além de ser um clínico competente para uma prática médica pautada no profissionalismo, precisa possuir boa saúde, saber ouvir, ter vontade de compartilhar seu conhecimento, ser organizado e saber se comunicar, bem como receber treinamento específico à docência de forma continuada. Além da conhecida vontade de ensinar, para que um MFC seja um bom preceptor é fundamental desenvolver habilidades educacionais específicas para o ambiente ambulatorial, treinar a especificidade do ensino de adultos e participar de um ambiente de educação permanente. Tomando o ponto de vista da EURACT, formada por preceptores em MFC com longa trajetória no ensino em serviço e preocupada com a qualidade da formação de novos MFC, percebe-se que não se trata de uma tarefa simples formar novos preceptores para esse trabalho. A iniciativa prática desse grupo foi a elaboração e a realização de uma série de atividades educacionais no formato de oficinas, onde se vivenciam as diversas metodologias de ensino possíveis de serem usadas na formação de MFC, visando, além de treinar novos preceptores, criar

uma rede de formadores criativa e inovadora ao redor do mundo.

No âmbito de suas competências pedagógicas, o preceptor deve compreender as necessidades de aprendizado de seu residente, respeitando o estilo de aprendizagem de cada um. Roger Neighbour, preocupado com o ambiente de sobrecarga ao qual o residente de MFC é exposto durante seus anos de formação, buscou em seu livro *The Inner Apprentice*<sup>21</sup> delimitar as suas necessidades educacionais, fazendo um paralelo com as necessidades humanas de Maslow<sup>22</sup>. Dentre as fundamentais para a segurança e bom desempenho do residente, está a disponibilidade de haver um preceptor cotidianamente ao seu lado, partilhando o trabalho e disposto a ajudá-lo.

Com todos os desafios da construção de uma APS ainda pouco estruturada e incipiente, em um cenário de extremo contraste social e violência urbana, torna-se ainda mais importante o papel de interlocutor e de escuta desse preceptor nos momentos em que essa realidade vai além do que o residente poderia suportar. Neste contexto, a introdução da docência no serviço *ressignifica* a relação com usuários e estabelece novos fluxos organizacionais entre a gestão e a assistência, ressaltando o caráter integrador do preceptor como uma figura de interlocução entre a academia e os serviços de saúde<sup>23</sup>.

Ser preceptor em MFC significa ocupar cotidianamente um duplo papel no ambulatório: ser gestor do cuidado dos pacientes e apoiador do processo de aprendizado dos seus residentes. A segurança do paciente, que busca evitar lesões e danos decorrentes do cuidado é item imprescindível na discussão sobre preceptoria e Residência Médica<sup>24</sup>. A responsabilidade do preceptor por esse duplo papel de cuidado impõe aos PRM a questão de buscar formas de treinamento para o exercício da preceptoria, para que façam parte de uma rede de prevenção de danos e erros.

No Rio de Janeiro, além das dificuldades relatadas anteriormente, residentes e preceptores são responsáveis por prover cuidados em saúde a uma população entre 3000 e 4000 pacientes, permitindo que situações de erro médico possam ocorrer com uma frequência maior do que se poderia esperar durante a fase de formação profissional. Esse tipo de preocupação faz parte da agenda de trabalho de países desenvolvidos, onde sistemas de saúde e APS estão bastante consolidados, desde os anos 1990<sup>25</sup>. Considerando a elevada responsabilidade dos residentes no cenário brasileiro e a sobrecarga de trabalho a qual estão expostos, a temática da segurança do paciente

deve ser incluída como tema obrigatório em programas de residência.

Incumbido de ajudar no desenvolvimento profissional do médico residente, o preceptor deve tanto atuar no manejo clínico e abordagem individual, familiar e comunitária, quanto na gestão e organização dos serviços de saúde – competência descrita no Currículo Baseado em Competências para MFC da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SB-MFC)<sup>26</sup>. Nesta área de atuação inclui-se: gestão e organização do processo de trabalho, trabalho em equipe multiprofissional, avaliação da qualidade, auditorias, vigilância em saúde, análise e acompanhamento dos dados da equipe e sugerir e realizar intervenções para a melhoria da qualidade do serviço prestado. Como médico de referência de uma ESF, o preceptor ocupa um papel central na mediação de conflitos dentro da equipe e atua no apoio ao gestor da unidade.

Dentre as competências a serem desenvolvidas pelo residente em MFC durante a sua formação, consta que ele deve ser preparado para conseguir ministrar aulas e supervisionar alunos de graduação<sup>26</sup>. Apesar de ser um começo, isso não garante que os residentes estejam preparados para atuarem como preceptores no futuro, nem que estejam plenamente preparados para ingressar como docentes em ambiente acadêmico.

Dado o elevado número de atribuições dos preceptores e dos MFC em formação, é essencial que coordenadores de PRM considerem todas essas questões na elaboração de suas atividades de educação permanente, atividades de capacitação profissional e nos planos político-pedagógicos dos cursos, não se restringindo apenas às competências clínicas a serem desenvolvidas.

Algumas iniciativas de âmbito federal (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) foram lançadas no início de 2016 com o intuito de melhorar a capacitação de preceptores em MFC, como o *Plano Nacional de Formação de Preceptores*, que consiste em um curso a distância com dois anos de duração com bolsa de auxílio mensal<sup>27</sup> e o *Curso de formação para os atuais preceptores*, sendo este último semipresencial com previsão de um ano de duração e bolsa de auxílio mensal<sup>28</sup>. Todas essas iniciativas seguem a política de incentivo para o aumento progressivo do número de vagas em programas de residência médica iniciado em 2014, visando um cenário de oferta plena de vagas para todos os egressos em 2019 e tornando obrigatória, a partir de então, a necessidade de realização de residência médica para todos os graduandos egressos de faculdades de medicina.

Frente a inúmeras adversidades vividas dentro do processo de implantação da APS no Rio de Janeiro, os PRM da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola Nacional de Saúde Pública e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro buscaram, por caminhos distintos, avançar na capacitação de seus preceptores. As iniciativas realizadas durante os anos de 2008 a 2016 serão relatadas a seguir, com o objetivo de partilhá-las e de lançar à crítica do debate acadêmico alguns de seus resultados, sejam eles exitosos ou não.

### As iniciativas dos PRM em MFC da UFRJ e ENSP

Os PRM em MFC da UFRJ e da ENSP (PRM-FC-UFRJ/ENSP) atuam em parceria desde 2008, quando ambos foram criados. Inicialmente a ENSP fornecia o campo de estágio em MFC para a UFRJ e, posteriormente, com a criação do programa daquela instituição, o planejamento pedagógico e a capacitação dos preceptores passou a acontecer de maneira compartilhada, utilizando os espaços de construção coletiva dos PRM. Estes espaços envolvem uma série de atividades, a saber: as reuniões de colegiado gestor, em que as decisões político-pedagógicas são tomadas de forma horizontal sempre incluindo os residentes nas decisões; as oficinas de construção do Currículo Baseado em Competências; o *Feedback Avaliativo Trimestral (FAT)*, onde são construídos os projetos pedagógicos dos residentes; e o encontro de preceptores, que é um espaço de pares para estudo e troca de experiências sobre a prática do ensino e do cuidado.

De modo a estabelecer uma avaliação formativa dos residentes, trimestralmente é realizado *feedback* no qual, além do residente e de seu preceptor de referência, estão presentes pelo menos um representante da supervisão do programa da instituição correspondente e outro preceptor. O FAT tem os mesmos pressupostos dos *feedbacks* imediatos que são feitos no cotidiano da preceptoria. No entanto, possui diferenças no conteúdo e na forma. Diferente do *feedback* imediato, que problematiza questões observadas nas consultas e visitas domiciliares, o FAT trata de uma avaliação global do residente durante o último trimestre. É espaço onde os envolvidos podem traçar estratégias mais amplas quanto ao seu desenvolvimento profissional. Durante o FAT são feitas as devolutivas sobre o Portfólio Reflexivo e sugestões de ajustes no seu percurso formativo, como temas clínicos a serem estudados, cumprimento de tarefas específicas como vídeo-gravação de consultas ou realização de procedimentos.



São elementos do FAT: autoavaliação do residente; aspectos (positivos e negativos) sobre conhecimentos levantados pelos preceptores e professores, habilidades e atitudes durante o trimestre; e resultados das avaliações (portfólio, mini-exercícios clínicos ou “Mini-CEX”, provas etc.). Ao final reformula-se o plano pedagógico de cada residente e planeja-se para que ele atinja os objetivos ainda não alcançados. O FAT tem se mostrado um método avaliativo com grande aceitação entre preceptores e residentes. Entretanto, como principais desafios podemos citar a necessidade de organização prévia das ferramentas avaliativas que compõem o FAT (leitura de Portfólios Reflexivos, contabilização das pontuações dos Mini-Cex) e melhor utilização do tempo necessário para que os envolvidos criem um ambiente dialógico para a realização de um plano pedagógico individual. O FAT também se destaca como momento formador para o próprio preceptor, já que antes de cada conversa com o residente são discutidos aspectos sobre o momento de formação e a curva de aprendizado do residente no trimestre, formas de suporte do preceptor e estilos de aprendizagem. Em seguida, convida-se o residente para que faça uma autoavaliação, que é então seguida de *feedback* de seu preceptor direto e pactuação de estratégias que possam auxiliá-lo na aquisição de suas competências. O resultado final será um plano pedagógico factível para o próximo trimestre, orientando ações para o residente e para o preceptor.

A reunião do Colegiado Gestor ocorre bimestralmente contando com um representante de cada PRM, um representante dos preceptores de cada clínica e um residente representante de cada ano. Cada representante é escolhido pelos seus pares e a reunião é aberta a participação dos demais atores dos programas. Nestas reuniões são discutidas e resolvidas questões inerentes ao processo pedagógico dos PRM, bem como questões estruturais, técnicas e pessoais que possam estar atrapalhando o cotidiano dos serviços. São momentos de troca de conhecimento e de experiência que permitem que os preceptores se insiram em uma rede de apoio que conduz as questões de aprendizagem dos residentes, além de possibilitar que participem ativamente na tomada de decisões do PRM, consolidando a condução horizontal e dialógica entre coordenação e preceptores.

O encontro de preceptores ocorre mensalmente e conta com a participação dos preceptores das duas Unidades de Saúde. Nesses encontros discute-se sobre: a rotina da preceptoria; ferramentas pedagógicas para facilitar o processo de

ensino-aprendizagem; residentes com dificuldades de desenvolvimento; e demandas de formação trazidas pelos preceptores como discussões de temas clínicos, adequação ou atualização de *guidelines* e debates sobre estratégias pedagógicas e avaliativas.

Outro aspecto importante é a avaliação que os residentes realizam sobre as atitudes e habilidades de seus preceptores. Esta avaliação é executada pela coordenação do programa, que faz uma devolutiva aos preceptores como forma de identificação das potencialidades e fragilidades do papel de cada formador, auxiliando os preceptores no seu crescimento como educadores.

### **As iniciativas do PRM em MFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

Iniciado em 2012, o PRM em MFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS) conseguiu formar sua primeira turma de MFC em fevereiro de 2014, ao mesmo tempo que 98 novos residentes começavam o curso. Desde quando foi construído em 2012, o PRMFC-SMS teve como objetivo se tornar grande o suficiente para dar conta das demandas por MFC qualificados para trabalhar no município do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo em que o número de vagas aumentou de 60 para 150 ao longo de 5 anos, o número de preceptores e de clínicas onde o programa está sediado precisou ser ampliado, chegando ao cenário atual, no qual há 78 preceptores distribuídos em 24 Clínicas da Família, ao longo de 7 das 10 áreas programáticas do Rio de Janeiro. Para coordenar um programa desse porte, atualmente com 72 residentes de segundo ano (R2) e 122 de primeiro (R1), o programa conta com seis coordenadores encarregados da gestão das atividades acadêmicas, coordenação de estágios, interlocução com gestores e serviço, elaboração de avaliações e capacitação dos preceptores<sup>17</sup>.

Apesar do seu tamanho, durante os seus dois primeiros anos o PRMFC-SMS ainda era um programa incipiente e atribulado com as diversas demandas organizacionais e institucionais. Todos os preceptores do programa eram pouco experientes e oriundos de realidades muito distintas. Além de toda essa heterogeneidade profissional, equipes sobrecarregadas de pacientes e uma relação de um preceptor para quatro residentes propiciavam um cenário de muita intranquilidade e desorganização. Isso acabava por drenar a energia dos profissionais e fazia com

que o planejamento de atividades pedagógicas e de educação continuada fosse constantemente adiado. Este cenário não é muito diferente do que outros programas de residência em MFC vivem Brasil afora, onde cuidar de pacientes e resolver problemas de gestão da clínica concorrem com a necessidade de se organizar um curso com um bom padrão de ensino.

Em 2014, como parte do planejamento da expansão do programa, optou-se por modificar as reuniões de preceptorial da forma como vinham sendo feitas. Os 50 preceptores do programa daquele ano foram divididos em quatro subgrupos, que se encontravam durante um turno por mês para trabalhar temas relevantes à capacitação para a docência. Dessa forma, começaram as oficinas de capacitação de preceptores, que abordaram temas referentes a comunicação clínica, raciocínio clínico, técnicas de *feedback*, prope-  
dêutica da preceptorial e avaliação. Essa primeira experiência visava diminuir a heterogeneidade entre os preceptores, bem como propiciar um ambiente protegido para a discussão das competências para a docência. Indiretamente, conseguimos criar um ambiente de troca de experiências mais acolhedor, permitindo que surgisse dentro do grupo uma sensação valorização profissional.

Aos poucos, problemas relevantes do programa começaram a ser trabalhados. As aulas teóricas eram mal avaliadas pelos R1, e muitos dos preceptores não se sentiam confiantes em ministrá-las. Não havia um plano de atividades estruturado e as aulas eram planejadas de acordo com as afinidades clínicas dos preceptores disponíveis. Todas as atividades eram feitas em salas grandes, com um grupo de 40 alunos, o que impossibilitava o uso de metodologias que não fossem as tradicionais aulas expositivas. Para enfrentar esse problema, em 2015 optou-se por alçar as atividades de capacitação de preceptores a um nível mais elevado de responsabilidades. Ampliou-se o tempo de encontro destinado a esse encontro para um dia inteiro a cada 5 semanas. Dividiu-se o grupo de preceptores em 5 subgrupos, de acordo com as linhas de temas clínicos: cardiovascular, materno-infantil, saúde mental e problemas gerais e sintomas indiferenciados (dividido em dois grupos 1 e 2). A cada semana um desses grupos se reunia, enquanto os outros permaneciam nas unidades de saúde. Problemática e trabalho em grupo foram utilizados para atingir o objetivo de produzir oficinas baseadas em metodologias ativas que pudessem substituir as antigas aulas teóricas dos R1.

Apesar da falta de experiência, os grupos de preceptores elaboraram uma série de 40 oficinas

que incluíam: dramatização, problematização de situações clínicas, construção de questões de estudo, busca e análise crítica de informações e síntese de ideias. À medida em que eram confeccionadas pelos preceptores, as oficinas iam sendo aplicadas aos R1, agora divididos em 6 polos distintos com turmas entre 15 e 20 alunos. Dessa forma, foi possível elaborar a atividade, experienciá-la com os residentes e avaliá-la no encontro do mês seguinte. Essa vivência, além de criar oficinas mais dinâmicas e problematizadoras, trouxe aos preceptores uma visão crítica sobre as estratégias adotadas, tornando o grupo mais competente para a docência e homogêneo profissionalmente.

Com esse resultado, decidiu-se em 2016 por dividir o enquadramento teórico do curso em dois momentos: o primeiro ano foi desenhado como eminentemente clínico e o segundo foi reservado para o desenvolvimento de habilidades e ferramentas do médico de família para o manejo de situações que vão para além da clínica, como habilidades de comunicação, desenvolvimento de habilidades para a docência e pesquisa e manejo de pacientes complexos. Para tanto, as reuniões de trabalho dos preceptores passaram a focar em dois assuntos: além dos temas clínicos já citados, cinco temas transversais à Medicina de Família e à APS, constituindo cinco grupos de trabalho (GT), a saber: 1. Desenvolvimento de competências para a docência; 2. Comunicação em consulta; 3. Currículo, avaliação e competências; 4. Pacientes complexos e segurança do paciente; e 5. Pesquisa na APS. A partir dessa nova organização, as atividades mensais dedicaram as manhãs para resgatar as oficinas de temas clínicos do ano anterior e as tardes aos temas transversais dos GT. A organização dos grupos ficou estabelecida conforme o Quadro 1.

A continuidade dessas oficinas trouxe para o programa uma consistência de prática e um engajamento dos preceptores nos temas trabalhados que culminou na publicação em formato de fascículos do material produzido a ser lançada no Congresso da WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) em novembro de 2016. Esse material, contendo 40 oficinas de temas clínicos, 10 de comunicação clínica, 10 para capacitação de preceptores e 6 para manejo de pacientes complexos e segurança do paciente, estará disponível *on-line* para que outros PRM em MFC possam realizar as oficinas com seus preceptores e residentes. Dessa forma, fecha-se um ciclo de produção de conhe-

**Quadro 1.** Divisão dos GT e dos temas clínicos do PRMFC-SMS, 2016.

Grupo de trabalho	Tema clínico
Habilidades de Comunicação	Problemas cardiovasculares
Desenvolvimento de competências para a docência	Saúde Materno-Infantil
Pacientes complexos e segurança do paciente	Saúde Mental
Currículo, avaliação e competências	Problema gerais e sintomas indiferenciados 1
Pesquisa na APS	Problema gerais e sintomas indiferenciados 2

cimento, publicando um material construído por um grupo de 85 pessoas e oferecendo à comunidade acadêmica um rico instrumento voltado para a capacitação de MFC e de preceptores. Se o objetivo principal da EURACT era criar uma rede de formadores ao redor do mundo, trazer à comunidade acadêmica uma publicação inovadora e nascida da prática confirma que os frutos advindos dessa iniciativa valeram o esforço e o investimento a longo prazo.

Esta conquista foi resultado não apenas do trabalho do programa em si, mas deve-se muito aos cursos de capacitação EURACT realizados ao longo desses anos. Nesse período, o PRMFC-SMS sediou e financiou 10 edições dos cursos EURACT (Cursos Leonardo da Vinci 1, 2 e 3 e Curso Avaliação) para preceptores em MFC, trazendo facilitadores de fora do Rio de Janeiro e de Portugal, para serem ministrantes ao lado de preceptores locais. Ao longo desses anos, uma nova geração de formadores brasileiros das oficinas EURACT foi formada e, na sua última edição do “Curso nível 1” realizada em setembro de 2016, um novo grupo de seis preceptores dos PRM do Rio de Janeiro estreou na função de facilitadores desta oficina, gerando um novo ciclo de renovação e ampliação.

### Considerações finais

O cenário de expansão da APS iniciada em 2009 no município do Rio de Janeiro e a importante expansão do número de vagas de residência trouxe, ao mesmo tempo, a oportunidade de crescimento profissional para os MFC atuantes no município e muitos desafios para preceptores, coordenadores e gestores locais. A reforma da APS no Rio de Janeiro foi fortalecida pela integração entre trabalho e ensino, alcançada através

do estímulo à ampliação dos PRM já estabelecidos e à criação do PRMFC-SMS.

A necessidade de novos preceptores veio acompanhada de necessidade de capacitação destes profissionais para a docência, o que demandou uma série de iniciativas por parte dos coordenadores dos PRM, como oferta dos cursos EURACT e ações locais permanentes dentro do contexto dos PRM em atividade no município.

Muitas dessas iniciativas foram realizadas com um objetivo direto de capacitação profissional, mas alguns de seus resultados podem ser extrapolados para outros aspectos do trabalho em saúde, tais como o fortalecimento da rede integrada que tem a APS como coordenadora do cuidado, que contribuiu para a qualificação do trabalho em saúde em todo o sistema. Este é um ponto que demonstra a relevância dos investimentos feitos em preceptoría, sejam estes na formação contínua destes profissionais – como descrito no relato destas duas experiências – ou na valorização profissional, que inclui o incentivo financeiro para o exercício da função e estímulo à qualificação para o papel de educador.

Há ainda aspectos importantes a analisar no modelo de residência implantado pelos PRM como: a proporção entre residentes e preceptores; o grau de vulnerabilidade social das populações adscritas; e a continuidade de investimentos para a formação de MFC em uma APS em expansão. Tais questões, se por um lado dificultam o exercício de uma boa preceptoría pela sobrecarga de tarefas, por outro podem trazer riscos à segurança do paciente e tornar o ambiente de ensino desfavorável.

Diminuir a sobrecarga e o acúmulo de funções sobre os preceptores para um bom equilíbrio entre suas atribuições na assistência, na educação e no seu papel da microgestão local, são ações que tornam o trabalho de preceptoría mais efetivo e



seguro. Além de tempo protegido para o preparo de aulas, seleção de artigos e elaboração de estratégias educacionais com cada residente, é fundamental que haja um equilíbrio entre número de residentes que estão sob sua supervisão e o tamanho da população por ele assistida. Trata-se de buscar um equilíbrio entre as responsabilidades de cuidado e de ensino. Dar tempo protegido aos preceptores para que se aperfeiçoem em atividades de formação pessoal, como cursos de pós-graduação, contribui para que possam construir uma trajetória profissional duradoura e gratificante.

Investimentos permanentes no fortalecimento dos PRM são essenciais para consolidar a reforma na APS não somente no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil e o desenvolvimento profissional para a docência é um dos gargalos dentro desse processo. Investir na carreira do MFC preceptor é promover a sua longitudinalidade no seu local de trabalho e, em última instância, produzir efeitos positivos na qualificação e na sustentabilidade de uma APS em concordância com os princípios do SUS.

## Colaboradores

MMV Izecksohn, JE Teixeira Júnior, BP Stelet e AG Jantsch participaram igualmente das etapas de concepção, revisão bibliográfica e redação do artigo e declaram não possuir nenhum interesse comercial na redação deste artigo.

## Referências

1. Starfield B. *Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Porto Alegre: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Heal Serv Res* 2003; 38(3):831-865.
3. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, Wulu J. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Heal* 2004; 58:374-380.
4. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: Is there an association? *J Public Health Med* 2002; 24(4):252-254.
5. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2012; 27(4):348-355.
6. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Turci MA, Macinko J. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. *Med Care* 2011; 49(6):577-584.
7. Vogel RL, Ackermann RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *Int J Health Serv.* 1998; 28(1):183-196.
8. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Hum Resour Health* 2003; 1(1):9.
9. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saude Pública* 2008; 24(Supl. 1):s21-s23.

10. Ponka D, Rouleau K, Arya N, Redwood-Campbell L, Woollard R, Siedlecki B, Dunikowski L. Developing the evidentiary basis for family medicine in the global context: The Besroul Papers: a series on the state of family medicine in the world. *Can Fam physician* 2015; 61(7):596-600.
11. Kidd M. *The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A Guidebook from the World Organization of Family Doctors*. Boca Raton: CRC Press; 2013.
12. Teixeira DS. *Residência médica em medicina de família e comunidade no Rio de Janeiro: o lugar do cuidado na estrutura curricular* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
13. Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface (Botucatu)* 1998; 2(3):51-71.
14. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. *Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processos e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: OPAS; 2013.
15. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
16. Soranz DR. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade* 2014; 9(33):375-383.
17. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1471-1480.
18. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 19 maio.
19. Mendes CLA. *Perfil do profissional médico na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um modelo em transição* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
20. Guldal D, Windak A, Maagaard R, Allen J, Kjaer NK. Educational expectations of GP trainers. A EURACT needs analysis. *Eur J Gen Pract* 2012; 18(4):233-237.
21. Neighbour R. *The Inner Apprentice: An Awareness-Centred Approach to Vocational Training for General Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Boca Raton: CRC Press; 2004.
22. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943; 50(4):370-396.
23. Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: O complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis* 2011; 21(1):65-85.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente*. Brasília: MS; 2014.
25. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, Reason J, Schyve P, MPhil VC, Walton M. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*. Vol. 1. Assessment. AHRQ Publication No. 08-0034-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. [acessado 2016 out 14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>
26. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC. *Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade*; 2014. [acessado 2016 out 14]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
27. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº1.618. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial da União* 2015; 1 out.
28. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2015; 26 maio

---

Artigo apresentado em 17/10/2016

Aprovado em 05/12/2016

Versão final apresentada em 07/12/2016