

Supervisão de Casos em Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade: proposta de instrumento para avaliação à distância

Case Supervision in a Family and Community Medicine Residency Program: a distance assessment tool proposal

Carla Baumvol Berger

Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS pelo Grupo Hospitalar Conceição e Médica de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição.

Daniela Dallegrave

Doutora em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Eno Dias de Castro Filho

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Líder Médico no Proadi-SUS Regula Mais Brasil, Coordenador pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz no Projeto Cuidado Integral da ANS.

Renata Pekelman

Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Médica de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição.

Resumo

Propõe-se a utilização de um instrumento sistematizado para avaliação da supervisão de casos por preceptores de Medicina de Família e Comunidade. Justifica-se por considerar que a qualidade da supervisão oferecida ao residente é uma dimensão importante na formação. A elaboração do instrumento contou com a observação de videografações relacionadas a supervisão de casos como estratégia de qualificação dos preceptores. No cotidiano de trabalho, a supervisão ainda é, em grande parte, desenvolvida de acordo com experiência individual, sem considerar protocolos específicos. Nesse processo, discute-se o conceito de preceptor, a necessidade de alavancar a formação de médicos para atuação na Atenção Primária e de refletir sobre o uso de inovações tecnológicas na área da saúde. A utilização do instrumento e das videografações mostraram-se eficazes, servindo de subsídio para aprimorar tanto a técnica de observação, como a qualificação da supervisão.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Preceptor, Educação à Distância, Saúde Pública.

Abstract

Residency has been considered the best training system concerning the medical field. This paper discusses the use of an instrument to evaluate case supervision by preceptors in Family and Community Medicine. Due to the existing gap of family physicians working in Primary Health Care (PHC) and the urgency of opening new programs, there was a need for action to accelerate the training of

preceptors. It is emphasized that one of the most important dimensions in the daily life of a medical residency program is the quality of the supervision that the preceptor offers. Daily in a PHC clinic, this activity is developed according to individual experience, without obeying protocols. In this

process, the concept of preceptor is discussed, the need to leverage the training of PHC physicians and a reflection is made on technological innovations in the health area.

Keywords: Family Medicine, Preceptors, Distance Education, Public Health.

Introdução

Trata-se de artigo que apresenta a elaboração de um instrumento de avaliação das práticas de supervisão de residentes médicos, realizada por preceptores em programa de residência médica em medicina de família e comunidade gerido por uma instituição localizada na região sul do país e desenvolvido por prefeituras localizadas em cinco estados brasileiros. A aplicabilidade do instrumento foi analisada por meio de utilização de supervisão não presencial, dentro do contexto atual de novas metodologias de ensino a distância, neste caso síncrona.

Inicialmente, é realizada uma contextualização da formação na modalidade de residência médica no Brasil, apresentando algumas legislações pertinentes e também o cenário político que provocou a problematização do estudo apresentado. A seguir, realiza-se uma revisão do conceito de preceptor e da atividade de preceptoria, tal como tem se desenvolvido nos programas brasileiros, a fim de configurar a problemática de uma supervisão (realizada por profissionais que chamamos de preceptores-tutores) de supervisores (preceptores) a distância, desconhecida pelos autores antes da experiência relatada e que requereu a

produção de dispositivos capazes de garantir a qualidade empreendida pelo programa em questão. Apresentamos também a metodologia de elaboração do instrumento, as dificuldades e fragilidades do processo e os êxitos e reflexões proporcionados.

A intenção do artigo é instigar outros preceptores a repensarem seus processos de supervisão de residentes, pois percebemos que o instrumento elaborado não se restringe a aplicações para médicos, nem para a especialidade de medicina de família e comunidade.

Contextualizando a formação de médicos na modalidade residência no Brasil

A residência médica tem sido considerada o melhor sistema de formação de especialistas na área médica. O primeiro programa de residência que se tem informação ocorreu em 1889, no Hospital Johns Hopkins, nos Estados Unidos. À época, os médicos residentes moravam no hospital e ficavam disponíveis em tempo integral, por alguns anos, para que pudessem aprender a cuidar de pacientes sob a supervisão de médicos mais experientes¹. A

partir do sucesso desse modelo, outras instituições, ao longo dos anos, criaram – com pequenas adaptações – os seus próprios programas de residência.

No Brasil, a Residência Médica teve início oficial na década de 1970, a partir da publicação do Decreto nº 80.281², que no seu artigo 1º determina:

A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional².

Estabeleceu-se assim a residência médica e, no mesmo Decreto, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada diretamente ao Ministério da Educação.

A residência em Medicina de Família e Comunidade, por sua vez, teve início no Brasil em 1976, com três programas em diferentes estados (RS, RJ e PE). Nesse período, diferentes nomes, tais como “Medicina Preventiva e Social” e “Medicina Integral”, eram utilizados para caracterizar a formação médica no nível da Atenção Primária à Saúde (APS). A partir da Declaração de Alma Ata, em 1978, registrou-se uma expansão dos programas de residência nesta especialidade. Apenas em 1981, entretanto, a CNRM reconheceu a Medicina Geral Comunitária (nome utilizado à época)

como especialidade médica, possibilitando então o credenciamento de programas de residência na área³.

Posteriormente a essa fase, um estímulo importante para a expansão foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Esta iniciativa do Governo Federal se propunha a reorganizar a APS com uma mudança do modelo assistencial, utilizando-se de ações programáticas e desenvolvendo a intersetorialidade com o propósito de melhoria da atenção à saúde das pessoas⁴.

Assim, desde Alma Ata e a criação do PSF, houve uma abertura gradual de programas em todo o território nacional. Em 2002, contudo, o Ministério da Saúde passou a incentivar de modo mais explícito esta política, acarretando a abertura de novos programas por meio de incentivos financeiros diretos e estímulos, tais como a criação do Pró-Saúde, PET-Saúde, Pró-Residência e Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Em 2006, houve um fortalecimento do PSF, que passou então a ser definido como estratégia prioritária na reorganização da APS pela Política Nacional de Atenção Básica⁵, transformando-se em Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵. Entre 2002 e 2010, há um crescimento de vagas no primeiro ano de residência em MFC de 262%⁶, mas a proporção de ocupação dessas posições tem sido calculada apenas entre 20 e 30%⁷.

Mais recentemente, a residência médica sofreu novas mudanças importantes, com significativa

expansão de vagas. Este fato se deve à Lei 12.871/2013, conhecida como “a Lei do Mais Médicos”, que, em um de seus eixos, trata especificamente da formação de recursos humanos para o SUS. Segundo esta Lei, a partir de 2019, a residência em Medicina de Família e Comunidade passaria a ser uma etapa obrigatória para a formação de médicos na maioria das especialidades⁸. Para a realização do grande desafio de se cumprir a previsão legal da ampliação dos programas de residência na área, seria então necessário aumentar o número de novos preceptores, assim como propiciar a sua qualificação.

Ainda em 2005, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) divulga um documento que trata da expansão das residências em MFC no qual descreve detalhadamente todas as necessidades quanto a recursos humanos e a cenários de prática e infraestrutura para o desenvolvimentos dos programas⁹. No texto, fica clara a preocupação quanto à formação dos preceptores naquele cenário de defasagem de médicos, admitindo-se, num primeiro momento, que os mesmos não fossem MFC titulados, ou seja, portadores do título de especialista outorgado pela Associação Médica Brasileira/SBMFC. No entanto, indica como necessário que estes iniciassem o processo de formação como preceptores antes do início do novo programa e que já estivessem devidamente titulados na especialidade até o final do credenciamento provisório do PRM. Na formação de especialistas por meio da residência, parece

lógico que o preceptor seja especialista na área que orienta. Entretanto, a Resolução CNRM 01/2015, que estabelece os requisitos mínimos dos PRM em MFC, reconhecendo a falta de preceptores na área, indicando a “preferência” por preceptores especialistas em Medicina de Família e Comunidade sem, contudo, especificar a sua obrigatoriedade¹⁰.

Assim, a posição assumida pela CNRM era a de permitir, naquele contexto, que o preceptor não fosse um especialista, uma vez que a experiência de atuação na Atenção Primária poderia ser considerada suficiente para o desempenho da função, isto como estratégia para se garantir a expansão necessária. É importante chamar a atenção para o fato de que esse tipo de estratégia não foi exclusividade brasileira, uma vez que ocorreram situações similares em outros países³.

Todo o esforço no sentido da expansão das vagas de residência em MFC decorre do fato de não haver médicos especialistas em número adequado no Brasil para atuarem na Atenção Primária. Atualmente, o título de Médico de Família e Comunidade é obtido pela conclusão de programa de residência médica ou mediante a aprovação em concurso organizado pela SBMFC em convênio com a Associação Médica Brasileira. Um dos pré-requisitos para a inscrição é a comprovação de, no mínimo, quatro anos de prática profissional em APS. A prova é realizada habitualmente uma vez ao ano durante o Congresso Brasileiro da especialidade.

Ocorre que, ainda hoje, um número expressivo dos médicos que atuam na APS não realizou a sua formação através de residência na área. Em 2014, por exemplo, havia apenas 4.022 Médicos de Família e Comunidade registrados no Conselho Federal de Medicina¹¹. Levando-se em conta que existem 5.570 municípios no Brasil, podemos facilmente verificar que há menos de um Médico de Família e Comunidade por municipalidade¹², sendo que esta razão fica ainda menor se considerarmos que nem todos eles atuam na assistência à saúde. A *Lei do Mais Médicos* buscava justamente corrigir esse tipo de distorção constituída ao longo de décadas, impulsionando a expansão da formação de Médicos de Família e Comunidade.

É importante ressaltar que no cotidiano de um programa de residência médica, uma das dimensões mais importantes é a qualidade da supervisão que o preceptor oferece ao residente. Esta supervisão ocorre de diversas formas, podendo variar de acordo com o tipo de atendimento e cenário de prática¹³. Segundo Castells¹⁴, no programa de residência em MFC no Rio de Janeiro, são utilizados recursos metodológicos pelos preceptores tanto para a supervisão da prática diária quanto para os momentos de avaliação do residente. A residência é considerada uma atividade educativa que se desenvolve, essencialmente, por meio do treinamento em serviço (educação no trabalho), na qual parte do aprendizado se baseia na observação do modelo de médico demonstrado pelo preceptor e na discussão dos casos por ele apontados¹⁵.

Para acelerar o processo de formação e atingir a meta inicialmente proposta pelo Programa *Mais Médicos*, seria então necessário capacitar médicos que já trabalhassem na Estratégia Saúde da Família para atuar como preceptores de MFC. Atualmente, existem diversas formas de apoio ao desenvolvimento de preceptores no Brasil. Instituições como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Hospital Sírio-Libanês, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, a Academia Europeia de Professores de Medicina de Família (EURACT) e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) oferecem cursos de formação para preceptores, sendo que alguns são específicos para Médicos de Família e Comunidade. Os cursos desenvolvem sua carga horária associando momentos presenciais e à distância, abordando temas como o desenvolvimento de competências pedagógicas e de gestão, a realidade da formação médica, o planejamento educacional dos estágios, os princípios da MFC, da aprendizagem do adulto e do ensino centrado no residente e o papel do preceptor.

Foi nesse contexto de expansão que foi criado o Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, coordenado pelo Grupo Hospitalar Conceição, em formato “desconcentrado”, com supervisão à distância de preceptores. Por “desconcentrado” entende-se que há delegação de competências a outras instituições parceiras que participam do desenvolvimento do Programa sem, porém, deslocar-se o poder decisório, diferentemente

da “descentralização”, situação caracterizada pela redistribuição daquele poder¹⁶. O grupo de preceptores envolvidos na organização e coordenação deste programa, chamados de “preceptores-tutores”, elegeu o ato da supervisão do atendimento como um ponto principal a ser qualificado. Os preceptores-tutores já exerciam função de preceptores no seu atual local de trabalho (sede do programa), tendo assim, com a criação do novo programa, acumulado o papel de formadores de outros preceptores. Os preceptores-tutores envolvidos neste estudo são especialistas em MFC, com mais de dez anos de atuação no ensino de residentes e de estudantes de medicina.

Preceptoria

Há diversos atributos envolvidos na arte de ensinar e a residência médica não fica à parte dessa discussão. A capacidade de incorporar esses atributos de forma a criar situações favoráveis e subsidiar a reconstrução dos conhecimentos necessários ao aprendizado é o que diferencia os bons professores¹⁷. Diz-se que o professor (ou preceptor) deve centrar o ensino nas necessidades de seus estudantes (residentes), prática diferente do que se fazia preponderantemente no passado e do que ainda ocorre em muitos locais. A *International Association for Medical Education (AMEE)* defende a ideia de que ensinar e aprender estão intimamente relacionados, sendo que o objetivo de ensinar é incrementar o aprendizado. Assim, um bom professor, nesta perspectiva, é aquele que provê informação,

atua como *role model*, é um facilitador e um avaliador, fazendo planejamento e produzindo materiais para o desenvolvimento do aluno¹⁸.

Em diversos setores que prestam serviços, o professor é chamado de preceptor, tutor, supervisor ou, ainda, mentor¹⁹. Em 2008, Botti e Rego²⁰ conceituaram os diversos termos empregados na formação médica, sustentando que o preceptor é quem ensina a clinicar, integrando o aprendizado da academia com o do trabalho, devendo para tanto ter conhecimento e habilidade para desempenhar procedimentos clínicos, bem como competência pedagógica. O supervisor, por sua vez, é quem observa a atuação do supervisionado, zelando para que a exerça adequadamente. Deve demonstrar excelência no desempenho de habilidades técnicas e capacidade para proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional. No contexto da clínica, a atuação do preceptor e do supervisor é praticamente a mesma. Já o tutor é aquele que guia, que é o facilitador do processo de ensino-aprendizagem, processo este que deve estar centrado no aluno. O tutor, portanto, deve necessariamente apresentar competência clínica e capacidade de ajudar a aprender, além de ter uma compreensão da prática profissional em sua essência. O mentor, além de atuar como guia, deve ser um conselheiro, auxiliando o mentorando na busca de desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. Esta função exige uma capacidade de se responsabilizar, de oferecer suporte e de estimular o desenvolvimento do raciocínio

crítico. É interessante observar que o mentor, apesar da diferença conceitual em relação ao tutor, pode ser usado como sinônimo deste, ambos parecendo figurar como os “Educadores” no seu sentido mais amplo.

Em experiência recente no município do Rio de Janeiro, os preceptores do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade foram capacitados para trabalhar com docência por meio de oficinas com metodologias ativas, o que permite um melhor planejamento e aproveitamento dos momentos de ensino-aprendizagem sem, no entanto, ter a preocupação de avaliar a sua atuação na supervisão de casos²¹.

Metodologia

A falta de um instrumento de avaliação que auxiliasse os preceptores-tutores na supervisão dos preceptores, aliada à necessidade de desenvolvimento de novas tecnologias de educação, motivou a criação de um método sistematizado para facilitar este momento pedagógico. A operacionalização consistia na observação, num primeiro momento, de videogravações de situações nas quais o preceptor realizava a supervisão de um caso apresentado pelo residente. De forma concomitante, era aplicado pelos preceptores-tutores o instrumento de avaliação da supervisão criado pelos autores. Concebeu-se utilizar videogravações dessas situações com o propósito de fomentar uma autoavaliação apoiada e suscitar uma maior percepção sobre o modo

como a mesma é praticada, permitindo o seu aprimoramento. Esta experiência desenvolveu-se durante o processo de implementação do Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade²².

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição sob o nº 16111. Há Diretrizes e Normas Regulamentadoras para estudos envolvendo seres humanos e que, por ética profissional, podem ser estendidas à experiência de uso de videogravações em processos formativos, como o que foi realizado neste estudo. A Resolução 466/12 estabelece a necessidade de se assegurarem a confidencialidade, a privacidade e a proteção da imagem dos sujeitos participantes de pesquisas. Para tanto, foi necessário informar oralmente pacientes, preceptores e residentes de que eles poderiam ter suas imagens gravadas e esclarecer que elas seriam utilizadas apenas para fins de ensino e em ambientes seguros²³. Somente então era solicitado a cada um deles sua autorização expressa para uso de imagem via assinatura em documento padrão.

Sabe-se que a análise das videogravações representa o “padrão-ouro” no ensino de comunicação²⁴ por possibilitar que o sujeito consiga visualizar aspectos de seu desempenho e atitudes diante de uma pessoa, observando, entre outros aspectos, seus maneirismos e estilo de comunicação (verbal e não-verbal). Esta estratégia tem sido utilizada no ensino de habilidades de comunicação ao longo do período formativo de alunos e residentes^{14,25,26}.

As primeiras videograções de encontros clínicos de que se tem relato não foram de momentos de supervisão, mas de consultas. Ocorreram em Amsterdam, em 1954, com o objetivo de pesquisa. Posteriormente, no Reino Unido, esta prática foi ampliada e criada a metodologia *Problem-based Interview (PBI)*, ou seja, entrevista baseada em problemas.

No Brasil, esta metodologia tem sido utilizada apenas com estudantes e residentes de medicina em diversos cursos de curta duração e durante entrevistas a pacientes. A inovação que apresentamos é a de utilizar esta tecnologia na qualificação da preceptoria. Neste contexto, é importante lembrar que a supervisão de casos não é apenas pedagógica. Eventualmente poderiam surgir questões clínicas que necessitassem de alguma intervenção por parte do preceptor-tutor, no sentido de melhor responder a dúvidas quanto ao diagnóstico ou conduta médica trazida naquele encontro, mas esse tipo de intervenção foge ao escopo do presente artigo.

A inspiração para a criação deste instrumento de avaliação da supervisão foi o método *One Minute Preceptor (OMP)* – “Preceptor em um minuto”²⁷, o qual sugere uma estrutura onde são analisadas “micro-habilidades” a serem atingidas no processo de uma discussão de caso: (1) comprometer-se com o caso; (2) investigar as evidências de apoio; (3) ensinar regras gerais; (4) dar reforço positivo e (5) corrigir erros. Os autores realizaram uma livre adaptação desse modelo, orientada pela

valorização da narrativa do residente como ferramenta de aprendizagem, inclusive desdobrando-se alguns itens do OMP para favorecer este aspecto como, por exemplo, o destaque dado ao *feedback* para os avaliados, reiterando sua importância.

Resultados e Discussão

Os preceptores enviaram videograções de situações de supervisão de atendimentos aleatórios de seus residentes para serem analisadas e discutidas com os preceptores-tutores. A aplicação do instrumento nestes casos permitiu aos preceptores-tutores visualizarem como os preceptores procediam em determinadas situações e possibilitou realizar o *feedback* necessário.

Para fins de discussão neste artigo, foram analisadas três videograções, contando com a participação de um universo de três residentes e três preceptores. Os vídeos, com duração de até 10 minutos, abordavam casos supervisionados de situações clínicas frequentes na APS. Essas gravações foram observadas e discutidas no grupo composto por cinco preceptores-tutores, que fizeram suas considerações a partir do instrumento desenvolvido.

Posteriormente, o preceptor recebeu *feedback* oral desta supervisão, de forma privada, utilizando o instrumento como modelo. Cabe ressaltar que os preceptores tinham conhecimento prévio do OMP, abordado no Curso de Preceptoria do Hospital Alemão

Oswaldo Cruz, ofertado pelo Ministério da Saúde concomitante ao desenvolvimento da experiência relatada.

Indicando alguns atributos selecionados como fundamentais no processo de supervisão de caso, proporciona-se ao avaliador deste tipo de interação um quadro contendo o instrumento de avaliação, onde poderá ser identificado se o preceptor desempenha, desempenha parcialmente ou não desempenha os itens examinados.

No contexto de um programa de residência que conta com alguns anos de experiência na formação de Médicos de Família e Comunidade, os referidos itens podem parecer muito simples; entretanto, visto no contexto de um programa de residência recém-implantado, este recurso mostrou ser uma ferramenta muito útil.

Quadro 1 – Instrumento para avaliação da supervisão realizada por preceptores

A partir da utilização deste instrumento, foi possível analisar como se dava a supervisão de cada caso, isto é, avaliar se as várias etapas foram percorridas pelo preceptor ao facilitar o relato do atendimento realizado pelo residente e a elaboração de seu raciocínio clínico. É, portanto, uma tecnologia de ensino simples, mas que sistematiza o olhar sobre a supervisão de caso na especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

O número de videogravações de supervisão analisado foi delimitado, servindo de subsídio para aprimorar tanto a técnica de observação dos preceptores-tutores, quanto o instrumento de avaliação e também a qualificação da supervisão ofertada aos residentes. Foram identificadas dificuldades na *performance* de preceptores nas áreas de habilidades de comunicação, método clínico centrado na pessoa e relação médico-paciente. Os preceptores, por exemplo, tendiam a interromper a narrativa dos residentes e tomavam para si a elaboração da hipótese diagnóstica e a definição terapêutica. Com a aplicação do instrumento, foi possível apontar e explorar outras formas de tratar as questões apresentadas.

Ao criarem esta sistematização da avaliação da supervisão, os autores tinham como objetivos apoiar o processo de supervisão dos casos trazidos pelos residentes ao preceptor e identificar se ela era realizada de forma adequada, buscando estimular o estudo e a construção do conhecimento do residente em um ambiente protegido e acolhedor. Por ser parte de um processo continuado de qualificação de preceptores, seria pertinente a utilização frequente do instrumento por um período a ser definido e inserido no processo de avaliação de preceptores.

Embora a experiência de aplicação do instrumento tenha sido à distância, compreende-se que ele também possa ser

utilizado presencialmente. Cabe ainda ressaltar que na experiência relatada, a avaliação foi realizada por preceptores-tutores por serem eles os responsáveis pela qualificação, nada impedindo que possa ser realizada pelo grupo de preceptores de um serviço em prol deles mesmos, avaliando uns aos outros ou em processos de autoavaliação.

Acreditamos que esta experiência tenha sido rica, podendo servir de base para o planejamento de intervenções em outros programas de residência. Na medida em que propicia a autoavaliação, o instrumento pode se constituir como material de apoio continuado, orientador para um bom desempenho da atividade de preceptoria. Significa também uma transição entre diagnosticar o problema de um paciente para diagnosticar uma lacuna no treinamento do preceptor, sendo um passo importante na melhoria de sua habilidade de ensino.

É relevante até mesmo pensar na utilização deste instrumento para outras categorias profissionais que fazem atendimento de pacientes e oferecem supervisão aos residentes, pois seu formato permite que seja ampliado para outras áreas da saúde.

Considerações Finais

Acompanhar este processo de capacitação na modalidade à distância foi um desafio. Existe uma separação entre a ação desenvolvida e as possibilidades de avaliação. Isso propicia, por um lado, uma imparcialidade maior no processo de avaliação, mas, por outro, desperta um sentimento de possibilidade de “perda” de algo difícil de ser mensurado. Esta possibilidade de “perda” se dá pelo fato de o preceptor-tutor não estar presente no momento da videogravação, dada a própria natureza desta: trata-se de um recorte de uma interação, sem que o avaliador tenha uma vivência sincrônica com os acontecimentos e seus sujeitos.

Enfim, o processo de ensino-aprendizagem pode ser constituído de muitos formatos, métodos e tecnologias. Neste artigo, apresentam-se as videogravações e um instrumento sistematizado de avaliação e qualificação de preceptores como possíveis meios de se atingir este objetivo.

Pela ausência de uma pesquisa que avalie o impacto deste método ao longo de um tempo significativo, sugere-se que mais estudos sejam orientados com este fim.

Referências

- ¹ Relatório Técnico de Projeto. Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/FM/ UFMG. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde. Belo Horizonte. Março, 2009.
- ² Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências; 1977.
- ³ Falk JW. A especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina; 2005.
- ⁴ Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Informe Técnico. Rev. saúde pública, v.34, n.3, p.316-319, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>.
- ⁵ Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28.
- ⁶ Castro-Filho ED. Telessaúde no apoio a médicos de Atenção Primária [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina; 2011.
- ⁷ Trindade TG. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Seminário “Mudanças na Formação Médica no Brasil”. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. 2015.
- ⁸ Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, 2013.
- ⁹ SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade 2005. [mimeo.]
- ¹⁰ Resolução CNRM 01/2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2015. Seção1, p.11.
- ¹¹ Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015. [Capturado em 03/set/2019]. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>
- ¹². Pesquisa de Informações Básicas Municipais. [Capturado em 03/set/2019]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/>
- ¹³. Bentes A, Leite AJM, Montenegro APDR. Preceptor de Residência Médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: Nós mesmos! Cadernos da ABEM/Associação Brasileira de Educação Médica. Vol. 9 (outubro 2013), Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2013.
- ¹⁴. Castells MA, Campos CEA, Romano VF. Residência em Medicina de Família e Comunidade: atividades da Preceptoría. Rev. bras. educ. méd. [on line]. 2016; 40(3); p. 461-469.
- ¹⁵. Botti SHO. Desenvolvendo as Competências Profissionais dos Residentes. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. Vol. 11 (Supl.1), 2012.
- ¹⁶. Berger C, Dallegrave D, Castro-Filho ED. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. Rev. bras. med. fam. comunidade (Rio de Janeiro). 2017. 12 (39):1-10.
- ¹⁷. Hatem CJ, Searle NS, Gunderman R *et al.*. The Educational Attributes and Responsibilities of Effective Clinical Educators. Acad Med 2011;86(4):474-80.
- ¹⁸. Harden RM, Crosby J. The Good Teacher is more than a Lecturer: the twelve roles of the Teacher. Med. teach. 2000;22(4): 334-347.
- ¹⁹. Autonomo FRO, Hortale VAG, Santos GB, Botti SHO. A Preceptoría na Formação Médica e Multiprofissional com ênfase na Atenção Primária: análise das publicações brasileiras. Rev. bras. educ. méd. [on line]. 2015. 39(2); 316-327.
- ²⁰. Botti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis? Rev. bras. educ. méd. 2008. 32(3):363–373.
- ²¹. Izecksohn MMV, Teixeira-Junio JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. Ciênc. saúde coletiva, 2017, 22(3):737-746.

- ²². Berger CB. Desafios e perspectivas na implantação de um programa nacional de residência em medicina de família e comunidade [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Grupo Hospitalar Conceição; 2017.
- ²³. Resolução N^o 466 de 12 de dezembro de 2012. [Citada em 03/set/19]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- ²⁴. Dohms M, Tesser CD, Grosseman S. Potencialidades no Ensino-Aprendizagem da Comunicação Médico-Paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. Rev. bras. educ. méd. [on line] 2013, 37(3) p. 311-319.
- ²⁵. Poli-Neto P. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de Curitiba. Rev. bras. med. fam. comunidade. Rio de Janeiro, 2014, Abr-Jun; 9(31):192-194.
- ²⁶. Carrió FB, Dohms M, Fontcuberta JMB. Utilização da filmagem de consultas para o aprendizado. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Orgs.: Gusso G, Lopes JMC. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 421-9.
- ²⁷. Neher JO, Stevens NG. The One-Minute Preceptor: Shaping the Teaching Conversation. Fam. med., 2003; 35(6):391-3.

Quadro 1. Instrumento para avaliação da supervisão realizada por preceptores.

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

Fonte: Elaborado pelo autor.

Submissão: 09/08/2019
Aceite: 16/04/2020