

# Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade

## *Bases for an adequate expansion and development of Family and Community Medicine Residency Programs*

Maria Inez Padula Anderson\*  
 Eno Dias de Castro Filho\*\*  
 Ricardo Donato Rodrigues\*\*\*  
 Marcello Dala Bernardina Dalla\*\*\*\*  
 Monique Marie Marthe Bourget\*\*\*\*\*

### Resumo

Este artigo é uma versão adaptada, para este número suplementar da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, do documento original da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), editado em 2005, sob o mesmo título – disponível na íntegra no portal [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br). O texto situa a Medicina de Família e Comunidade (MFC) como uma especialidade médica centrada no paradigma da integralidade biopsicossocial que prioriza a APS, fazendo um nítido contraste com as especialidades focais. As políticas de saúde historicamente adotadas no Brasil privilegiaram, no entanto, um modelo assistencial hospitalocêntrico, bloqueando o desenvolvimento da APS e da MFC. Esta é uma tendência em mudança em face da Estratégia Saúde da Família e da experiência internacional nesta área. Neste contexto, a SBMFC, em parceria com o MS, vem incentivando a expansão dos programas de residência em MFC. Considerando a importância de que tal expansão seja implementada sem prejuízo da qualidade, a SBMFC apresentou um conjunto de critérios e recomendações, sintonizadas com a Resolução da CNRM – que regulamenta estes programas –, para que servissem de base para tal expansão. Neste artigo, são retomadas as exigências e recomendações relativas à organização do programa, à distribuição temporal das atividades e às competências básicas que deverão ser desenvolvidas ao longo do programa de formação. Além disso, são revistos os requisitos referentes à infra-estrutura e ao fluxo assistencial necessários para criar um ambiente favorável de treinamento em serviço. Por último, faz-se um pequeno relato sobre as iniciativas mais recentes que a SBMFC vem desenvolvendo no sentido de minorar a atual defasagem entre necessidade e oferta de preceptores especializados em MFC.

**Palavras-chave:** Ação Intersetorial; Saúde da Família; Política de Saúde.

**Key Words:** *Intersectorial Action; Family Health; Health Policy.*

\*Médica de Família e Comunidade, Doutora em Saúde Coletiva, Professora adjunta e preceptora da Residência em MFC, FCM, UERJ, Presidente da SBMFC, Rio de Janeiro, Brasil.

\*\*Médico de Família e Comunidade, Mestre em Educação, Diretor Científico SBMFC 2004-2008, Coordenador Telessaúde RS.

\*\*\*Médico, Doutor em Medicina. Prof. Adj. Programa de Atenção Primária em Saúde da FM UFRJ.

\*\*\*\*Médico de Família e Comunidade. Mestre em Educação. Prof da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória ES e do Centro Universitário de Vila Velha. Vice presidente da SBMFC.

\*\*\*\*\*Médica de Família e Comunidade. Coordenadora do PSF Santa Marcelina, SP. Vice Presidente da APMFC.

## Abstract

*This article is a version of the original document published in 2005 under the same title by the Brazilian Society of Family and Community Medicine (BSFCM) (full text available at <[www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)>), adapted for this supplement of the Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. The text defines Family and Community Medicine (FCM) as a medical specialty focused on biopsychosocial integrality and on Primary Care as privileged scenario, in distinct opposition to the medical specialties. The health policies historically adopted in Brazil used to give priority to a hospital-centered care model, hampering the strengthening of Primary Care and Family and Community Medicine. This trend however is changing due to the implementation of the Family Health Strategy and the international experience in this area. In this context, the BSFCM in cooperation with the Ministry of Health are encouraging the expansion of the Family and Community Medicine Residency Programs. Considering the importance of expanding the residency programs without losing quality, the BSFCM elaborated a document presenting a set of criteria and recommendations in accordance with the guidelines of the National Commission of Medical Residency, the organism regulating these programs, to be used as a basis. In this article we recover the requirements and recommendations for the organization of the program, the chronogram of activities and the basic competences to be developed during the program. Furthermore we reanalyze the requisites in terms of infrastructure and service flow necessary for creating a practice environment favorable for in-service training. We finalize with a brief report about the most recent actions of the BSFCM for minimizing the current gap between offer and demand of preceptors specialized in Family and Community Medicine.*

## 1. Introdução.

Este artigo é uma versão adaptada e atualizada do documento original da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), editado em 2005, sob o mesmo título – disponível na íntegra no portal [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br).

Aquele documento define Medicina de Família e Comunidade (MFC) como uma especialidade médica da integralidade, cujo cenário privilegiado de prática é a Atenção

Primária à Saúde (APS). Esta especialidade está voltada para o cuidado em saúde às pessoas, famílias e comunidades de forma abrangente, continuada e contextualizada, preferencialmente no âmbito de uma equipe multidisciplinar. O médico de Família e Comunidade deve estar habilitado para cuidar com resolutividade dos problemas de saúde mais frequentes da população a ele referenciada, sem distinção de idade ou gênero.

Como especialidade médica presente em grande número de países, especialmente entre as nações mais ricas do hemisfério norte, a MFC tem contribuído para a implantação de mudanças nos sistemas de saúde com vistas à inclusão de todos com melhoria de qualidade. Em nosso país, desde seu reconhecimento como especialidade médica, em 1981, a MFC está comprometida com o conceito de excelência no âmbito da APS, inclusive da clínica, e com os preceitos da Reforma Sanitária brasileira.

Inserir-se, portanto, no esforço da sociedade brasileira visando à consolidação do Sistema Único da Saúde (SUS), enquanto sistema público, democrático e universal, constituído por uma rede de serviços no qual a APS seja capaz de propiciar fácil acesso a todos, dispensar cuidados abrangentes ao longo de toda a vida e ordenar o fluxo de pacientes pelos serviços dos diferentes níveis de atenção, na medida do necessário.

A reforma do setor saúde brasileiro teve um grande impulso quando o Ministério da Saúde decidiu priorizar a Atenção Primária à Saúde como base de estruturação do SUS por meio da Estratégia da Saúde da Família.

Entretanto, antes deste processo mais recente, entre outros paradoxos das políticas de saúde adotadas no país, havia ocorrido, no final da década de 1970, no curso da Reforma Sanitária, um retrocesso no movimento de expansão dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (então denominada Medicina Geral Comunitária).

Naquela época, a escala de formação de especialistas no campo da Atenção Primária à Saúde, que se vinha expandindo, foi severamente reduzida pelo corte de financiamento de grande parte dos Programas de Residência

em Medicina Geral Comunitária, pelo então Instituto de Previdência Social<sup>1</sup>.

Os efeitos negativos dessa medida tornaram-se mais visíveis com a expansão acelerada da Estratégia Saúde da Família no país. Médicos especialistas focais voltados para o atendimento de problemas de saúde que afetam órgãos e sistemas, gêneros e faixas etárias acabaram assumindo maciçamente tarefas no âmbito do cuidado integral sem, contudo, estarem preparados para tal<sup>2,3,4</sup>, e isso quase sempre ocasiona importante carga de sofrimento para os próprios médicos, para as equipes e população.

Em face da necessidade de qualificação e expansão da Estratégia Saúde da Família, a SBMFC e o Ministério da Saúde vêm estabelecendo parcerias, debatendo e avaliando estratégias que articulem maior oferta de programas de formação de especialistas, trabalho em equipe e expansão do acesso da população ao Saúde da Família.

Entre as alternativas pactuadas vale destacar o programa de incentivo do Ministério da Saúde à implantação de novos PRMFC, especialmente àqueles em Unidades Básicas de Saúde em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, que previa a complementação do valor das respectivas bolsas pelo MS, aprovado no Congresso Nacional<sup>5,6,7,8,9</sup>.

Com essa e outras estratégias, esperava-se uma reversão progressiva daquele paradoxo, antes mencionado, através da rápida multiplicação do número de programas.

Visando a contribuir para o aperfeiçoamento e a expansão desta formação, a SBMFC empenhou-se na organização deste documento, a partir de sua especificidade como sociedade científica e sua co-responsabilidade institucional quanto à Residência Médica, definida no âmbito da CNRM.

Vale notar que o processo de implantação de novos PRM, em situações e modus operandi diferenciados – predominantemente fora do ambiente hospitalar –, torna necessário um acompanhamento ainda mais cuidadoso deste processo. Sugere ainda a necessidade de uma particularização de normas complementares e transitórias até que o desenvolvimento dos programas adquira maturidade sufici-

ente.

Vencida esta primeira etapa, ainda restarão, como para qualquer outro programa, os desafios permanentes com vista à qualidade da formação oferecida, sua avaliação e melhoria contínua.

## 2. Como formar um MFC por meio de Programas de Residência Médica? – Princípios

A SBMFC entende que o especialista em MFC não é adequadamente formado com uma fusão antipedagógica das chamadas áreas básicas, como pediatria, gineco-obstetrícia, medicina interna, cirurgia e psiquiatria. Ao contrário, esta formação deve inspirar-se em um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para a comunidade, privilegiando, por conseqüência, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde<sup>10</sup>.

O egresso de um programa de residência, organizado em sintonia com a concepção acima, deverá ser capaz de desenvolver ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual, quanto familiar e comunitário. Para tanto, é necessário o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades técnicas específicas, de modo que a formação do MFC deve ocorrer com preceptores especializados em MFC, mais experientes e pedagogicamente habilitados para o ensino-aprendizado com adultos jovens.

Com o objetivo de colaborar para que estes novos e, também, os antigos programas de RMFC se desenvolvessem com base em uma estrutura programática e didático-pedagógica coerente e qualificada, a Diretoria da SBMFC elaborou o presente documento.

Neste, encontram-se elementos considerados necessários ao processo de estruturação de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, incluindo as competências básicas que deverão ser constituídas ao longo do programa de formação e a distribuição temporal das atividades.

Além disso, assinala os elementos da infra-estrutura

e de fluxo assistencial, necessários para criar um ambiente favorável de treinamento em serviço. Na seqüência, propõe um conjunto de iniciativas que vem desenvolvendo no sentido de minorar a atual defasagem entre necessidade e oferta de preceptores especializados em MFC.

### 3. Organização e desenvolvimento dos Programas de Residência Médica em MFC

Recomendações para a distribuição de carga horária de acordo com as atividades práticas e teóricas a serem desenvolvidas.

De acordo com as normas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) os programas de residência se desenvolvem ao longo de, no mínimo dois anos, com carga horária semanal de 60h<sup>11</sup>.

Considerando as 52 semanas, e o período regulamentar de férias do residente (quatro semanas/ano), a carga horária total do treinamento em serviço é de 2.880h/ano

(60h X 48 semanas) ou de 5.760h/dois anos.

Para facilitar o cálculo dos períodos de tempo a serem atribuídos às atividades, deve ser considerada a carga horária anual total e distribuí-la por meio do período, na forma de atividades contínuas e/ou concentradas em períodos, de acordo com o tipo de atividade e sua pertinência.

Para facilitar a distribuição da carga horária, o percentual atinente a cada atividade deve ser planejado em percentuais, divisíveis ou múltiplos de 5 (1, 25%, 2,5%, 5 %, 10%), considerando a carga horária anual total (2.880h). Uma vez calculada, pode-se distribuir por semana, mês, semestre ou ano, de acordo com o mais adequado em termos de treinamento.

Por exemplo: uma atividade que requeira 40% da carga horária de 2.880h, ocupará 1.152h/ano a serem distribuídas em 48 semanas, que podem corresponder a 24h/semana (seis turnos de 4 horas), 96 h/mês ou 576h/ semestre.

**Quadro 1.** Discriminação da carga horária das atividades práticas e teóricas dos PRMFMC recomendada pela SBMFC, tendo em vista as resoluções da CNRM:

Atividades	Distribuição % mínima das 2.880h/ anuais em 48 semanas	Distribuição % máxima das 2.880h/ anuais em 48 semanas	Totais
Consultório de MFC	>/= 40% 24h/sem. ou 1.152h/ano	</= 50% 28h/sem. ou 1.440h/ano	Clínica da MFC 50 a 65%
Atenção domiciliar	>/= 5% 3h/sem. ou 144h/ano	</= 15% 9h/sem. ou 432h/ano	
Grupos terapêuticos	>/= 5% 3h/sem. ou 144h/ano		
Administrativo-gerenciais	>/= 3,75% 2h/sem. ou 108h/ano	</= 10% 6h/sem. ou 288h/ano	
Outras atividades coletivas	>/= 3,75% 2h/sem. ou 108h/ano		
Teóricas	>/= 10% 6h/sem. ou 288h/ano	</= 20% 12h/sem. ou 576h/ano	
Nos níveis Secundário e Terciário	>/= 10% 6h/sem. ou 288h/ano	</= 20% 12h/sem. ou 576h/ano	
Σ dos % mínimos	75,5%		
Σ dos % máximos		115%	

- **Consultório de MFC:** corresponde aos espaços institucionais reservados para a realização de consulta individual ou familiar no âmbito da APS e da MFC.
- **Atenção domiciliar:** corresponde às consultas e interações domiciliares.
- **Grupos terapêuticos:** correspondem às atividades de organização e realização de trabalho com grupos de pacientes/pessoas/famílias/comunidade, que contemplem a participação do residente e que tenham por objetivo: a informação; educação em saúde; incremento da autonomia; suporte terapêutico, relacionados a temáticas específicas e/ou grupos homogêneos.
- **Administrativo-gerenciais:** correspondem às atividades de organização dos prontuários médicos e outros registros como banco de dados das famílias e comunidade que propiciem a organização e o planejamento das ações de saúde; reuniões da equipe envolvida com o cuidado em saúde, bem como a gestão de serviços e sistemas locais de saúde.
- **Outras atividades coletivas:** correspondem às visitas domiciliares não-clínicas, cadastramento de famílias; contato com associações de moradores, participação em reuniões comunitárias, dos Conselhos de Saúde e outras instâncias de representação social da comunidade; ações de intersetorialidade.
- **Teóricas:** correspondem ao desenvolvimento de estudos dirigidos; cursos, discussões de casos e temas clínicos; seminários de integração teórico-prática; produção científica, trabalho de final de curso; jornadas, seminários, e congressos e atividades afins na área de interesse da MFC.

Nos níveis secundário e terciário da atenção: incluem o acompanhamento de pacientes sob regime de internação hospitalar e o atendimento em situação de emergência no âmbito da prática médica. A carga horária destinada a tais atividades, como o treinamento hospitalar, pode ser concentrada em períodos mensais, semestrais ou anuais durante o desenvolvimento da residência.

Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Os quadros a seguir apresentam os objetivos gerais, os conhecimentos, as habilidades, atitudes, bem como os requisitos mínimos para o treinamento em serviço e desen-

volvimento das atividades teórico-práticas recomendados pela SBMFC no tocante a dispensação de cuidados, seja no âmbito individual ou coletivo. Para efeitos didáticos, estes quadros foram sistematizados em áreas, a saber:

- Competências Clínicas na Atenção Primária nas áreas da Saúde da Mulher; do Homem; do Adulto; do Idoso; da Criança; do Adolescente.
- Competências Clínicas da Atenção Secundária.
- Competências Clínicas na Atenção Terciária e Emergência.
- Abordagem Sistêmica da Família.
- Abordagem Comunitária.

A abordagem de cada área deverá ser desenvolvida com base nas melhores evidências disponíveis, fundamentando processos decisórios, particularizados e contextualizados por meio do diálogo permanente com os princípios e as estratégias da Medicina baseada em narrativa.

Cenários de prática e infra-estrutura necessária ao desenvolvimento de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade

Para o desenvolvimento de um programa de residência médica, é indispensável dispor de uma estrutura compatível com o desenrolar de um processo ensino-aprendizagem de qualidade, tanto no tocante ao treinamento em serviço quanto ao desenvolvimento das atividades teóricas. As variações quanto ao espaço físico e demais recursos diferem de um programa de residência para outro, em função da especificidade de cada especialidade médica e de cada local.

Em relação à residência de Medicina de Família e Comunidade, a SBMFC recomenda a seguinte estrutura:

- a) Unidade de Saúde para treinamento em serviço no âmbito da Clínica da MFC.

Locais ou espaços onde serão desenvolvidas atividades no nível da Atenção Primária à Saúde, especialmente consultórios destinados à prática da consulta médica. Tais espaços podem ser exclusivos para tal finalidade. Neste caso configuram Unidades de Medicina/Saúde da Família, também denominadas de Unidades Básicas de Saúde. Mas também podem estar situados próximos ou na mesma edificação de outras unidades de cuidados primários, secundários ou

**Quadro 2.** Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Pré-Natal, Puerpério e Assistência ao Parto Normal	Acompanhar gestantes, parturientes e puérperas e seus familiares, com o objetivo de assegurar o desenvolvimento de gestação, parto, puerpério e nascimento normais e saudáveis, sem impacto negativo para a saúde materna, infantil ou familiar.  Identificar situações de risco de adoecimento materno e fetal, com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário.	Estabelecer relação médico-gestante – família acolhedora e envolvente que considere os fatores bio- psicossociais atinentes à gestação e que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas da gravidez, parto e puerpério, incluindo: aquelas relativas ao papel materno, paterno e familiar, o novo ciclo vital familiar e consequentes readaptações da estrutura e dinâmica familiar, o suporte familiar e social existente, direitos sociais, suporte e orientação para dúvidas e temores.	Desenvolver habilidades técnicas com vista à abordagem familiar. Desenvolver habilidades de aconselhamento. Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde e da relação médico – paciente. Técnicas de anamnese e exame. Dominar e executar físico que permitam acompanhar e identificar as diferentes etapas da gestação, com o objetivo de promover e proteger à saúde e detectar alterações e disfunções bio- psicossociais passíveis de intervenção sanitária. Saber solicitar e analisar os exames complementares fundamentais para acompanhar uma gestação de baixo risco. Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos.	Fisiologia da gravidez, do parto e puerpério normais. Afeções mais prevalentes do ciclo gravídico puerperal. Ciclo vital, dinâmica e estrutura familiar. Abordagem familiar. Aconselhamento. Técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo. Violência familiar. Sexualidade na gestação. Fundamentos terapêuticos da relação médico-paciente. Educação em saúde no nível individual e coletivo. Hipertensão arterial, diabetes e infecções na gestação. Vacinação; Uso de fármacos na gravidez e na lactação. Transornos da saúde mental na gestação e puerpério. Contraceção pós-parto. Atenção inicial à urgência da gestação. Identificação da necessidade de referência. Patologia clínica e imagemologia na gestação.	Acompanhamento e atendimento ambulatorial e domiciliar de gestantes e puérperas, por um período mínimo de um ano e acompanhamento de, no mínimo, 15 gestantes.  Acompanhamento do trabalho de parto e assistência ao parto normal de, pelo menos, 45 gestantes. Coordenação ou acompanhamento de atividade de grupo de gestantes e/ou puérperas (desejável). OBS: caso a unidade docente-assistencial não disponha, por qualquer motivo, de demanda, infraestrutura ou preceptoria capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência em obstetrícia.	Discussão de casos e temas clínico englobando: - as principais necessidades e mudanças de ordem biopsicossocial que envolvem a gestante, o recém-nato e sua família; - as afeções mais prevalentes do ciclo gravídico puerperal; - o trabalho de parto e o parto normal; - os cuidados com o recém-nascido; - alimentação; - amamentação; - planejamento familiar; - técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo.

**Quadro 3.** Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Saúde da Mulher	Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo da Saúde da Mulher, visando à plenitude da vida, à manifestação da afetividade e da sexualidade, bem como ao exercício pleno da sua função familiar e social.  - Identificar situações de risco de adoecimento, com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário.	Estabelecer relação médico mulher-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes à saúde da mulher e que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem de temáticas e questões específicas, relativas à sua função social e familiar, à saúde do aparelho genital, à sexualidade e às funções da vida reprodutiva.	Desenvolver habilidades de aconselhamento; Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde e da relação médico-paciente. Dominar e executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as fases da vida reprodutiva, a saúde sexual, as afecções mais prevalentes na mulher, com o objetivo de promover e proteger a saúde e detectar alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção.  Saber solicitar e analisar os exames complementares fundamentais para acompanhar as afecções mais prevalentes na esfera ginecológica.  Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos.	Fisiologia da reprodução, Fundamentos terapêuticos da relação médico-paciente. Educação em saúde no nível individual e coletivo. Técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo. Diagnóstico e abordagem clínica. Afecções ginecológicas mais prevalentes. Aconselhamento e Planejamento Familiar. Transtornos mais prevalentes da Sexualidade. Anticoncepção. Infertilidade. Secreção e prurido vaginal Câncer genital. DST/AIDS. Abordagem do climatério e da menopausa. Patologia clínica e imagemologia específica da mulher.	Acompanhamento e atendimento ambulatorial de mulheres, por um período mínimo de um ano e de, no acompanhamento de, no mínimo, 50 mulheres, com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitudes relacionadas nas colunas ao lado.  Coordenação ou acompanhamento de atividade de grupo de mulheres (desejável).  OBS: caso a unidade docente assistencial não disponha, por qualquer motivo, de demanda, infra-estrutura ou preceptoria capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência em ginecologia.	Cursos, discussão de casos e temas clínicos que englobem: as principais necessidades de adaptação e mudanças de ordem biopsicossocial que envolvem as fases da vida reprodutiva e suas repercussões na vida individual, familiar e social da mulher; as afecções ginecológicas prevalentes; a sexualidade; o planejamento familiar; a vida afetiva; técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo.

**Quadro 4.** Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Saúde do Homem	Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo da saúde do homem, visando a plenitude da vida, à manifestação da afetividade e da sexualidade, bem como ao exercício pleno da sua função familiar e social. Identificar situações de risco de adoecimento, com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário.	Estabelecer relação médico homem-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes à saúde do homem e que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à sua função social e familiar, à saúde do aparelho genital, à sexualidade e às fases da vida reprodutiva.	Desenvolver habilidades de aconselhamento. Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde e da relação médico paciente. Dominar e executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as fases da vida reprodutiva, a saúde sexual, as afecções andrológicas mais prevalentes, com o objetivo de promover e proteger a saúde e detectar alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção. Saber solicitar e analisar os exames complementares fundamentais para acompanhar as afecções mais prevalentes na esfera andrológica. Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos.	Fisiologia da reprodução. Fundamentos terapêuticos da relação médico-paciente. Educação em saúde no nível individual e coletivo. Técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo. Diagnóstico e Abordagem clínica nas áreas de: Afecções andrológicas mais prevalentes; Aconselhamento e Planejamento Familiar; Transtornos mais prevalentes da Sexualidade; Anticoncepção; Infertilidade; Secreção e prurido uretral Hidrocele, varicocele; Câncer genital masculino; Afecções mais prevalentes da próstata; DST/AIDS; Particularidades da ITU no homem; Patologia clínica e imagiologia relacionadas ao homem.	Acompanhamento e atendimento ambulatorial de homens, por um período mínimo de um ano e de, no acompanhamento de, no mínimo, 50 homens, com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitude relacionadas nas colunas ao lado. Coordenação ou acompanhamento de atividade de grupo de homens (desejável). OBS: caso a unidade docente-assistencial não disponha, por qualquer motivo, de demanda, infra-estrutura ou preceptor capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência em urologia.	Cursos, discussão de casos e temas clínicos que englobem: as principais necessidades e mudanças de ordem biopsicossocial que envolvem as fases da vida reprodutiva e suas repercussões na vida individual, familiar e social do homem; as afecções andrológicas mais prevalentes; a sexualidade; o planejamento familiar; a vida afetiva; técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo.

**Quadro 5.** Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Saúde da Criança e do Adolescente	Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo voltadas à saúde da criança e do adolescente, visando ao seu crescimento e desenvolvimento como pessoa única e singular, colaborando para a construção de sua identidade como cidadão, a plenitude da vida, a manifestação da afetividade, bem como o exercício pleno da cidadania, da sua função familiar e social. Identificar situações de risco de adoecimento, com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário.	Estabelecer relação médico-criança adolescente-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes à saúde da criança e do adolescente que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à saúde da criança e do adolescentes e à sua função social e familiar.	Desenvolver habilidades de aconselhamento. Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde e da relação médico-paciente. Executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as fases do desenvolvimento da criança, e do adolescente, as demandas e necessidades no nível da saúde individual e coletiva, e que considerem a estrutura e dinâmica familiar, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social, com o objetivo de promover e proteger a saúde e detectar alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção sanitária. Diagnosticar e abordar clinicamente as afecções de saúde mais prevalentes na infância e na adolescência, inclusive urgências e emergências, sabendo solicitar e analisar os exames complementares relacionados. Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de atividades de grupo de suporte terapêutico e/ou informativos.	Fisiologia do crescimento e desenvolvimento. Puericultura. Ciclo vital e estrutura e dinâmica familiar. Fundamentos terapêuticos da relação médico/criança/adolescente/mãe/responsável/cuidador. Educação em saúde no nível individual e coletivo; Técnicas de desenvolvimento de atividade de grupo. Diagnóstico e Abordagem clínica, de afecções mais prevalentes nas áreas de: Distúrbios do crescimento e desenvolvimento; Distúrbios do aprendizado; Distúrbios da afetividade, sexualidade e do relacionamento social; Violência contra criança e contra o adolescente e deles contra outros; Acidentes domésticos; Drogadição; Transornos da saúde mental; Urgências e emergências; Reconhecimento das síndromes congênitas; Nosologias frequentes nas crianças e adolescentes; Patologia clínica e imageologia relacionados.	- Acompanhamento e atendimento ambulatorial de crianças e adolescentes, pelo período de dois anos, no mínimo, 100 crianças e adolescentes, com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitudes relacionadas nas consultas ao lado. Coordenação ou acompanhamento de atividade de grupo de adolescentes e/ou saúde escolar. OBS: caso a unidade docente e ou assistencial não disponha, por qualquer motivo, de demanda, infraestrutura ou preceptoria capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência em pediatria e adolescência.	Cursos, discussão de casos e temas clínicos e atividades práticas que englobem: as principais necessidades e mudanças de ordem biopsíquica e a adolescência e suas repercussões na vida individual, familiar e social, as afecções de saúde mais prevalentes; o desenvolvimento da sexualidade; a violência e seus impactos na vida da criança e do adolescente; a afetividade; técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo.

**Quadro 6.** Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Saúde do Idoso	Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo da saúde do idoso, visando à plenitude e à qualidade de vida na terceira idade; à manifestação da afetividade e da sexualidade, bem como ao exercício pleno da cidadania no que diz respeito à função familiar e social do idoso. Identificar situações de risco de adoecimento, com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário.	Estabelecer relação médico idoso-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes à saúde do idoso e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à saúde do idoso e à sua função social e familiar.	Desenvolver habilidades de aconselhamento relacionadas à saúde do idoso, à sua família e aos seus cuidados. Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde e da relação médico-paciente. Dominar e executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as síndromes geriátricas mais prevalentes, o nível de autonomia e independência, o reconhecimento das demandas e necessidades no nível da saúde individual e coletiva, e que considerem a estrutura e dinâmica familiar, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social, com o objetivo de promover e proteger a saúde e detectar alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção sanitária. Diagnosticar e abordar clinicamente as afecções de saúde mais prevalentes na terceira idade, sabendo solicitar e analisar os exames complementares relacionados. Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos.	Fisiologia do envelhecimento. Ciclo vital e estrutura e dinâmica familiar. Fundamentos terapêuticos da relação médico-idoso-família. Educação em saúde no nível individual e coletivo. Técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo. Diagnóstico e abordagem clínica, de afecções mais prevalentes nas áreas de: Disfunções da autonomia e dependência; Disfunções da afetividade e da sexualidade; Distúrbios da memória; Distúrbios neurológicos; Violência contra o idoso: Disfunções e distúrbios nutricionais e alimentares; Uso de fármacos; farmacodinâmica e Polifarmácia; Transtornos da saúde mental; Transtornos do aparelho locomotor; Transtornos cardiovasculares; Transtornos metabólicos; Infecções; Transtornos do aparelho respiratório; Transtornos ginecológicos, andrológicos e urológicos; Disfunções do aparelho auditivo e visual; Doenças gastrointestinais; Abordagem dos cânceres mais prevalentes na terceira idade; Quadros infecciosos; Cuidados paliativos; Patologia clínica relacionada.	Acompanhamento e atendimento ambulatorial, domiciliar e hospitalar de idosos, pelo período de dois anos, de, no mínimo, 50 idosos, com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitude relacionadas nas colunas ao lado. Atendimento domiciliar do idoso acamado ou que não pode deslocar-se ao ambulatório. Consulta familiar e/ou com cuidado. Coordenação ou acompanhamento de atividade de grupo de idosos e/ou cuidadores (desjeável). OBS: caso a unidade docente e/ou assistencial não disponha, por qualquer motivo, de demanda, infraestrutura ou preceptoria capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência em geriatria.	Cursos, discussão de casos e temas clínicos que englobem: as principais necessidades e mudanças de ordem biopsicossocial que envolvem a terceira idade e suas repercussões na vida individual, familiar e social; as afecções de saúde mais prevalentes; a afetividade e a sexualidade; a violência e seus impactos na vida do idoso; a função social do idoso e a manutenção de valores sociais mais dignos para a sociedade; técnicas de desenvolvimento de trabalho em grupo.

Quadro 7. Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Saúde do Adulto (não discriminadas nos quadros anteriores)	Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo da saúde do adulto, visando à plenitude e à qualidade de vida; à manifestação da atividade e da sexualidade, bem como ao exercício pleno da cidadania. Identificar situações de risco de adoecimento, com possibilidade de referência e contra-referência quando necessário.	Estabelecer relação médico- adulto-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes à saúde do adulto e que permita a abordagem e o aconselhamento de afecções mais prevalentes, independentemente do sexo ou faixa etária.	Desenvolver habilidades de aconselhamento relacionadas às afecções mais prevalentes da saúde do adulto não abordadas nos quadros relacionados à saúde do homem e da mulher, considerando a magnitude e a relevância do perfil de morbimortalidade desta população. Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde e da relação médico-paciente. Dominar e executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as afecções agudas e crônicas mais prevalentes na população adulta, com o objetivo de promover e proteger a saúde e detectar alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção sanitária. Diagnosticar e abordar clinicamente as afecções de saúde mais prevalentes na idade adulta, sabendo solicitar e analisar os exames complementares relacionados.	Bases terapêuticas da relação médico-paciente. Fundamentos da abordagem relacionada à mudança de hábitos e comportamento. Educação em saúde no nível individual e coletivo; técnicas de desenvolvimento de atividade de grupo. Diagnóstico e abordagem clínica de afecções mais prevalentes. Abordagem do paciente poliquicoso; ansiedade, transtornos depressivos; quadros conversivos; psicose outros transtornos mentais de maior prevalência. Cefaléia, dor torácica; dor abdominal; lombalgia, artralgias; abordagem de outras síndromes dolorosas. Tabagismo; alcoolismo e outras drogadições. Anemias e outras afecções hematológicas mais frequentes. Osteoartrite, artrose, gota, artropatias e vertebropatias de sobrecarga/vícios posturais; hérnia de disco; espondilolisteses e outras afecções do aparelho locomotor de maior prevalência. Hipertensão arterial; insuficiência cardíaca, doença isquêmica do miocárdio; arritmias; insuficiência venosa e arterial periférica; outras afecções cardiovasculares mais prevalentes. Obesidade, desnutrição; disfunções e distúrbios nutricionais e alimentares; diabetes, síndrome metabólica; hipotireoidismo; dislipidemias e outras afecções metabólicas endócrimológicas prevalentes. DPOC, enfisema, asma, sinusopatias e outras afecções frequentes do aparelho respiratório. Pneumonias virais e bacterianas; tuberculose pulmonar; AIDS, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis. Infecções das vias aéreas superiores; otites. Hepatites; toxoplasmose mononucleose; dengue e outros quadros infecciosos mais prevalentes. Infecções urinárias; hematúria; litase urinária; insuficiência renal; Hanseníase, dermatopatias atópicas e outras afecções dermatológicas mais prevalentes; Isquemia cerebral transitória; doença vascular cerebral; epilepsia; Afecções reumáticas e auto-imunes mais prevalentes; Transtornos diarreicos e outros distúrbios da motilidade intestinal; Síndrome dispéptica, úlceras pépticas; cólon irritável; divertículo; diverticulite; quadros desabortsivos; litase biliar; colecistites e outras afecções gastrointestinais; Disfunções mais prevalentes do aparelho auditivo e visual; Abordagem dos cânceres mais prevalentes; Patologia clínica e imagemologia relacionada.	Acompanhamento e atendimento ambulatorial e domiciliar de adultos, pelo período de dois anos, de, no mínimo, 100 adultos com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitude relacionadas nas colunas ao lado. Coordenação ou acompanhamento de atividade de grupos terapêuticos de adultos (desejável). OBS: caso a unidade docente e/ ou assistencial não disponha, por qualquer motivo, de demanda, infra-estrutura ou preceptoria capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência.	Cursos, discussão de casos e temas clínicos, vivências práticas que incluem as áreas de conhecimento expressas na coluna ao lado.

**Quadro 8.** Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Competências Clínicas para APS treinadas no nível secundário e terciário.	Desenvolver competências clínicas de atenção à saúde necessárias à prática resolutive da Atenção Primária à Saúde, mas cujos volume e frequência de oportunidades de aprendizado sejam maiores nos outros níveis do sistema.	Abordar e utilizar adequadamente e criteriosamente os recursos de apoio ao diagnóstico e tratamento, considerando as necessidades de saúde do paciente e a relação custo-efetividade e eficácia.	Dominar técnicas, análise e indicação de realização de exames complementares de apoio ao diagnóstico, especialmente métodos gráficos e de imagem e ao tratamento que propiciem a otimização do diagnóstico, da abordagem e da resolutividade terapêutica no âmbito da clínica médica da APS. Punções, infiltrações e cirurgia ambulatorial	<p>Electrocardiografia. Espirometria.</p> <p>Fundamentos dos exames de imagem necessários à abordagem clínica da APS, visando à otimização da sua capacidade resolutiva. Sensibilidade, especificidade e valor preditivo dos exames complementares ao diagnóstico e à terapêutica.</p>	Solicitação com indicação adequada de exames de apoio ao diagnóstico e ao tratamento no âmbito da clínica da APS, considerando a prevalência e a incidência e o perfil de morbidade da população adscrita, visando à otimização da resolutividade. Análise dos exames solicitados que influenciem positivamente na conduta terapêutica; Protagonização de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, punções e infiltrações. OBS: caso a unidade docente e/ou assistencial não disponha, por qualquer motivo, de preceptoria capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência nestas áreas.	<p>Cursos, discussão de casos e temas clínicos que abordem a avaliação clínica, a indicação, o apoio ao diagnóstico e a terapêutica dos procedimentos abaixo relacionados:</p> <p>Os exames laboratoriais e anatomopatológicos mais necessários à prática clínica da APS, inclusive a colposcopia. Electrocardiograma normal. Alterações electrocardiográficas da Sobre carga Atrial e Ventricular. Alterações electrocardiográficas dos principais e mais prevalentes distúrbios de condução. Alterações electrocardiográficas da doença isquêmica aguda e crônica do miocárdio. Alterações electrocardiográficas das arritmias cardíacas mais prevalentes. Espirometria na asma e DPOC. Exames radiológicos normais e alterados: tórax, abdômen e articulações. Exames de ultra-sonografia cardíaca, abdominal, tireóidea e do aparelho locomotor. O teste ergométrico e a cintilografia cardíaca: indicações e análise. A endoscopia gastrointestinal. Os exames da função tireoidiana. Indicações de tomografia computadorizada, cintilografia e ressonância nuclear magnética, e o significado de seu resultado, considerando as doenças mais prevalentes no âmbito da APS.</p>

Quadro 9. Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Competências Clínicas no nível terciário e nas situações de emergência clínica.	Desenvolver competências clínicas no nível terciário de atenção à saúde necessárias ao MFC em cenários frequentes fora dos centros urbanos; capacitação nas situações de emergência clínica visando à prática resolutoria da Atenção Primária à Saúde.	Estabelecer relação médico-paciente-equipe de saúde acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes ao processo saúde adoecimento no âmbito da Medicina Hospitalar e da emergência médica. Capacitar-se para a postura terapêutica diante da pessoa em situação terminal e à morte.	Dominar técnicas de anamneses, exame físico, diagnósticas e terapêuticas relacionadas a pacientes em regime de internação, visando à otimização do estado de saúde e a re-inserção social. Dominar as técnicas de diagnóstico e terapêutica necessárias em situações em que há ameaça iminente à vida ou que se dirijam, em curto prazo, para tal se não forem alteradas.	Principais causas de internação no âmbito da clínica e da cirurgia geral relacionadas à saúde do adulto e do idoso e das crianças e dos adolescentes. Diagnóstico, manuseio e abordagem clínica no nível terciário das afecções mais prevalentes em: Clínica do adulto; Clínica da criança e do adolescente; Clínica do Idoso; Abordagem clínica da hipo e hiperglicemia; Abordagem clínica das intoxicações agudas por drogadição e envenenamentos; Abordagem clínica das emergências mais prevalentes em transtornos mentais; Abordagem clínica do abortamento natural e provocado; Abordagem clínica de queimados; Abordagem clínica do paciente politraumatizado; Abordagem clínica do paciente vítima de violência; Abordagem clínica de pacientes desidratados e com perdas sanguíneas; Abordagem clínica de pacientes com insuficiência cardíaca e/ou respiratória; com asma brônquica; com obstrução mecânica; Abordagem clínica das emergências cardíacas e neurológicas; Abordagem clínica de pacientes com abdômen agudo; Abordagem clínica de pacientes com quadros infecciosos sistêmicos; Terminalidade e morte; Dot.	Realizar internação e acompanhamento de pacientes internados em enfermarias de clínica geral de adultos/idosos e crianças/adolescentes, por um período mínimo de três meses, objetivando a realização de diagnóstico, tratamento e necessidades de intervenção hospitalar. Realizar avaliação e acompanhamento de pacientes com necessidades de saúde de caráter emergencial (plantaio de emergência), por um período mínimo de um ano, nas áreas de clínica de adultos/idosos e crianças/adolescentes, objetivando seu diagnóstico, tratamento e necessidades de intervenção hospitalar; Prestar notícia de falecimento e prestar suporte aos familiares. Protagonizar condução de procedimentos de suporte à vida e outros necessários em situações de urgência e emergência. OBS: caso a unidade docente e/ou assistencial não disponha, por qualquer motivo, de demanda, infraestrutura ou preceptoria capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviços de referência nas referidas áreas.	Cursos, discussão de casos, temas clínicos e atividades práticas que abordem a avaliação clínica, o diagnóstico e a terapêutica de pacientes com necessidade de internação hospitalar/domiciliar, bem como de abordagem de pacientes com necessidades de caráter emergencial, considerando as afecções mais prevalentes no âmbito da clínica de adultos/idosos e crianças /adolescentes, incluindo as áreas do conhecimento relacionadas na coluna específica.

**Quadro 10.** Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Trein. em Serviço	Ativ. Teórico/Prát.
Abordagem da Família.	Desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível familiar, visando ao desenvolvimento pleno da função como locus primário de acolhimento, proteção, subsistência e desenvolvimento social, na perspectiva da constituição e formação de indivíduos e famílias saudáveis e solidárias, com capacidade para o exercício otimizado da autonomia e da independência, considerando o processo histórico da construção de uma sociedade justa e equânime.	Estabelecer relação médico-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes ao ciclo vital, às crises vitais e acidentais, a estrutura e a dinâmica familiar, de forma a permitir a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à família e à sua função social e familiar.	Desenvolver habilidades de aconselhamento relacionadas à abordagem familiar. Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde no nível familiar e da relação médico-família. Dominar e executar técnicas de anamnese e terapia familiar que permitam identificar e acompanhar famílias em respeito ao seu ciclo vital, as crises vitais e acidentais, ao reconhecimento das demandas e necessidades no nível da saúde familiar, e que considerem a estrutura e a dinâmica familiar, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social, com o objetivo de promoção e proteção à saúde familiar e detectar alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção sanitária. Conhecer, diagnosticar e abordar clinicamente os transtornos familiares, em especial aqueles relacionados às famílias funcionais até moderadamente disfuncionais. Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de grupos de suporte terapêutico e/ou informativos.	Papel e funções da família. Ciclo vital, estrutura e dinâmica familiar. Fundamentos terapêuticos da relação médico-família. Educação em saúde no nível familiar. Abordagem clínica, da família, das crises vitais e acidentais das famílias funcionais daquelas que apresentam quadros agudos ou crônicos de disfunções moderadas. Diagnóstico e abordagem clínica dos fatores de promoção da saúde e dos fatores de risco de adoecimento familiar, seja por comprometimento da função e da saúde de um de seus membros, seja por transtornos relacionados à esfera socioambiental. - Disfunções da autonomia e da independência familiar. - Disfunções da afetividade e da sexualidade no âmbito familiar. - Violência familiar.	Acompanhamento e atendimento ambulatorial de famílias, pelo período de dois anos, de, no mínimo, 20 famílias que apresentem situações de risco de adoecimento familiar ou que estejam vivendo crises normativas ou pará-normativas com vista ao treinamento e ao desenvolvimento das habilidades e atitudes relacionadas nas colunas ao lado. Realização e utilização de programas como instrumento de auxílio ao diagnóstico e tratamento. Visitas domiciliares. Consulta familiar e/ou com cuidadores de membros de uma família. Coordenação ou acompanhamento de atividade de grupo direcionada a questões familiares e/ou assistencial não disponível, por qualquer motivo, de demanda, infra-estrutura ou preceptronária capaz de garantir o treinamento mínimo acima, é indicado que o treinamento do residente nesta área seja realizado com o apoio de serviço de referência em abordagem familiar.	Cursos, discussão de casos e temas clínicos que englobem: - a função social da família e seu papel na recuperação e manutenção de valores sociais mais dignos para a sociedade; - o familograma e sua utilização clínica; - o ciclo vital familiar e as principais necessidades de readaptação e mudanças de ordem biopsicossocial que envolvem a família e suas repercussões na vida individual, familiar e social. - as crises vitais e acidentais; - a estrutura e a dinâmica familiar; - famílias funcionais e disfuncionais: classificação, abordagem e princípios de intervenção; - a afetividade e a sexualidade; - a violência e seus impactos na vida familiar.

**Quadro 11.** Competências a serem constituídas durante o PRMFC, cenários de treinamento e atividades teórico/práticas.

Competências Clínicas no nível da Atenção Primária						
Área	Objetivo Geral	Atitude	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em Serviço	Atividades Teórico/Práticas
Abordagem Comunitária.	Desenvolver ações comunitárias de saúde de caráter informativo e participativo visando ao empoderamento social em questões relacionadas à saúde, contribuindo para o desenvolvimento pleno da sua função no desenvolvimento social, na perspectiva de constituição e formação de uma sociedade mais saudável, justa e equânime.  Desenvolver ações de promoção, proteção e assistência à saúde no nível comunitário.  Identificar situações de risco de adoecimento na comunidade, colaborando para sua resolução e buscando e incentivando ações intersectoriais, quando necessário.	Estabelecer relação médico-coletores-comunidade acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais ainentes à saúde da comunidade de forma a permitir a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à saúde comunitária.	Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde no âmbito da saúde comunitária.  Dominar e executar técnicas de saúde coletiva e de epidemiologia que permitam identificar, diagnosticar e planejar ações de saúde de cunho coletivo, considerando a cultura, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social, disponível e/ou a ser explorado com o objetivo de promover e proteger a saúde da comunidade.  Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de grupos terapêuticos, informativos e/ou de mobilização social.	Constituição, organização e lógica dos sistemas de saúde. Demandas, necessidades em saúde e a organização da oferta de serviços de saúde. O Sistema de Saúde Brasileiro. Saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Educação em saúde no nível comunitário. Antropologia médica. Diagnóstico de saúde da comunidade e abordagem clínica dos fatores de promoção da saúde e dos fatores de risco de adoecimento presentes no ambiente comunitário. Utilização de sistema informatizado para registro e formação de banco de dados, com vista à sistematização de informações e planejamento das ações de saúde. Violência comunitária. Diagnóstico dos padrões de comportamento sociocultural e de hábitos de vida da comunidade. Estratégias de mudança social no rumo da saúde, como direito efetivo.	Mapeamento da comunidade, identificando fatores de risco e proteção à saúde no ambiente comunitário. Identificação e utilização de indicadores de saúde, com vista ao planejamento e avaliação das ações de saúde. Mapeamento dos serviços de saúde, associações de moradores, escolas, igrejas e outros recursos sociais que possam colaborar no processo de intersectorialidade das ações de saúde. Adscrição de domicílios. Cadastro de famílias; Levantamento de fatores de risco e de proteção à saúde e diagnóstico de saúde da comunidade. Estabelecimento de perfil sociodemográfico e nosológico da população adscrita. Planejamento e avaliação de ações de saúde de curto, médio e longo prazos, no nível individual, familiar e comunitário, considerando a relevância dos problemas e a governabilidade da equipe envolvida no cuidado. Elaboração e implementação de ações de saúde escolar. Coordenação ou acompanhamento de reuniões comunitárias e Conselhos de Saúde em conjunto com a equipe envolvida para tratar de questões relevantes de saúde da comunidade referenciada. Planejar e executar, com a equipe, ações de ordem intersectorial com vista ao incremento da eficácia das ações de saúde. Estudo e estabelecimento, junto à equipe, de sistema de referência e contra-referência. Estudo e estabelecimento, junto à equipe envolvida, de reuniões de planejamento e avaliação das ações de saúde. O número de famílias e/ou domicílios, para permitir o treinamento das habilidades acima será de no mínimo 80 e no máximo de 250 - ou de 300 a mil pessoas.	Cursos, discussão de casos e temas clínicos que englobem: - Constituição, organização e lógica dos sistemas de saúde e da APS; - Demandas, necessidades em saúde e a organização da oferta de serviços de saúde; - O Sistema de Saúde Brasileiro; - Educação em saúde no nível comunitário; - Antropologia médica; - Diagnóstico de saúde da comunidade e abordagem clínica dos fatores de promoção da saúde e dos fatores de risco de adoecimento presentes no ambiente comunitário; - Epidemiologia aplicada aos serviços locais de saúde; - Utilização de sistema informatizado de dados; - Violência comunitária; - Padrões de comportamento e de hábitos de vida da comunidade e seus impactos na vida individual e familiar.

terciários de saúde, a exemplo de postos ou centros de saúde, policlínicas e unidades ambulatoriais de hospitais.

Devem ser adequados e bem preparados para o atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos. O cenário adequado seria constituído por:

#### 4. Planta física e instalações

- Sala de espera.
- Recepção.
- Espaço para arquivamento das fichas, prontuários e outros registros de organização e planejamento do trabalho.
- Consultórios (mínimo de 7,5m<sup>2</sup>/consultório) para atendimento infantil, gineco-obstétrico e clínica de adultos.
- Sanitários.
- Sala para desenvolvimento de atividades de grupo e atividades teóricas (que comporte de 12 a 20 pessoas e tenha de 9 a 20m<sup>2</sup>).
- Ventiladores e ar-condicionado.
- Instalações elétricas e iluminação adequados.

#### 5. Mobiliário, equipamentos e outros recursos

- Mesas, cadeiras, mesa ginecológica, escada de apoio e foco de luz (consultório gineco-obstétrico), balança de adulto, mesa de exame clínico pediátrico e balança para recém-natos (consultório pediátrico), biombo, mesa de exame clínico e escada de apoio; estante(s); arquivos mesa para computador.
- Computador e impressora, telefone; conexão para internet.
- Esfingomanômetro, estetoscópio, termômetro, fita métrica, sonar, estetoscópio de pinard, otoscópio, oftalmoscópio, laringoscópio, maleta, sonar doppler obstétrico, microscópio (desejável).
- Tubo oro-traqueal, ambu, microscópio, bandeja para pequenos procedimentos em cirurgia, bandeja para cateterismo vesical, material para exame ginecológico (espéculos, pinça longa, lâmina, espátula, escova), lanterna, foco pescoço de ganso, oxigênio, nebulizador, aspirador, oxímetro de pulso, aparelho para eletrocardiografia (desejável), manguitos para esfingomanômetro conforme faixa etária e para paciente obeso, ventilador/aquecedor, cortinas.

#### 6. Disponibilidade mínima de livros para consulta clínica

- Duncan, Schmidt, Giuliani Medicina Ambulatorial Ed. Artes Médicas, 3a edição, 2004.
- Soares, J.L.F.; Pasqualotto, A.C.; Leite, V.R.S. Métodos diagnósticos – Consulta rápida. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2002.
- PROMEF – Editora Artmed.

##### b) Unidades de referência/contra-referência

Na sua formação, o médico de Família e Comunidade deverá ser capaz de cumprir o programa mínimo estruturado para a especialidade, incluindo a preceptoria e as competências no nível dos cuidados secundários e terciários de saúde, e, também, dispor de referência e contra-referência de pacientes quando necessário.

#### 7. Os principais serviços para atender a essas necessidades incluem:

- Pediatria.
- Ginecologia / Obstetrícia.
- Medicina interna.
- Pequenas cirurgias.
- Saúde mental.
- Unidades de emergência.
- Unidades hospitalares (pediatria, clínica médica, cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia).

##### c) Acesso a métodos de investigação diagnóstica

No desenvolvimento de sua prática, o médico de Família e Comunidade necessita desenvolver senso crítico, conhecer e aplicar métodos de investigação diagnóstica, não só para sua formação, mas também para atingir o grau de resolutividade inerente à prática de excelência da especialidade, que corresponde a, no mínimo, 85% dos problemas de saúde de uma determinada população.

Para tanto, o acesso aos meios diagnósticos é condição essencial. Dentre os principais, estão:

- Métodos de imagem: radiologia, ultra-sonografia; cintilografia.
- Endoscopia digestiva e intestinal.

- Métodos gráficos: eletrocardiografia e ergometria de esforço.

- Patologia clínica:

Hemograma completo, pesquisa de leucócitos atípicos, monoteste, contagem de reticulócitos, ferro sérico, transferrina, ferritina, TIBIC, velocidade de hemossedimentação, lipidograma, coagulograma, dosagem/titulação de sódio, potássio, cálcio, ácido úrico, fator reumatóide, FAN, Proteína C Reativa, ASLO, uréia, creatinina, glicemia, hemoglobina glicosilada, hormônio tireoestimulante, T4 livre, amilase, CK, CKMB, transaminase oxalacética, transaminase pirúvica, fosfatase alcalina, proteínas totais e frações, tipagem sangüínea, fator Rh, sorologias (HIV, hepatite B, hepatite C, EBV, CMV, toxoplasmose, doença de Chagas), VDRL, FTA-ABS, teste de coombs, clearance de creatinina, proteinúria, EAS, urinocultura, TSA, PSA total, parasitológico de fezes, sangue oculto nas fezes, TSA.

d) Atividades teóricas – Discussão de casos, cursos, oficinas e outros

Os programas de residência médica devem dedicar de 10% a 20% do seu tempo ao desenvolvimento de atividades de cunho teórico, com o objetivo de aprofundar conhecimentos mais específicos da especialidade, considerando sua aplicabilidade prática. Neste campo, as ferramentas da MFC devem ser objeto destes espaços. Necessariamente, devem ser incluídos:

- A pessoa, os ciclos de vida e a abordagem integral à saúde.
- Família e instrumentos de abordagem familiar.
- Comunidade e instrumentos de abordagem comunitária.
- Clínica do MFC.
- Educação em saúde.
- Gerência e avaliação de serviços locais de saúde.

Nas tabelas descritivas das competências do MFC, apresentadas anteriormente, a última coluna (Atividades Teóricas/Práticas) pode servir de orientação sobre as temáticas mais relevantes para o desenvolvimento dessas atividades. Vale destacar que os melhores resultados deste tipo de atividade estão na dependência, também, do pro-

cesso pedagógico a ser utilizado. Deve ser considerado, neste caso, a forma de aprendizado dos adultos (residentes), o qual envolve o aprendizado significativo, com base em problemas concretos e reais enfrentados no dia-a-dia. Desta forma, a Discussão de Casos – de pessoas ou famílias atendidas, situações vivenciadas nos domicílios, na comunidade, seguidos e/ou precedidos de leitura e/ou sistematização de textos informativos – pode se configurar uma boa opção para estruturar estas atividades.

e) Infra-estrutura docente

A função de preceptoria requer, igualmente, a disponibilidade de estrutura adequada para seu desenvolvimento.

Considerando este ponto de vista, são recursos necessários:

- Acesso à comunicação imediata (linha telefônica).
- Material educativo (quadro branco; pilots; papel; canetas; retroprojeter; recursos de mídia).
- Acesso à internet.
- Biblioteca.

## 8. Atividades de preceptoria, normas transitórias e capacitação de preceptores

Todo processo de expansão acelerada supõe, antes de tudo, uma necessidade que o justifique. Essa necessidade foi delineada na introdução deste projeto. Diante da defasagem de preceptores especializados em MFC e a crescente demanda de abertura de programas, é recomendável fazer uma adaptação transitória da norma vigente (CNRM), visando a preservar seu objetivo sem bloquear o atendimento da necessidade social de formação desse especialista em escala ampliada.

A SBMFC entende que é necessário que o conjunto dos médicos que vierem a assumir a supervisão direta de residentes em novos programas inicie formação como preceptores antes do início dos mesmos. E também que, até o final do credenciamento provisório, titulem-se como especialistas, recebendo o apoio necessário para essa conquista. Já os coordenadores teriam até o primeiro recreden-

ciamento dos respectivos programas para obterem a mesma titulação. Estas recomendações assumem ainda maior relevância à medida que se entende que a preceptoria é uma atividade eminentemente presencial, sobretudo, no que toca às práticas de consultório, considerando-se em caráter de exceção algumas situações específicas. Mesmo nesses casos que fogem à regra não se pode dispensar a preceptoria presencial em grande parte das atividades desenvolvidas pelo residente.

A SBMFC entende que é necessário e pertinente o incentivo a outras formas de incrementar o processo ensino-aprendizagem, inclusive pelo acesso do residente ao preceptor via meios rápidos de comunicação, como telefone e/ou internet. Além disso, parece aceitável em algumas circunstâncias, que um mesmo especialista compartilhe a preceptoria de residentes em unidades muito próximas, mas não se pode aceitar transgressão a norma sobre proporção entre o número de residentes e preceptores.

Embora a formação dos preceptores da área não possa prescindir do protagonismo da Sociedade da Especialidade, a SBMFC entende que há um outro campo de apoio à expansão simultânea da ESF e dos PRMs em MFC que deve ser compartilhado presencialmente e à distância por especialistas focais de várias áreas, assim como por MFCs experientes via recursos de telemedicina. Esta nova modalidade de supervisão será importante tanto para os médicos residentes como para os preceptores em formação. Nesta perspectiva, pediatras, internistas, tocoginecologistas, cirurgiões e psiquiatras ligados a hospitais e/ou centros de saúde de um município ou região podem ser mobilizados para supervisionar, presencialmente e/ou à distância, o atendimento de casos menos frequentes, ou mais complicados, realizado pelos residentes nas Unidades de Saúde da Família<sup>12, 13</sup>.

A disponibilidade de computadores e comunicação pela internet cria condições apropriadas para a discussão de casos e avaliações conjuntas de situações por colegas mais experientes ou com maior formação em determinadas áreas. Para isso, é essencial adotar estratégias de qualificação que possibilitem a serviços de Atenção Primária

com reconhecido padrão de excelência candidatar-se para prestar esta modalidade emergente de apoio à distância, obviamente, recebendo recursos públicos necessários para tal.

A tudo isso deve ser acrescentada a necessidade de assegurar apoio e facilitar o acesso de preceptores dos PRMs, em especial àqueles localizados em áreas menos providas de transporte, a atividades educacionais reconhecidas no processo de revalidação de seu título de especialista. Aqui se incluem tanto as atividades presenciais como aquelas à distância.

Com o objetivo de colaborar com o processo de capacitação de preceptores e de qualificação da prática da preceptoria em RMFC e outros cursos de especialização na área, a SBMFC estruturou uma Oficina de Multiplicadores, ainda em 2005, e a seguir iniciou um processo de Capacitação de Preceptores. Estas Oficinas de Capacitação vêm sendo coordenadas por Carmem Fernandes, José Mauro Cerati Lopes, Leda Chaves Dias Curra e Luiz Felipe C Mattos, especialistas em MFC do Rio Grande do Sul, que organizaram um detalhado manual de apoio pedagógico para este fim<sup>14</sup>.

O público-alvo da Oficina de Multiplicadores foi composto por médicos que tinham cursado residência médica na especialidade e que, preferencialmente, eram preceptores de programas de RMFC já existentes.

O público-alvo do Curso de Capacitação de Preceptores, por sua vez, é constituído por médicos especialistas em MFC, ou outros que estejam envolvidos ou venham a se envolver com a preceptoria ou a docência clínica da Atenção Primária, Saúde e Medicina de Família e Comunidade, em especial ex-residentes ou residentes de segundo ou terceiro ano de PRMFC.

Vale acrescentar, por fim, que este processo de capacitação, objeto de outro documento da SBMFC, resultou, até o final de 2007, em 30 multiplicadores e cerca de 200 preceptores capacitados, números que apontam para a excelente aceitação da estratégia.

## 9. Referências

1. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional. histórico e perspectivas. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2004; 1 (1).
2. Penaforte J, Bessa O. Apresentação in Médico de Família. Formação, Certificação e Educação Continuada. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. p.11-16.
3. Anderson MIP. A Atenção Primária à Saúde que Queremos. 2005. 7º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Belo Horizonte (MG), SBMFC; 2005.
4. Anderson MIP. Primary Care and Family and Community Medicine in Brazil. Florence: WONCA EUROPE; 2006.
5. Brasil. Medida Provisória N° 411 de 28 de dezembro de 2007. Brasília: DOU de 28/12/2007 – Edição extra. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11129.htm>
6. Brasil. MS/MEC Portaria Interministerial N° 1597, de 22 de julho de 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1507.htm>
7. Brasil. Portaria n° 649/MS, de 28 de março de 2006. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria\\_649\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_649_28_03_2006.pdf)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.111/GM, de 5 de junho de 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/Port2005/GM/GM-1111.htm>
9. Hadadd AE. Residência em Medicina de Família e Comunidade. 2006. 8º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. São Paulo, SBMFC; 2006.
10. Anderson MIP, Demarzo M, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, A Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: Recomendações e Potencialidades. Rio de Janeiro: SBMFC; 2005. 32p. Disponível em: [www.sbmfc.org.br](http://www.sbmfc.org.br)
11. Brasil. Ministério da Educação. Resolução 04/2003/CNRM. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm\\_042003.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm_042003.pdf)
12. Brasil. Programa Nacional de Telessaúde. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php>
13. Anderson MIP, Monteiro A, Joao Junior M, Gismondi R. O Estado do Rio de Janeiro, A Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Estratégia de Saúde da Família. Experiências em Telemedicina e Telessaúde. In: Alaneir FS, Souza C, Alves HJ, Santos FS. (Org.). Telessaúde. Um Instrumento de suporte Assistencial e Educação Permanente. Minas Gerais: Editora MG; 2006. p. 290-295.
14. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Portal. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br>

### Endereço para Correspondência:

Rua 28 de setembro, sala 605,  
Rio de Janeiro RJ  
CEP: 20.551-031

### Endereço Eletrônico:

[inezpadula@terra.com.br](mailto:inezpadula@terra.com.br)