

Estado da publicação: O preprint não foi submetido para publicação

Como andam a Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil? Avaliação nacional da implementação na Atenção Primária à Saúde

Lucas Gaspar Ribeiro, Éliana Goldfarb Cyrino, Antônio Pazin-Filho

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12713>

Submetido em: 2025-07-19

Postado em: 2025-07-21 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Como andam a Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil? Avaliação nacional da implementação na Atenção Primária à Saúde

How Are Family and Community Medicine Residencies Doing in Brazil?

A National Assessment of Implementation in Primary Health Care

Lucas Gaspar Ribeiro¹ <https://orcid.org/0000-0003-4842-4294>

lucas.gaspar.ribeiro@usp.br

Eliana Goldfarb Cyrino² <https://orcid.org/0000-0002-6526-3528>

eliana.goldfarb@unesp.br

Antônio Pazin-Filho¹ <https://orcid.org/0000-0001-5242-329X>

apazin@fmrp.usp.br

¹ Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumo

Introdução: Os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) são estratégicos para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), mas ainda carecem de instrumentos validados aplicados nacionalmente para avaliação de sua implementação. **Objetivo:** Avaliar a implantação dos PRM-MFC na APS a partir da percepção de residentes, preceptores, coordenadores e gestores, utilizando um instrumento estruturado e validado. **Método:** Estudo transversal com coleta de dados entre novembro de 2024 e abril de 2025, por meio de questionário autoaplicável composto por 11 itens avaliativos e duas questões abertas. O instrumento foi previamente validado por método Delphi com especialistas em MFC. Foram incluídas 219 respostas de profissionais vinculados a 78 PRM-MFC distribuídos por todas as regiões do país. As análises incluíram estatística descritiva, categorização dos programas e regressões logísticas (binária e ordinal), além de análise de conteúdo para respostas abertas. **Resultados:** A média geral dos programas foi classificada como “satisfatória” (2,6 pontos), com variações entre itens. Os piores indicadores foram a

remuneração da preceptoria (1,4), a prática de procedimentos (1,7), atividades não assistenciais (1,7) e educação permanente (1,9). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas associadas à região do país, tipo de programa, tempo de funcionamento e função do respondente. A análise qualitativa identificou a desorganização da APS como principal barreira à prática de procedimentos. **Conclusão:** O instrumento demonstrou capacidade de avaliar a implantação dos PRM-MFC e identificar aspectos críticos para sua qualificação. Os resultados evidenciam desigualdades regionais e estruturais, apontando caminhos para políticas de fortalecimento dos programas na APS.

Palavras-chave: Residência médica; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programas e Serviços; Educação Médica

Abstract

Introduction:

Medical Residency Programs in Family and Community Medicine (PRM-MFC) are strategic for strengthening Primary Health Care (PHC) in Brazil, yet lack nationally applied validated tools to assess their implementation. **Objective:** To evaluate the implementation of PRM-MFCs in PHC based on the perceptions of residents, preceptors, coordinators, and managers, using a structured and validated instrument. **Method:** This was a cross-sectional study with data collection from November 2024 to April 2025, using a self-administered questionnaire composed of 11 evaluative items and two open-ended questions. The instrument was previously validated through a Delphi method with experts in Family and Community Medicine. A total of 219 responses were obtained from professionals linked to 78 different PRM-MFCs across all regions of Brazil. Analyses included descriptive statistics, program categorization, binary and ordinal logistic regression, and content analysis of open responses. **Results:** The overall average implementation score was classified as “satisfactory” (2.6 points), with variability across items. The lowest-rated aspects were preceptorship remuneration (1.4), procedural practice (1.7), non-assistance activities (1.7), and continuing education (1.9). Statistically significant differences were observed according to region, program type, time since implementation, and respondent role. Qualitative analysis revealed that disorganization within PHC was the main barrier to procedural training. **Conclusion:** The instrument proved to be effective in assessing PRM-MFC implementation and identifying critical areas for improvement. Results reveal structural and regional disparities, providing guidance for policies aimed at strengthening residency programs within PHC

Key words: Internship and Residency; Family Practice; Primary Health Care; Program Evaluation; Medical Education.

Introdução

A residência médica é considerada a melhor estratégia para formação de especialistas, ocorrendo no modelo de treinamento em serviço. A demanda pelos programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC) tem crescido devido à necessidade do sistema de saúde em agregar especialistas para a atenção primária à saúde (APS), em especial após a Lei dos Mais Médicos(1), com aumento substancial de vagas e residentes a partir de 2014(2)

Os PRM-MFC têm como principal área para o treinamento a APS e as unidades de saúde da família(3). Tal característica na formação é essencial para obter as competências esperadas, sendo desejosa a presença de preceptores competentes para atuar nessa área(4). Contudo, a legislação atual permite que preceptores de outras áreas atuem nos PRM-MFC, diferentemente de outras especialidades(3,5).

Mesmo com documentos norteadores sobre a organização dos PRM-MFC elaborados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)(6–12), ainda é incipiente a elaboração de ferramentas para avaliar as condições mínimas de uma estrutura física, insumos e processos educacionais adequados para garantir a formação dos novos profissionais na APS de forma objetiva(10–14).

Torna-se necessário avaliar os PRM-MFC na APS a partir de um padrão(15), e os serviços de ensino e assistência na APS, como os PRM-MFC, necessitam de instrumentos avaliativos que considerem a singularidade das atividades ali exercidas, sem um instrumento aplicado nacionalmente até o momento. Assim, o presente artigo apresenta a aplicação de um instrumento que avalia a implementação dos PRM-MFC para a APS, já utilizado no estado de São Paulo(12) e agora adequado e aplicado nacionalmente.

Método

Para a aplicação nacional foram realizadas duas fases de ação: **fase 1:** a adequação do questionário desenvolvido e realizado em momento anterior, com aplicação em projeto piloto(12). Para tal, foi proposto metodologia semelhante, em Método Delphi e Google Forms(11). Os juízes selecionados para essa etapa foram

profissionais especialistas em Medicina de Família e Comunidade não vinculados a PRM-MFC.

A adesão dos juízes foi por convite a todos os profissionais via correio eletrônico, redes sociais e aplicativo de mensagem instantânea (tanto contato individuais quanto por grupos). A elaboração da ferramenta foi muito semelhante ao ocorrido anteriormente, com 80% de concordância dentre os juízes para considerar a questão adequada(11).

A **fase 2** foi a aplicação do questionário via Google Forms, considerando-o autoaplicável e passível de ser respondido por residentes do 1º e 2 anos de Medicina de Família e Comunidade, preceptores, supervisores/coordenadores de PRM-MFC e gestores municipais, sendo o mesmo público do projeto piloto(12). O convite para responder foi realizado por redes sociais, grupo de e-mail, uso de aplicativos de mensagem instantânea e apoio institucional da Associação Brasileira de Educação Médica. A diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade foi contactada para apoio institucional e divulgação do questionário em novembro de 2024, mas sem resposta até maio de 2025.

Esse processo foi desenvolvido segundo a metodologia do Arco de Ribeiro et al, com observação da realidade a partir do instrumento piloto, teorização e adequação para ser autoaplicável, validação por juízes e aplicação nacionalmente, com posterior avaliação dos resultados. Esse arco teve início em julho de 2023 e finalizado em maio de 2025, com o fechamento dos questionários autoaplicável com questões de múltipla escolha e 2 questões de texto livre. As questões e resultados foram analisadas igualmente a pesquisa piloto(16).

As respostas foram divididas em grupos para análise:

- 1) **Região** de saúde: Sul e Sudeste em um grupo e as outras três regiões em outro grupo, considerando a distribuição brasileira de programas, em que o S e SE possuem o maior número de programas(17).
- 2) **Tipo** vínculo com o programa: vinculados universidades (Acadêmicos) ou vinculados a secretarias e serviços, como organizações sociais, hospitais, nomeado em Rede.
- 3) **Tempo** de abertura serviço: entre 1976 e 2014 ou a partir de 2015; sendo esse ponto de corte considerado devido as mudanças de vagas e programas secundários a Lei Mais Médicos(1);

- 4) **Função** do respondente: se respondido por residentes do 1º e 2 anos de residência em MFC ou outros profissionais (preceptores, coordenadores/supervisores, gestores municipais).

Para análise descritiva, foram consideradas as médias de cada item acima: não implantado: $\leq 0,8$ ponto; insatisfatório: $0,8-1,5$ ponto; intermediário: $1,6-2,3$ pontos; satisfatório: $2,4-3,2$ pontos; pleno: $\geq 3,2$ pontos. Para análise estatística intergrupos. As respostas foram agrupadas em: Não implantado (até 1,5 pontos), parcialmente implantado (1,6 – 2,3 pontos) e implantado (a partir de 2,4 pontos), mesma de pesquisa anterior(12).

A análise estatística foi realizada considerando o agrupamento das respostas como descrito acima, sendo que o método utilizado foi regressão logística para avaliar possíveis correlações entre as variáveis: **Região** do programa, **Tipo** de vínculo do programa, **Tempo** de abertura do programa e **Função** de respondente.

A análise estatística foi realizada com base no agrupamento das respostas conforme descrito anteriormente. Utilizou-se regressão logística para avaliar associações entre as variáveis independentes: **Região** do programa (Sul/Sudeste vs. Norte/Nordeste/Centro-oeste), **Tipo** de vínculo do programa, **Tempo** de abertura do programa e **Função** do respondente (residentes vs. outros profissionais). O tipo específico de regressão (binária ou ordinal) foi selecionado de acordo com a natureza da variável dependente e está detalhado na seção de Resultados. Os dados foram exportados e categorizados em planilha Excel e analisados no programa RStudio versão 2025.05.1.

As respostas abertas (2 questões, uma versando sobre as dificuldades em realizar procedimentos e outra versando sobre a aplicabilidade do questionário) foram realizadas como análise de conteúdo de Bardin(18), desde a pré-análise, até elencar por núcleos do sentido e correlacionando com a literatura, quando possível. Também foi analisado a frequência do mesmo núcleo na pergunta sobre procedimentos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) com o parecer CAAE nº 70526223.9.0000.5440.

Resultados

A fase 1 do questionário foi realizada com 8 profissionais médicos e foram necessárias 5 rodadas do método Delphi para atingir 80% de concordância das

respostas. Foram apresentadas as perguntas, respostas e objetivos da pergunta. Ao longo do tempo, foram adequados termos, formulações das perguntas e formulações das respostas. O questionário foi avaliado por pessoas do sul (RS, SC), sudeste (ES, SP, RJ, MG) e centro oeste (DF) brasileiras e um profissional brasileiro que está residindo na Oceania. Na primeira rodada também possuía uma pessoa do nordeste.

Como o convite inicial foi aberto a todas as pessoas especialistas na área e sem vinculação com PRM-MFC, foram 29 pessoas que se propuseram a realizar o método, sendo que 23 fizeram o 1 formulário de caracterização, 13 a primeira rodada, e finalizado com 8 até a 5ª rodada, que participaram de todas as rodadas, de novembro de 2023 a julho de 2024. Os pontos de validação das respostas foram definidos em pesquisa prévia, sendo esse momento de adequar para ser autoaplicável. Os campos de avaliação e perguntas foram baseados em pesquisa anterior e adequados de acordo com os validadores(11,12).

A fase 2 foi realizada de 30 de novembro de 2024 a 30 de abril de 2025, com divulgação por diferentes meios a todos os profissionais vinculados a PRM-MFC brasileira. Ao todo foram obtidas 219 respostas, de 78 programas diferentes, em 17 estados das cinco regiões brasileiras, correspondendo a 28% de programas e aproximadamente 7% de pessoas vinculadas aos programas. Os dados dos respondentes e distribuição estão apresentados no quadro 1.

| Região | Estado | Função do respondente | Número de respostas | Porcentagem da amostra do questionário (%) | Amostra de respostas em relação a programas autorizados na CNRM (absoluto e %) |
|---------------|---------------|--|----------------------------|---|---|
| Centro-Oeste | DF | R1, R2, preceptor | 9 | 4,1 | 01 (50%) |
| | MS | R2, preceptor | 3 | 1,3 | 01 (25%) |
| | MT | R1, R2, coordenador | 5 | 2,3 | 01 (14%) |
| Nordeste | AL | R1 | 1 | 0,4 | 01 (33%) |
| | BA | R1, R2, preceptor, coordenador | 8 | 3,7 | 04 (18%) |
| | CE | R1, R2 | 7 | 3,2 | 03 (43%) |
| | PB | R1, R2, Preceptor | 8 | 3,6 | 04 (36%) |
| | PE | R1, R2, preceptor, coordenador | 9 | 4,1 | 04 (28%) |
| | RN | Coordenador | 1 | 0,4 | 01 (15%) |
| Norte | RO | Preceptor | 1 | 0,4 | 01 (25%) |
| Sudeste | ES | R1, R2, preceptor | 10 | 4,5 | 05 (45%) |
| | MG | R1, R2, preceptor, coordenador | 26 | 11,8 | 10 (27%) |
| | RJ | R1, R2, preceptor, coordenador | 25 | 11,4 | 04 (16%) |
| | SP | R1, R2, preceptor, coordenador, gestor | 55 | 25,1 | 19 (29%) |
| Sul | PR | R1, R2, preceptor | 19 | 8,6 | 06 (21%) |
| | RS | R1, R2, preceptor, coordenador | 26 | 11,9 | 11 (46%) |
| | SC | R1, R2, coordenador | 6 | 2,7 | 02 (22%) |
| Total | | R1 – 62; | 219 | 100 | 78 (28%) |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | R2 – 71; Preceptor – 68; Coordenador -23; Gestor - 1 | | | |
|--|--|---|--|--|--|

Quadro 1 - Distribuição e perfil dos respondentes do questionário auto aplicado nos PRM-MFC brasileiro. Fonte, os autores (2025).

Para a análise categórica dos PRM-MFC foram distribuídos nas categorias binárias (região, tempo de serviço, tipo de programa e função respondente). A distribuição das categorias está apresentada na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das respostas por categorias a serem analisadas estatisticamente. Fonte, o autor (2025).

| Tempo de serviço | Número absoluto (n) | Porcentagem (%) |
|-------------------------|---------------------|-----------------|
| A partir de 2015 | 99 | 45,2 |
| Até 2014 | 119 | 54,3 |
| Sem informação | 1 | 0,4 |
| Tipo de Programa | | |
| Universitário | 82 | 62,5 |
| Em Rede | 137 | 37,4 |
| Região do país | | |
| Sul e Sudeste | 167 | 76,3 |
| Demais | 52 | 23,7 |
| Função | | |
| Residentes | 133 | 60,7 |
| Profissionais | 86 | 39,3 |

A tabela 2 apresenta o número absoluto de respostas por item da escala e quando aglutinado por categorias, sendo que Não implantado são as categorias não implantado e insatisfatório; Intermediário se manteve e Satisfatório a soma de satisfatório e pleno.

| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | % |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|----------|
| Não implantado | 30 | 42 | 38 | 24 | 2 | 42 | 18 | 5 | 81 | 5 | 15 | 12,5 |
| Insatisfatório | 18 | 13 | 82 | 67 | 6 | 77 | 23 | 5 | 86 | 27 | 62 | 19,3 |
| Intermediário | 18 | 34 | 41 | 62 | 0 | 22 | 30 | 12 | 5 | 8 | 48 | 11,6 |
| Satisfatório | 45 | 35 | 25 | 65 | 93 | 21 | 30 | 55 | 3 | 0 | 0 | 15,5 |
| Pleno | 107 | 87 | 32 | 1 | 109 | 50 | 60 | 142 | 7 | 179 | 94 | 36 |
| Não soube respon. | 1 | 7 | 1 | 2 | 9 | 7 | 58 | 0 | 37 | 0 | 0 | 5 |
| Aglutinação das respostas para análise, como mencionado na metodologia | | | | | | | | | | | | |
| Não implantado | 48 | 55 | 120 | 91 | 8 | 119 | 41 | 10 | 167 | 32 | 77 | 31,9 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|-----|----|------|
| Parcialmente implantado | 18 | 34 | 41 | 62 | 0 | 22 | 30 | 12 | 5 | 8 | 48 | 11,6 |
| Satisfatório | 152 | 123 | 57 | 66 | 202 | 71 | 90 | 197 | 10 | 179 | 94 | 51,5 |
| Não sei responder | 1 | 7 | 1 | 2 | 9 | 7 | 58 | 0 | 37 | 0 | 0 | 5 |

Tabela 2 - Distribuição em número absoluto de respostas por item e por aglutinação. Fonte, os autores (2025)

A partir das distribuições de grupos acima, foi realizado a média do valor das respostas nos grupamentos, demonstrado na tabela 3.

| | | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | Média Final | Classificação |
|---------------------------|--------------|-----|------------|------------|------------|-----|------|-----|-----|------------|-----|------------|-------------|---------------|
| Região do país | NE/NE/CO | 2,7 | 1,9 | 1,5 | 1,5 | 3,4 | 2,1 | 3,3 | 3,6 | 1,5 | 3,4 | 2,8 | 2,5 | Satisfatório |
| | S/SE | 2,9 | 2,8 | 1,8 | 1,9 | 3,4 | 1,8 | 3,2 | 3,4 | 1,44 | 3,5 | 3 | 2,6 | Satisfatório |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de programa | Em Rede | 2,8 | 2,5 | 1,8 | 1,9 | 3,5 | 2 | 3,2 | 3,5 | 1,5 | 3,3 | 2,4 | 2,6 | Satisfatório |
| | Acadêmico | 2,9 | 2,4 | 1,6 | 1,6 | 3,5 | 1,8 | 3,2 | 3,5 | 1,3 | 3,7 | 2,5 | 2,5 | Satisfatório |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Tempo de serviço | 2015 – 24 | 3 | 2,5 | 1,7 | 1,9 | 3,5 | 1,9 | 3,2 | 3,6 | 1,9 | 3,5 | 2,3 | 2,5 | Satisfatório |
| | 1976 - 2014 | 2,7 | 2,7 | 1,7 | 1,7 | 3,5 | 1,9 | 3,2 | 3,4 | 1 | 3,4 | 2,6 | 2,6 | Satisfatório |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Função no programa | Residente | 2,7 | 2,6 | 1,7 | 1,9 | 3,5 | 1,7 | 3,1 | 3,5 | 1,9 | 3,4 | 2,3 | 2,6 | Satisfatório |
| | Profissional | 3 | 2,7 | 1,7 | 1,7 | 3,5 | 2,3 | 3,3 | 3,5 | 0,9 | 3,6 | 2,5 | 2,6 | Satisfatório |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Média Geral | | 2,8 | 2,5 | 1,7 | 1,7 | 3,5 | 1,9 | 3,2 | 3,5 | 1,4 | 3,5 | 2,4 | 2,6 | Satisfatório |
| | | S | S | Int. | Int. | P | Int. | P | P | Insat. | P | S | | |

Tabela 3 - Média das respostas a partir das categorias analisadas. Legenda: Ñ - não implantado (<= 0,8 pontos), Insat. – Insatisfatório (0,9 – 1,5), Int. - intermediário (1,6 - 2,3 pontos), S-satisfatório (2,4 - 3,1 pontos); P - pleno (>=3,2 pontos). Nenhum item recebeu a nota insatisfatório (0,9 – 1,5) na média. Em negrito, onde modificaram as categorias. Fonte, o autor (2025).

A tabela 4 apresenta os resultados das análises estatísticas realizadas com as variáveis **Região** (N/NE/CO ou S/SE); **Tipo** (em rede ou acadêmico), **Tempo** de abertura (2015-24 ou até 2014) e **Função** (Residentes ou não residentes) com os resultados de P1 a P11. Estão demonstrados apenas os resultados com p-valor significativo. Apenas a pergunta P5 tinham 2 categorias de resposta (não implantado e satisfatório), sendo ela analisada em regressão logística binária, sem significância nas variáveis

Tabela 4 - Análise estatística das variáveis para as perguntas com resultados significativos (p-valores<=0,05). Odds Ratio, e Intervalo de Confiança (IC 25-75%). Fonte, os autores (2025).

| Pergunta | Variável | Odds Ratio | IC 25-75 | p-valor |
|----------|----------|------------|--------------|---------|
| P2 | Região | 2,93 | 1,57 – 5,46 | <0,001 |
| | Tipo | 0,49 | 0,28 – 0,88 | 0,01 |
| P3 | Região | 1,93 | 0,99 - 3,75 | 0,05 |
| P4 | Região | 2,61 | 1,42 – 4,81 | 0,002 |
| P6 | Função | 2,65 | 0,75 – 2,26 | <0,001 |
| P9 | Tempo | 0,043 | 0,005 – 0,33 | 0,002 |
| P10 | Tipo | 2,24 | 0,99 – 5,04 | 0,05 |

A pergunta aberta que foi analisada foi referente a questão 3, que envolve o motivo da dificuldade de realização de procedimentos durante a residência, foram 113 respostas ao todo e os resultados divididos em núcleos e subnúcleos do sentido, com a frequência de pessoas que relataram os temas, sendo apresentados no quadro 2.

| Núcleo | Subnúcleo | Taxa de respostas (n=113) | Frequência de resposta (%) |
|---------------------------|--|---------------------------|----------------------------|
| Não organização da APS | Estrutura física | 43 | 38 |
| | Material e fluxo | 55 | 48 |
| | Agenda | 33 | 29 |
| | Equipe de enfermagem | 3 | 2 |
| Dificuldade em supervisão | Sem supervisor ou preceptor para procedimentos | 20 | 17 |
| Sem Demanda na APS | Sem demanda ou sem oportunidade | 12 | 10 |

| | | | |
|-----------|----------------------------|---|-----|
| Interesse | Sem interesse do residente | 1 | 0,8 |
|-----------|----------------------------|---|-----|

Quadro 2 - Distribuição das respostas qualitativas sobre os procedimentos. Fonte, os autores (2025).

Discussão

Frente aos resultados apresentados é possível inferir que, de forma geral, os PRM-MFC brasileiros que participaram da pesquisa (28% dos PRM autorizados pela CNRM) estão com uma implementação satisfatória, com média de nota de 2,6 pontos. Os pontos críticos são: o pagamento variável pelo cargo de preceptoria (1,4 pontos), como insatisfatório; Procedimentos na residência (1,7 pontos); Atividades não assistenciais (1,7 pontos) e Educação Permanente (1,9 pontos), os 3 como resultados intermediários. Os demais estão como resultados satisfatórios ou pleno.

Essa é a primeira pesquisa em âmbito nacional para avaliar os PRM-MFC nos parâmetros de implantação na APS, considerando os campos de Organização da Unidade, Recursos Humanos e Organização de Estudantes na unidade, baseado na percepção de quatro diferentes profissionais, residentes do 1º e 2º ano de MFC (60% das respostas), preceptores dos PRM-MFC (30%), coordenadores/supervisores dos PRM-MFC (10%) e gestores municipais (0,4%), há sobreposição de cargos em parte dos respondentes.

Fazer uso de instrumentos específicos para avaliar a implementação ou organização de PRM-MFC na APS é de suma importância pois na última década houve um aumento significativo de programas no Brasil(17,19), tanto que na amostra analisada 45% das respostas são de programas iniciados na última década, e 55% de programas que abriram de 1976 a 2014. Assim, a amostra representa a realidade do país, com muitos programas “jovens”, sendo que em 2014 o país tinha 290 residentes para 1100 vagas, em 2025 com 3661 residentes para 6563 vagas(17,20).

Frente a essas características, quando observado detalhes das respostas é possível perceber que nos últimos anos houve resultados importantes na organização da unidade (P1 a P4), em especial P1 e P2. Já os Recursos Humanos (P5 a P9) tem uma maior variabilidade de média, e a presença de educandos por preceptor (P10 e P11) está adequada (tabela 2). De forma geral, esses resultados se assemelham quando analisado regiões diferentes nacionalmente(10,12,13,21,22). Ou seja, há uma variabilidade muito grande da organização dos serviços de APS e da gestão local para atuação, mesmo com documentos norteadores da SBMFC e governamentais.

Estatisticamente, foram observadas respostas com significância estatística em todas as variáveis (Região do país, Tipo de vínculo do programa, Tempo de abertura e Função do respondente) em 6 diferentes perguntas, dados apresentados na tabela 4.

As questões de P1 a P4 versam sobre a Organização da Unidade, desde a presença de salas disponíveis durante a presença do residente na UBS (P1), oferta de procedimentos esperados a um MFC durante a residência (P2), organização da agenda para atividades não assistenciais (P3) e apoio da gestão da unidade/municipal entre assistência e ensino na UBS (P4).

A P1 observa se o residente tem sala disponível em seu estágio, sem necessidade de rodízio. O resultado demonstra que, na média, há suficiência de salas (60-80% do tempo possui sala). Esse achado é um recorte nacional, sem apresentar distinções entre os programas de acordo com as variáveis selecionadas para análise. Esse dado corrobora com a literatura, diferentes pesquisas em diferentes contextos e períodos têm achados semelhantes, há salas, mas não de forma plena, por UBSs não adequadas (10,12,13,21,22). Sem diferença estatística entre os respondentes.

A organização das salas da unidade pode ter diferentes causas, seja por unidades de menor tamanho e não adequada ao programa(23), por unidades com muitos profissionais de saúde (inclusive mais de uma residência na mesma unidade)(13,24), número de residentes na mesma equipe/unidade (13,24) e formato de estruturação da preceptoria(25). Todos esses aspectos deveriam ser observados no momento da organização e gestão da unidade-escola.

Em relação a pergunta P2 analisada quantitativamente, apresenta uma distinção da média considerando a região do país (S/SE 2,8 – Satisfatório e Outros 1,9 – Intermediário). Esse resultado é significativo estatisticamente (p-valor <0,001 e OR 2,93 – tabela 4), reforçando que há uma diferença da possibilidade de procedimentos entre as regiões do país. Esses dados são corroborados com o Censo das UBS brasileiras, em que o Sul e Sudeste tem o dobro de inserções de DIU que as demais regiões, em média(26).

Quando observado a resposta qualitativa da P2, praticamente metade dos respondentes (113 em 219) trouxe informações das dificuldades em procedimentos (Quadro 2), sendo o principal limitante a organização do serviço na APS, caracterizando como falta de estrutura física, materiais e fluxos, além de recursos humanos (enfermagem e supervisão pelo preceptor). Apesar de ter salas de procedimentos em algumas unidades com PRM-MFC(13), os gestores de forma geral não incentivam a

melhoria dos processos de trabalho e estrutura(23), e esse é um ponto crítico na literatura(10,12,13,21).

Assim, um limitante importante para a prática de procedimentos é a organização e gestão da APS, sendo que essa foi uma questão específica, como a gestão se articula com a unidade com PRM-MFC (P4). Essa questão também apresenta distinção por região estatisticamente significativa (tabelas 2 e 4). Essa é uma demanda de longa data quando avaliado residência em Medicina de Família e Comunidade, apesar de diferentes documentos norteadores sobre esse aspecto, inclusive com dados sugerindo melhores organizações dos PRM-MFC com maior apoio da gestão na APS(12).

É possível observar ainda nos dados da tabela 2 outros indicadores indiretos da gestão em diferentes campos, com um desequilíbrio da assistência individual (P1), a melhor média de notas (2,8 pontos) e com menor variabilidade (mesmo nas variáveis de tempo, respondente, local, modelo de gestão) versus um grande grupo de atividades que envolve formação do residente (P4, 1,7 pontos), procedimentos (P2, 2,5 pontos), atividades não assistências (P3, 1,7 pontos) e educação permanente na unidade (P6, 1,9 pontos).

Sendo que, assim como P2 e P4, a P3 (atividades não assistenciais para o residente) também tem influência regional, com OR de 1,93 (tabela 4), com maior atuação além da assistência individual em UBS no Sul e Sudeste. Os dados são corroborados no Censo das UBS quando observado os campos de ação de promoção da saúde, cuidado de população de rua, frequência de reuniões de equipe e atuação conjunta com equipe multiprofissional (26). Assim, há uma necessidade do envolvimento e apoio da gestão para atingir a complexidade de um PRM-MFC, que há a formação dos cuidados individuais, mas também domiciliares, coletivos e de equipe(10,21,23).

O segundo bloco de questões avalia os Recursos Humanos da UBS, sendo a P5 sobre formação do preceptor (se é especialista em MFC e formação em educação), P6 sobre organização de Educação Permanente na UBS, P7 a capacitação dos preceptores em cursos e congressos, P8 sobre a característica da unidade de referência dos PRM-MFC (equipes de Atenção Primária, UBS tradicional e estratégia Saúde da Família) e P9, sobre a remuneração do preceptor para atuar no cargo. De forma geral, os aspectos de educação permanente e remuneração são os nós críticos desse grupo (tabela 2), e ambos com diferença estatística entre variáveis (tabela 4).

Desse bloco, três questões discutem principalmente no Preceptor como Recurso Humano (sua formação (P5), suas atualizações (P7) e sua remuneração (P9)). Os

resultados dessa amostra (28% dos PRM-MFC brasileiros) demonstram que em sua maioria, os profissionais são especialistas em MFC, com uma variabilidade em possuir formação em educação/preceptoria (média 3,4, sendo que a nota 4 teriam as duas formações e 3 apenas a MFC). Esse é um dado que é corroborado em diversas pesquisas nacionais(10,12,13,22,27).

Há a concordância e apoio parcial de liberação para atividades educacionais (congressos, simpósios, formação externa a UBS) da gestão e realização pelos preceptores (média 2,6), como discutido em parágrafos anteriores. Alguns programas observam esse aspecto como um apoio a preceptoria e um “bônus” por assumir esse compromisso com a educação médica(13). Na percepção de preceptores, a liberação e apoio a atividades formativas são consideradas essenciais para sua atuação, mas com diferentes percepções do que seria essa liberação(12).

A questão P9 avalia a diferenciação do pagamento pela atividade de preceptoria. Ela tem pior média geral (1,4 – Insatisfatório), com diferenças de categoria (melhor) em serviços mais novos e percepção do residente. Há uma diferença estatística positiva para a variável Tempo de programa, mas com OR bastante baixo (0,04) (tabela 4). Esses dados são corroborados com a literatura, de demonstra poucos preceptores com acréscimo salarial pela ação, mas é considerado como uma “qualidade” de um PRM-MFC um pagamento diferenciado por ser preceptor, fato também trazido por outros autores(10–12,23,27).

Dois questões do bloco versam sobre como a equipe se organiza, a questão P6 avalia a frequência da Educação Permanente(EP) na unidade e a questão P8 como é o processo de trabalho da unidade (UBS tradicional, Estratégia Saúde da Família). Considerando que o programa forma profissionais para atuar na APS, em especial na Estratégia Saúde da Família, é imperativo que os estágios ocorram nesse espaço e a pesquisa demonstra que a grande maioria dos programas permanece ao menos 80% da carga horária de APS em uma equipe de Saúde da Família. Infelizmente, ainda existem programas que estão com uma carga horária fora desse modelo assistencial em um PRM-MFC, o que foi demonstrado em outras pesquisas também(12,13).

A questão da Educação Permanente (EP), apesar de ser uma política pública brasileira de um longo tempo, mas atualizada em 2018 (28), ainda é um desafio na APS, mesmo em serviços que processos educacionais e modelos deveriam ocorrer, como os PRM-MFC. O resultado nacional foi de 1,9, um valor que é considerado intermediário na escala. A EP é uma política que depende de um movimento da gestão local para proteger agendas da equipe e da equipe para trazer necessidades de atualizações e

discussões, muito similar ao discutido acima (P4). Os achados são muito próximos de outras pesquisas, que demonstram uma grande dificuldade em avançar nesse aspecto(12).

Por fim, as últimas duas perguntas sobre o número de residentes por preceptor (P10) e número total de educandos (graduandos e residentes) por preceptor (P11). Esses aspectos estão estáveis e semelhantes a outras pesquisas de enfoque mais local, regional e nacional(12,13,22,24,27), apesar que estatisticamente programas vinculados a Academia tem melhores respostas (OR 2,24), mas ambos na categoria Pleno em média.

Um equilíbrio entre número de residentes por preceptor, esse sendo o modelo de especialidade para os educandos e a unidade é essencial, e pode definir, inclusive, o modelo de preceptoria que a unidade terá(25). Esse estudo não teve como objetivo compreender o modelo de preceptoria aos educandos, mas o volume por educador por já existirem alguns parâmetros de distribuição de carga horária(11).

Os aspectos limitantes dessa pesquisa foram:

Limitação da avaliação dos programas individualmente: Para tal, é interessante que diferentes categorias respondam as mesmas perguntas, gerando uma avaliação de quarta geração. Nenhum PRM-MFC teve representatividade dos 4 grupos (residentes, preceptores, coordenadores/supervisores e gestores municipais), apesar que as estatísticas demonstrarem apenas na P6 uma variabilidade de respostas significativa (tabela 4).

Embora os dados possam refletir a opinião dos que tiveram maior interesse em participar da pesquisa, este viés está balanceado em todas as regiões do país e em diferentes cargos (quadro 1). A diferença de cargos respondendo o mesmo questionário é um ponto importante visto que pesquisas anteriores demonstram diferenças de respostas para o mesmo PRM-MFC(12), mas em análise qualitativa.

Limitação de tamanho amostral: Os autores buscaram os Ministérios da Saúde, da Educação e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade para auxílio na divulgação e não obtiveram sucesso. Isso também pode ser considerado um dificultador da difusão do questionário e o enviesamento das respostas para pessoas próximas, interessadas em educação, em discutir a MFC e PRM-MFC, dentre outros aspectos relacionados aos autores.

Apesar das limitações acima, há um avanço significativo na área de avaliação de PRM-MFC, com um aumento de estudos na área, com diferentes vertentes, tanto para

diagnóstico da estrutura dos programas, quando de sugestões de avaliação mais estruturada dos PRM-MFC, como apresentado ao longo do artigo. Sendo esse o primeiro estudo de âmbito nacional, com uma ferramenta que investiga a organização e implementação na APS, uma das diversas características essenciais para atingirmos as atividades confiáveis de um residente(9).

Os achados desta pesquisa reforçam a importância de instrumentos avaliativos específicos para os PRM-MFC, capazes de captar as singularidades da formação na APS. O instrumento utilizado demonstrou ser aplicável em âmbito nacional e promissor como ferramenta de monitoramento longitudinal da qualidade dos programas, permitindo sua reaplicação periódica para análise de avanços ou retrocessos estruturais ao longo do tempo(12).

Estudos futuros poderão explorar a associação entre a percepção da qualidade formativa e desfechos relacionados à prática profissional, como o desempenho em atividades profissionais confiáveis (EPAs)(9), a autoeficácia clínica e a inserção na APS após a residência. Considerando o papel estratégico dos PRM-MFC na formação e fixação de médicos na APS, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade(23), o uso de instrumentos validados e aplicáveis em larga escala contribui para o aprimoramento da política nacional de provimento e educação médica.

Considerações Finais

A residência médica é o padrão-ouro para a formação de especialistas no Brasil sendo a Medicina de Família e Comunidade uma área em franca expansão na última década. O presente artigo apresentou a aplicação de um instrumento para avaliar se os PRM-MFC estão implantados na APS e quais os pontos que necessitam de melhoria, com análises de respondente, tipo de programa (em rede ou acadêmico, tempo de abertura e local do programa).

O instrumento se demonstrou válido para sua aplicação, identificando diferenças de respostas principalmente no campo de região do país, dados corroborados com informações nacionais. Os resultados podem ser comparados de forma temporal, com o mesmo programa se autoavaliado ou em uma região de saúde utilizando um instrumento agora padronizado. Os próximos passos serão avaliar as limitações e dificuldades com o instrumento para refiná-lo e parametrizá-lo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lucas Gaspar Ribeiro participou da concepção do projeto, da coleta de dados, da análise de resultados e da elaboração do manuscrito. Eliana Goldfarb Cyrino e Antônio Pazin-Filho participaram da concepção do projeto, da coleta e análise de dados, da organização e discussão dos resultados, e da elaboração do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores relatam não haver conflitos de interesse

Referências

1. Brasil. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2013 p. 1–14.
2. Ribeiro LG. Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em programas de residência de medicina de família e comunidade. 2022; Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-03022023-104532/>
3. BRASIL. 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. Brasília: Presidência da República; 2015. p. 7.
4. Ribeiro LG, Villardi ML, Cyrino EG. Preceptor em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade: Compreendendo a singularidade desse profissional. Em: Teixeira CP, Guilam MCR, Machado M de FAS, Gomes MQ, Almeida PF de, organizadores. Atenção, Educação e Gestão Produções da Rede ProfSaúde. 1º ed Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020. p. 253–68.
5. BRASIL. Resolução No 2 de 3 de julho de 2013. Diário Oficial da União. 2013;
6. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2019. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119641-11-matriz-de-competencias-em-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192
7. Barban Morelli Rosas J, Lopes Junior A, Moreira JV, Pellizzaro Dias Afonso M, Sarno MM, Borret RH do ES, et al. Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 17 de julho de 2020;15(42):2509.
8. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2015;1(1):66. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

9. Caramori U, Cunha ATR da. EPAs nacionais em medicina de família e comunidade (livro eletrônico): marco zero [Internet]. 1º ed. SBMFC, organizador. Rio de Janeiro: SBMFC; 2025. 75 p. Disponível em: www.sbmfc.org.br
10. Ribeiro LG, Cyrino EG, Pazin-Filho A. FOFA da residência em medicina de família e comunidade no estado de São Paulo. *Rev Bras Educ Med*. 2024;48(2).
11. Ribeiro LG, Cyrino EG, Pazin-Filho A. Aprimorando a qualidade de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Saude Publica*. 2023;57(1):1–10.
12. Ribeiro LG, Cyrino EG, Pazin-Filho A. Avaliando a implementação da residência em medicina de família e comunidade na atenção primária. *Rev Bras Educ Med*. 2024;48(3).
13. Luiz FR. Avaliação de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade : proposta de matriz avaliativa [Internet] [Mestrado]. Escola Superior de Ciências da Saúde; 2021. Disponível em: <https://repositorio.fepecs.edu.br:8443/handle/123456789/733>
14. Guimarães SC, Guimarães EPA, Souza Júnior ON de, Machado M de FAS, Freitas RWJF de, Nuto S de AS. Avaliação de programa de residência em medicina de família e comunidade pela ótica dos médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*. 2024;48(4).
15. Ander-Egg MJA e E. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Vozes; 1995.
16. Oliveira DC. Análise de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências _ RUE Análise de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências _ RUE [Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde]. Universidade de São Paulo; 2017.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Painel da Educação em Saúde - Residência Médica [Internet]. 2025. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiM2EwMjdhZGMtMTA2MC00ZWRLWIwYzEtZjBkNmRIODM1NzZiliwidCI6ImI4YzI1OTMyLTVINzYtNGlyYi05YzUzLWQ0MTc0NWU5YzkyZCJ9>
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. 1º ed. Edições 70 - Brasil; 2011. 280 p.
19. Ribeiro LG. Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em programas de residência de medicina de família e comunidade [Internet]. [Ribeirão Preto]: Universidade de São Paulo; 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-03022023-104532/>
20. Simas KB da F, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 17 de dezembro de 2018;13(40):1–13.

21. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Caminhos para a Medicina de Família e Comunidade, áreas de atuação, Programas de Residência e Programas de Provimento. 2022;51. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/cartilhas-e-guias/>
22. Oliveira AMF de, Moreira MRC, Xavier SPL, Machado MDFAS. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. *Rev Bras Educ Med.* 2021;45(1):1–10.
23. Leite APT, Correia IB, Chueiri PS, Sarti TD, Jantsch AG, Waquil AP, et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? *Cien Saude Colet.* junho de 2021;26(6):2119–30.
24. Ribeiro LG. Os Preceptores de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo: Quem são? Onde estão? O que fazem? [Dissertação (Mestrado)]. Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 2019.
25. Maggioni L, Pessoa BHS, Trindade TG da, Pessoa E de AHG. Modelos de preceptoria de residência em medicina de família e comunidade: um estudo Delphi. *Rev Bras Educ Med.* 2024;48(1):1–15.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Censo Nacional: Unidades Básicas de Saúde 2024. Versão Pre. Vol. 1. Brasília - DF; 2025. 73 p.
27. Leite APT, Mai S, Waquil AP, Cordero EAA, Rosa VS da, Daudt CVG, et al. Perfil e migração de membros dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Saude Publica.* 22 de abril de 2022;56:21.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para seu fortalecimento? [Internet]. 1a edição. Brasília; 2018. 78 p. Disponível em: www.goias.go.br

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.