

# REQUISITOS MÍNIMOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – R1 e R2

## 1 – Introdução

### **Nomenclatura:**

Medicina de Família e Comunidade (MFC)

### **Duração do PRM:**

2 anos

### **Definição:**

O médico de família e comunidade é o especialista que presta cuidados personalizados e continuados, a indivíduos e famílias de uma determinada população, independente de idade, sexo ou problema de saúde.

Além do corpo de conhecimentos próprio da especialidade, o Médico de Família e Comunidade desenvolve habilidades e atitudes singulares para o seu desempenho profissional.

### **Fundamentos da especialidade:**

A MFC é uma especialidade clínica cujo profissional é capaz de identificar as doenças e enfermidades em seus momentos iniciais, ainda com manifestações indiferenciadas e atípicas; manejar condições crônicas e estáveis, com momentos de agudização e problemas que configurem situações de urgência e emergência. Resolver o maior número de problemas possível com qualidade é a principal característica do médico de Família e Comunidade.

O médico de Família e Comunidade vincula-se às pessoas independente da idade, sexo ou problema de saúde. Esse compromisso não se restringe a existência de uma doença, bem como não termina com a cura. O compromisso do médico de família e não se encerra quando encaminha o paciente para especialistas, sendo o coordenador dos

cuidados.

O contexto de vida da pessoa é determinante e deve ser buscado invariavelmente pelos médicos de família e comunidade. O fato de atuar mais próximo do indivíduo e de suas famílias permite que compreenda melhor a relação entre tal contexto e o adoecimento.

Os encontros entre as pessoas e o Médico de Família e Comunidade devem ser entendidos como uma oportunidade para a prevenção de doenças, promoção da saúde e para a educação em saúde.

A atuação do Médico de Família e Comunidade é vista como parte integrante de uma rede de serviços e ações. Cabe ao médico de família articular e coordenar a rede e ações, em prol das pessoas sob sua responsabilidade.

O Médico de Família e Comunidade é um gestor de recursos que claramente são finitos, devendo ser utilizados de forma efetiva e equânime.

## **2 – Objetivos gerais do programa (conhecimentos, habilidades, atitudes)**

Formar Médicos de Família e Comunidade tendo as pessoas e suas famílias como centro do cuidado, atuando de forma qualificada, buscando solucionar o maior número de problemas possíveis, com qualidade, por meio de uma prática integrada, continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades.

Os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

## **3 – Objetivos intermediários**

### **Primeiro ano:**

#### **Competências não clínicas: Desenvolver**

##### **1. Fundamentos Teóricos**

###### **1.1 Princípios da Medicina de Família e Comunidade**

## 1.2 Princípios da Atenção Primária à Saúde

## 2. Fundamentos da Prática

2.1 Abordagem individual

2.2 Abordagem familiar

2.3 Abordagem comunitária

2.4 Raciocínio Clínico

2.5 Habilidades de comunicação

2.6 Ética médica e Bioética

2.7 Educação popular em saúde

2.8 Habilidades frente a pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência

2.9 **Fundamentos da Medicina Rural**

2.10 **Introdução às outras racionalidades médicas**

## 3. Gestão e organização de serviços de saúde

3.1 Gestão e organização do processo de trabalho

3.2 Trabalho em equipe multiprofissional

3.3 Avaliação da qualidade e auditoria

3.4 **Gestão da Clínica**

## 4. **Saúde Coletiva (ver o que fica pro primeiro ano e pro segundo ano)**

4.1 **Concepções e Determinação Social do Processo Saúde Doença**

4.2 **Ciências Sociais e Humanas aplicadas à saúde**

4.3 **Epidemiologia Crítica**

4.4 **Epidemiologia Clínica/Clinicometria**

4.5 **Bases para os estudos epidemiológicos**

4.6 **Planejamento Estratégico Situacional e Participativo**

4.7 **Modelos de Atenção à Saúde**

4.8 **Cartografia do Trabalho Vivo**

4.9 **Clínica Ampliada**

4.10 **Linhas de Cuidado**

4.11 **Reforma Sanitária Brasileira**

- 4.12 Estruturação histórica e jurídico institucional do Sistema Único de Saúde
- 4.13 Atenção Primária – histórico, concepções e políticas públicas e modelos tecnoassistenciais
- 4.14 Fundamentos da Educação Médica

## **Competências clínicas: Capacitar para**

1. Atenção Individual
  - 1.1 Abordagem a problemas gerais e inespecíficos
  - 1.2 Abordagem a problemas respiratórios
  - 1.3 Abordagem a problemas digestivos
  - 1.4 Abordagem a problemas infecciosos
  - 1.5 Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão
  - 1.6 Abordagem a problemas de saúde mental
  - 1.7 Abordagem a problemas do sistema nervoso
  - 1.8 Abordagem a problemas cardiovasculares
  - 1.9 Abordagem a problemas dermatológicos
  - 1.10 Abordagem a problemas hematológicos
  - 1.11 Abordagem a problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta
  - 1.12 Abordagem a problemas metabólicos
  - 1.13 Abordagem a problemas relacionados aos rins e vias urinárias
  - 1.14 Abordagem a problemas musculoesqueléticos
  - 1.15 Cuidados paliativos
  - 1.16 Cuidado domiciliar
  - 1.17 Rastreamento
  - 1.18 Urgência e emergência
  - 1.19 Realização de procedimentos ambulatoriais
2. Atenção a grupos populacionais específicos ou situações específicas
  - 2.1 Atenção à saúde da criança e adolescente
  - 2.2 Atenção à saúde do idoso
  - 2.3 Atenção à saúde da mulher
  - 2.4 Atenção à saúde do homem

- 2.5 Atenção à sexualidade
- 2.6 Atenção ao ciclo gravídico-puerperal
- 2.7 Atenção à situações de violência
- 2.8 Atenção à saúde do trabalhador

## **Segundo ano:**

### **Competências não clínicas: Aprimorar**

#### 1. Fundamentos Teóricos

- 1.1 Princípios da Medicina de Família e Comunidade
- 1.2 Princípios da Atenção Primária à Saúde

#### 2. Fundamentos da Prática

- 2.1 Abordagem individual
- 2.2 Abordagem familiar
- 2.3 Abordagem comunitária
- 2.4 Raciocínio Clínico
- 2.5 Habilidades de comunicação
- 2.6 Ética médica e Bioética
- 2.7 Educação popular em saúde
- 2.8 Habilidades frente a pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência

#### 3. Gestão e organização de serviços de saúde

- 3.1 Gestão e organização do processo de trabalho
- 3.2 Trabalho em equipe multiprofissional
- 3.3 Avaliação da qualidade e auditoria

### **Competências clínicas: Capacitar para**

#### 3. Atenção Individual

- 1.1 Abordagem a problemas gerais e inespecíficos
- 1.2 Abordagem a problemas respiratórios
- 1.3 Abordagem a problemas digestivos
- 1.4 Abordagem a problemas infecciosos

- 1.5 Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão
- 1.6 Abordagem a problemas de saúde mental
- 1.7 Abordagem a problemas do sistema nervoso
- 1.8 Abordagem a problemas cardiovasculares
- 1.9 Abordagem a problemas dermatológicos
- 1.10 Abordagem a problemas hematológicos
- 1.11 Abordagem a problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta
- 1.12 Abordagem a problemas metabólicos
- 1.13 Abordagem a problemas relacionados aos rins e vias urinárias
- 1.14 Abordagem a problemas musculoesqueléticos
- 1.15 Cuidados paliativos
- 1.20 Cuidado domiciliar
- 1.21 Rastreamento
- 1.22 Urgência e emergência
- 1.23 Realização de procedimentos ambulatoriais
4. Atenção a grupos populacionais específicos ou situações específicas
  - 2.1 Atenção à saúde da criança e adolescente
  - 2.2 Atenção à saúde do idoso
  - 2.3 Atenção à saúde da mulher
  - 2.4 Atenção à saúde do homem
  - 2.5 Atenção à sexualidade
  - 2.6 Atenção ao ciclo gravídico-puerperal
  - 2.7 Atenção às situações de violência
  - 2.8 Atenção à saúde do trabalhador

#### **4 – Programação Teórica e Prática detalhada**

##### **Divisão da carga horária do programa:**

- Atividades em serviços de atenção primária que devem ser realizadas necessariamente em Unidades de Atenção Primária (Centros de Saúde ou

Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família) – mínimo de 55% da carga horária total do PRM, distribuídas entre consultas, atenção domiciliar, entrevistas familiares, realização de pequenas cirurgias, atividades comunitárias.

- Os serviços de atenção primária devem ser caracterizados pela presença e extensão dos seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural).
- Atividades em outros níveis de atenção (secundário e terciário) – mínimo de 25% da carga horária total do PRM, distribuídos nos estágios em unidades de urgência e emergência, enfermarias, atividades de gerenciamento, atendimentos em ambulatórios de atenção secundária e terciária, com a participação de especialistas, fazendo interface com a atenção primária. Estão contempladas as atividades que são realizadas na atenção primária com caráter de atenção secundária, sob supervisão ou matriciamento do especialista focal.
- Atividades teóricas – de 10 a 20% da carga horária total do PRM, as quais não deverão restringir as atividades práticas do PRM.

#### **Modalidades de Ensino em Serviço:**



Atuação conjunta de preceptor e médico residente



Supervisão direta dos atendimentos e ações



Discussão de casos



Estudo imediato dos casos em atendimento

#### **Modalidades de atividades teóricas:**

- Problematização (estudo baseado na análise de situações)
- Aulas expositivas e seminários
- Ensino-aprendizado em pequenos grupos
- Outras modalidades: oficinas, estudo orientado por necessidades, sessões clínicas, simulação de consultas (*role-play*) e análise de vídeos de consultas no formato *problem-based interviewing* (PBI)

## **5 – Recursos humanos necessários (preceptoria e demais)**

- O supervisor do PRM deve ser especialista em Medicina de Família e Comunidade com certificado de Residência Médica na área e/ou Título de Especialista (TEMFC).
- Os preceptores de estágios em Atenção Primária, preferencialmente, também devem ser Médicos de Família e Comunidade, com certificado de Residência Médica na área e/ou Título de Especialista (TEMFC)
- Os preceptores de estágios em Atenção Primária, deverão integrar a equipe da unidade de saúde que receberá o residente e ser, preferencialmente, da mesma equipe de saúde da família ou responsável pelo mesmo território no qual residente irá atuar.
  - O médico residente também poderá ficar responsável por uma equipe de saúde da família, desde que resguardadas as condições de infraestrutura dispostas a seguir, as condições de aprendizagem e a supervisão permanente.
  - Nos casos onde o médico residente assuma uma equipe de saúde da família, deverá ser cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como médico daquela equipe.
- A preceptoria em todos os campos de estágio, deve ser permanente, e realizada por médicos qualificados para a função, seguindo a resolução 02/2005 e 02/2006 da CNRM.
- Poderão fazer parte do processo de aprendizagem do MFC outros médicos com formação acadêmica ou experiência que os qualifique a prestar preceptoria em sua área específica.

## **6 – Infra-estrutura essencial para desenvolvimento do PRM (instalações e equipamentos)**

### **Estrutura físico-funcional**



- Deve ser garantida infraestrutura física de consultório para possibilitar o atendimento ambulatorial em pelo menos 6 turnos semanais por residente, para atendimento de adultos, crianças, gestantes e idosos.
  - *Recomenda-se que a agenda não seja determinada por faixa etária ou grupo populacional, evitando-se a formação de turnos de atendimento voltados a determinadas condições ou populações.* Em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica
  
- Considerando a especificidade docente-assistencial, cada equipe de Saúde da Família, preferencialmente, deve ter um máximo de 3.000 pessoas adscritas
  - Nas situações em que médicos residentes ficarem responsáveis pela equipe de Saúde da Família, recomenda-se que a relação seja de 2.000 pessoas adscritas por médico residente.
  
- A unidade docente-assistencial deve contar com equipe(s) de Saúde da Família completas.
  - Quando o estágio acontece em um serviço onde não há Estratégia de Saúde da Família, deve-se garantir que a unidade preserve características peculiares de um serviço de Atenção Primária à Saúde.
  
- É desejável que unidade de saúde disponham de equipamentos e instrumental para um atendimento adequado às urgências e emergências, comuns na atenção primária e, para a realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno porte em caráter ambulatorial.

## **7 – Procedimentos de avaliação do Médico Residente**

A avaliação do médico residente deve fazer parte de um processo, que deve ser registrado e no qual podem estar incluídos:

- Acompanhamento sistematizado e cotidiano pelo preceptor de todas as atividades do médico residente, incluindo os atendimentos médicos ambulatoriais nas Unidades, a assistência domiciliar e os grupos.
- Auto-avaliação do médico residente e de seus preceptores
- Avaliações estruturadas de supervisão de consultas e procedimentos
- Avaliação de metas previamente combinadas para o período do treinamento, por meio de *feedback*.
- Inclusão de avaliação pela equipe onde o médico residente está inserido nos aspectos de relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse.
- Avaliação dos avanços esperados e correção das dificuldades identificadas para cada médico residente.
- Prova escrita com os conteúdos e as competências estabelecidas para cada período.
- Trabalho final de conclusão, sob formato de revisão, monografia, artigo ou auditoria clínica, a critério de cada programa.
- O processo de avaliação deve permitir objetivamente que o médico residente avalie os seus preceptores e as condições gerais de seus estágios.

A frequência mínima das avaliações devem ser trimestrais, conforme resolução 02/2006 da CNRM.