

A preceptoria em medicina de família e comunidade e as estratégias de organização da atenção primária frente à COVID-19

Preceptorship in family practice and strategies for primary health care organization to face COVID-19

La preceptoría en medicina familiar y comunitaria y estrategias para organizar la atención primaria frente a la COVID-19

Denise Mota Araripe Pereira Fernandes ^{1,2}, Vilma Felipe Costa De Melo ², Brenda De Souza Ribeiro ³, Camille Feitoza Paredes Gomes ³, Lana Muriely Borges de Assis ⁴, Marina de Lima Pinheiro ⁴, Melissa Maria Medeiros de Moraes ⁴

¹ Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e FACENE.

² FACENE.

³ Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) - PB, Brasil.

⁴ SMS/JF/Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB), João Pessoa/PB, Brasil.

Resumo

Objetivos: Analisar a impressão de preceptores do programa de residência médica em medicina de família e comunidade (PRMFC) sobre as modificações ao modelo do ensino em serviço provocadas pelo contexto da pandemia de COVID-19. **Métodos:** Estudo qualitativo através da entrevista de preceptores da residência, visando categorizar o discurso dos sujeitos a partir do lugar de fala, usando o método hermenêutico-dialético. O mote foi ampliar a percepção experimental através dos discursos e entender as realidades concretas. **Resultados:** Permitiram a compreensão da vivência dos preceptores a partir da análise sob a ótica de três categorias: o processo de trabalho, a formação dos residentes orientando o serviço e o foco no atendimento aos sintomáticos respiratórios. **Conclusão:** O preceptor da residência médica em João Pessoa-Paraíba (PB), experimenta a liberdade de atuação como ferramenta de manutenção ao cuidado e na formação individualizada dos residentes, tidos como recursos significativos da comunidade na aprendizagem em medicina de família.

Palavras-chave: Covid-19; Preceptoria; Medicina de Família e Comunidade; Internato e Residência.

Autor correspondente:

Denise Mota Araripe Pereira Fernandes.
E-mail: deniseararipe@gmail.com

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP:

CAAE Nº 44113221.7.0000.5178

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 12/12/2020.

Aprovado em: 28/05/2021.

Como citar: Fernandes DMAP, Melo VFC, Ribeiro BS, Gomes CFP, Assis LMB, Pinheiro ML, Moraes MMM. A preceptoria em medicina de família e comunidade e as estratégias de organização da atenção primária frente à COVID-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2832. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2832](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2832)



Abstract

Objectives: To analyze the preceptors of family medicine impressions about the changes in the models of teaching due to the COVID-19 pandemic. **Methods:** Qualitative study that interviewed tutors at the medical residency, looking forward to categorize the subjects' discourse from the speaking place, using the hermeneutic-dialectic method. The motto was to expand the experimental perception through the speeches and to understand the concrete realities. **Results:** They allowed the comprehension of the experience of preceptors, through the analysis under the light of three categories: the working process, the medical residents' formation guiding the service and the focus on attending the respiratory symptomatic patients. **Conclusion:** The preceptor of the medical residency, in João Pessoa-Paraíba (PB), experiences the freedom of acting as a maintenance tool in the care and in the individualized training of medical residents, considered as significant resources of the community in the learning process in Family Practice.

Keywords: Covid-19; Preceptorship; Family Practice; Internship and Residency.

Resumen

Objetivo: Analizar la impresión de los preceptores del Programa de Residencia Médica en Medicina Familiar y Comunitaria (PRMFC) sobre las modificaciones al modelo de enseñanza en servicio provocadas por el contexto de la pandemia de COVID-19. **Métodos:** Estudio cualitativo a través de la entrevista a los preceptores de la residencia, con el objetivo de categorizar el habla de los sujetos desde el lugar del habla, utilizando el método hermenéutico-dialéctico. El lema era expandir la percepción experimental a través de los discursos y comprender las realidades concretas. **Resultados:** Fue posible comprender la experiencia de los preceptores a partir del análisis desde la perspectiva de tres categorías: el proceso de trabajo, la formación de los residentes que orientan el servicio y el enfoque en la atención de los síntomas respiratorios. **Conclusión:** El preceptor de la residencia médica, en João Pessoa-Paraíba (PB), experimenta la libertad de actuar como una herramienta para el mantenimiento del cuidado y en la formación individualizada de los residentes, vistos como recursos comunitarios significativos en el aprendizaje de la Medicina Familiar.

Palabras clave: Covid-19; Preceptoría; Medicina de Familia e Comunidade; Medicina Familiar y Comunitaria; Internado y Residencia.

INTRODUÇÃO

A forma como os serviços estão organizados no ambiente de trabalho atua como um determinante social de saúde (DSS). Tais estruturas podem contribuir reduzindo iniquidades, à medida que os profissionais exercem cuidados equânimes.^{1,2} O mesmo ocorre com a forma de organização dos sistemas de saúde – os orientados pela atenção primária à saúde (APS) têm os melhores resultados sanitários.³ Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), abordagem que organiza a APS no Brasil, vem possibilitando o acesso a tratamentos, reduzindo hospitalizações desnecessárias, diminuindo índices de mortalidade infantil, entre outros.⁴ O desempenho da ESF/APS pode ser avaliado através da análise de quatro recursos: acesso de primeiro contato para cada nova necessidade; cuidados focados na pessoa a longo prazo; atendimento abrangente para a maioria das necessidades de saúde da comunidade e coordenação do cuidado.²

Com o surgimento da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), os médicos de família e comunidade ganharam destaque, por atuarem preferencialmente nos cuidados primários, conhecerem a população e gerenciarem recursos. Além de detectarem o primeiro evento, coletam e distribuem informações críticas, triam e coordenam encaminhamentos na rede. Para tanto, os médicos de família e comunidade e seus residentes precisam de treinamento para manejar tais eventos.⁵ De uma perspectiva ética, trabalham juntos, compartilham informações e se apoiam mutuamente.⁶ A residência médica é o modelo ideal de formação desses especialistas.⁵

No que tange à formação dos médicos de família e comunidade, o programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (pró-residência) de 2009 foi criado para apoiar a formação de especialistas entendidos como prioritários ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas com baixo impacto na medicina de família e comunidade (MFC). Apenas através do programa mais médicos (PMM),

a partir da Lei nº 12.871/2013, que de fato a procura da MFC foi fortalecida com a garantia de vagas de residência e preceptorial através do plano nacional para formação de preceptores.⁵

Tal crescimento foi oportuno aos graduandos e à formação de médicos com perfil de atuação na APS, visto que as doenças emergentes vêm afetando as estruturas do SUS. Quando, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou o surto de COVID-19 como uma emergência de Saúde Pública, as portas de entrada dos serviços de saúde ao redor do mundo reestruturaram as estratégias para o enfrentamento deste desafio. A APS é resolutiva em casos leves e consegue encaminhar corretamente casos graves, sendo importante manter todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento, permitindo um maior acesso da população e somando-se à coordenação do cuidado e construção de fluxos para atendimento nas Redes de Atenção à Saúde.^{4,7,8,9}

A APS fortalecida acontece, dentre tantos modelos e premissas, às custas das Estratégias de Educação Permanente. Ao comparar com dados nacionais, o estado da Paraíba tem efetividade no processo de expansão e ocupação das vagas de residência em MFC, mecanismos de integração ensino-serviço-comunidade e atuação sinérgica entre os gestores do SUS e universidades locais com diálogo potente entre os diferentes grupos de preceptores e residentes.^{10,11}

O médico que adentra o território de uma comunidade vem a agregar, com competência cultural, a capacidade de ofertar cuidados em saúde em consonância com as crenças e práticas do povo em questão.¹¹ É desejável a esse profissional atuante na APS o ganho de habilidades de comunicação e competência cultural.¹² Acredita-se que a residência médica em MFC tem força propulsora à indução de mudanças nos serviços, bem como capacidade de contribuir à formação de profissionais motivados e capazes de responder às necessidades de saúde das pessoas.¹³ O envolvimento do preceptor permite estreitar a distância entre a teoria e a prática, auxiliando na construção de competências a serem destacadas e/ou corrigidas, até que os residentes tenham maior confiança e segurança em suas atividades diárias. Além da supervisão da prática do residente, o preceptor é capaz de servir como modelo no desenvolvimento e crescimento pessoal e, ainda, auxilia na formação ética dos novos profissionais.¹⁴

Ante a necessidade de qualificação dos médicos que atuam na APS, uma das iniciativas que têm sido cada vez mais utilizadas nesse sentido, em âmbito municipal, é o da criação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). Neste sentido, em João Pessoa-PB, no ano de 2014, foi criado o primeiro programa, vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Hoje, tem-se quatro programas, desenvolvidos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB e universidades locais, que somam mais de 70 médicos e médicas residentes, correspondendo a mais de um terço de todos os médicos atuantes na rede.¹³

Essa partilha de experiência busca relatar como os preceptores apoiaram o fluxo nas UBS com residência em MFC, e se organizaram frente à COVID-19 para manterem a formação de médicos de família e comunidade, cuidando das pessoas em suas necessidades. A pesquisa também analisou a percepção de preceptores dos PRMFC do município sobre as modificações no modelo do ensino em serviço, provocadas pela pandemia.

Contexto

O médico-residente em João Pessoa assume a função de líder da equipe de saúde da família (eSF). Quando há grande demanda assistencial, dois residentes são inseridos conjuntamente em uma mesma

equipe. Além da bolsa de residência ofertada pelo Ministério da Educação (MEC), os residentes recebem bolsa complementar da SMS-JP como forma de incentivar a busca pelo programa.

Dentro do cenário de formação dos residentes em João Pessoa, existiam quinze preceptores atuantes no PRMFC em 2020, mas apenas onze compartilharam relatos presentes no estudo. Mesmo se tratando de um grupo de trabalho coeso dos preceptores, as demandas assistenciais e as dificuldades de manejo do tempo de trabalho foram elencadas como possíveis distratores e motivos de perda dos dados, sendo menos relevantes no contexto da pesquisa, visto que as respostas colhidas conferem saturação da amostra. As respostas foram analisadas sob a ótica de três diferentes categorias de análise: o processo de trabalho, a formação dos residentes orientando a organização do serviço e o foco no atendimento aos sintomáticos respiratórios.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo que se propõe a categorizar o discurso dos sujeitos a partir de seu lugar de fala. O mote foi ampliar a percepção experimental, através dos discursos e compreender as realidades concretas. Utilizou-se o método hermenêutico-dialético, que entende a fala dos atores sociais situados em seu contexto para melhor compreender suas experiências.¹⁵

A coleta de informações para a construção do relato foi realizada através de uma pergunta norteadora registrada em um documento no qual os preceptores indicavam suas unidades pelo *google docs* e descreviam suas experiências. O *link* foi enviado aos preceptores através de um grupo de trabalho do aplicativo de mensagens *WhatsApp*. O programa conta com quinze preceptores, dos quais onze responderam ao seguinte questionamento: “como você entende o papel da preceptoria enquanto organizadora do processo de trabalho na UBS durante os dois primeiros meses da pandemia?”. A pesquisadora em questão, participante da tessitura do relato e também preceptora não respondeu à pergunta. A fim de garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por algarismos arábicos na exposição das falas.

Foram incluídos todos os preceptores do PRMFC da cidade de João Pessoa-PB. Não foram utilizados critérios de exclusão. Houve perda de quatro preceptores, que não responderam ao questionamento por motivos aleatórios, vinculados às dificuldades do dia a dia e ao pouco tempo disponibilizado para a coleta das respostas. A pesquisa foi submetida para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba sob o CAAE 44113221.7.0000.5178, sendo aprovada para desenvolvimento.

Para a sistematização dos relatos, realizou-se uma leitura do material para constituição do corpus, a partir da organização do conjunto das falas, considerando-se os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade, a fim de apreender a significação central do conceito, do qual emergiram as categorias de codificação sem caráter classificatório. Ademais, realizou-se uma exploração do material através de múltiplas leituras das mensagens para o delineamento de sentido e extração de frases significativas.

Os resultados da pesquisa social sempre serão aproximação da realidade não reduzida a dados de pesquisa, visto que a vivência na UBS é insubstituível. Uma possível interpretação qualitativa dos dados é o supracitado método hermenêutico-dialético.¹⁵ Existem pressupostos a tal método de análise: não há consenso e nem ponto de chegada na produção do conhecimento, a ciência se constrói em relações dinâmicas entre a razão dos que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta.

RESULTADOS

Para receber os residentes nos serviços e colaborar com os processos de aprendizagens envolvendo não apenas aqueles, mas os demais profissionais das equipes de saúde da família, foi proposta uma rede de atores com diferentes e articuladas atribuições. Em cada unidade de saúde integrada, há um preceptor médico contratado pela SMS-JP com especialização em medicina de família e comunidade, área afim ou com reconhecida experiência na ESF. Seu papel é estratégico para o suporte clínico e de gestão no âmbito da unidade e na relação com a gestão municipal, destacando-se: auxiliar os médicos residentes na resolução de problemas relacionados à clínica e/ou ao processo de trabalho; avaliar os residentes; e sempre que necessário dar retaguarda técnica e assistencial.¹³

De março a julho de 2020, os preceptores concentraram atividades na unidade de saúde, atuando na linha de frente com os sintomáticos gripais e adaptando o trabalho em prol da formação dos residentes. A formulação da pergunta norteadora pode ter induzido a resposta dos preceptores. Muitos preceptores demonstraram em suas falas preocupações quanto à atuação clínica, mesmo quando tensionados sobre o processo de trabalho, o que demonstra ponderação adicional e preocupação frente a uma doença desconhecida. Em um mesmo relato, várias frases fizeram sentido em diferentes espaços categóricos empíricos. Outras respostas demonstraram algumas das estratégias organizacionais que partiram da coordenação do PRMFC: criação de grupos de trabalho de pesquisa, divulgação de informações, apoio à saúde mental dos residentes e dos trabalhadores, construção de uma central telefônica de atendimentos pré-clínicos capaz de orientar e afastar trabalhadores em risco de adoecimento e apoio institucional aos residentes que ficaram sem preceptor por questões de adoecimento ou afastamento. O diferencial deste cenário foi a autonomia dos preceptores, sob apoio técnico da coordenação e orientação dos distritos sanitários, para o arranjo a nível local das unidades com base no processo de trabalho e formação.

O processo de trabalho: potenciais e percalços para atuação

Em relação à dinâmica do processo de trabalho, alguns preceptores relataram suas experiências que demonstram estruturas já implantadas pelo PRMFC e que se fizeram fundamentais para o fluxo otimizado da UBS durante a pandemia:

“A Unidade tem uma equipe muito boa, médicos de família egressos do nosso programa e 3 residentes do primeiro ano muito bons, que se organizaram e fui mais observador, contribuindo com uma coisa ou outra e como força de trabalho eventualmente.” (Preceptor 1)

“[...] conseguimos contar com a participação e colaboração de todos os profissionais, iniciando pelo acolhimento realizado pelos ACS que já organizavam o destino do paciente, quanto ao atendimento de síndrome gripal ou demais atendimentos de demanda espontânea/acompanhamento [...]” (Preceptor 4)

As redes sociais foram uma ferramenta bastante utilizada pelos profissionais na educação em saúde, com destaque na figura do preceptor que se responsabilizou pelo manuseio das plataformas, como narrado no trecho a seguir:

“[...] se fez necessária uma mudança no fluxo dos usuários na unidade, diminuindo assim o contato de usuários sintomáticos respiratórios (SR) com os demais usuários que foram veiculados

nas redes sociais do Bairro, da USF e nos grupos de WhatsApp, vídeo gravado pela gerente explicando o novo fluxo, folders, mapas e áudios, o que facilitou muito o processo de trabalho [...] As escalas foram feitas semanalmente, juntamente com vídeos para serem distribuídos por WhatsApp para comunidade pela preceptoria [...] (Preceptor 6)

Houve, ainda, relatos quanto às dificuldades encontradas em algumas unidades de saúde para organização dos métodos de trabalho, entremeadas com as dificuldades de atuação clínica, mesmo não tendo sido este o mote do questionamento aos preceptores:

"[...] Em nenhum momento consegui reunir com a equipe para discutir o processo de trabalho. [...] fizemos uma breve discussão do processo de trabalho a partir do protocolo do MS para manejo da COVID-19 na APS e do protocolo construído pela prefeitura de Florianópolis, mas apenas participaram as 2 R1 e a gerente da USF. A maioria do que foi discutido e definido não foi colocado em prática. [...]" (Preceptor 8)

"[...] Nos primeiros 2 meses e meio, sem enfermeiras na unidade e sem poder contar com assistência das técnicas, devido à alta demanda, todos os processos e organizações foram desenvolvidos com atuação da residência, que se dividiu entre dar conta de todas as demandas de atendimentos e no gerenciamento dos fluxos. Inicialmente tivemos problemas devido a afastamentos de profissionais e dificuldade para manter os funcionamentos acordados em reuniões. [...]" (Preceptor 9)

A formação dos residentes orientando a organização do serviço

O desgaste dos médicos residentes foi pontuado em diversas falas, sendo uma questão que demandou atenção especial dos preceptores, como evidenciado abaixo:

"Em maio foi necessário iniciar o acompanhamento dos residentes desta USF, pois, os mesmos encontravam-se em esgotamento [...] As principais funções da preceptoria/residência nesta unidade foram na melhor organização do serviço, no apoio emocional para os médicos residentes, atendimento com os residentes nos dois turnos presentes nesta USF e acompanhamento por telefone quando necessário." (Preceptor 5)

"[...] Houve demanda para que as residentes dessem suporte a uma comunidade próxima que ficou sem médico. No entanto, dialoguei com o distrito e eu me desloquei para que elas não saíssem de suas equipes (de forma a manter o cuidado longitudinal e priorizar a construção de vínculo e vivência) o processo de formação em serviço delas seria mais robusto [...]" (Preceptor 8)

O Preceptor 8 destaca a dificuldade em adequar as condutas das residentes de acordo com a medicina baseada em evidências:

"[...] No sentido de discussão clínica, mantive atualização das duas R1 a partir de cada protocolo lançado, porém tive dificuldade em sensibilizar as R1. Elas ainda não tiveram discussão de MBE e prevenção quaternária, e seguíam muitas orientações de médicos de outros serviços, como os serviços de urgência em que atuam. Ambas as R1 assumiram condutas com baixo nível de evidência, como uso de azitromicina e ivermectina na suspeita de COVID-19 apesar das discussões realizadas. [...]" (Preceptor 8)

Diante das limitações deste período, um preceptor lançou mão de meios alternativos para manter o acompanhamento da população adscrita:

“[...] Durante a pandemia, a unidade se adaptou ao trabalho restrito recomendado, inicialmente atendendo presencialmente apenas urgências e síndromes gripais, e depois retomando o cuidado das gestantes, das crianças e, ultimamente, dos doentes crônicos. [...] Durante todo o período, atendemos as demandas espontâneas de situações agudas, sem que houvesse aglomeração na sala de espera. [...] Revisei todos os prontuários dos pacientes diabéticos do último ano, o que proporcionou momentos pedagógicos com o residente, discussão de temas clínicos e também a alimentação das planilhas dos diabéticos [...]” (Preceptor 11)

Foco no atendimento aos sintomáticos respiratórios

Na abordagem aos pacientes com quadro de síndrome gripal, observamos diversos relatos denotando os diferentes métodos utilizados nos atendimentos, visando reduzir o risco de contaminação na unidade de saúde:

“[...] definimos inicialmente que (1) os pacientes com sintomas respiratórios seriam triados na entrada da USF e direcionados para atendimento em local próprio; (2) os demais usuários seguiram outro fluxo dentro da USF; (3) os atendimentos programáticos seriam suspensos, por enquanto, com manutenção para os atendimentos de casos agudos e renovações de receitas [...]” (Preceptor 7)

“[...] Pacientes com síndrome gripal são atendidos em um local adequado e destinado apenas para esse tipo de atendimento, independente da equipe. Enquanto os demais atendimentos são realizados nas salas das médicas, mantendo o distanciamento adequado [...]” (Preceptor 4)

Por ser porta de entrada no sistema de saúde, a UBS recebe pacientes com diversos níveis de gravidade, incluindo casos de sintomáticos respiratórios:

“[...] A adesão maciça das outras categorias profissionais na organização do fluxo foi determinante para que todas as pessoas que buscaram a unidade pudessem ser atendidas. Casos graves também buscaram atendimento na unidade, quando o SAMU era acionado e prontamente chegavam a USF [...]” (Preceptor 6)

DISCUSSÃO

A preceptoria feita por um médico de família durante a residência médica em MFC é condição sine qua non para formar especialistas no âmbito da APS, cenário ótimo à atuação destes.¹⁶

Analisando as falas dos preceptores do PRMFC de João Pessoa/PB, ficou evidente que dentro de um mesmo programa de residência as realidades são distintas e o aprendizado deve ser individualizado. Para que tal processo ocorra, é necessário buscar um preparo capaz de desenvolver autonomia e capacidade de resolução dos problemas inerentes à prática médica. O grande trunfo da orientação no ambiente de trabalho, a aprendizagem significativa, é um recurso da preceptoria, que deve ser centrado no residente para que o processo de trabalho ocorra potencializando a instrução.¹⁷

Os preceptores da UBS buscaram criatividade e baixo custo para divulgar informação e ampliar as possibilidades de participação da PRMFC em ações voltadas à promoção da saúde nas novas circunstâncias. Dentre esses elementos, o uso de tecnologias de informação e comunicação, como *WhatsApp* e telefone, através do teleatendimento, permitindo a continuidade do cuidado. Para minimizar algumas demandas

frequentes, como renovação de receitas e busca por medicações, optou-se por prolongar a duração das prescrições ou, até mesmo, entregá-las em domicílio com os cuidados necessários.¹⁸

Ante notícias e popularização de medicações no “combate” à COVID-19, destaca-se a fala do Preceptor 8, que notou residentes não seguindo a medicina baseada em evidências. No sentido de enfrentar a problemática da sobremedicalização e iatrogenia observada, de acordo com o relato dos autores no contexto os quais estão inseridos, foi possível dialogar com o docente responsável pela organização das aulas com encontros pautados nas melhores evidências, abordando a prevenção quaternária (P4). Ademais, foi necessário um entendimento aprofundado de epidemiologia clínica, compreendendo os vieses existentes desse tipo de abordagem.¹⁹

Em meio a diversas incertezas quanto à terapêutica da COVID-19, observa-se cotidianamente prescrições com medicações para sintomáticos gripais sem evidências científicas de eficácia. Para isso, o seguimento pela APS por meio de protocolos clínicos foi importante para organização dos serviços, assegurando as condutas.

Em uma UBS, o Preceptor 11, como facilitador do processo de formação do residente e da organização do trabalho, conseguiu utilizar a revisão de prontuário como uma ferramenta de busca ativa, que identificou pacientes portadores de doenças crônicas descompensadas, à medida que os atendimentos aos sintomáticos eram vistos como prioridade. Os prontuários fornecem informações registradas que facilitam o manuseio pela eSF, e, fundamentalmente, dados que favorecem a assistência integral aos membros de toda a família.²⁰

O desgaste físico e emocional foi constatado após meses de trabalho com superlotação das UBS. Os preceptores acompanharam ombro a ombro os residentes para contribuir na redução da sobrecarga. Pesquisas com residentes no que tange à aprendizagem no local de trabalho enfatizam o papel ativo destes em sua educação, desde que exista a figura de um mentor. Tendência esta seguida pelas UBS da cidade em questão no PRMFC, no qual o residente é o líder da eSF. Mesmo com a expansão dos programas, ainda se evidenciam dificuldades de inserção dos residentes em cenários assistenciais e pedagógicos adequadamente estruturados e com o perfil de preceptorial esperado.²¹

A presença de médicos de família e comunidade tornam a APS mais efetiva, uma vez que são os profissionais com maior capacidade para conduzir queixas inespecíficas de pacientes com múltiplas doenças associadas, como também daqueles com doenças que evoluem ao longo do tempo.^{3,22} A preceptorial é fundamental ao PRMFC e à formação de bons especialistas. É imprescindível a existência de políticas que a fortaleçam investindo-se no empenho, na capacitação e na valorização da categoria, para garantir a qualidade ao programa.²²

Experiências estruturantes em Pernambuco, estado vizinho, se organizaram em torno do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) adequando-se ao contexto de cada território e a demandas específicas das eSF, onde as atividades e ações do NASF foram reformuladas para manter a continuidade do cuidado frente à pandemia. As atividades relatadas em um estudo realizado em Recife foram pensadas em três eixos: atividades ligadas diretamente aos usuários (semelhantes às disponibilizadas pelo Preceptor 2), suporte às equipes e seus profissionais (aqui lembramos as atividades com a equipe integrada do Preceptor 6) e as ações nos territórios (exercidas em nosso relato por quase todos os preceptores). Houve ampliação da capacidade de visão da comunidade e o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento deste

desafio.²³ Contudo, é necessário seguir pesquisando o potencial do PRMFC quando comparado às equipes sem residentes para fortalecer o papel da residência médica.

CONCLUSÃO

Além de ter ampliado as habilidades de comunicação e competências culturais em meio à nova realidade clínica para os residentes, a preceptoria atuou na organização do processo de trabalho na UBS durante esse período. A partir das questões levantadas, os preceptores conseguiram ir além das respostas esperadas, trazendo à baila pontos de reflexão pertinentes aos processos formativo e de trabalho.

O médico residente que reconhece a comunidade, tem capacidade de reformular o processo de trabalho em proximidade com o preceptor, de forma a ofertar cuidados necessários para a população em questão. Ademais, o papel do preceptor potencializa a liberdade de atuar como ferramenta à manutenção do cuidado e à formação individualizada dos residentes como recursos da comunidade.

AGRADECIMENTOS

À SMS-JP e ao PRMFC por seguirem acreditando no nosso trabalho.

Contribuições dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: DF, VM.

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: MM, LA, MP.

Redação preliminar: DF, BR, CG.

Revisão crítica da versão preliminar: VM, DF, LA, MM.

Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho, sendo DF, VM, MM, LA, MP, BR e CG os acrônimos do nome dos autores.

Conflitos de interesse

Nenhum dos colaboradores declara conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, Secci F, Wong E, Basu L, Taylor C, Bayona J, Wang H, Lagomarsino G, Hirschhorn LR. Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med* 2017 May;32(5):566-571. PMID: 27943038 DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5>
2. Macinko J; Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *SAÚDE DEBATE* 2018; 42(1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002; 726p.
4. Paim, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(6): 1723-1728. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
5. Brasil. Presidência da República. Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União* 23 Out 2013.
6. Yılmaz TE; Yılmaz T, Örnek Büken N, Özkara A, Altıntaş KH. Awareness of family physician residents of their roles in disaster health management: a cross-sectional study in Turkey. *Primary Health Care Research & Development*. 2020. 21(e47): 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S146342362000047X>

7. Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO) Brasil [homepage da internet]. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [acesso em 25 jul 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
8. Silva GA; Jardim BC; Santos CVB. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. *Cien Saude Coletiva* 2020; 25(9): 3345-3353. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.23642020>
9. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. Expanding family and community medicine residency vacancies by municipalities and the More Doctors Program. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(Supl.1):1301-13.
10. Barrêto, DS; Melo, NAJ; Figueiredo, AM; Sampaio, J; Gomes, LB; Soares, RS. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. *Interface (Botucatu)* 2019;23(1).
11. Gouveia, EAH; Silva, RO; Pessoa, BHS. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2020; 43(1):82-90.
12. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(3):363-73.
13. Damasceno RF, da Silva PLN. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. *J Manag Prim Health Care [Internet]*. 19º de dezembro de 2018 [citado 17º de novembro de 2020];90. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/435>
14. Soares RS; Oliveira FP; Melo Neto, AJ; Barreto DS; Carvalho ALB; Sampaio J. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-8. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629)
15. Minayo MCS. (org). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.* 18 ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
16. Anderson, MIP; Rodrigues, RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade* 2011; 6(18):19-20. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1809-59092011001800005>
17. Garcia, AP; Cadioli, LM; Lopes, Júnior A; Gusso, G; Valladão Júnior, JBR. Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-8. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1610](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1610)
18. Medina, MG; Giovanella, L; Bousquat, A; Mendonça, MHM; Aquino, R, Abrasco, CGRPAP et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(8). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720>
19. Depallens, MA; Guimarães, JMM; Faria, L; Cardoso, AJC; Almeida-Filho, N. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. *Interface (Botucatu)* 2020; 24(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.190584>
20. Negreiros, MM; Tavares-Neto, J. Proposta de prontuário para as equipes de saúde da família. *Revista APS* 2005; 8(2):123-142.
21. Brydges R, Tran J, Goffi A, Lee C, Miller D, Mylopoulos M. Resident learning trajectories in the workplace: A self-regulated learning analysis. *Medical Education*; 2020. (54)12:1120-1128. PMID: 32614455 DOI: <https://doi.org/10.1111/medu.14288>
22. Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2018;13(40):1-5. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1744](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1744)
23. Oliveira, MAB; Monteiro, LS; Oliveira, RC; Moreira, TS; Marques, ACF; Silva, UMA; Oliveira, NA; Pereira, GFC; Silva, ACS; Santana, RM. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. *APS em Revista* 2020; 2(2):142-150. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.96>