

# A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização, em larga escala, via educação à distância

## *Specialization in FCM and the challenge of medical qualification for the Family Health Strategy: a proposal for large-scale specialization through distance education*

Eno Dias de Castro Filho<sup>1</sup>  
 Gustavo Diniz Ferreira Gusso<sup>2</sup>  
 Marcelo Marcos Piva Demarzo<sup>3</sup>  
 Airton Stein<sup>4</sup>  
 João Carlos Schneider<sup>5</sup>  
 Marcello Dala Bernardina Dalla<sup>6</sup>  
 Maria Inez Padula Anderson<sup>7</sup>  
 Mário Roberto Garcia Tavares<sup>8</sup>  
 Ricardo Donato Rodrigues<sup>9</sup>  
 José de Almeida Castro Filho<sup>10</sup>  
 Raphael Augusto Teixeira de Aguiar<sup>11</sup>

### Resumo

A necessidade de um processo de especialização em larga escala em Medicina de Família e Comunidade (MFC) para os médicos da Estratégia Saúde da Família no Brasil (ESF) é identificada nesse documento. Os programas de residência médica (PRMs) seguem como padrão-ouro de especialização, mas não são suficientes para atingir o objetivo acima. Estimula-se que o processo seja acreditado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e que seus concluintes sejam certificados por meio do concurso de titulação TEMFC. Modalidades à distância com momentos presenciais são as mais adequadas, observando-se propiciar acesso a profissionais já inseridos em serviço, valorizar sua continuidade nos mesmos, orientar o aprendizado para uma integralidade inteligente e coordenar diferentes recursos para viabilizar o ensino-aprendizagem. As competências buscadas são as definidas pela WONCA, adaptadas à realidade nacional. Aprender a aprender como um MFC é o principal objetivo visado. Casos complexos,

**Palavras-chave:** Internato e Residência; Saúde da Família; Educação à Distância.

**Key Words:** *Internship and Residency; Family Health; Education, Distance.*

<sup>1</sup>Médico de Família e Comunidade, Mestre em Educação, Diretor Científico SBMFC 2004-2008, Coordenador Telessaúde RS.

<sup>2</sup>Médico de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Saúde de Florianópolis/ Diretor de Residência da SBMFC.

<sup>3</sup>Médico de Família e Comunidade, Diretor de Graduação da SBMFC. Doutor em Ciências Médicas, Prof. Adj. Dep.de Medicina, UFSCAR, São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>4</sup>Médico de Família e Comunidade e Doutor em Epidemiologia da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC de Porto Alegre.

<sup>5</sup>Médico de Família e Comunidade; Presidente do Profamilia Ensino e Pesquisa.

<sup>6</sup>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.

<sup>7</sup>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.

<sup>8</sup>Médico de Família e Comunidade, Mestre em Epidemiologia, Prof da UFRGS e Preceptor da RMFC do Hospital Conceição, Porto Alegre, RS.

<sup>9</sup>Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Professor Ad Dep Med Integral, Fam e Com da FCM, UERJ.

<sup>10</sup>Especialista em Medicina de Família e Comunidade/Administração em Saúde. Professor de Medicina no Centro Universitário Vila Velha.

<sup>11</sup>Médico; Mestre em Saúde Pública, Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON).

construídos de acordo com uma matriz de agravos e problemas diversos, atendidas às realidades regionais, são a principal ferramenta do processo. A SBMFC propõe-se a impulsionar tal estratégia.

### Abstract

*This document identifies the need for large-scale specialization in Family and Community Medicine (FCM) for the physicians of the Brazilian Family Health Program (FHP). The medical residency programs (MRP) continue the golden-standard for graduate education, but they are not enough to fill that gap. It is suggested that the Brazilian Society of Family and Community Medicine (SBMFC) shall be in charge of certifying the process. E-learning with some presential moments is considered the most suitable modality for propitiating access to health professionals already in service; valuing their continuity in the services; directing the teaching-learning process towards comprehensive intelligence and for coordinating different learning resources. The competences are those defined by the WONCA, adapted to the Brazilian reality. "Learn to learn" as a Family Doctor is the main goal. Complex cases constructed according to a framework of different clinical problems adapted to regional realities are the main tool for this process and the SBMFC offers itself to encourage such strategy.*

“Não é ter um curso um dia na semana para poder aprender a manejar o paciente de hanseníase, por exemplo. Não é ter uma semana de AIDPI [...]”. “Tem uns cursos preparatórios [...] uns muito bons, outros que não te acrescentam muita coisa, que não te acrescentam nada mesmo [...]”.

**Depoimentos de médicas do PSF<sup>1</sup>.**

## 1. Introdução

A sociedade é cada vez mais exigente em relação à garantia de qualidade dos serviços públicos e privados prestados por distintos profissionais. Este incremento de

exigência muitas vezes não é acompanhado de crescimento e reconhecimento profissional e social desses profissionais. Esse é o caso dos médicos e demais profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF). Na atual conjuntura de expansão da ESF, a falta de capacitação do médico para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda é um dos fatores que represa a potencialidade de impacto dessa Estratégia nos indicadores de saúde da população<sup>2</sup>.

Dentre as estratégias para se reverter esse quadro está a especialização, modalidade de formação pós-graduada. Nesse contexto, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem posicionar-se como colaboradora no processo de transformação dos serviços de saúde, respondendo às necessidades de saúde da população brasileira, e incentivando novas possibilidades e estratégias de formação de recursos humanos para a saúde<sup>3</sup>.

Superando dicotomias entre sanitarismo e cuidado que pautaram décadas no debate em saúde, a qualificação dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) é hoje foco prioritário para o avanço e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da APS em nosso país, e também para os sistemas de saúde no mundo<sup>3,4,5</sup>.

Desde a sua implementação, a ESF depara-se com a insuficiência de profissionais capacitados para a atuação qualificada para essa estratégia de atenção à saúde. Os cursos de especialização levados a cabo desde então, na sua maioria, focaram mais no campo da Saúde Pública e Saúde Coletiva, deixando em plano secundário os conhecimentos, habilidades e atitudes da prática específica do médico que trabalha em uma equipe da ESF. Essa opção provavelmente prejudicou o alcance dos resultados previamente esperados, comprometendo a capacidade resolutiva necessária neste nível de atenção.

Evidencia-se, portanto, que tal qualificação requer uma abordagem própria no núcleo de competência do profissional médico, assim como deve ocorrer para cada profissão que atua na base da ESF.

A SBMFC, na qualidade de representante dos

profissionais médicos que atuam no cuidado integral, continuado e contextualizado das pessoas, famílias e populações, abrangidas pela ESF e outros serviços de APS, dispõe-se a contribuir nesse processo de qualificação.

No contexto da qualificação para o trabalho médico na ESF e na APS, a SBMFC considera que a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade é a estratégia pedagógica ideal para a formação do “especialista da integralidade”, o médico de Família e Comunidade. Assim, também considera a importância da residência em relação às outras especialidades médicas e outras áreas da saúde<sup>6</sup>.

Entretanto, a necessidade atual de qualificar mais de 27 mil médicos que atuam na ESF e que têm acesso diminuído para os programas de residência médica, dadas suas características e exigências de remuneração por bolsa, impõe que se realizem investimentos em outras formas de capacitação, permitindo, inclusive, a possibilidade de Titulação na Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. A pós-graduação via especialização se coloca, então, como a estratégia prioritária neste momento, principalmente quando se inclui a modalidade à distância, desde que se avalie e regule a qualidade dos programas, por meio de “acreditação” periódica.

A criação do concurso para o Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) pela SBMFC, reconhecido pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), veio preencher uma lacuna decisiva neste horizonte. Já há modo legal e legítimo para atestar a qualificação inicial exigida para o médico da APS no Brasil, para além dos programas de residência médica em MFC.

Vale ressaltar que, apesar da conclusão de curso de especialização não conferir ao médico o título de especialista em Medicina de Família e Comunidade – legalmente reconhecido junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e à Associação Brasileira de Medicina (AMB) –, a aprovação em cursos devidamente acreditados pela SBMFC pode ser valorizada e contribuir de modo efetivo para a obtenção do título, por meio de pontuação diferenciada no concurso de TEMFC, promovido regularmente pela SBMFC e

AMB. A trajetória dos últimos anos demonstrou que os médicos que aderiram, de fato, à ESF não desejam apenas qualificar-se para os desafios de sua prática, mas também desejam e merecem ser reconhecidos como especialistas pelos seus pares. Essa experiência é recorrente em nível internacional, e a não consideração desta pode gerar problemas difíceis de serem superados na expansão em grande escala da qualificação para a ESF<sup>7</sup>.

## **2. Detalhamentos pedagógicos**

Via de regra, e conforme menção anterior, as experiências dos últimos dez anos do movimento das especializações, em especial no que tange à capacitação dos médicos para a prática na ESF, foram desenvolvidas sob a ótica do campo da Saúde Pública e Saúde Coletiva. Mesmo quando conteúdos clínicos eram desenvolvidos, a tendência era observar conceitos focais de especialidades básicas, como pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia, muitas vezes se restringindo a programas verticais.

Na oportunidade de um novo movimento, e para que as especializações direcionadas à ESF estejam à altura do desafio que lhes está posto, a SBMFC considera que alguns eixos estruturantes (operacionais, metodológicos e pedagógicos) devem se integrar adequadamente ao processo, à luz dos preceitos do cuidado em APS.

### **I - Eixos operacionais estruturantes para o curso de especialização da SBMFC**

1) Acesso: a especialização ofertar-se-á de modo tal que se compatibilize com a manutenção do trabalho da equipe de saúde da família.

2) Continuidade (valorização): na mesma linha, o ideal é que se disponha de incentivos para a fixação dos profissionais assim qualificados e certificados pelo TEMFC nos territórios em que estão inseridos. Embora o plano de carreira do SUS ainda seja uma meta sanitária e legal relativamente distante de ser atingida, os municípios podem ser criativos neste âmbito, como por exemplo: diferenciar financeiramente o especialista em APS do que não se qualificou para o trabalho nesta área. Ninguém estranharia que

a seleção e a progressão no âmbito das UTIs valorizasse o intensivista certificado, mas há uma baixa valorização do campo de atuação que faz isso parecer novidade na Saúde da Família. No entanto, tal previsão pode ser decisiva no aproveitamento do investimento pedagógico. Toda capacitação envolve um processo de oferta e demanda. A SBMFC por meio desta proposta se dispõe a arcar com a oferta, mas é de responsabilidade do gestor criar a demanda para que os profissionais se motivem a se capacitar em direção à boa prática.

3) Integralidade inteligente: a lógica que presidiu a escolha dos “conteúdos” deste curso levou em conta os princípios da especialidade MFC, bem como o perfil dos profissionais e as necessidades em saúde nos territórios. Em sua formação anterior, os médicos já vivenciaram oportunidades de aprender que devem ser resgatadas, mas reorientadas e completadas no processo de especialização. Desconhecê-las não seria razoável. Do mesmo modo, os desafios locais de sua prática atual precisam ser levantados para gerar a problematização que norteará o curso. Aprendizagem distante dos problemas reais costuma resultar em pouco proveito para adultos. A determinação de uma teia de problemas assentada nas questões geradas pela prática de APS local, ligada à revisão do saber prévio diante de novas referências e tecnologias pode fazer ampla diferença positiva.

4) Coordenação: distintas contribuições serão integradas no processo de especialização em MFC, mas não se pode supor que o especialista da integralidade seja adequadamente formado com uma fusão antipedagógica de especialidades focais. Quando cuida de crianças, mulheres, adultos e pessoas que sofrem psiquicamente, quando desenvolve vigilância em saúde, o MFC o faz sempre a partir da integralidade das necessidades de saúde da pessoa inserida em um contexto familiar e comunitário particular. Atua a partir de um corpo de conhecimentos específicos e mediante técnicas próprias a esta abordagem. Essa ótica estruturará a aprendizagem e, para tanto, será estratégico valorizar a presença de preceptores especialistas em MFC no planejamento, gestão e avaliação dos cursos.

Em suma, presidida pelos princípios da especialida-

de, pela integralidade na abordagem, com base em problemas atuais e vivências anteriores, orientadas para a aprendizagem de adultos, incentivada na carreira local e de fácil acesso a quem está trabalhando, a especialização ofertada pela SBMFC representará uma contribuição decisiva na superação da lacuna de qualificação para a ESF.

## II – Eixos estruturantes metodológicos

Seguem os passos iniciais para a implementação do curso de especialização em MFC da SBMFC.

1) Priorizar médicos inseridos na ESF e que se caracterizem por:

a) não ter feito residência em Medicina de Família e Comunidade ou não ter título de especialistas pela SBMFC;  
b) manifestem interesse em realizar o curso.

2) Identificar e priorizar municípios que se comprometam com a ESF, com a qualificação das equipes, onde haja alguma formalidade no vínculo empregatício e onde os médicos tenham baixa rotatividade na ESF – e que possam se comprometer com alguma forma de incentivo para os médicos que concluírem o curso.

3) Conhecer o diagnóstico situacional do perfil e necessidade de formação dos médicos atuantes nas ESF que irão realizar os cursos (levantamento preliminar).

## III – Eixo estruturante pedagógico:

O desenvolvimento de uma pedagogia apropriada para o adulto (andragogia) e a identidade com o cerne da especialidade são as bases do curso.

a) Competências

1) As competências atribuídas ao MFC são universais, sistematizadas e revistas regularmente pela WONCA, Organização Mundial dos Médicos de Família e suas regionais<sup>8,9</sup>.

Entendemos que tais competências devem estar adequadamente contempladas nos cursos de especialização em MFC:

- Compreender a Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade da integralidade do cuidado médico em Atenção Primária à Saúde, distinta e relacionada com as especialidades focais de órgãos, sistemas, faixas etárias, gêneros e procedimentos.

- Ser capaz de aplicar os princípios da especialidade (cuidado personalizado longitudinal, integral e contextualizado) às diferentes situações em que as pessoas, famílias e comunidades se apresentam e com excelência clínica sobre os problemas de saúde mais freqüentes, complexos ou simples.
- Interpretar e organizar as informações coletadas para a formulação de hipóteses e dos problemas de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade, de forma ética, visando à elaboração de planos de cuidado que considerem a utilização dos recursos sociais disponíveis, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população.
- Desenvolver as habilidades de comunicação necessárias ao cuidado de pessoas com diferenças culturais em relação ao próprio médico.
- Atuar a partir de uma compreensão e de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença.
- Desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde no nível individual e coletivo.
- Estar habilitado à prática clínica centrada na pessoa.
- Dominar os princípios e as ferramentas da abordagem e da terapia familiar na sua área de competência.
- Orientar sua prática para as necessidades sanitárias e também pelas demandas da comunidade, apresentando-se para o primeiro contato de cuidados, criando vínculos e utilizando cada oportunidade para a Promoção da Saúde.
- Desenvolver aptidões para a resolução de problemas específicos, incluindo a capacidade de relacionar os processos específicos de decisão com a prevalência e incidência das doenças na comunidade.
- Gerir as situações que se apresentem precocemente e de forma indiferenciada, utilizando as intervenções diagnósticas e terapêuticas de modo efetivo e eficiente.
- Atender, com elevado grau de qualidade e resolutividade clínica – no âmbito da Atenção Primária à Saúde – pelo menos os 85% dos problemas e agravos de saúde mais freqüentes na população sob seus cuidados, sem diferenciação de sexo, gênero ou faixa etária.
- A partir dessa resolutividade, exercer um papel de filtro sobre os problemas de saúde, somente derivando a outros pontos do sistema de saúde aqueles que efetivamente requerem cuidados focais nos ambulatórios e hospitais de referência, ampliando a pertinência desses cuidados, sem perder, entretanto, o vínculo e o acompanhamento destes pacientes e de suas famílias.
- Coordenar os cuidados integrais de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade ao longo dos diferentes pontos de cuidados da comunidade ou do sistema de saúde, mantendo o vínculo.
- Identificar os problemas e necessidades de saúde da comunidade, particularizando e priorizando grupos mais vulneráveis, implementando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de caráter coletivo e no âmbito da Atenção Primária.
- Atuar em equipe, promovendo o trabalho ético, participativo, co-responsável, interdisciplinar e intersetorial.
- Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico.
- Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade.
- Cuidar de pessoas que desejam morrer em domicílio e discutir e educar sobre o viver e o morrer com dignidade.
- Desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de auto-aprendizagem.
- Estimular a curiosidade e o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender de todos os envolvidos, em todos os momentos do trabalho em saúde.
- Identificar necessidades de aprendizagem próprias dos pacientes/responsáveis, dos cuidadores, familiares, equipe multiprofissional, grupos sociais e comunidade, a partir de uma situação significativa e respeitando o conhecimento prévio e o contexto sociocultural de cada um.
- Participar da formação e da capacitação de pessoal auxiliar, voluntário, pacientes e estudantes, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem e promovendo

do aprendizagem significativa e diferenciada.

- Auto-avaliar-se e avaliar atividades, atitudes e ações, mantendo um processo permanente de reflexão crítica.
- Compreender a pesquisa como sistematização e tratamento científico em busca de respostas às questões originadas pelo pensamento reflexivo a respeito dos problemas da população sob sua responsabilidade.
- Desenvolver a capacidade de atuação médica cientificamente atualizada, eticamente fundamentada e socialmente relevante.

Para o desenvolvimento desses princípios, o especializando médico deve estar disponível para aprender a:

1. Abordar de forma integral e contextualizada situações e agravos mais prevalentes da prática clínica real.
2. Incluir como temas de aprendizado situações menos freqüentes, mas de alta transcendência e vulnerabilidade em Atenção Primária à Saúde como, por exemplo, situações de emergência.
3. Fundamentar-se nas melhores evidências possíveis sobre os focos da prática médica em estudo;
4. Buscar apoio crítico de colegas experientes ou em formação.
5. Ter comprometimento individual com o próprio aperfeiçoamento.

b) Metodologia pedagógica do curso: a abordagem baseada em problemas

Experiências bem-sucedidas em cursos desta natureza foram efetivadas em diferentes países, como, por exemplo, no México<sup>3</sup>. A estrutura do curso proposto pela SBMFC leva em conta essas experiências e é constituída por discussão de casos complexos, com base em problemas de saúde mais prevalentes e/ou de grande relevância, sempre levando em conta os temas transversais como organização da demanda e abordagem familiar e comunitária.

Os problemas de saúde serão identificados a partir de dados existentes sobre a prevalência dos mesmos e, também, levando em consideração aqueles sistematizados em publicações sobre o tema, a exemplo de livros textos no âmbito da MFC e Medicina Ambulatorial Geral. Devem estar contempladas questões de saúde sabidamente relevantes, mas freqüentemente subdiagnosticadas, como são os casos de violência, depressão e drogadição, por exemplo.

Cada problema deverá dar origem à construção de um caso complexo, embora o mesmo caso possa abordar mais de um problema relevante. Os casos devem ser apresentados em níveis crescentes de complexidade no que tange à abordagem clínica individual, familiar e comunitária.

Ele é chamado caso complexo porque permitirá a

### Matriz conceitual de casos complexos:

Matriz	at*	ant	ct	cnt	cd	fam	amb	fv
Gestante								
Criança								
Adolescente								
Adulto								
Idoso								
Temas transversais: política de saúde - sistema único de saúde - atenção primária em saúde - habilidades de comunicação - abordagem centrada na pessoa - abordagem familiar - abordagem comunitária - vigilância em saúde - avaliação e qualidade - coordenação do cuidado (trabalho em equipe - acesso - coordenação - longitudinalidade - integralidade - advocacia) - saúde baseada em evidência - educação em saúde - ética em saúde - vulnerabilidade social.								

\* *Agudos Transmissíveis (at) / Agudos Não-Transmissíveis (ant) / Crônicos Transmissíveis (ct) / Crônicos Não-Transmissíveis (cnt) / Crônicos Descompensados (cd) / Familiares (fam) / Ambientais (amb) / Comunidade (com) / Intervenções de Grupo (ig) / Questões Gerenciais (gg) / Bioética (eti) / Fim da Vida (fv)*  
Temas para os casos complexos, com base na epidemiologia do local.

identificação e problematização de diagnósticos individuais, familiares e comunitários do processo saúde-doença-cuidado, bem como a abordagem de temas transversais.

Veja exemplo de matriz conceitual de casos complexos no quadro anterior.

Assim sendo, os casos contemplarão:

1. Situações/questões de saúde trazidas pelos pacientes/familiares e agentes comunitários e/ou desvendadas a partir de visitas domiciliares; tais situações devem ser descritas contemplando as variáveis necessárias para uma abordagem integral (biopsicossocial) e continuada da pessoa em seu contexto familiar e comunitário.
2. As ferramentas e técnicas do MFC necessárias para sua abordagem (habilidades semiológicas, de comunicação, de abordagem familiar, de trabalho com grupos, de diagnóstico de comunidade, de educação popular em saúde, de pesquisa, de Medicina com base em evidências no contexto da população geral, de planejamento, de gestão da demanda, de assistência domiciliar etc.).
3. Os elementos necessários para trabalhar a diferenciação em relação à clínica de serviços de referência ou internação.
4. Os elementos de coordenação do cuidado.
5. As oportunidades de promoção da saúde, de diagnóstico precoce/screening ou iniciativas de prevenção.
6. Os elementos terapêuticos a implementar (medicamentosos e não-medicamentosos) e da reabilitação.
7. As necessidades de vigilância ou intervenção no território-processo.
8. As possibilidades do empoderamento pessoal/familiar e comunitário face ao confronto com o problema.

Em suma: o foco das atividades teóricas será: (a) apresentação de casos complexos; (b) a elaboração e hierarquização de uma lista de problemas típica de um MFC; (c) definir focos de intervenção; (d) discussão, perguntas pedagógicas e definição de estratégia científica com o objetivo de identificar técnicas e conteúdos que se deve dominar para viabilizar a(s) intervenção(ões); (e) busca de bibliografia e auto-aprendizado; (f) discussão em grupo e síntese; (g) verificação dos conteúdos abordados e fechamento do caso complexo; (i) avaliação do processo de ensino-apren-

dizagem em cada caso.

### c) Diretrizes gerais

Serão 40 casos complexos com perguntas ligadas ao objetivo de aprendizagem.

O curso será coordenado pela SBMFC, que fornecerá a plataforma de ensino via Educação à Distância (EaD) e os tutores. A coordenação do curso será responsável por:

- Realizar a coordenação pedagógica.
- Realizar a avaliação global dos estudantes, dos tutores e do programa.
- Fazer um trimestral contendo:
  - Avaliação global do curso.
  - Avaliação dos tutores.
  - Apontamento das principais dificuldades e propostas de solução.
- Decidir pela exclusão do curso ou remanejamento de aluno de turma.

A SBMFC preconizará um tutor para cada dez alunos. Os tutores serão selecionados e treinados pela SBMFC e serão de preferência médicos de Família e Comunidade com residência ou título de especialista nesta área. Deve ter competência em Medicina de Família e Comunidade, e, preferencialmente, em Medicina com base em evidências.

O tutor deverá se dedicar ao menos 10 horas semanais, incluindo o tempo para a realização do relatório. Suas funções primordiais serão:

- Facilitar/ problematizar.
- Fazer consultoria/notificar quando há informações erradas ou a discussão está tomando rumos não desejados.
- Monitoramento/avaliação.
- Confecção de relatório trimestral contendo:
  - Recomendações para o melhoramento do curso.
  - Avaliação do grupo.
  - Avaliação formativa de cada aluno (disponibilizado para cada aluno por senha).

### Check-list de cada semana:

- Desempenho nas questões de Saúde Baseada em Evi-

dências;

- Desempenho nas questões de abordagem centrada na pessoa;
- Desempenho nas questões de abordagem familiar;
- Desempenho nas questões de abordagem comunitária;
- Desempenho nas questões de coordenação do cuidado (trabalho em equipe, longitudinalidade, integralidade, acesso, coordenação, advocacia).

**Avaliação global do aluno:** satisfatório; satisfatório, mas precisa melhorar; insatisfatório; sugestão de desligamento do curso com justificativa.

### Recomendações para cada aluno.

Haverá uma avaliação final somativa, com prova nos moldes da prova teórica do concurso para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC). A aprovação nesta prova terá grande peso para a obtenção do TEMFC, desde que cumpra as exigências do edital de cada edição.

Os critérios de aprovação serão:

1. Cumprimento satisfatório pelo tutor ratificado pela coordenação do curso.
2. Percentual de acertos na Prova final conforme exigido no edital referente ao concurso em tela.

Ao final, o aluno que concluir o curso satisfatoriamente e cumprir as etapas e normas da Prova de Títulos vai obter o certificado de Especialista em Saúde da Família pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

d) Carga horária:

A carga horária será de 400 horas para a preparação lato sensu e corresponderá à discussão de 40 casos, sendo um por semana com dedicação de 10 horas por caso.

O tempo deve ser dividido em cinco horas para leitura da bibliografia obrigatória e complementar (aproximadamente dez páginas) e cinco horas de discussão online e busca de literatura.

Espera-se que nestas cinco horas de discussão o aluno responda às perguntas e ponderações do facilitador,

leia as mensagens de todos do grupo ao qual pertence e poste comentários no fórum ao menos três vezes por semana, além de realizar a busca de pelo menos uma referência para cada caso.

Sistematizando:

- 5h de leitura: referente a 10 páginas de livro texto, artigos ou sites.
- 5h de discussão: postagens três dias da semana
- Leitura das mensagens.
- Postagens de comentários.
- Discussão dos casos.
- Apresentação de respostas, condutas e encaminhamentos ao caso a partir da leitura e discussão com o tutor.
- Discussão de casos reais próprios.
- Busca de referência bibliográfica.

e) Diretrizes para produção de um caso complexo:

Cada caso complexo deve conter:

1. Relato do caso complexo com perguntas orientadoras para a discussão, bibliografia obrigatória e bibliografia complementar.
2. Orientações ao tutor para nortear a discussão (que não serão disponibilizadas ao aluno).

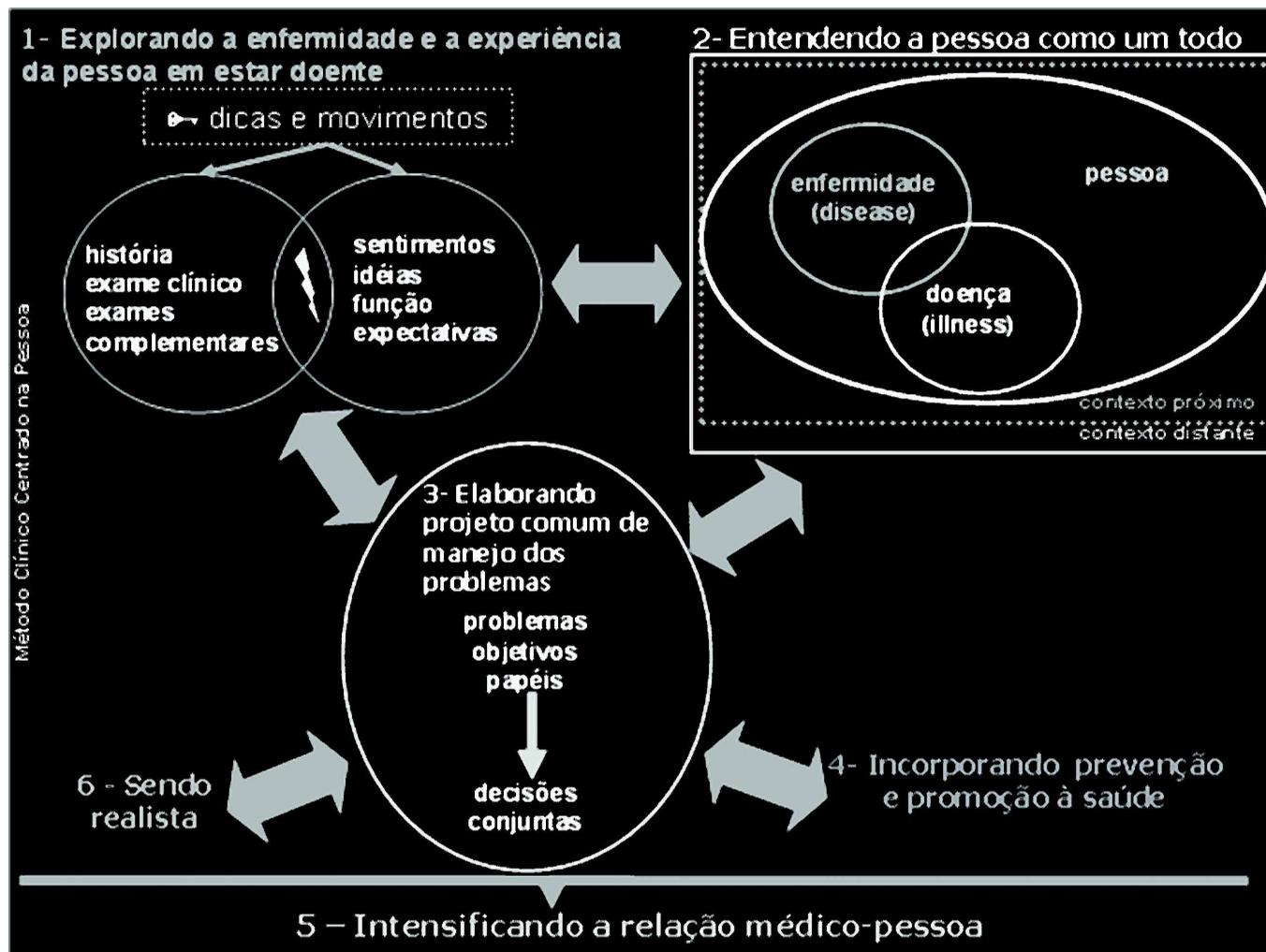
Para a elaboração do caso complexo, o autor deve:

- Focar no problema principal designado pela coordenação com base na matriz de casos complexos cuja sistematização está descrita acima.
- Seguir princípios da especialidade com base na realidade da clínica da Medicina de Família e Comunidade acrescentando elementos como, por exemplo, manejo do tempo, registro da consulta pelo “SOAP”, elaboração de lista de problemas e vulnerabilidades pessoais e sociais.
- Garantir a presença de elementos da vida pessoal, familiar, comunitária do paciente e da organização do serviço (excesso de demanda, por exemplo) que influenciam na compreensão do paciente do seu próprio problema e na avaliação global da situação-problema pelo médico.
- Introduzir, quando for pertinente, a presença de elementos da vida e cultura do profissional que influenciam na percepção do problema e na comunicação com o paciente.

• Acrescentar, quando for pertinente, diálogos entre o médico e o paciente para ilustrar a competência cultural e a habilidade de comunicação.  
ver em cada caso complexo questões clínicas, co-

respostas mais curtas e objetivas (exemplos: “elabore um genograma sobre a família da paciente” ou “em que fase do ciclo vital se encontra a paciente”).

• Acrescentar sempre, dentre as demais, a seguinte ques



morbidades, ao menos um componente da abordagem centrada na pessoa (figura acima), coordenação do cuidado e pelo menos mais dois dos temas transversais já descritos na matriz dos casos complexos.

- Elaborar, ao final, perguntas orientadoras com discussão progressiva dos problemas (cumulativas tipo “snow ball” ou concêntricas).
- Alternar questões de análise mais ampla e profunda (exemplo: “analise a forma que o médico abordou a paciente com relação à queixa ginecológica”) com outras de

tão: “apresente uma ou mais referências que colaborem na abordagem e compreensão do caso e descreva como chegou a ela”.

- Descrever a bibliografia obrigatória de no máximo 20 páginas e sugestão de leitura complementar (livros, artigos ou sites) indicando os capítulos e/ou as páginas de interesse para o caso em questão.
- Levar em consideração que as respostas às perguntas devem estar contempladas nas bibliografias obrigatória e complementar.

- Limitar cada caso complexo: deve ter entre mil e duas mil palavras, incluindo de duas a cinco referências bibliográficas obrigatórias, de três a cinco referências complementares e de oito a doze perguntas orientadoras.
- Lembrar que as referências obrigatórias devem ser facilmente acessíveis e as complementares, acessíveis.
- Usar como referências obrigatórias:
  - Sites, artigos e protocolos gratuitos disponíveis na internet, especialmente as Diretrizes da SBMFC.
  - Livro Medicina Ambulatorial – Bruce Duncan & cols.
  - PROMEF.
  - Livro Evidência Clínica – conciso (BMJ).
  - Cultura, Saúde e Doença – Cecil Helman.
  - Textbook of Family Medicine – Ian Mc Whynney.
  - Patient Centered Medicine – Moira Stewart & cols.

Para a orientação ao tutor, o autor deve:

- Estabelecer os objetivos de aprendizagem do caso.
- Descrever como o caso se articula com estes objetivos.
- Descrever quais temas transversais devem ser destacados pelo aluno e como ele(s) se relaciona(m) com o caso.
- Descrever a lista de problemas considerada e o que se espera que os alunos abordem de cada problema (como chegou a ela, quais foram as hipóteses descartadas, quais e em que pontos os temas transversais colaboraram para o diagnóstico).
- Descrever o plano de cuidado e quais temas transversais podem colaborar justificando.
- Cada orientação do tutor deve ter entre 1.000 e 1.500 palavras.

A Diretoria da SBMFC se propõe a promover uma oficina de qualificação para elaboração de casos complexos em MFC seguindo os padrões acima, assegurando as seguintes condições aos elaboradores para que, após a mesma, se possa contar com o eixo condutor de todo este processo em condições de implementação. Para tanto, o autor terá os seguintes direitos e deveres:

- Ser remunerado com o valor de R\$1000,00 (mil reais) por dois casos complexos elaborados e aceitos pela coordenação.

- Caso o autor cumpra todas as etapas e escreva apenas um caso ou a coordenação aceite apenas um dos dois submetidos, o autor receberá R\$500,00 (quinhentos reais).
- Possibilitar que se escreva individualmente ou em dupla com outra pessoa também selecionada para a tarefa (situação em que serão quatro casos designados aos dois).
- Participação obrigatória na “Oficina para Produção de Casos Complexos” custeada pela SBMFC em data e local a ser definido pela Coordenação.
- Submeter a primeira versão dos casos complexos no prazo definido pela Coordenação.
- Aceitar as sugestões da Coordenação submetendo até três versões dos casos complexos para análise e avaliação.
- Seguir as orientações para elaboração dos casos complexos e das orientações ao tutor.
- Estar ciente de que, após as três versões, o caso pode ser aceito ou rejeitado.
- Estar ciente de que o tema dos casos complexos a serem produzidos será decidido ao final ou após a oficina de capacitação pela Coordenação.

Estar ciente de que o caso poderá sofrer alterações a posteriori para adaptação para Educação à Distância (EaD) feita por especialistas em EaD.

- Estar ciente de que os direitos autorais materiais dos casos complexos serão cedidos à SBMFC, após o pagamento do valor devido, sem prejuízo dos direitos morais dos autores.

Os critérios para selecionar os elaboradores de casos serão:

#### **Obrigatórios:**

- Especialista em Medicina de Família e Comunidade.
- Sócio da SBMFC.

#### **Classificatórios:**

- Mestrado – 0,5 ponto.
- Doutorado – um ponto.
- Formador (docente ou preceptor) em Medicina de Família e Comunidade – 0,5 ponto por ano de experiência em formação.
- Clínica de Medicina de Família e Comunidade – 0,5 ponto por ano de experiência.

**Eliminatório:** prova escrita: elaboração prévia de um caso complexo com tema de livre escolha, explicitando os objetivos de aprendizagem e o roteiro de aproveitamento do caso – até cinco pontos (dois pontos, ou menos, elimina).

#### **IV - Recomendações e propostas da SBMFC para o sucesso do processo**

Seria altamente relevante que houvesse incentivo financeiro para os municípios que preconizassem a presença de especialistas em Medicina de Família e Comunidade ou Saúde da Família em seus quadros, por meio, por exemplo, de PAB variável diferenciado para esses municípios.

Como foi mencionado acima, a SBMFC tem capacidade de ofertar capacitação de qualidade, mas cabe aos gestores criarem a demanda e a motivação inicial para que haja inscritos. Este curso poderá ser financiado com recursos do Ministério da Saúde e/ou de empregadores; portanto, nesses casos, gratuito aos especializandos.

Espera-se com esse documento contribuir efetivamente para o presente e futuro da APS e da MFC no Brasil.

#### **3. Referências**

1. Silva ACMA. Saúde da criança no PSF: facilidades e dificuldades encontradas pelos médicos para implantação das ações: um estudo de caso. [Dissertação] Instituto Fernandez Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
2. Gervas J, Fernández MP. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9(3): 384-400.
3. Fernandez Ortega et al. Curso semiescolarizado de especialistas em medicina familiar em México (1993 – 1999). Aten Primaria. 2003; 31 (2): 114-9.
4. World Health Organization: from Alma Ata to the Year 2000. Geneve: WHO; 1998.
5. Wonca. Improving Health Systems: the Contribution of Family Medicine; a Guidebook. 2002. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com>
6. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comuni-

dade. Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias. 2005. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br>

7. Martín Zurro A. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). Aten Primaria. 2002; 30 (1): 46-56.

8. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Medicina de Família e Comunidade: O que, como, onde e por que? – Material de divulgação e informação Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br>

9. The European Definition of General Practice/Family Medicine, EURACT. 2005 Disponível em: <http://www.euract.org>

Primeira versão em novembro de 2006.

Revisões Parciais em junho e agosto de 2007.

#### **Endereço para Correspondência:**

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

#### **Endereço Eletrônico:**

[enofilho@uol.com.br](mailto:enofilho@uol.com.br)