

# Modelos de Preceptoria de Residências em Medicina de Família e Comunidade no Brasil

## Preceptorship Models of Family Medicine Residencies in Brazil

Bruno Henrique Soares Pessoa<sup>1</sup>  
Thiago Gomes da Trindade<sup>2</sup>  
Eneline de Andrade Heráclio Gouveia<sup>3</sup>

### RESUMO

Os modelos de preceptoria na residência de medicina de família e comunidade influenciam a qualidade da assistência, a rotina de trabalho do preceptor e a aprendizagem dos residentes. Esse artigo se propôs a identificar os modelos existentes e categorizá-los, bem como analisar suas fraquezas e fortalezas. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura em bases de dados eletrônicas, ampliadas por busca em todos os números das Revistas Brasileiras de Medicina de Família e Comunidade e de Educação Médica. Foram incluídos 14 artigos na revisão, o que resultou em três modelos gerais de preceptoria, com ao menos sete configurações diferentes. Verificou-se que o modo de vinculação do preceptor às equipes e unidades de saúde era o fator mais determinante na configuração dos modelos. Os estudos incluídos nessa revisão eram oriundos em sua maioria da região sudeste do país. Também foi observado que os modelos de preceptoria onde o residente compõe equipe e o preceptor se vincula a mais de uma equipe, foi uma estratégia usada para provimento de médicos para a Atenção Primária a Saúde e expansão dos programas de residência. A formação docente dos preceptores se mostrou central na formação do médico residente, independente do modelo de preceptoria adotado.

### DESCRITORES

Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Preceptoria; Internato e Residência.

### ABSTRACT

The preceptorship models in the family medicine residency influence the quality of care, the preceptor's work routine and the residents' learning. This article aimed to identify existing models and categorize them, as well as analyze their weaknesses and strengths. For this, an integrative review of the literature was carried out in electronic databases, expanded by searching all issues of the Brazilian Journals of Family and Community Medicine and Medical Education. Fourteen articles were included in the review, which resulted in three general preceptorship models, with at least seven different configurations. It was found that the way the preceptor was linked to the teams and health units was the most determining factor in the configuration of the models. The studies included in this review were mostly from the Southeast region of the country. It was also observed that the preceptorship models where the resident forms a team and the preceptor is linked to more than one team, was a strategy used to provide doctors for Primary Health Care and expansion of residency programs. The teaching training of preceptors proved to be central in the training of the resident physician, regardless of the preceptorship model adopted.

### DESCRIPTORS

Primary Health Care; Family Practice; Preceptorship; Internship and Residency.

<sup>1</sup> Mestre. Médico. Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. ORCID: 0000-0003-0078-9729

<sup>2</sup> Doutor. Médico. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. ORCID: 0000-0001-8178-0982

<sup>3</sup> Mestre. Médica. Preceptora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil. ORCID: 0000-0002-6037-2186

Historicamente as residências em medicina de família e comunidade (MFC) apresentam uma baixa procura quando comparada a outras especialidades médicas<sup>1</sup>. A taxa de ociosidade dessas vagas gira em torno de 70%<sup>2,3</sup>. Diversos fatores são associados a essa baixa procura: remuneração menor quando comparada a outras especialidades, vínculos trabalhistas precarizados, elevada carga de trabalho, baixo prestígio social, estágio de graduação com preceptores sem formação na prática em Atenção Primária a Saúde (APS) e uma visão negativa da especialidade, até mesmo com discursos depreciativos proferidos pelos professores em relação à MFC<sup>4</sup>. Em contrapartida, uma pesquisa feita com residentes e egressos de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), agrupou os fatores mais relacionados positivamente à escolha da especialidade entre eles: aspectos pessoais (compromisso social, senso de missão, aptidão e afinidade com a especialidade; características da RMFC (menor tempo de duração, grande quantidade disponibilizada de vagas); e características intrínsecas da especialidade (diversidade de casos, oportunidade de realizar procedimentos ambulatoriais, carga horária média semanal, tipo de relação médico-paciente, assistência predominantemente ambulatorial, longitudinalidade do cuidado, trabalho na comunidade, entre outros)<sup>5</sup>.

No âmbito internacional, a União Europeia reconhece desde 1986 a necessidade de treinamento específico para os MFC e torna essa formação obrigatória em todos os Estados-Membros. Em 1993 uma diretiva do Parlamento Europeu condiciona o exercício da Medicina de Família à obtenção de um

título ou diploma de qualificação formal, para trabalhar nos Sistemas de Saúde Nacionais de cada Estado-Membro, a partir de 1995<sup>6-8</sup>. Para que haja avanço com relação a essa regulamentação no Brasil algumas estratégias estão sendo consideradas, como por exemplo: a universalização das vagas de residência, com orientação de 40% das vagas para acesso direto em MFC, e outras estratégias multifacetadas para a ocupação de vagas, com destaque para a obrigatoriedade da residência em MFC para futuros ingressos na APS brasileira<sup>9,10</sup>.

Diversas políticas públicas foram desenvolvidas a fim de reorientar a formação médica, com enfoque na APS. No que tange a residência, o Programa Mais Médicos (PMM) motivou uma expansão no número de vagas de residência em MFC, tanto pela ampliação dos programas já existentes quanto pela criação de novos programas. No entanto, a criação dessas vagas não foi acompanhada de estratégias efetivas de preenchimento das mesmas, contrariando recomendação da SBMFC<sup>11</sup>. Os resultados dessa expansão podem ser verificados quando se olha a série histórica. Em 2003, existiam 29 PRMs em MFC, com 218 vagas anuais passando em 2014 para 138 programas com 1.040 vagas autorizadas. Em consulta realizada em 2019 junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), são 3.587 vagas anuais distribuídas em 285 programas<sup>12-16</sup>, o que corresponde a cerca de 14% das vagas de acesso direto, ainda abaixo dos 40% praticados em países com APS de qualidade<sup>9</sup>.

A *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA), preconiza que a

formação de futuros MFCs, deve se dar na maior parte do tempo com Médicos de Família e em ambientes clínicos onde estes atuam, enquanto outros níveis de atenção são úteis para apoiar no desenvolvimento de habilidades específicas<sup>17</sup>. Nesta mesma linha, a resolução que regulamenta os programas de residência em MFC no Brasil exige que no mínimo de 70 a 80% da carga horária total do PRM sejam realizadas em serviços de APS. Esta mesma resolução, prevê que “os preceptores de estágios em Atenção Primária poderão ser da mesma equipe de saúde da família ou integrar a equipe da unidade de saúde que receberá o residente”<sup>18</sup>.

A Austrália também experimentou, a partir dos anos 1970s, uma rápida expansão de sua APS, baseada na MFC<sup>19</sup>. Essa expansão se deu em associação a ampliação da formação de força de trabalho na especialidade. Para isso, os Médicos de Família atuantes no sistema de saúde australiano foram incentivados a participar dessa formação enquanto preceptores. A demanda por formação foi tão intensa, que já não era possível garantir uma preceptoría baseada apenas no modelo “tradicional” - de um residente para um preceptor. Por isso, novos modelos de preceptoría foram propostos para a realidade australiana, inclusive com a possibilidade de supervisão a distância<sup>20,21</sup>.

No Brasil esse problema se repete. Hoje existem 5.438 titulados em MFC, correspondente a menos de 2% dos especialistas do país. Mesmo com a alta taxa de desocupação (73,9%) das vagas de PRM em MFC<sup>6</sup>, já existem relatos da dificuldade de prover preceptoría especializada para os residentes que ingressaram nos PRM em

MFC. Em alguns programas a proporção de residentes por preceptor chega a 4:1<sup>5,22,23</sup>.

O estágio na Atenção Primária a Saúde (APS) deve ocupar mais de 70% da carga horária do residente em MFC, portanto a preceptoría nesse nível de atenção desempenha um papel central na formação. Diante da demanda crescente de residentes, num cenário de poucos especialistas preceptores, diferentes modelos vêm sendo testados no Brasil. Em muitos programas de residência brasileiros esse estágio se dá de forma longitudinal, ficando inserido o residente numa mesma unidade de atenção primária, mais comumente da estratégia de saúde da família, durante todo o seu período de formação (2 anos).

A literatura nacional<sup>22-24</sup> e internacional<sup>21</sup> a respeito do tema ainda é escassa, principalmente quando se refere a modelos de preceptoría e inserção dos residentes no cenário de prática da APS. Algumas possibilidades de arranjo de preceptoría, a depender do número de residentes e espaço físico na unidade são descritas na literatura, mas em um contexto em que os residentes atendem unicamente pacientes vinculados a agenda do preceptor: consultas supervisionadas, *report back* e consultas paralelas<sup>25</sup>. No Brasil, no entanto, foram observados outros arranjos diversos de inserção dos residentes e preceptores nas equipes de atenção primária. A legislação prevê que o preceptor deve compor “a equipe de saúde da família ou integrar a equipe da unidade de saúde que receberá o residente” e que os residentes devem receber supervisão permanente, entretanto no Brasil médicos residentes também podem compor equipes de Saúde da Família<sup>26</sup>. Carecemos

de informação sobre quais modelos estão vigentes no Brasil, grau de recomendação e os fatores que levam a escolha de um modelo em detrimento dos outros. Diante da contínua expansão das vagas de PRMs em MFC e da possibilidade dos programas de residência nessa especialidade comporem uma das estratégias de provimento de médicos em áreas de baixa retenção<sup>10</sup>, torna-se cada vez mais necessária a busca de respostas a essas perguntas. O objetivo dessa revisão foi identificar quais os modelos de preceptoría em MFC existentes no Brasil e categorizá-los, analisando suas fortalezas e fraquezas.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, caracterizada por uma busca sistematizada de estudos, tendo como critério de inclusão artigos que descrevessem a preceptoría em residência em MFC; e como critérios de exclusão artigos que não descrevessem como era feita inserção do residente e do preceptor na equipe da estratégia de saúde da família ou carteira de pacientes, bem como trabalhos que se referissem a um mesmo estudo.

A busca foi realizada, de julho a agosto de 2019, nas seguintes bases de dados: MEDLINE (MEDlars onLINE), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foi feita consulta ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde, disponível e ao Medical Subject Heading (MeSH), disponível em, a fim de realizar desambiguação dos termos, tendo sido utilizados: “Family

Practice”, “Preceptorship” e “Residency”. Trabalhos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, sem limite de tipo de literatura, foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos, por dois pesquisadores de forma independente, que decidiram os dissensos de forma consensual, a partir da leitura da íntegra dos textos.

Dos artigos incluídos na revisão foram extraídos elementos que descrevessem o modo de inserção dos residentes e preceptores de PRMs em MFC em equipes de APS, que compreendesse o estágio longitudinal de APS desses programas. Foram extraídas, para fim de caracterização do modelo de preceptoría, as seguintes informações: a) o vínculo do preceptor à unidade de saúde; b) se o preceptor compõe uma equipe de APS; c) se o preceptor está vinculado a mais de uma equipe de APS; d) se o residente compõe equipe sozinho; e) quem pratica majoritariamente assistência à saúde nessas equipes: residentes, preceptores ou ambos; f) a que instituição o preceptor está vinculado: de ensino ou assistencial; g) fortalezas e fraquezas do modelo de preceptoría adotado; h) proporção de residentes por preceptor; i) se existe complementação financeira da bolsa do residente; j) a instituição que mantém o programa e sua localização. A partir da categorização destas características foram identificados os modelos de preceptoría em estágio longitudinal de APS de PRMs em MFC. Por fim, foi avaliada a qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão para classificação de nível de evidência segundo a SORT (Strenght of Recommendation Taxonomy).

Considerando a Resolução nº 510, de

7 de abril de 2016, que dispensa de registro nos sistemas dos Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa aquelas pesquisas realizadas exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica, esta pesquisa não foi submetida a apreciação ética.

## RESULTADOS

A busca nas bases de dados retornou 43 títulos, dos quais foram excluídos 31 a partir da leitura do resumo e/ou do texto na íntegra (Quadro 1). Ao todo foram incluídos 14 artigos nesta revisão integrativa, suas principais características estão sumarizadas abaixo (Quadro 2).

Para a construção de modelos de preceptoría em estágio longitudinal de APS nas Residências em MFC, os autores identificaram oito características principais nos relatos sobre a condução da preceptoría:

**1) Vinculação do preceptor a unidade ou equipes de saúde:** os preceptores na maior parte das vezes estavam vinculados a apenas uma unidade de saúde da APS, mas poderiam estar vinculados a mais de uma equipe. No programa da SMS do Rio de Janeiro o modelo preconiza que o preceptor se vincule a duas equipes de uma mesma unidade de saúde; em João Pessoa no PRM da UFPB existe um preceptor por unidade de saúde, com 4 equipes de saúde da família em cada unidade de saúde; na proposta da Rodrigues RD *et al* (2016)<sup>27</sup>, visando a expansão dos PRMs em MFC existe a previsão de um mesmo preceptor estar vinculado a mais de uma unidade, portanto a mais de uma equipe, desde que estas

unidade sejam geograficamente próximas e que configure uma exceção;

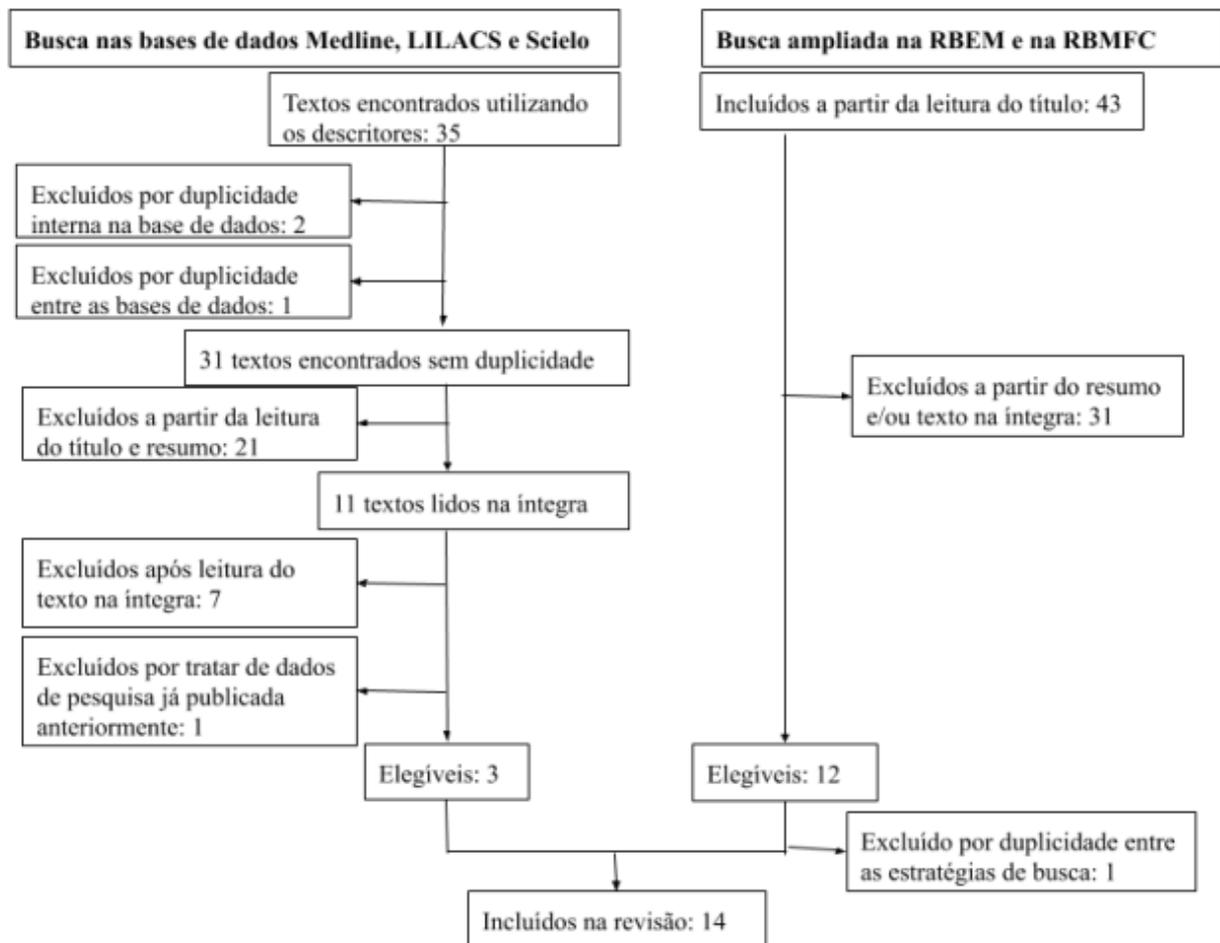
**2) Vinculação do residente a equipe** em todos os modelos descritos foi possível verificar que os residentes se vinculam a apenas uma equipe de APS, mas existe uma diferença na composição: naqueles programas em que o preceptor se vincula a mais de uma equipe o residente **compõe equipe sozinho**, ou a divide com outro residente, ficando responsável pela assistência à saúde daquela equipe;

**3) Responsável pela assistência à saúde: prestada majoritariamente por residente e/ou preceptor:** naqueles programas onde o preceptor se vincula a uma única equipe o médico de referência daquela equipe é o próprio preceptor, exercendo assim uma função assistencial em conjunto com os residentes que estão sob sua supervisão, diferente dos modelos onde o residente compõe equipe;

**4) Vínculo de trabalho do preceptor** (se à instituição responsável pela assistência à saúde ou à instituição de ensino responsável pelo programa): em todos os casos onde foi possível extrair essa informação, o vínculo do preceptor é com a instituição assistencial; vale destacar que em muitos casos a própria instituição assistencial é a instituição de ensino responsável pelo PRM;

**5) Proporção de residentes por preceptor:** existiu uma variabilidade de 1:1 até 4:1;

**6) Complementação financeira:** nos modelos em que o preceptor se vincula a mais

**Quadro 1** Fluxograma da busca para revisão sistêmica

de uma equipe e que, portanto, os residentes compõem equipes de APS sozinhos ou em companhia de outro residente, foi verificada a complementação financeira da bolsa do residente. Naqueles programas onde o médico de referência da equipe é o preceptor foi verificado que a bolsa dos residentes ora era complementada, ora não era complementada;

**8) Instituição responsável pelo programa:** 8 estudos se referiam a PRMs da região sudeste, 3 estudos referiam-se a programas da região sul e apenas 1 artigo se referia a um estudo feito com programas da região nordeste. A instituição que mantém o

programa de residência (se de ensino superior pública ou privada, ou se assistencial pública ou privada) não parece ser determinante no modelo de preceptoría adotado.

A partir dessas informações os autores puderam agrupar as características de 1) vinculação do preceptor à unidade e equipes de saúde; 2) se residentes compõem equipe sozinho; e 3) se prestam assistência à saúde de forma majoritária nessas equipes, categorizando três modelos principais de preceptoría, que podem apresentar pequenas variações nos diferentes programas de residência (Tabela 1).

**Quadro 2.** Artigos resultantes da busca desta revisão e suas principais características.

| Título   | Publicação  | Autores  | Forma de busca | Objetivo  | Metodologia  |
|--|---|--|----------------|---|--|
| Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. <sup>24</sup> | Ciência & Saúde Coletiva, 22(3), 737–46. 2017                                 | Izecksohn, MMV, Teixeira Jr JE, Stelet B, Jantsch AG | Bases de dados | 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.   | relato de experiência  |
| A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. <sup>30</sup>        | Interface: Communication, Health, Education, 21, 1301–13. 2017                | Storti MMT, de Oliveira FP, Xavier AL                | Bases de dados | Identificar estratégias para criação ou expansão de vagas de seis Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade promovidas por gestores municipais que podem contribuir para a universalização de vagas de residência médica e para o provimento em longo prazo de médicos propostos pelo PMM | pesquisa qualitativa exploratória realizada  |
| Estudos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: a questão da preceptoría. <sup>23</sup>              | Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2014 | Castells MA.   | Bases de dados | realizar um estudo descritivo da preceptoría nestes programas, com base na percepção do preceptor sobre a sua agenda de trabalho e sobre as suas atribuições.   | estudo exploratório-descriptivo, abordagem quanti e qualitativa; utilizadas as técnicas de grupo focal e aplicação de questionário com perguntas fechadas. A análise dos dados por análise de conteúdo |
| Proposta de um Programa para a Formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade <sup>22</sup>                               | Revista Brasileira de Educação Médica, 32(1), 40–48. 2008                     | Rodríguez CA, Cassias A L, Kolling MG                | Ampliada       | oferecer uma proposta de programa para a formação do RMFC inserido no PSF e onde se integra o processo formativo ao assistencial por meio da formação em serviço, entrelaçando a Faculdade de Medicina com os órgãos responsáveis pela saúde e pela formação do residente                                   | ensaio teórico-reflexivo   |
| Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca <sup>27</sup>         | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 10(34), 1–9. 2015     | Junior JCP.  | Ampliada       |   | Entrevista   |

|  |  |   |          |  |   |
|--|--|---|----------|--|---|
| O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba <sup>29</sup>  | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 9(30), 300. 2014   | Poli Neto P.  | Ampliada |  | Entrevista  |
| O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis <sup>37</sup>   | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 9(30), 300. 2014   | Lermen Jr N.  | Ampliada |  | Entrevista  |
| O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro <sup>35</sup>  | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 9(30), 67. 2014    | Soranz DR.  | Ampliada |  | Entrevista  |
| A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência <sup>5</sup> | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 13(40), 1–12. 2018 | Sarti TD, Dala M, Dalla B, Mara S, Bof S, Cristina S, Cruz, DS                                  | Ampliada | Discutir o processo de implantação de três Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) em uma capital da Região Sudeste do Brasil na perspectiva da interface dos programas com a organização do sistema de saúde local | relato de experiência   |
| Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade <sup>39</sup>                                       | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 3(11), 180. 2016   | Rodrigues, RD, Anderson MIP, Bourget, M MM, Dalla, MDB, Castro Filho ED                         | Ampliada | objetivo de colaborar para que estes novos e, também, os antigos programas de RMFC se desenvolvam com base em uma estrutura programática e didático-pedagógica coerente e qualificada  | versão adaptada, para número suplementar da RBMFC, do documento original da SBMFC, editado em 2005, sob o mesmo título. |
| Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS <sup>29</sup>  | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 13(40), 1–8. 2018  | Soares R. DS, Oliveira F P, Melo Neto AJ, Barreto, DDS, Carvalho, ALB, Sampaio J, Figueiredo AM | Ampliada | O objetivo deste trabalho é analisar aspectos organizacionais e pedagógicos de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade   | relato de experiência   |
| Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências <sup>24</sup>                                 | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 13(40), 1–8. 2018  | Garcia AP, Cadioli L M, Lopes Júnior A, Gusso G, Valladão Júnior JBR.                           | Ampliada | compartilhar as políticas institucionais e experiências de preceptoria em nosso programa de residência médica, bem como apontar as múltiplas adversidades existentes e possíveis formas de enfrentamento   | relato de experiência   |

|  |  |   |          |   |                       |
|--|--|---|----------|---|-----------------------|
| O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo          | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 13(40), 1–16. 2018 | Machado, L. B. M., Marques, C. C., Rodrigues, L., Sperling, S., Machado, N. C., Gusso, G. D. F., & Valladão Jr., J. B. R. | Ampliada | Apresentar os passos adotados para a construção de um currículo de competências dentro do programa de residência em medicina de família da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; descrever características e diretrizes fundamentais do currículo de competências relacionadas aos seus três atributos centrais: ferramentas de aprendizado, metodologias docentes e processos avaliativos; e, por fim, descrever comparações do uso de instrumentos de avaliação pelo nosso programa de residência e outras experiências na literatura | Relato de experiência |
| Experiências com estágios externos na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo <sup>35</sup> | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 13(40), 1–7. 2018  | Liu, GKH, Pontes MVCG, Silva KV, Mandia TM, Silva BLS, Valladão Jr JBR.   | Ampliada | Descrever o perfil de estágios externos realizados pelos médicos residentes no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo   | relato de experiência |

## DISCUSSÃO

O estágio na APS desempenha um papel central na formação do residente. Apesar disso essa modalidade de preceptoría parece ser tema recente de estudo científico, a busca de evidências para essa revisão nas bases de dados indexados encontrou poucos resultados, por essa razão precisou ser ampliada para outras bases de dados. A maioria dos trabalhos encontrados tinham como objetivo central abordar outros aspectos da residência. Dos estudos selecionados apenas três tinham como objetivo central o processo de preceptoría.

Dentre categorias identificadas, a que mais influenciou na determinação do modelo de preceptoría foi a vinculação do preceptor às equipes de saúde e às unidades de saúde da APS; O modo como o residente se insere nas equipes de Saúde da Família variou pouco, em todos os artigos os residentes se vincularam a apenas uma equipe de saúde durante um longo período de tempo, que variou de um a dois anos, configurando esse estágio de APS como longitudinal e possibilitando aos residentes criarem vínculos com equipes e usuários. A partir destas categorias foi possível identificar três modelos principais de preceptoría (Tabela 1).

**Tabela 1.** Modelos gerais de preceptoria, suas características e suas variações, elaborada pelos autores. Natal, 2020.

|          | Preceptor vinculado à unidade de saúde? | Preceptor compõe uma equipe de APS?      | Preceptor vinculado a mais de uma equipe de APS? | Residente(s) compõe equipe sozinho? | Assistência à saúde praticada majoritariamente por preceptor ou residente? | A que instituição o preceptor está vinculado: de ensino ou assistencial? | Proporção de residente por preceptor | Existe complementação financeira da bolsa do residente? | Localização  | Instituição mantenedora do PRM                        |
|----------|---|--|--|-------------------------------------|--|--|--------------------------------------|---|--|---|
| Modelo 1 | Sim                                     | sim                                      | Não  | não                                 | ambos  | assistencial   | 1:1<br>ou<br>2:1                     | sim ou não  | Curitiba, Florianópolis, São Paulo, Vitória  | Assistencial privada, SMS, IES Pública ou IES Privada |
| Modelo 2 | Sim                                     | não                                      | sim (2) ou (4)                                   | sim                                 | Residente  | assistencial   | 4:1<br>ou<br>2:1                     | sim   | João Pessoa e Rio de Janeiro   | IES Pública, SMS                                      |
| Modelo 3 | Não                                     | não (preceptoria em mais de uma unidade) | sim (preceptoria em mais de uma unidade)         | sim                                 | Residente  | ?  | ?                                    | ?   | versão adaptada, para número suplementar da RBMFC, do documento original da SBMFC, editado em 2005, sob o mesmo título. Proposta de expansão das vagas de residência, mas em caráter de exceção, desde que unidades muito próximas |   |

É importante destacar que a vinculação trabalhista dos preceptores, independente da natureza da instituição mantenedora do programa de residência, é com uma instituição responsável por prestar assistência à saúde, em grande parte, às secretarias municipais de saúde. Os artigos apontam preceptores que trabalham para o município (com diferentes formas contratuais) em suas unidades de saúde, enquanto os programas de residência podem ser das secretarias de saúde ou de instituições de ensino parceiras. Essa peculiaridade das residências em MFC se deve ao fato que a APS brasileira no SUS está organizada a partir dos municípios, que a princípio não tinham um caráter formativo. Esta é uma mudança recente na regulação pela CNRM que começou a prever a oferta de PRMs e criação de comissões de residência médica (COREMEs) em secretarias municipais e estaduais de saúde, antes essa prerrogativa era apenas de hospitais universitários e os PRMs necessariamente necessitavam estar vinculados a eles<sup>28</sup>. Até hoje, a maior parte dos programas de residência médica de outras especialidades são ofertados pela mesma instituição que mantém o serviço assistencial.

A oferta de programa de residência pode afetar diretamente o modo de trabalho do preceptor, muitas vezes afetando seu modo de inserção em equipes de APS, a depender do modelo de preceptoría adotado, o que pode comprometer a longitudinalidade do cuidado. Além disso, como viu-se, toda essa mudança ainda se dá num contexto em que a instituição que oferta o programa pode ser diferente daquela à qual o preceptor está vinculado, numa atividade que é muitas vezes não-remunerada, ao contrário do que se recomenda internacionalmente<sup>17</sup>. Esse vínculo dos preceptores com os PRMs muitas vezes se dá por ligação afetiva com o programa, de forma voluntária<sup>24</sup>. Boas estratégias de

integração ensino-serviço precisam ser pensadas para manter a sustentabilidade desses programas.

Neste estudo, nos dois modelos em que o preceptor não compõe equipe de APS sua função passa a ser predominantemente de ensino. Nos locais onde esse modelo foi adotado, independente da instituição que oferta o programa, houve um forte investimento da instituição assistencial para que os programas se tornassem sustentáveis<sup>29,30,31</sup>. Por exemplo, no Rio de Janeiro o município oferece as mesmas condições a todos os programas de residência, com complementação financeira de bolsa dos residentes de todos os programas, além de oferecer preceptor e campo de prática, bem como bolsa aos preceptores. Em contrapartida, todos os programas se comprometem a adotar o mesmo modelo de preceptoría proposto pelo município, que busca a expansão de sua rede, com provisão de médicos a partir da residência e proporção de 4 residentes e duas equipes de saúde para um mesmo preceptor<sup>31</sup>. Do mesmo modo, em João Pessoa, a secretaria municipal de saúde viabilizou estratégias como a edição de uma regulamentação<sup>32</sup>, a fim de viabilizar o modelo adotado de 4 residentes, em 4 equipes, por preceptor, em uma mesma unidade de saúde, onde todos os programas eram ofertados por instituições de ensino parceiras<sup>29</sup>.

As ações de integração ensino-serviço precisam ser bem articuladas e planejadas, nessa perspectiva, pois os modelos de preceptoría em que o preceptor não está mais inserido em uma equipe de saúde analisados nessa revisão visavam a expansão de vagas associado a provisão de médicos para a APS via PRM. Esses modelos ampliam a oferta de vagas com os preceptores existentes, mas, ao mesmo tempo, expõe o sistema de saúde a uma alta rotatividade de médicos, bem como torna as unidades de saúde campos de prática

da residência dependentes da presença do residente. Sabe-se que o residente tem outras atividades para além daquelas na unidade de APS, bem como existe uma dificuldade de atração de residentes para ocupar as vagas de PRM em MFC<sup>6,14</sup>, de modo que, se o município que oferta o PRM não preencher todas as vagas, corre o risco de não ter assistência em algumas de suas equipes de saúde. Encontra-se correlação de pagamento de bolsa complementar ao residente justamente nesses programas em que a residência faz ao mesmo tempo o papel formador e o papel de provimento de médicos para a APS. Em todos os programas onde o residente compunha equipe sozinho e o preceptor havia sido deslocado, existia essa complementação de renda, provavelmente para que o município não corra o risco de desassistência. No modelo em que o preceptor permanece vinculado a sua equipe de saúde a complementação poderia ou não ocorrer.

Para além do impacto na assistência, existe a preocupação com o papel que uma forte pressão assistencial pode ter sobre o aprendizado do residente, quando esses estão ocupando equipes. Nos estudos que relataram a experiência do Rio de Janeiro e João Pessoa<sup>29,33,34</sup>, que adotam esse modelo, é comum ver equipes sobrecarregadas de pacientes, inclusive contrariando a própria resolução da CNRM que prevê um máximo de 2.000 pessoas por equipe quando o residente compõe equipe de Saúde da Família<sup>18</sup>.

Além disso, existem relatos que ao “livrar” o preceptor da demanda assistencial não se garante necessariamente que ele preste suporte contínuo aos residentes, se não houver planejamento, treinamento e definições claras de seu papel formador. Podem surgir demandas que atravessam sua agenda, deixando os residentes sem supervisão e causando um sentimento de

despersonalização nesses profissionais. No estudo de Castells MA (2014)<sup>34</sup> foi observado que a falta de organização da agenda do preceptor para atividades docentes junto aos residentes fazia com que outras questões surgidas na ordem do dia, na maior parte das vezes gerenciais, fossem assumidas pelo preceptor.

Mesmo em programas onde não existe mudança da vinculação do preceptor com a equipe de saúde, alguns aspectos dessa articulação precisam ser discutidos. No caso das residências ofertadas no município de Vitória/ES, o modelo de preceptoria e a proporção de residentes por preceptor variam de acordo com a instituição que oferta esse programa, mas todos os preceptores são vinculados ao município, existindo uma ameaça à isonomia entre os preceptores. Neste exemplo existe uma situação paradoxal: uma instituição assistencial privada usa como campo de prática a rede assistencial pública ao invés de sua própria rede, e os preceptores são servidores do município e não os médicos dessa instituição. Ao município, cabe a gestão plena dos serviços que receberão os residentes, a elaboração de políticas que dimensionem todo o arcabouço estrutural e assistencial no qual o residente será inserido. São encontradas algumas fragmentações da gestão dos PRM, na integração ensino-serviço-comunidade: são três COREMEs independentes, uma Escola Técnica do SUS municipal como principal interlocutor da secretaria municipal de saúde, além de outras coordenações e setores que dispõem de algum grau de autonomia na gestão de processos de trabalho na rede<sup>5</sup>. Por exemplo, foi verificado que não existiam consultórios suficientes para todos os residentes, e é demandado ao preceptor que mantenha uma rotina de atendimentos a sua população, deixando-o sobrecarregado, o que pode

prejudicar seu suporte ao residente<sup>5</sup>.

O modelo de preceptoría em mais de uma unidade de saúde, por ainda ser uma proposta, não trazia essa avaliação de pontos fortes e fracos<sup>27</sup>.

Os programas que adotavam a proporção de um preceptor para um residente em uma mesma equipe<sup>35,36,37</sup>, reconheciam esse modelo como o modelo ideal, por ser o modelo adotado em outros sistemas de saúde onde a residência em MFC está mais estabelecida<sup>4,38</sup> e porque garantiria a longitudinalidade do cuidado, sendo o melhor modelo para as pessoas assistidas. Mas ainda não existe evidência suficiente para sustentar se esse modelo seria o melhor no aspecto educacional.

Não se pode avaliar qual modelo possibilitaria ao preceptor realizar o maior número de observações diretas de consultas; qual garante ao preceptor acompanhar a aquisição das competências planejadas no currículo ou qual modelo garante possibilidades de realizar avaliações multifacetadas com *feedback* adequado e contínuo, por exemplo.

O que se pode perceber nos estudos dos três modelos identificados foi a necessidade de formação docente dos preceptores para além da formação enquanto especialista em MFC<sup>5,27,33,34</sup>. O impacto do modelo de preceptoría adotado parece ser diminuído se o preceptor não utiliza ferramentas de ensinagem adequadas, tendo sua agenda atravessada e não prestando assistência adequada aos residentes sob sua supervisão<sup>23,34</sup>. As diretrizes do WONCA recomendam que os programas de residência devem desenvolver estratégias de treinamento de seus preceptores em habilidades educacionais<sup>17</sup>.

A partir dessa perspectiva, diversas iniciativas foram tomadas para sanar essa lacuna. Desde 2005 a SBMFC iniciou uma

Oficina de Capacitação de Preceptores, seguida de Oficinas de Capacitação de Multiplicadores<sup>27,39</sup>. O PRM da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro realizou 10 edições dos cursos de capacitação para a docência em MFC da Academia Europeia de Professores em Medicina de Família (EURACT)<sup>33</sup>. Em 2015 foi publicada portaria para viabilizar a formação de preceptores de Residências em MFC, visando a expansão das vagas desses PRMs<sup>26</sup>, o Plano Nacional de Formação de Preceptores. Este plano prevê dois eixos de formação: ofertar cursos de aperfeiçoamento em preceptoría para residentes de MFC e para médicos que já atuem enquanto preceptores de PRMs, inclusive com o pagamento de bolsa-formação.

O Brasil vem experimentando essa grande variedade de modelos de preceptoría em virtude da recente expansão nas vagas e programas de residência em MFC, notadamente a partir de 2013<sup>16</sup>. Essa expansão, como se viu, veio acompanhada de estratégias de provimento de médicos para a APS via PRMs em MFC, especialmente naqueles modelos onde o residente compõe equipe e o preceptor se vincula a mais de uma equipe. Vale a pena discutir este ponto neste momento pois, em documento da SBMFC<sup>10</sup> e, mais recentemente, uma carta assinada por um grande número de PRMs em MFC e por entidades estaduais vinculadas à SBMFC<sup>40</sup>, propõe-se que os programas de residência atuem mais fortemente nesta provisão de médicos, mediante complementação de bolsa, visando a manutenção da expansão das vagas de residência, no âmbito do Programa Médicos Pelo Brasil<sup>41</sup>.

A expansão parece ter sido bem-sucedida, hoje são 6.736 vagas (3587 de R1, 3.134 de R2 e 15 de R3) distribuídas em 285 programas<sup>22-24</sup>. Falta uma discussão mais aprofundada para saber se a estratégia de

provisão de médicos de APS por meio da residência é benéfica. Como estratégia de transição, parece ter sido efetiva, mas como verificado, os residentes que compõem equipe nessa estratégia experimentam uma grande pressão assistencial que não é benéfica para o aprendizado, o serviço fica dependente do preenchimento de vagas dos programas de residência, além de gerar uma alta rotatividade de médicos nas equipes em virtude do curto período de atuação do médico residente (no máximo dois anos). Também existe o risco de os municípios não realizarem estratégia de provimento e fixação de médicos efetivos nas equipes em virtude da provisão via PRMs; ao mesmo tempo, sabe-se que os PRMs a longo prazo qualificam essa rede, seja porque seus preceptores, quando bem formados e dedicados a atividades de supervisão, podem dar um suporte mais efetivo aos residentes; além disso PRMs de gestão municipal experimentaram uma expansão da cobertura de APS e melhoria da infraestrutura das unidades de saúde<sup>30</sup>.

## CONCLUSÕES

A grande variedade de modelos de preceptoria no estágio longitudinal de APS em PRMs em MFC surgidos no Brasil parece ter sido motivada pela expansão das vagas e programas nos anos recentes, associado a provisão de médicos na rede de APS via

PRMs, num cenário com poucos preceptores. Esta revisão conseguiu captar a experiência de 12 PRMs, grande parte da região sudeste do país, portanto é possível que existam outros modelos de preceptoria em uso nos 285 PRMs em MFC autorizados a funcionar em todo o território nacional, mas que ainda não foram publicados.

Os modelos exercem influência na atenção à saúde das populações, na rotina de trabalho dos preceptores e na qualidade da formação dos residentes. Com relação a esta última, a capacitação do preceptor em ensinagem e o uso pelo preceptor dessas estratégias parecem ter um papel central na qualidade da supervisão dos residentes, e o modelo de preceptoria adotado pode influenciar nas oportunidades de aplicação dessas estratégias.

Os modelos de preceptoria parecem ter cumprido seu papel na expansão dos PRMs, mas é necessário avaliar qual é o melhor modelo para equilibrar as demandas assistenciais da população e de provimento de médicos para a APS, com as demandas educacionais para a formação do Médico de Família e Comunidade. Esse estudo aponta a necessidade de validação desses modelos e avaliação de graus de recomendação para unificação de propostas de adoção de acordo com a realidade de cada um dos 285 PRMs em MFC do país.

## REFERÊNCIAS

1. Costa A, Pedro R, Magalhães S. Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9:295–9.
2. Sarti TD, Dala M, Dalla B, Mara S, Bof S, Cristina S, et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13:1–12.
3. Cassenote, Alex; Guilloux, Aline Gil Alves; Biancarelli, Aureliano; Miotto, Bruno Alonso; Mainardi GM. *Demografia Médica No Brasil 2018*. SCHEFFER M, editor. Vol. 1. Conselho Regional de Medicina de São Paulo; 2018. 286p.
4. Rohan-Minjares F, Alfero C, Kaufman A. How Medical Schools Can Encourage Students' Interest in Family Medicine. *Acad Med*. 2015;90:553–5.

5. Rodrigues LHG. Perfil dos residentes e egressos dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do estado de Pernambuco e os fatores associados à escolha da especialidade [Dissertação de Mestrado]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2018. (68p)
6. European Parliament and Council. Directive 93/16/EEC. to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications. Official Journal of the European Union. Brussels. 5 abr. 1993 ; OJ L 165, 7.7. p. 1-45
7. European Parliament and Council. Directive 2005/36/EC. On the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union. Brussels. 7 set. 2005 ; p. 713–85.
8. Michels NRM, Maagaard R, Buchanan J, Scherpbier N. Educational training requirements for general practice/ family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions. *Educ Prim Care*. 2018; 00:1–5.
9. Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! *Cien Saude Colet*. 2016;21:2667–9.
10. SBMFC. Carta aberta ao Governo federal, senadores e deputados federais, em exercício e eleitos, extensiva a sociedade civil - SBMFC [Internet]. Disponível em/ Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/carta-aberta-da-sbmfc-ao-carta-ao-governo-federal-senadores-e-deputados-federais-em-exercicio-e-eleitos-extensiva-a-sociedade-civil/> / Acesso em/ Access in 20 agsto 2019
11. SBMFC. Posicionamento [Internet]. Disponível em/ Available from: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/posicionamento/> Acesso em/Access in: 7 outubro 2019
12. SisCNRN [base de dados online]. Evolução do número vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil de 2014 à 2018 Disponível em/Available from <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category\_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192> Acesso em/Access in: 7 outubro 2019
13. Zambon ZLL. Necessidade crescente de Médicos de Família para o SUS e baixa taxa de ocupação nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade: um Paradoxo? [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2015. (212p)
14. Augusto DK. Residência em medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, editors. Tratado de Medicina de Família e Comunidade [recurso eletrônico]: princípios, formação e prática. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 447–52.
15. Brasil. Ministério da Educação. Evolução do número vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil 2014 à 2018 (Medicina de Família e Comunidade R1) [Internet]. Ministério da Educação. 2019. Disponível em/Available from: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\_docman&view=download&alias=103121-evolucao-de-vagas-2014-2018-mfc&category\_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192> Acesso em/Access in: 6 outubro 2019
16. Brasil. Ministério da Educação. Evolução do número vagas de Residência Médica autorizadas no Brasil 2014 à 2018 (Todas as Especialidades R1) [Internet]. Ministério da Educação. 2019. Disponível em/Available from: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\_docman&view=download&alias=103131-evolucao-de-vagas-2014-2018-especialidades&category\_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192> Acesso em/Access in: 6 outubro 2019
17. Wonca. Standards for postgraduate family medicine education. 2013. Disponível em/ Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/GetFile.aspx?oid=502C430B-B260-4C38-96B7-F17BCE5D992A> Acesso em/Access in: 10 outubro 2019
18. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. 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*. Brasília, 25 mai 2015; Seção 1, p. 11.
19. Trumble SC. The evolution of general practice training in Australia. *Med J Aust*. 2011;194:2009–12.
20. Laurence CO, Black LE, Cheah C, Karnon J. Is different better? Models of teaching and their influence on the net financial outcome for general practice teaching posts. *BMC Med Educ*. 2011;11:1–8.
21. Wearne SM. In-practice and distance consultant on-call general practitioner supervisors for Australian general practice? *MJA*. 2011;195.
22. 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;21:1471–80.
23. Castells MA, Campos CEA, Romano VF, Castells MA, Campos CEA, Romano VF. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoría. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40:461–9.
24. Garcia AP, Cadioli LM, Lopes Júnior A, Gusso GDF, Valladão JBR. Preceptoría na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2018;13:1–8.
25. Ramani S, Dent JA. *Clinical Teaching in Dent JA, Harden RM, Hunt D. A Practical Guide for Medical Teachers*. 6aEd. Polónia: Elsevier, 2021.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.618, de 30 de setembro de 2015. 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 12.87. Diário Oficial da União. Brasília, 01 out 2015; Seção 1, p. 30
27. Rodrigues RD, Anderson MIP, Bourget MMM, Dalla MDB, Castro Filho ED de. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2016;3:180.
28. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria do Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução no2, de 3 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de residência médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, No 131. 10 de jul 2013; Seção 1 p. 20.
29. Soares RDS, Oliveira FP de, Melo Neto AJ de, Barreto DDS, Carvalho ALB de, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2018;13:1–8.
30. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. *Interface Commun Heal Educ*. 2017;21:1301–13.
31. Junior JCP. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2015;10:1–9.
32. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria Nº.018.2016, de 06 de maio de 2016. Estabelece normas para a atuação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito do município de João Pessoa – PB e dá outras providências. *Semanário Oficial*. João Pessoa, nº 1528. 08 a 14 mai 2016 ; p. 27-9.
33. Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Cien Saude Colet*. 2017;22:737–46.
34. Castells MA. Estudos dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: a questão da preceptoría. 2014.
35. Liu GKH, Pontes MVCG, Silva KV, Mandia TM, Silva BLS, Valladão JBR. Experiências com estágios externos na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2018;13:1–7.
36. Poli Neto P. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2014;9:300.
37. Lermen Junior N. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Florianópolis. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2014;9:300.
38. Vicente VC, Oliver LL. Razones , retos y aportaciones del programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9:195–205.
39. Lopes JMC, Fernandes CLC, Curra LCD, Mattos LFC. (2009) Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade [publicação online]; 2009. Disponível em/Available from: <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/manualoficina/manual\\_oficina.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/manualoficina/manual_oficina.pdf)> Acesso em/Access in: 18 outubro 2019
40. SBMFC, AMMFC, AAMFC, ABMFC, ACMFC, ACeMFC, et al.(2019) Moção de apoio à emenda para complementação de bolsas dos programas de residência de Medicina de Família e Comunidade no Programa Médicos pelo Brasil.[publicação online] 2019. Disponível em/Available from: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-associacoes-estaduais-de-mfc-e-programas-de-residencia-de-especialidade-produzem-mocao-sobre-a-complementacao-de-bolsas/>> Acesso em em/Access in: 18 outubro 2019
41. Brasil. Presidência da República. Medida Provisória Nº 890, de 1º de Agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 01 ago 2019. Seção 1 - Extra, p.1

**CORRESPONDÊNCIA**

Bruno Henrique Soares Pessoa  
 Rod. PE27, Km 21, S/N. Privê Haras de Aldeia.  
 Chã de Cruz. Paudalho, Pernambuco. CEP: 55825-000  
 Email: brunohspessoa@gmail.com