

Implementación de los programas de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad y Multiprofesional en Salud de la Familia de la Secretaría Municipal de Salud de Campo Grande-MS, Brasil

Rodrigo Dalla Pria Balejo (<https://orcid.org/0000-0001-5461-8373>)¹
Vanessa Mueller (<https://orcid.org/0009-0001-6549-2531>)¹
Gabriela da Silva Crespi Alécio (<https://orcid.org/0000-0002-3239-3908>)¹
Tulio Tadeu Morais Dias (<https://orcid.org/0009-0009-6263-6550>)¹
Joaquim Recaldes dos Santos Junior (<https://orcid.org/0009-0001-1416-3412>)¹
Daniel Soranz (<https://orcid.org/0000-0002-7224-5854>)¹
Dinaci Vieira Marques Ranzi (<https://orcid.org/0000-0002-5404-8195>)¹

Resumen Aunque hay un aumento en el número de vacantes de residencias médicas en medicina familiar y comunitaria, todavía hay una mala distribución. Estos programas de residencia presentan cooperación con la Fundación Oswaldo Cruz a través de acciones basadas y aplicables en la práctica, con la innovación de tecnologías asistenciales. Los resultados muestran un crecimiento en la evolución de la atención médica, de enfermería y odontológica, con porcentajes del 86,94%, 81,97%, 81,80% y 66,00%, respectivamente. Mejorar la calidad de los registros, cambiar el proceso de trabajo en odontología y empoderar a la enfermería, con protocolos de atención, son los principales resultados.
Palabras clave Atención primaria, Residencia multidisciplinaria, Medicina familiar y comunitaria

¹ Centro de Estudos Estratégicos, Fiocruz-RJ. Av. Brasil, 4.036 - prédio da Expansão, sala 1004. Mangueiras, 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil. drbalejo@gmail.com

Introducción

Los sistemas de salud basados en una atención primaria de salud (APS) potente presentan mejores indicadores de salud, mayor equidad en la atención a la salud, menores costes, una coordinación sistémica más eficaz y mayor seguridad para los usuarios^{1,2}. De este modo, la presencia de un profesional especializado en APS la hace más eficaz¹.

Datos de 2020 muestran que hay poco más de 7.000 médicos de familia y comunitarios en Brasil⁵. El número de enfermeros y odontólogos con especialización o residencia en APS es aún menor. Se sabe que esas deficiencias están relacionadas con el modelo de trabajo en equipo ejemplificado por la atención centrada en el médico, que puede llevar a la ineficiencia y a la restricción del acceso³. Aunque en los últimos años se observa un aumento sustancial del número de plazas de residencia médica (RM) en medicina familiar y comunitaria (MFC), la mala distribución y tasa de ocupación de estas plazas sigue siendo un reto, sobre todo si tenemos en cuenta los más de 40.000 equipos de salud de la familia (eSF) existentes en el país^{4,5}.

A partir del concepto ampliado de salud descrito por la Organización Mundial de la Salud, con enfoque en la interacción entre el bienestar físico, psicológico y social, y basado en los determinantes sociales referenciados por el Sistema Único de Salud (SUS), los servicios de salud deben alinearse con la perspectiva de la atención integral al usuario en una visión multiprofesional de realización de actividades para cumplir con los atributos esenciales de primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación de los cuidados⁶.

Las primeras residencias multiprofesionales en salud de la familia se crearon en 2002, antes incluso de la creación de la Comisión Nacional de Residencias Multiprofesionales en Salud (CN-RMS), que inició el proceso de regulación de las residencias multiprofesionales en salud, que contaba con algo más de 500 plazas en 2006, ninguna de ellas en la región Centro-Oeste⁵.

Para que ese escenario se transformara a nivel nacional, hubo una articulación entre la gestión municipal y los entes educativos federales, que culminó en la ampliación en busca de la calificación de la red de APS. Para ello, se establecieron alianzas de cooperación técnica con la Fiocruz. La implementación de programas de residencia muestra que las propuestas implementadas en la expansión de la red consolidan la ampliación del acceso a la APS. La adecuada dotación y capacitación profesional y la dotación de tecnologías re-

solutivas para mejorar la regulación conducen a la realización del papel mediador necesario para la APS⁶.

La cooperación entre la Fiocruz y el municipio de Campo Grande-MS, a través del Centro de Estudios Estratégicos (CEE) de la Fiocruz, iniciada con el Proyecto del Laboratorio de Innovación en Atención Primaria de Salud (INOVAAPS) y coordinada actualmente por el Proyecto Territorios Integrado de Atención a la Salud (TEIAS) de Campo Grande, presenta acciones basadas y aplicables en la práctica, principalmente a través de la innovación de tecnologías de atención, gestión y comunicación, con el objetivo de fortalecer la APS en el ámbito del SUS⁷.

Ante este escenario, se entiende la necesidad y la importancia de crear programas de residencia médica y multiprofesional dirigidos a la formación de profesionales aptos para actuar en la APS y contribuir al fortalecimiento del SUS a través de la enseñanza en servicio.

En el contexto de la expansión de los programas de residencia en medicina familiar y comunitaria, la magnitud del crecimiento se mantiene activa y se refleja en la mejora del acceso a la salud de forma integral y equitativa, en consonancia con los principios del SUS⁸.

La percepción de la existencia de una “secretaría municipal escuela” es un enfoque que apoya el modelo de enseñanza en servicio como posible forma de formación de profesionales de salud en el SUS, con la Estrategia de Salud de la Familia como principal estrategia de organización, con los residentes desempeñando un papel activo en este proceso, creando un espacio de reflexión en las unidades⁹.

Con la propuesta de formar profesionales, la residencia multiprofesional tiene como horizonte la construcción de prácticas interdisciplinarias capaces de oponerse a la lógica de la fragmentación de los saberes y acciones en salud. Sin embargo, esta modalidad de enseñanza y servicio requiere condiciones para su realización, de lo contrario se convierte en un poder de formación en términos estrictamente retóricos¹⁰.

Se observa que los programas de residencia, como el PRMFC-Río, proporcionan un aumento significativo de la oferta de médicos especialistas para la atención de salud, gracias a las estrategias adoptadas, como la complementación con becas e insumos. La experiencia también muestra que la implantación de una residencia en medio de una intensa reestructuración de la APS exige una planificación adecuada a la realidad existente¹¹. De modo que los desafíos para un modelo orga-

nizacional pasan por la necesidad de un cambio cultural hacia un modelo gerencial orientado a la obtención de resultados¹².

Es importante destacar que el uso de herramientas tecnológicas en tiempo real aumenta el trabajo generado y, junto con la descentralización de los recursos presupuestarios a las áreas de planificación, hace que el servicio sea más demandado por los gestores de atención primaria, debido al necesario seguimiento de los indicadores aplicados en el contrato de gestión¹².

El objetivo fue, entonces, presentar los resultados de la implantación, ampliación del acceso y consolidación de los programas de residencia de Medicina Familiar y Comunitaria (PRMFC) y Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (PRMSF) del Departamento Municipal de Salud de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, coordinado por el Proyecto TEIAS, vinculado al CEE-Fiocruz.

Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal que presenta los resultados obtenidos en el proceso de construcción de programas de residencia médica y multiprofesional. En su base histórica, la salud pública se presenta de formas diferentes en las distintas regiones del país. El movimiento en defensa del SUS y la enseñanza en servicio, a través de las residencias de salud, caracterizan un estándar de excelencia para la formación de profesionales que actúan en APS. Por tanto, a partir de las experiencias de apoyo brindado por Fiocruz a los profesionales de la Secretaría Municipal de Salud de Campo Grande (SESAU), se observa un aumento exponencial del acceso y de la calidad en la APS.

A finales de 2019, con la necesidad de cualificar y ampliar la atención primaria en el municipio, se puso en marcha un proyecto de cooperación entre la Secretaría Municipal de Salud, Fiocruz y el Ministerio de Salud (MS), conocido en aquel momento como Laboratorio de Innovación en Atención Primaria (LABINOVAAPS). El objetivo de esta asistencia técnica era, entre otros, apoyar la implantación y puesta en marcha del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia y la ampliación y cualificación del Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria ya existente.

A principios de 2020 tuvo lugar el proceso de selección, en el que se ofrecieron 116 plazas, 76 para el PRMSF y 40 para el PRMFC. Los candi-

datos inscritos fueron: 40 médicos en el PRMFC, mientras que en el PRMSF los candidatos inscritos se dividieron en siete categorías profesionales: enfermería (33), odontología (12), fisioterapia (6), farmacia (12), psicología (2), trabajo social (6) y educación física (5). De estos residentes, 85 fueron designados para los equipos de salud de la familia (médicos, enfermeros y odontólogos), y los demás en los equipos del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia – Atención Básica (NASF-AB). Al final del periodo de dos años, 103 residentes habían completado los programas, 68 de la PRMSF y 35 de la PRMFC. A partir de la segunda promoción, el número de plazas ofertadas por el PRMSF fue modificado, pasando de 76 a 47. Con esto, anualmente se ofrecen 87 plazas en los dos programas mencionados y todas las plazas disponibles son ocupadas. En la Tabla 1 podemos observar el número de ofertas, plazas, graduados y la proyección para la promoción actual, en los dos programas, comprendiendo el período de 2020 a 2024.

Para el análisis descriptivo de los resultados de la implementación del Proyecto TEIAS se utilizó una fuente documental pública procedente de los sistemas de datos del SUS y de los informes de gestión municipal, y se extrajeron los datos de la Plataforma de Información y Gestión de la Atención Primaria, el Sistema de Atención Primaria e-Gestor. El período cubierto fue de enero de 2020 a diciembre de 2023. La tasa de crecimiento anual se obtuvo calculando la diferencia entre el valor actual de los procedimientos realizados y su valor en el año anterior, dividido por el valor actual en el año anterior y multiplicado por 100 para obtener el porcentaje.

Resultados y debate

El Proyecto INOVAAPS se originó en 2020, apoyando la implementación del PRMFC y del PRMSF, con la premisa de fortalecer las estrategias implementadas y ampliar el acceso al SUS en el municipio de Campo Grande. Las áreas de mayor énfasis fueron la vigilancia y la promoción de la salud, orientándolas a articular e identificar situaciones problemáticas para intervenciones adecuadas al escenario considerado esencial para el servicio.

Sin embargo, para dar continuidad y consolidar el desarrollo institucional, INOVAAPS se reestructuró en el Proyecto Territorios Integrados de Atención Primaria a la Salud (TEIAS), que viene apoyando al gestor municipal, subsidiando

Tabla 1. Número de matrículas, titulados hasta 2024 y proyección para 2025.

Promoción	PRMFC			PRMSF		
	Anuncio de plazas	Inscritos	Graduados	Anuncio de plazas	Inscritos	Graduados
2020-2022	40	40	35	76	76	68
2021-2023	40	40	30	47	47	34
2022-2024	39	39	34	47	47	37
2023-2025	40	40	33	47	47	42

Fuente: Autores.

la toma de decisiones, resolviendo problemas y estructurando tanto los procesos de trabajo como la formación profesional. Este proyecto se consolida al tener sincronizados sus dos programas de residencia, hasta el punto de mostrar resultados crecientes en cuanto al número de procedimientos realizados, tanto antes como después de la pandemia^{10,12,13}.

Según datos extraídos de la Plataforma de Información y Gestión de Atención Primaria, e-Gestor Atenção Básica, en diciembre de 2019, periodo previo a la implantación del proyecto, la atención primaria en el municipio de Campo Grande contaba con 125 equipos de salud de la familia con equipos de salud bucodental, 10 equipos en atención primaria tradicional y 11 Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Primaria (NASF-AP).

La articulación sostenida entre gestores, el mayor número de acciones desarrolladas en los campos de práctica y la desarticulación contractual de la gestión de los funcionarios municipales en relación al cuerpo de preceptores fueron acciones realizadas por el Proyecto TEIAS que corroboran metodologías aplicadas por otros programas de residencia o por gestores municipales. Esto muestra potencial en la formación de profesionales residentes, tutores y preceptores, permitiendo a los servicios de salud repensar sus prácticas profesionales para cualificar las acciones de salud a partir de subsidios teóricos^{13,14}.

La población estimada cubierta por las eSF en atención primaria en 2019 fue de 461.250 personas. De este total, la cobertura estimada de la población por las eSF vinculadas era de 431.250 personas, registrando el municipio una cobertura de atención primaria de aproximadamente el 52%, ocupando el penúltimo lugar en cobertura entre las capitales brasileñas. Para suplir este déficit de profesionales especializados en APS, así como para aumentar la cobertura, la formación multiprofesional en el estado de Mato Grosso do Sul ha ganado fuerza en cuanto al número de vacantes en los últimos años, como presentamos en

este trabajo, con la perspectiva de 40 graduados en farmacia, odontología, enfermería, educación física, servicios sociales, fisioterapia y psicología para 2025 y 47 para 2026.

Gracias al aumento de la composición de 229 eSF y 11 equipos de atención primaria (eAP), con una cobertura potencial en torno al 88%, el municipio es ahora una de las diez capitales mejor valoradas de Brasil en términos de salud pública, como puede verse en la Tabla 2.

Al inicio de los programas de residencia, Campo Grande tenía una población estimada de 914.000 habitantes, abarcando 8.092,95 km², geográficamente localizado en la porción central y ocupando 2,2% del área total del estado de Mato Grosso do Sul. El municipio está organizado en siete distritos sanitarios, denominados Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa y Segredo. El PRMFC y el PRMSF forman parte del eSF en 12 Unidades de Salud de la Familia (USF) del municipio.

Con la implantación del Proyecto INOVAAPS en nueve USF en 2020, y la ampliación a 12 unidades en 2022 por el proyecto TEIAS, se puede decir que se ha ampliado la oferta de servicios a los usuarios, cumpliendo la APS su papel de dar soluciones y coordinar la atención.

Los datos de producción presentados comparan la evolución de la atención con el período anterior al proyecto, con un aumento considerable del número de visitas en todas las áreas durante el período analizado. Cabe destacar las variaciones en el cambio de clases de residentes, así como la estacionalidad del perfil asistencial de la pandemia COVID-19 en el territorio y el desplazamiento de residentes médicos y multiprofesionales para prestar asistencia en otras áreas de la red de servicios, como el Polo de Atención al Paciente por la Pandemia de COVID-19, las Unidades de Atención Inmediata (UPA), los Centros Regionales de Salud (CRS) y las Unidades de Vacunación, dada la necesidad de gestión en el periodo más crítico de la historia reciente de la humanidad en el ámbito sanitario.

Los procedimientos individualizados, cuando se comparan con los datos obtenidos en los años 2019 a 2023, mostraron un aumento de aproximadamente 86%, teniendo en cuenta en este indicador la realización de procedimientos y/o cirugías menores, pruebas rápidas, administración de medicamentos, así como otros procedimientos incluidos en la tabla del Sistema de Gestión de la Lista de Procedimientos, Medicamentos y OPM del SUS (tabla SIGTAP).

A continuación, en el Gráfico 1, se muestran los resultados y evolución de los procedimientos individualizados realizados en las nueve USF vinculadas al Proyecto TEIAS, abarcando los equipos de salud equipados con PRMSF y PRMFC, desde 2019 hasta diciembre de 2023.

Las citas médicas en el periodo analizado presentan un incremento del 81% en cifras absolutas, si se comparan con el total de citas en estas unidades entre 2019 y diciembre de 2023, a pesar de los eventos de lucha contra la pande-

mia de COVID-19. Estos eventos han provocado la necesidad de despliegue de profesionales en otros escenarios, como los polos de COVID-19 y las unidades de atención inmediata, tal y como se describe en el Gráfico 2.

Uno de los resultados del aumento del porcentaje de procedimientos realizados por las USF equipadas con el Proyecto TEIAS fue la ampliación de la cartera de servicios ofrecidos en las unidades con residencia, con más procedimientos realizados por el equipo médico, como: cirugía menor, cantoplastia, inserción de dispositivos intrauterinos, drenaje de abscesos, suturas, infiltración de la cavidad sinovial y extracción de cerumen. También se habilitó a las enfermeras, especialmente en lo que respecta a las consultas de enfermería, las consultas compartidas y la inserción de dispositivos intrauterinos, al igual que los farmacéuticos y los dentistas, que durante la pandemia contribuyeron en los *drivers* de vacunación y en la realización de las pruebas rápidas.

Tabla 2. Evolución de la cobertura de atención primaria para el municipio de Campo Grande-MS.

Antes del Proyecto TEIAS			Después del proyecto TEIAS			
33,20%	55,20%	52,10%	66,77%	57,05%	88,43%	88,48%
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023

Fuente: Autores.

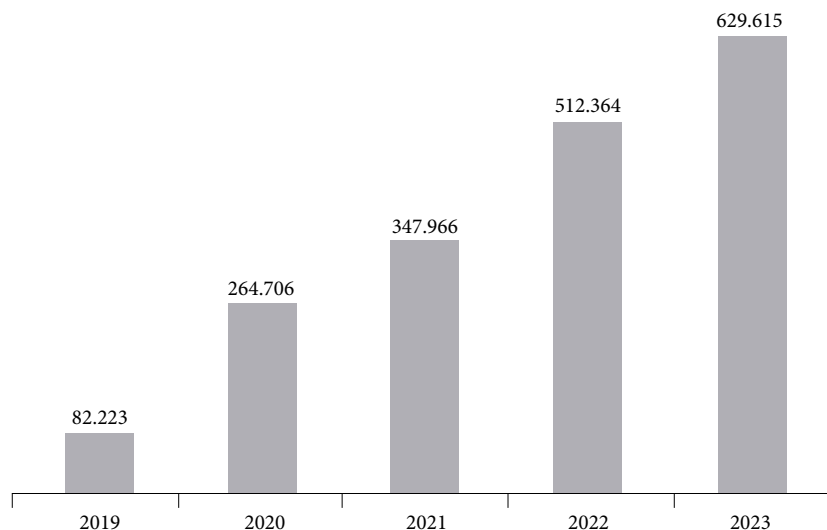


Gráfico 1. Evolución del número de procedimientos individualizados en las Unidades de Salud de la Familia equipadas con PRMSF y PRMFC.

Fuente: Autores con datos de la plataforma e-Gestor AB extraídos en diciembre de 2022.

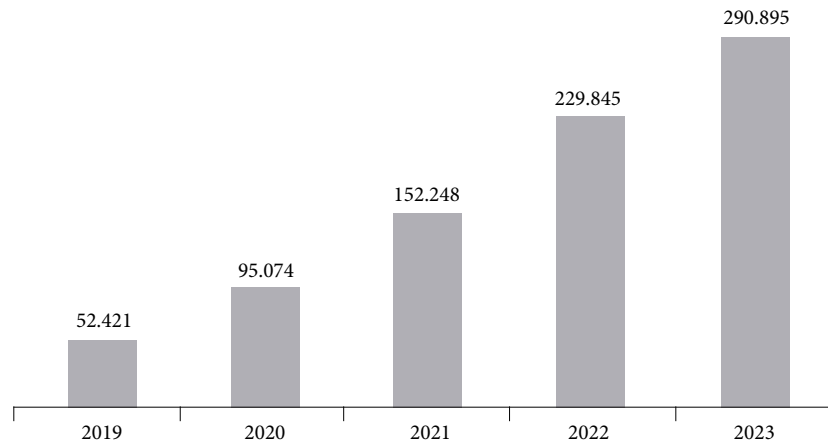


Gráfico 2. Evolución del número de procedimientos médicos en las Unidades de Salud de la Familia equipadas con PRMSF y PRMFC.

Fuente: Autores con datos de la Plataforma e-Gestor AB extraídos en diciembre de 2023.

Este contexto ha continuado en el período pospandémico y se materializa cuando no se descuidan los atributos de acceso, longitudinalidad de la atención, integralidad de las acciones, coordinación de los cuidados y orientación familiar y comunitaria. La estructura del servicio se basa en modelos de atención a la persona y en el proceso de trabajo del equipo de salud de la familia, integrado y compartido en la enseñanza de los servicios a la comunidad^{14,16}.

Un territorio amplio, con alta carga de enfermedad y vulnerabilidad social es una característica observada en nuestro programa, así como en los programas de residencia ofrecidos por los municipios, exigiendo desafíos continuos y trabajo constante con preceptores calificados y comprometidos con la formación orientada a las necesidades del SUS. La construcción del trabajo activo debe ser permanente, así como el compromiso con la multiprofesionalidad y la formación interdisciplinaria en el proceso de enseñanza¹⁶⁻¹⁸.

En este sentido, con la mayor gama de procedimientos ofrecidos en estas USF como resultado de la ampliación de la cartera de servicios y la calificación de los registros en los sistemas de información vigentes, identificamos mejores resultados en las unidades en comparación con años anteriores.

En el periodo anterior a la implantación del proyecto INOVAAPS, existían pocos registros

de consultas de enfermería, ya que esta categoría profesional desarrollaba su actividad fundamentalmente a través del cribado y la clasificación de riesgos. El aumento significativo en el acceso a las consultas de enfermería en el período analizado, de aproximadamente el 81% de los atendimientos ambulatorios, es el resultado de la cualificación de la atención prenatal y puericultura, el seguimiento de los pacientes de las diferentes líneas de atención y ciclos de vida, con un efecto importante en la recepción de la demanda espontánea, como se puede ver en el Gráfico 3.

La reanudación de la atención ambulatoria integral por parte de los cirujanos dentistas pudo observarse a mediados de 2022, lo que también se aprecia en el aumento del número de atendimientos ambulatorios de odontología. Estos resultados son claramente fruto de un trabajo conjunto de calidad, formación y perfeccionamiento de los preceptores, así como de su proporción con los residentes. Los preceptores son capaces de garantizar una visión más cercana de la asistencia prestada, y las técnicas de preceptoría, ya sea sombra o preceptoría minutos, ofrecen a los residentes la posibilidad de comprender el servicio con el apoyo de su preceptor, ya sea en el núcleo o sobre el terreno.

También se ha producido un aumento significativo de los cuidados de enfermería. Estos resultados podrían deberse a varios factores, como

el mayor papel desempeñado por el equipo de enfermería en la atención ambulatoria y en la coordinación de la atención a los usuarios. Sugerimos que el aumento del número de consultas de enfermería también puede estar relacionado con la mejora de la calidad del registro de las consultas realizadas por los profesionales en el Registro Ciudadano Electrónico (PEC, acrónimo en portugués) e-SUS, ya que el proceso docente del residente se basa en ello.

Cuando analizamos el porcentaje de procedimientos individualizados, atendimientos médicos, de enfermería y odontológicos, descritos en la Tabla 3, vemos que los mayores incrementos porcentuales se produjeron de 2019 a 2020 para todos los procedimientos realizados, con tasas del 68,93%, 44,86% y 64,17%, respectivamente, a excepción de los procedimientos odontológicos, que experimentaron el menor crecimiento en este mismo periodo, con una tasa del 0,79%.

Este bajo crecimiento se debe al periodo de pandemia, en el que los procedimientos odontológicos disminuyeron debido a la comprensión de la bioseguridad y al uso de equipos de protección individual.

En cuanto a la atención odontológica, cabe destacar que esta categoría profesional ha sufrido el mayor impacto debido a la pandemia de COVID-19, dado que fue la atención que más se restringió por cuestiones de bioseguridad. Aun ante este escenario, cabe destacar que las unidades del Proyecto TEIAS han logrado ampliar el acceso, incrementando la atención en aproximadamente un 33% durante la pandemia, y para el año 2023, se identificó un incremento del 66% cuando comparado al mismo periodo de 2019, como se puede observar en el Gráfico 4.

Sin embargo, tan pronto como los protocolos de atención permitieron la actuación del cirujano dentista, se produjo un aumento de las atencio-

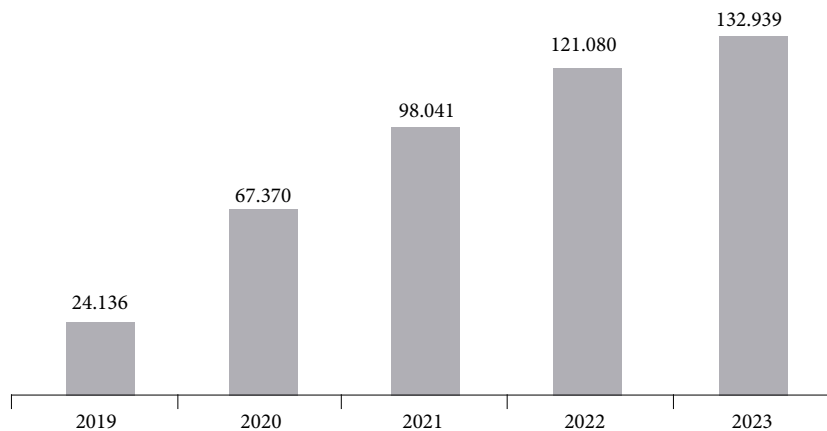


Gráfico 3. Evolución del número de procedimientos de enfermería en las Unidades de Salud de la Familia equipadas con PRMSF y PRMFC.

Fuente: Autores con datos de la Plataforma e-Gestor AB extraídos en diciembre de 2023.

Tabla 3. Demostrativo de la evolución de la tasa de crecimiento en porcentaje (%) deos procedimientos realizados.

Procedimientos	Unidades del proyecto TEIAS – PRMFC y PRMSF			
	2020	2021	2022	2019 a 2023
Individualizado	68,93	23,92	32,08	86,94
Médicos	44,86	37,55	33,70	81,97
Enfermería	64,17	31,27	19,03	81,80
Dental	0,79	32,60	41,50	66

Fuente: Autores.

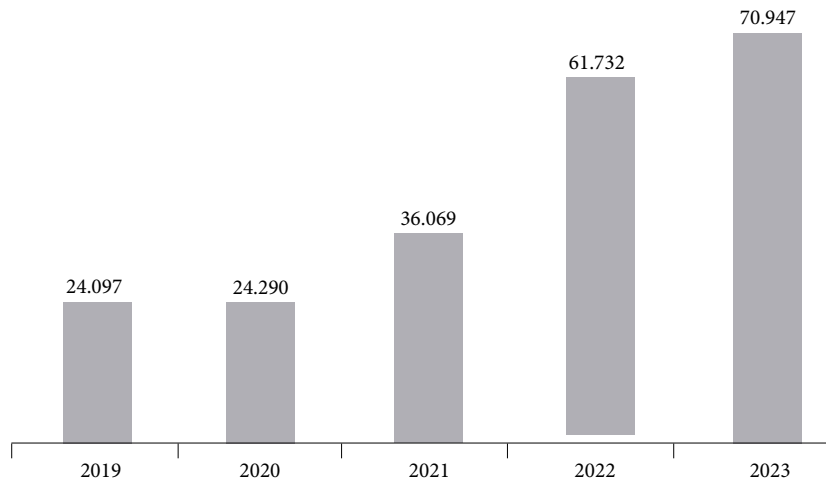


Gráfico 4. Evolución del número de procedimientos odontológicos en las Unidades de Salud de la Familia equipadas con PRMSF y PRMFC.

Fuente: Autores con datos de la Plataforma e-Gestor AB extraídos en diciembre de 2023.

nes odontológicas, alcanzando un porcentaje del 66% en comparación con el periodo comprendido de 2019 a diciembre de 2023. También se puede observar que todos los procedimientos individualizados médicos, de enfermería y odontológicos han aumentado desde el inicio del proyecto y en comparación con diciembre de 2023, con un 86,94%, 81,97%, 81,80% y 66% respectivamente, una perspectiva de crecimiento creciente año tras año.

El análisis de los datos presentados en la Tabla 3 muestra un aumento exponencial de la atención médica, lo que refuerza la importancia de formar a los profesionales a través de la enseñanza en servicio, como es el caso de los programas de residencia vinculados al Proyecto TEIAS.

Una red de servicios con un mayor número de titulados proporciona a los usuarios profesionales capaces de actuar de forma asertiva y resolutive. La Tabla 4 muestra que la tasa de absorción de los médicos graduados en el Proyecto TEIAS es del 68% y el 81% para la primera y la segunda promoción, respectivamente, mientras que la tasa de los graduados multiprofesionales de la primera promoción fue del 43%. La tasa encontrada para los graduados del Proyecto TEIAS está por encima de la media del 47,9% observada en estudios anteriores, con el impacto positivo de mejorar los servicios de salud ofrecidos, reforzar la APS y mejorar la calidad de la atención prestada a la población^{22,23}.

Entre los objetivos del PRMFC y del PRMSF está la cualificación del profesional para que el servicio ofrecido a la población garantice una atención acogedora, empática y humana, con mayor satisfacción del usuario. Los profesionales egresados de los programas de residencia están formados y capacitados para realizar un trabajo que tenga en cuenta los principios y directrices del SUS. Sin embargo, el servicio necesita ofrecer oportunidades para que estos graduados se integren en el sistema de salud. Teniendo esto en cuenta, realizamos una búsqueda en la base de datos del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES, sigla en portugués), en el perfil profesional, para verificar la absorción de graduados del PRMSF y del PRMFC. Del total de graduados de la PRMFC, obtuvimos una tasa de absorción total en APS del 68% y del 81%, para la primera y segunda promoción respectivamente. En cuanto a los titulados de la PRMSF, la tasa de absorción total fue del 48% y el 23% para la primera y la segunda promoción, respectivamente, como se muestra en la Tabla 4.

Los preceptores que trabajan en los programas pertenecientes al Proyecto TEIAS reciben una beca con un valor diferente en comparación con otros programas de Brasil. Estos incentivos permiten retener a más profesionales, así como mantener una ratio preceptor/residente inferior a lo preconizado por la legislación vigente. Actualmente, hay una relación de 2,02 y 2,28 resi-

Tabla 4. Absorción de Graduados de los Programas de Residencia del Proyecto TEIAS en la APS.

Promoción	PRMFC			PRMSF		
	APS Campo Grande	APS Brasil	Tasa de absorción	APS Campo Grande	APS Brasil	Tasa de absorción
2020-2022	17	22	68%	27	33	48%
2021-2023	20	22	81%	8	8	23%

Fuente: Autores.

Tabla 5. Demostrativo de preceptores y la proporción con residentes en los PRMFC y PRMSF.

Programas	Preceptores	Residentes	Proporción Preceptor/ residente	Proporción recomendada
		R1 - R2		
PRMFC	35	71	2,02	3
PRMSF	38	87	2,28	4 a 6

Fuente: Autores.

dentos por preceptor para el PRMFC y el PRMSF, respectivamente. Cabe destacar que, según la normativa vigente sobre recomendaciones para la calidad de los programas de residencia, la proporción ideal es de un preceptor de 40 horas por hasta tres residentes en el PRMFC y de un preceptor de 40 horas por hasta cinco residentes en el PRMSF, tal y como se muestra en la Tabla 5^{15,17}.

El proceso de enseñanza en servicio resultante de la ampliación de los equipos por el PRMFC y PRMSF ha traído numerosos avances a la APS en el municipio de Campo Grande, garantizando a los pacientes una atención integral a sus demandas, fortaleciendo el vínculo y la longitudinalidad de la atención y reduciendo el número de derivaciones para condiciones sensibles a la APS, apoyando la organización de la red de servicios de salud.

Consideraciones finales

Los programas de residencia médica y residencia multiprofesional son fundamentales en la red de atención a la salud, sirviendo de ejemplo dentro del propio municipio, así como para otras localidades. La premisa de trabajar conjuntamente con la residencia médica y la residencia multiprofesional en un formato integrado, en equipos propios, en territorios más vulnerables, y con la presencia de un preceptor que actúa en un número proporcional pone en evidencia un contexto de expansión asistencial que en determinados momentos sustenta toda la política de gestión de la asistencia del municipio en el que la residencia está presente y en consonancia con el Proyecto TEIAS.

La percepción de evolución constante y del creciente aporte de equipos más calificados con profesionales de provenientes de programas de residencia se muestra como una concepción asertiva para que la gestión alcance los indicadores de salud y califique el acceso.

Colaboradores

RDP Balejo, GSC Alécio y TTM Dias: concepción del estudio, redacción y revisión final. V Mueller: concepción del estudio e investigación. JRS Junior, D Soranz y DVM Ranzi: investigación.

Referencias

1. 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.
2. Sarti TD, Dalla MDB, Machado TM, Fonseca MCFO, Bof SMS, Castro Filho JA, Correa MCC, Torres SEM, Cruz SCS. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-12.
3. Harzheim E, Santos CMJ, D'Ávila OP, Wollmann L, Pinto LF. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020; 15(42):2354.
4. Fontenelle LF, Permuy LB, Sesquim DL, Vetis MS. Oferta e ocupação de vagas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil, 2020. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2023; 18(45):3637.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: MS; 2006.
6. Starfield B. *Atenção, primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, MS; 2002.
7. Ranzi DVM, Nachif MCA, Soranz DR, Marcheti PM, Santos MLM, De Carli AD. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):1999-2011.
8. Carvalho MAP, Gutiérrez AC. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):2013-2022.
9. Simas KBF, Gomes AP, Simões PP, Augusto DK, Siqueira-Batista R. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: breve recorte histórico. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018;13(40):1-13
10. Pinho LMG, Garcia VL, Nogueira-Martins MCF. Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). *Rev Bras Pesq Saude* 2017; 19(2):106-114.
11. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica 2108. *R Katal Florianopolis*; 21(1):200-209.
12. Justino ALA, Oliver LL, Mello TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1471-1480.
13. Brasil. Ministério da Educação (MS). Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2015; 26 maio.
14. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Nota sobre a nova política de financiamento da atenção primária à saúde – Programa Previne Brasil [Internet]. 2019. [acessado 2024 fev 8]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-sobre-nova-politica-de-financiamento/>
15. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Coordenação Geral de Residências em Saúde. Despacho Orientador sobre quantitativo de Preceptor por Residente [Internet]. 2016. [acessado 2023 jun 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/es/residencia-multiprofissional/pdf/DespachoOrientadorsobrequantitativodepreceptorporResidente.pdf>
16. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCA PS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5)1327-1337.
17. Costa WA, Santana VR. A implementação dos Programas Integrados de Residências (FESF/Fiocruz) na Região Metropolitana de Salvador. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2021; 16(43):2483.
18. Silva LS, Natal S. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. *Rev Trab Educ Saude* RJ 2019; 17(3):22050.
19. Alves MTG. Reflections on the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020; 15(42):2496.
20. Sarti TD, Dalla MDB, Machado TM, Fonseca MCFO, Bof SMS, Filho JAC, Correa MCC, Torres SRM, Cruz SCS. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-12.
21. Soares RS, Oliveira FP, Neto AJM, Barreto DS, Carvalho ALB, Sampaio J, Figueiredo AM. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-8
22. Bomfim ES, Araújo IB, Oliveira BG, Moreira RM, Rocha RM, Boery RNO. Educação permanente em saúde: discussão das práticas educativas na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFPE* 2016; 10(8):2833-2837.
23. Flor TBM. Inserção de Egressos do Programas de Residência Multiprofissional no SUS. *Rev Saude Publica* 2021; 55:88.

Artículo presentado en 10/03/2024

Aprobado en 13/05/2024

Versión final presentada en 15/05/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva