

Projeto Político Pedagógico

Manual do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade- UFRB

Santo Antônio de Jesus- BA

2024

SUMÁRIO

1. Apresentação
2. Organização do programa
 - 2.1 Semana padrão e estágios
 - 2.2 Atividade teórica
 - 2.3 Avaliações
 - 2.4 Trabalho de conclusão
3. Regimento

1. APRESENTAÇÃO

Comentado [1]: Flávia!

- CONTEXTO NACIONAL
- NORDESTE
- BAHIA
- SANTO ANTONIO DE JESUS
- UFRB
- A RESIDENCIA EM MFC

Apesar de parecer uma especialidade recente, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) teve início no Brasil há bastante tempo, e hoje, apresenta crescimento progressivo em número de especialistas mesmo em meio a um modelo médico hegemônico ainda voltado para o atendimento hospitalar e com foco nas subespecializações. Como especialidade médica presente em grande número de países, especialmente entre as nações mais ricas do hemisfério norte, tem contribuído para a implantação de mudanças nos modelos de sistemas de saúde com vistas à construção de integralidade, universalidade e ordenação da Rede a partir da APS. 22

Data de 1976, o surgimento das três primeiras iniciativas de formação da especialidade que ainda era chamada de Medicina Geral e Comunitária: o Centro de Saúde Escola Murialdo em Porto Alegre (RS), o Projeto Vitória em Vitória de Santo Antão (PE) e o Serviço de Medicina Integral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)22. Estes Programas baseiam-se num projeto pedagógico 23 escrito por Carlos Grossman e outros profissionais do Rio Grande do Sul, a partir de um documento chamado Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária 24.

Mesmo antes da Declaração de Alma-Ata, da criação do SUS e da APS, esse plano já visava uma formação voltada para o cuidado integral de uma população geograficamente definida em níveis individual, familiar e comunitário, através de planejamento situacional com participação popular, reforçando que a construção da especialidade no nosso país sempre esteve entrelaçada a reivindicação de um modelo assistencial diferenciado.

A partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde outros Programas foram surgindo, porém de forma localizada e sem articulação entre si, dificultando a sobrevivência dos mesmos. Em 1981, é criada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC) e cinco anos mais tarde, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1986, reconheceu a especialidade e a SBMGC como sua representante 25. Porém, a realidade ainda era de tímido reconhecimento, isolamento em poucos Programas e a não garantia de trabalho nessa área, ao final da Residência.

Somente a partir de 1994, com a criação do PSF, as áreas voltadas à Atenção Básica expandiram, porém o mercado de trabalho começou a crescer em uma velocidade muito maior que a capacidade de formação da época. Havia poucos especialistas e uma baixa motivação para o ingresso nessa especialidade. Para minimizar este descompasso, várias foram as iniciativas do Ministério da Saúde através de cursos de curta duração, especializações e polos de capacitação, mas Machado (2000), em seu estudo sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil, mostrou que a quase totalidade desses profissionais expressou a necessidade de maior aprimoramento técnico-científico para atuarem no programa, salientando a importância dos processos de qualificação. 26

O fortalecimento da AB e a adoção da Estratégia de Saúde da Família enquanto modelo, traz a necessidade de profissionais com visão integral do indivíduo, de sua família e da comunidade em que vive. Os trabalhadores desse nível devem ter capacitação específica e elevada qualificação técnica, inclusive para lançar mão de outros saberes e práticas que escapam ao domínio do paradigma anátomo-clínico. O MFC deve desenvolver competências que não estão situadas no plano da racionalidade biotecnológica que privilegia a dimensão fisiopatológica das doenças 25. Conforme o Wonca Europe 27 (2002):

O médico de família é o médico principalmente responsável pela prestação de cuidados abrangentes a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos (...) cuida do indivíduo no contexto da sua família e cuida da família no contexto comunitário, independentemente de raça, religião, cultura ou classe social. É clinicamente competente para prestar a maior parte dos seus cuidados, levando em consideração o plano de fundo cultural, socioeconômico e psicológico.

A realidade é que o MFC além de ser parte da porta de entrada no sistema de saúde, é também referência através do qual o usuário permanece em cuidado longitudinal e consegue ter mais de 80% dos seus problemas de saúde resolvidos. Além de diagnóstico, tratamento e reabilitação, faz a coordenação do cuidado e ordenação da Rede, quando se propõe a referenciar criteriosamente aos demais especialistas, que recebem encaminhamentos mais apropriados. E dá ênfase na prevenção e na promoção da saúde não só individual, mas no contexto da comunidade onde a pessoa vive, tendo a possibilidade de incidir sobre a determinação social do processo de saúde-doença. 28

É inegável que para a formação de profissionais que atendam a essas características, exista a necessidade de capacitação específica. Muito se discute sobre o modelo ideal, mas é através do treinamento em serviço que se cria oportunidades de aprendizados não vivenciados na graduação, diferentemente de outros formatos. É através de um programa de Residência Médica que se abre o caminho para desenvolvimento não só de novos conhecimentos, mas também habilidades e atitudes que vão determinar um desempenho profissional adequado 22,25, 28.

Nesse contexto da formação de profissionais de saúde, a Residência Médica (RM) é considerada o padrão-ouro para a formação das especialidades médicas. Segundo a Lei 6.932 de 1981, em seu artigo 1º 30:

A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

A RM é uma modalidade de ensino eminentemente prática (em geral, 80% de sua carga horária total) a partir dos fundamentos de treinamento em serviço e integração ensino-serviço. Nos cenários adequados, acontece sob supervisão de médicos especialistas e capacitados a acompanhar o desenvolvimento do residente de forma pedagógica, horizontalizada e centrada no aprendiz. O trabalho do preceptor é essencial para promover o aperfeiçoamento do médico em formação e essa relação é determinante para o modelo de relação médico-pessoa a ser desenvolvido pelo mesmo.³¹

O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), no Brasil, surge com esse título a partir de 2002, após a mudança do nome da especialidade. Regularmente, tem dois anos de duração e acontece nas Unidades de Saúde da Família, tendo uma menor parte de sua carga horária no campo de prática dos níveis de atenção secundária e terciária (ambulatórios de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento e outros serviços de urgências e emergências hospitalares) e atividades teóricas.³¹

O egresso de um Programa de Residência Médica (PRM) organizado em sintonia com a concepção acima deverá ser capaz de desenvolver ações integradas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, tanto no nível individual, quanto familiar e comunitário.³²

Na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade surge em 2017...

Sendo a primeira Instituição Federal do interior da Bahia, a UFRB surge como uma conquista após décadas de articulação entre diferentes segmentos da sociedade dessa região que lhe dá identidade (PDI da UFRB 2019-2030), destacando-se enquanto um projeto sui generis, do ponto de vista de deslocamento geopolítico do conhecimento (MIGNOLO, 2003), representando uma grande possibilidade de inclusão social e de promoção do desenvolvimento no Recôncavo da Bahia.

A UFRB possui estrutura multicampi e insere-se principalmente no território de identidade do Recôncavo. O Centro de Ciências da Saúde (CCS) foi estrategicamente construído no município de Santo Antônio de Jesus por conta do perfil da cidade “[...] que se constitui como um importante centro de atenção médico-hospitalar para toda a região do Recôncavo” (UFRB, 2017, p. 18). Este município possui 103 mil habitantes, sendo o maior polo comercial e de serviços do Recôncavo Baiano (IBGE, 2012), e por isso considerado por muitos, sua capital. Abriga o CCS há dezessete anos, que desde a sua abertura, reúne os cursos de nutrição, enfermagem e psicologia. Tendo ainda o bacharelado interdisciplinar em saúde que surgiu em 2009 e o curso de medicina, a partir do ano de 2013.

Hoje, o PRMMGFC da UFRB se organiza...

2. ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA

2.1 SEMANA PADRÃO E ESTÁGIOS

	<u>Segunda-feira</u>	<u>Terça-feira</u>	<u>Quarta-feira</u>	<u>Quinta-feira</u>	<u>Sexta-feira</u>
<u>8h-12h</u>	<u>USF</u>	<u>USF</u>	<u>USF</u>	<u>USF</u>	<u>ESTÁGIO</u>
<u>13h-17h</u>	<u>USF</u>	<u>USF</u>	<u>UFRB</u>	<u>USF</u>	<u>USF</u>
				<u>UFRB</u>	

ANO 1	periodicida de	ANO 2	periodicida de
- CRAS/ CEREST (FALTA)	1 mês cada	- Melhor em Casa/Feridas	1 mês cada
- REGULAÇÃO/ AB	1 mês cada	- Cardiologia (FALTA)	Bimensal
- SAÚDE MENTAL	Bimensal	- Hematologia / infecto	Bimensal
- Pré-Natal	Bimensal	- DIU	Bimensal
- Pediatria** ou Dermato (FALTA)	1 mês cada	- Pequenos Procedimentos	Bimensal

Escrever sobre cada estágio:

- ☐ Objetivo de aprendizagem
- ☐ Atividades
- ☐ Relevância

ESTÁGIO EXTERNO INTEGRADO MELHOR EM CASA E CEFSAJ

Objetivos de aprendizagem

Melhor

em

casa:

1. Valorizar o papel da família no processo saúde doença.
2. Dominar a realização de visita domiciliar.
3. Dominar a utilização de instrumentos de abordagem familiar: genograma, ECOMAPA, Círculo Familiar, Escala de Coelho; e conhecer os demais instrumentos de abordagem familiar
4. Orientar a prevenção de úlceras de pressão/ decúbito.
5. Manejar úlceras de pressão/decúbito.
6. Realizar manejo da dor oncológica e não oncológica no paciente terminal.
7. Manejar a nutrição no paciente terminal.
8. Preparar e orientar familiares e o paciente quanto a providências relacionadas à morte.
9. Manejar intercorrências comuns no paciente em cuidado paliativo.
10. Dominar o preenchimento e fornecimento de um atestado de óbito.
11. Fazer a abordagem do luto.
12. Reconhecer situações urgentes no cuidado paliativo e saber encaminhá-las.
13. Manejar situações terminais de doenças crônicas (Insuficiência cardíaca, DPOC, demências, doenças neurológicas, renais).
14. Compreender o domicílio como espaço terapêutico.
15. Fazer a abordagem do cuidador considerando a importância de uma comunicação efetiva e de estimular o cuidado do cuidador.
16. Dominar a realização da entrevista clínica e exame físico em ambiente domiciliar avaliando estado orgânico, mental, funcional e social.
17. Formular um plano de assistência domiciliar sob a lógica do trabalho em equipe.

18. Dominar a utilização dos recursos disponíveis nas redes de atenção à saúde, assistência social e apoio comunitário.
19. Aplicar critérios de elegibilidade para os níveis de complexidade em cuidados domiciliares (vigilância em saúde, consultas e internação domiciliar).
20. Demonstrar conhecimento nos procedimentos possíveis de serem realizados no domicílio.

Centro Especializado em Feridas:

1. Dominar o conhecimento de anatomia, fisiologia e as lesões essenciais.
2. Analisar o diagnóstico diferencial das feridas mais comuns (vasculogênicas, traumáticas, oncológicas).
3. Manejar as feridas crônicas mais frequentes e orientar coberturas e curativos mais indicados.
4. Reconhecer manifestações cutâneas de doenças sistêmicas.
5. Reconhecer lesões suspeitas de câncer de pele.
6. Reconhecer e manejar o impacto psicossocial das feridas crônicas.

Atividades propostas

- Realização de visitas domiciliares com equipe multiprofissional;
- Realização da entrevista clínica e exame físico em ambiente domiciliar avaliando estado orgânico, mental, funcional e social;
- Admissão de pacientes com critérios para modalidades de atenção domiciliar 2 e 3;
- Construção de Projeto Terapêutico Singular dos pacientes acompanhados pelo programa;
- Manejo de lesões por pressão;
- Manejo de intercorrências comuns no paciente em cuidado paliativo;
- Realização de procedimentos possíveis de serem realizados no domicílio;
- Avaliar clinicamente o paciente e definir a etiologia da ferida;
- Conhecer e prescrever, quando indicadas, coberturas/soluções/cremes para o cuidado das feridas conforme o padronizado;

- Solicitar exames para uma melhor avaliação da situação e previsão de potenciais agravamentos;
- Referenciar o paciente para avaliação de outras especialidades médicas, quando indicado;
- Acompanhar toda a trajetória da evolução do quadro clínico, realizando procedimentos na doença de base, visando estabilizar ou retirar o agente causador.

Relevância para a formação na Atenção básica

A assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde. Em seu desenvolvimento intervêm de forma diferenciada todos os componentes da equipe de saúde, estando a resolatividade relacionada com a composição da mesma e as condições proporcionadas à equipe pelo doente, família e domicílio. Assim, o Programa Melhor em Casa é um estágio que complementa a prática na Medicina de Família e Comunidade uma vez que abrange as modalidades 2 e 3 de atenção domiciliar, se somando à modalidade 1 já praticada nas Unidades de Saúde da Família.

O estágio externo em centro especializado em feridas é de fundamental importância uma vez que as feridas são um problema recorrente na Atenção Primária à Saúde (APS). É necessário que profissionais especialistas em Medicina de Família e Comunidade tenham conhecimento sobre a fisiopatologia da ferida e o tratamento mais adequado, tendo como base as evidências científicas. Além disso, é necessária a inserção de educação permanente dos profissionais que atuam na APS. A evolução do tratamento de feridas crônicas requer a minuciosa avaliação de uma equipe multidisciplinar a fim de diminuir o tempo de cicatrização, evitar complicações e oferecer completa assistência em tempo integral (CARNEIRO et al., 2010). É crucial que o tratamento do usuário com feridas crônicas seja personalizado, centrado na pessoa, com a observação das diversas variáveis que interferem na melhoria da condição de saúde: estado nutricional e alimentar, hábitos de vida, condição de moradia e financeira, controle das doenças crônicas de base, adesão medicamentosa, interrupção do tabagismo, rede de apoio, entendimento sobre seu estado de saúde e autocuidado, saúde mental, etc. Dessa forma, não há como obter resultados favoráveis sem ajustar essas variáveis. Assim, a equipe multidisciplinar da APS deve convergir em um único campo, aglutinando saberes e práticas, para sistematizar e organizar o cuidado ao portador de feridas complexas (CAMPOS, 2000).

Referências

1. Currículo baseado em competências – SBMFC
2. Matriz de competências para o MFC - CNRM
3. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf
4. <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/cuidado-com-as-feridas-na-atencao-primaria-a-saude>
5. Artigo “O médico de família no cuidado integrado de feridas crônicas na APS: um relato de experiência”

PEQUENOS PROCEDIMENTOS

Objetivos de aprendizagem

1. Dominar o conhecimento de anatomia, fisiologia e as lesões essenciais e dominar os fundamentos da técnica cirúrgica básica e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais de pequeno porte.
2. Reconhecer e manejar o impacto psicossocial das doenças de pele.
3. Demonstrar conhecimento de técnica cirúrgica básica.
4. Realizar procedimentos cirúrgicos essenciais (drenagem de abscesso, sutura, cantoplastia).
5. Realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais intermediários (biópsia; crioterapia; eletrocauterização; manejo de calos; exérese de cistos, lipomas e lesões suspeitas com margem).
6. Analisar as indicações, contraindicações e complicações dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.
7. Fazer cauterização química de verruga viral e cauterização elétrica de lesões.
8. Dominar a técnica de anestesia local e bloqueios anestésicos de quirodáctilos e pododáctilos e de bloqueios anestésicos periféricos.
9. Fazer remoção de cerume e retirada de corpo estranho do ouvido.
10. Realizar infiltração articular e periarticular (ombro, joelho, bursa trocantérica, bursa prépatelar); drenagem articular; aspiração de cisto sinovial.

Atividades propostas

- Realização de anamnese e exame físico de pacientes com indicações para pequenos procedimentos;

- Realização de anestesia local e bloqueios anestésicos periféricos;
- Realização de pequenos procedimentos: drenagem de abscesso, sutura, cantoplastia, lobuloplastia; exérese de cistos e lipomas, biópsia de lesões de pele suspeitas, lavagem auricular e remoção de corpo estranho, infiltração articular e aspiração de cisto sinovial;
- Realizar manejo de complicações dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

Relevância para a formação na Atenção básica

É fundamental que os serviços de atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) incluam a realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, acolhendo usuários em situações agudas (tais como ferimentos) ou crônicas (unhas encravadas, por exemplo). Alguns procedimentos, tais como retirada de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas, e o tratamento de feridas, pela menor complexidade de técnica, materiais, insumos e medicamentos, também podem e devem ser realizados pelas equipes que trabalham nas USF, a fim de evitar estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e, com isso, contribuir para o aumento da resolatividade da Atenção Primária à Saúde (APS).

Referências

Caderno de Atenção Básica número 30.

INFECTOLOGIA

Objetivos de aprendizagem

1. Dominar os sinais e sintomas, manejar as doenças infecciosas mais frequentes e relevantes.
2. Dominar o conhecimento da prevalência local de doenças infecciosas.
3. Dominar o diagnóstico e incluir corretamente no diagnóstico diferencial qualquer doença infecciosa prevalente no território nacional e estar atualizado sobre eventuais epidemias.
4. Dominar o manejo de doenças infecciosas endêmicas regionais.
5. Analisar o manejo de febre de origem oculta.
6. Dominar a profilaxia das doenças infecciosas mais frequentes e relevantes.
7. Dominar os fluxos da vigilância epidemiológica de doenças infecciosas.
8. Avaliar a identificação e o manejo de problemas de adesão ao tratamento de doenças infecciosas como HIV/ SIDA e tuberculose, incluindo DOTS (Dose

Supervisionada).

9. Dominar a identificação, notificação e o manejo de surtos mesmo em condições que não é identificado de imediato o agente infeccioso.
10. Dominar o manejo dos pacientes com tuberculose pulmonar e extra-pulmonar.
11. Dominar o diagnóstico e referenciar, no momento adequado, pacientes com HIV
12. Dominar o manejo HIV/AIDS em pacientes sob o seu cuidado, incluindo falhas terapêuticas.
13. Dominar o diagnóstico e referenciar, no momento adequado, pacientes com hepatites.
14. Dominar o manejo de hepatites em pacientes sob o seu cuidado.

Atividades propostas

- Manejo de doenças infecciosas mais frequentes no ambulatório especializado;
- Manejo de pacientes com febre de origem oculta.
- Conhecimento dos fluxos da vigilância epidemiológica de doenças infecciosas.
- Manejo de problemas de adesão ao tratamento de doenças infecciosas como HIV/ SIDA e tuberculose.
- Domínio do manejo HIV/AIDS em pacientes sob o seu cuidado, incluindo falhas terapêuticas.
- Dominar o diagnóstico e referenciar, quando necessário, pacientes com indicação de cuidado compartilhado com serviço especializado.

Relevância para a formação na Atenção básica

A assistência para pacientes com doenças infecciosas é essencial na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente por esta ser a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde e ser o nível de atenção ideal para avaliação de sintomas inespecíficos. Na APS, graças à longitudinalidade e à demora permitida, pacientes no início do curso de doenças infecciosas podem precisar de mais encontros clínicos a fim de diagnosticar e manejar a doença. Além disso, as doenças infecciosas são muito prevalentes no cotidiano da APS e, muitas vezes, também negligenciadas.

Hematologia

Objetivos de aprendizagem

1. Dominar as abordagens de cuidado de pessoas com doenças hematológicas na APS.
2. Dominar e reconhecer os principais achados propedêuticos das doenças hematológicas.
3. Dominar os sinais e sintomas, manejar as doenças hematológicas mais frequentes e relevantes.
4. Dominar a interpretação do hemograma e coagulograma e outros exames complementares e associação no cuidado de condições hematológica.
5. Dominar e reconhecer as principais doenças hematológicas dos eritrócitos.
6. Dominar e reconhecer as principais doenças hematológicas dos leucócitos.
7. Dominar e reconhecer as principais doenças hematológicas dos trombócitos.
8. Dominar as abordagens para o cuidado das doenças hematológicas prevalentes na região.
9. Dominar as abordagens de manejo do cuidado de pessoas com doença falciforme e suas complicações.
10. Dominar as abordagens de manejo do cuidado de pessoas com anemias carenciais.
11. Dominar as abordagens de manejo do cuidado nas síndromes mieloproliferativas.
12. Dominar os fluxos de encaminhamento e de referência, no momento oportuno, de pacientes que necessitem de acompanhamento com a especialidade focal.

Atividades propostas

- Realizar a entrevista clínica e exame físico e conseguir identificar através da propedêutica, os principais achados relacionados às doenças hematológicas, utilizando o método clínico centrado na pessoa.
- Realizar manejo de doenças hematológicas mais frequentes no ambulatório especializado;
- Conhecimento dos fluxos de encaminhamento para rede referenciada de paciente com doenças hematológicas que necessitem de acompanhamento conjunto com o serviço especializado.
- Realizar o manejo do cuidado de pessoas com anemias carenciais.
- Realizar o manejo do cuidado de pessoas com linfadenopatias.
- Realizar o manejo do cuidado de pessoas com síndromes mieloproliferativas
- Realizar o diagnóstico e compreender os critérios de referência, quando necessário, de pacientes com indicação de cuidado compartilhado com serviço especializado.

Relevância para a formação na Atenção básica

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada da rede de atenção à saúde no SUS, a coordenadora do cuidado e deve ser a assistência para pacientes com doenças hematológicas. As doenças hematológicas podem ter várias origens e

etiologias específicas, sendo prevalentes na APS e o entendimento sobre o manejo clínico deve fazer parte da prática do médico de família e comunidade.

ESTÁGIO EXTERNO PEDIATRIA

Objetivos de aprendizagem

1. Realizar seguimento periódico para prevenção oportuna de acordo com fases de desenvolvimento da infância.
2. Conhecer e abordar as situações de risco e vulnerabilidade para maus tratos, como violência doméstica e negligência.
3. Manejar os problemas mais frequentes* e relevantes** e as urgências pediátricas mais frequentes* e relevantes**.
4. Manejar e interpretar os métodos diagnósticos em pediatria: anamnese, exame físico, radiologia básica, exames laboratoriais, tabelas de ganho de peso/altura.
5. Manejar drogas mais comuns utilizadas nesta faixa etária, inclusive na amamentação.
6. Orientar vacinação adequada, alimentação do lactente durante a transição até a dieta familiar, prevenção sobre os acidentes na infância.
7. Realizar procedimentos em crianças e adolescentes (vide área 2.1.19).
8. Prestar apoio familiar para situações como atraso psicomotor, patologias crônicas e problemas de comportamento.
9. Reconhecer as situações ou problemas complexos que necessitam de uma abordagem compartilhada com outros especialistas, realizar a abordagem inicial e a coordenação do cuidado.
10. Avaliar os problemas de comportamento escolar em crianças e adolescentes. Manejar problemas de comportamento em crianças e adolescentes.

* Para fins de padronização, considera-se “mais frequentes” aqueles que pertençam ao grupo de causas de consulta responsável por 90% do total da demanda atendida no cenário de prática onde o residente estiver inserido.

** Para fins de padronização, considera-se “relevantes” aqueles problemas que, mesmo infrequentes na população atendida, tem importância para Saúde Pública conforme definição local ou nacional

Atividades propostas

- Realização da entrevista clínica e exame físico da criança e do adolescente utilizando o método clínico centrado na pessoa.
- Realizar a avaliação dos pacientes atendidos e a construção compartilhada da lista de problemas com a família, para ser discutida com a preceptoria do estágio, utilizando o raciocínio clínico ampliado que aborde a dimensão biológica e psicossocial do indivíduo e família.
- Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular dos pacientes atendidos, considerando o contexto social, cultural e econômico da família e indivíduo.
- Realizar ações de educação em saúde adequado para este ciclo vida, incluindo a abordagem a alimentação saudável, imunização, prevenção de acidentes, crescimento e desenvolvimento saudável, redução de danos, promoção da saúde sexual e reprodutiva, identificação de situações de riscos e vulnerabilidades (abuso, violência, insegurança alimentar, atraso escolar, isolamento social etc).
- Manejo dos problemas mais prevalentes e relevantes na criança e adolescente, com uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, fundamentada da literatura científica mais atualizada.

Relevância para a formação na Atenção básica

Na APS espera-se garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família. As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo País nas últimas décadas, com a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. Tal estado de coisas precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis. (Trecho retirado do Caderno de Atenção Básica 33, página 20)

Referências

1. Currículo baseado em competências – SBMFC
2. Matriz de competências para o MFC – CNRM
3. Caderno de Atenção Básica 33- Ministério da Saúde

ESTÁGIO EXTERNO EM SAÚDE MENTAL

Objetivos de aprendizagem

1. Compreender e avaliar que o manejo de doenças mentais e do sofrimento psíquico é parte fundamental da atuação do Médico de Família e Comunidade.
2. Compreender a existência de famílias disfuncionais e que isso pode desencadear problemas de saúde de várias naturezas.
3. Dominar o uso de ferramentas mínimas para abordagem familiar.
4. Dominar as principais síndromes/doenças mentais na APS e seus critérios diagnósticos.
5. Dominar o diagnóstico diferencial das principais síndromes e distúrbios de humor, fóbico- ansiosos e demências.
6. Compreender e avaliar que, na escola, crianças e adolescentes podem manifestar problemas de ordem emocional.
7. Avaliar os problemas de comportamento escolar em crianças e adolescentes. Manejar problemas de comportamento em crianças e adolescentes.
8. Avaliar as principais opções farmacológicas para os diferentes transtornos mentais.
9. Avaliar a terapia farmacológica e não farmacológicas para os problemas mais frequentes de saúde mental.
10. Manejar a terapia farmacológica e não farmacológicas para doenças mentais moderadas. Manejar doenças mentais graves.
11. Manejar casos não complicados de uso abusivo de drogas, incluindo fumo e álcool.
12. Reconhecer e diferenciar a severidade de surtos psico-mentais.
13. Coordenar o cuidado de pacientes com problemas de saúde mental.
14. Identificar casos complexos de saúde mental e comorbidades e manejar casos complexos de saúde mental.

15.Reconhecer o amplo impacto dos problemas de saúde mental no indivíduo, família e sistema de saúde.

Atividades propostas

- Realização da entrevista clínica e exame físico utilizando o método clínico centrado na pessoa.
- Realizar a avaliação dos pacientes atendidos e a construção compartilhada da lista de problemas com a família, para ser discutido com a preceptoria do estágio, utilizando o raciocínio clínico ampliado que aborde a dimensão biológica e psicossocial do indivíduo e família.
- Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular dos pacientes atendidos, considerando o contexto social, cultural e econômico da família e indivíduo.
- Realizar ações de educação em saúde e redução de danos;
- Realizar articulação intersetorial e intrasetorial (CAPS, CRAS, Hospital etc) e ações de promoção da saúde mental e de garantia de direitos, bem como de enfrentamento dos estigmas e preconceitos.
- Manejo dos problemas mais prevalentes e relevantes em saúde mental, com uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, fundamentada na literatura científica mais atualizada.

Relevância para a formação na Atenção básica

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico... o sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a

vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. Os profissionais de Saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento. (trecho retirado do CAB 34)

Referências

Caderno de Atenção Básica número 34.

ESTÁGIO EXTERNO INSERÇÃO E RETIRADA DE DIU DE COBRE

Objetivos de aprendizagem

1. Refletir e exercitar uma prática de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos durante as consultas clínicas
2. Aprimorar a realização do aconselhamento de métodos contraceptivos
3. Reconhecer os critérios de elegibilidade e as contraindicações para o uso dos métodos de longa duração, dentre eles o DIU de cobre
4. Exercitar boas práticas, baseadas na MBE, referente a solicitação de exames necessários para a inserção e retirada do DIU de cobre
5. Aprimorar a técnica de inserção e retirada do DIU de cobre.
6. Reconhecer e manejar as complicações possíveis do procedimento de inserção ou retirada do DIU de cobre

Atividades propostas

- Realização de anamnese e exame físico de pessoas com útero com desejo de contracepção;
- Observação e realização supervisionada da inserção e da retirada do DIU de cobre em pessoas com útero;
- Realização de acompanhamento das pessoas com útero que inseriram o DIU de cobre após o procedimento;

- Realizar manejo de complicações ocasionadas pela inserção ou retirada do DIU de cobre.

Relevância para a formação na Atenção básica

O uso do Dispositivo Intrauterino (DIU) tem benefícios na saúde das mulheres tais como a redução no número de gravidezes não planejadas e de abortamentos inseguros e, como consequência, a redução na mortalidade materna e infantil. Porém, mesmo com as evidências de baixo custo e de alta eficácia, o seu uso é pouco frequente no mundo, principalmente em países com menores índices de desenvolvimento humano. A literatura sugere que esse reduzido número pode estar relacionado a diversas barreiras organizacionais, individuais e sociais nos serviços de saúde, evidenciando uma dificuldade de acesso das mulheres às informações e à inserção do DIU, principalmente na APS. Dentre estas barreiras, evidencia-se que a falta de profissionais habilitados e a ausência de protocolos simplificados que possam padronizar a oferta do serviço podem constituir importante entrave (GONZAGA et al., 2017). Outras barreiras identificadas são a falta de preparo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e de recursos neste nível de atenção para inserção na própria unidade de saúde, conhecimento incipiente, técnicas de inserção equivocadas, falta de treinamento padronizado como requisito nos currículos da formação profissional em saúde e maior concentração de profissionais treinados entre os ginecologistas em detrimento dos clínicos gerais (PHILLIPS; SANDHU, 2018).

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico para Profissionais de Saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A. Brasília: Ministério da Saúde, p. 67, 2018.

GONZAGA, Vanderléa Aparecida Silva et al. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde TT - Barreras organizativas para facilitación e implantación del dispositivo intrauterino en los servicios de atención básica de. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s. l.], v. 51, p. e03270–e03270, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>.

PHILLIPS, Jessamyn; SANDHU, Prabjot. Barriers to implementation of long-acting reversible contraception: A systematic review. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 236–243, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000019>.

ESTÁGIO EXTERNO PRÉ-NATAL

Objetivos de aprendizagem

Aperfeiçoar os conhecimentos sobre embriologia, anatomia, fisiologia e farmacologia relacionados ao ciclo gravídico puerperal.

Manejar pré-natal de alto risco em conjunto com outro especialista.

Manejar situações clínicas em gestantes relacionadas à diabetes gestacional.

Manejar situações clínicas em gestantes com complicações.

Orientar sobre momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto.

Manejar principais problemas do puerpério.

Dominar orientações sobre riscos de situações teratogênicas (fármacos, agentes físicos, infecciosos e tóxicos).

Estimular o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal.

Discutir masculinidade tóxica, violência e os modos de opressão sobre a mulher.

Abordar e problematizar as expectativas da mãe e do pai em relação ao bebê.

Realizar abordagem da sexualidade no período da gestação e puerpério.

Manejar as intercorrências mais frequentes e relevantes na gestação, por exemplo: Eclâmpsia, cetoacidose diabética e descolamento de placenta.

Abordar a chegada do bebê com anomalias congênitas e auxiliar no processo de aceitação e luto.

Promover o empoderamento da gestante quanto aos seus direitos trabalhistas e sociais.

Assegurar a longitudinalidade do cuidado mediante contrarreferência com USF de referência.

Atividades propostas

Realizar a entrevista clínica e exame físico da gestante ou puérpera utilizando o método clínico centrado na pessoa.

Realizar diagnóstico situacional, identificando riscos e vulnerabilidades condicionantes e determinantes para o período gravídico-puerperal.

Realizar exame físico das gestantes, para ser discutido com a preceptoria do estágio, utilizando o raciocínio clínico ampliado que aborde a dimensão biológica e psicossocial do indivíduo e família.

Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular das gestantes mais vulneráveis, considerando o contexto social, cultural e econômico da família e indivíduo.

Realizar ações de educação em saúde direcionado as mulheres gestantes ou puérperas, incluindo a abordagem a alimentação saudável, imunização, prevenção de acidentes, mudança de estilo de vida, promoção da saúde sexual e reprodutiva, identificação de situações de riscos e vulnerabilidades (abuso, violência, insegurança alimentar, atraso escolar, isolamento social etc).

Manejo dos problemas mais prevalentes e relevantes na criança e adolescente, com uso racional dos recursos diagnósticos e terapêuticos, fundamentada da literatura científica mais atualizada.

Preencher ficha de contrarreferência para assegurar a longitudinalidade do cuidado junto a USF referência.

Relevância para a formação na Atenção básica

A assistência à mulher durante o período gravídico-puerperal é uma atividade realizada frequentemente pela equipe de saúde da família. O cuidado eficaz durante o pré-natal repercute no nascer, crescer e desenvolver de um novo ser sagrado que habita o seio familiar, ademais, é sabido que os índices de desenvolvimento de uma nação são aferidos pelas taxas de mortalidade materna e infantil. Desse modo, o estágio em Pré-natal com especialista focal reserva relevância por qualificar o residente médico (a) de família e comunidade, conseqüentemente, eleva a resolatividade da Atenção Básica, otimiza custos no orçamento público e familiar, diminui o itinerário terapêutico e contribui para o bem-estar das crianças.

Referência:

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2020.

REGULAÇÃO/ ATENÇÃO BÁSICA

Objetivos de aprendizagem:

Analisar informações em saúde com vistas a qualificar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, bem como apoiar a formulação de políticas municipais.

Realizar articulação dos diversos serviços de atenção e gestão do sistema de saúde com a atenção básica, compreendendo a centralidade deste nível de atenção na coordenação do cuidado.

Produzir ações que visem a articulação da rede, fomentando a ampliação da comunicação entre os trabalhadores dos diferentes serviços e propondo instrumentos e diretrizes que facilitem o processo de trabalho entre os serviços, em articulação com os diferentes setores das secretarias municipais.

Articular as redes de atenção à saúde e outras instituições (públicas e privadas; formais e informais; comunitárias e governamentais), incentivando a organização e pactuação de fluxos, de modo a ampliar a resolutividade da assistência.

Desenvolver atividades pactuadas com docentes da UFRB e gestores municipais, vivenciando responsabilidades da gestão municipal previstas na política nacional da atenção básica, fazendo conexões e reflexões críticas a partir da realidade vivenciada na residência.

Atividades propostas:

1. Levantamento de dados- Conhecer o funcionamento da regulação, quem são os reguladores, serviços e especialidades ofertadas, fluxos e priorização de encaminhamentos atuais.
2. Visita técnica- Conhecer a equipe de cada setor, as normas e rotinas preestabelecidas, identificando as linhas de cuidado da Policlínica Municipal (saúde reprodutiva e sexual, saúde mental, reabilitação, e outros).
3. Análise de controle (demanda x oferta) - Acompanhar e avaliar junto com Médico autorizador e regulador o trabalho de priorização exames e consultas especializadas, critérios definidores para aquisição vaga (análise de relatórios, laudos, SUS1, APC, referência e contra-referência).
4. Agenda coletiva- Colaborar com atividades de educação permanente, participar de reuniões, capacitações, treinamentos e qualquer outra tarefa inerente à Regulação da Atenção à Saúde durante a vigência do estágio.
5. Produção técnica- e /ou incorporação de protocolos que orientam os fluxos assistenciais- baseado nas evidências atuais, junto com preceptor médico do PRMMGFC e colaboradores do serviço.

Relevância para a formação na Atenção básica

Importante instrumento de ordenação dos serviços e ações de saúde, a Regulação aqui suscitada é compreendida enquanto equipamento capaz de otimizar a relação entre a oferta existente e as necessidades de saúde dos usuários conforme os princípios do Sistema Único de Saúde garantindo o fluxo entre os níveis de Atenção da Rede de Saúde e entre esta e as demais Redes. O cotidiano do processo de trabalho na Central, entretanto, revela que apesar da ampliação de recursos do município para o setor e das parcerias interinstitucionais, ainda há uma série de fatores modificáveis que impedem uma melhor resolubilidade e máxima efetividade para a Regulação.

2.2 ATIVIDADE TEÓRICA

Espaço teórico, por vezes teórico-prático que prevê discussão de temas selecionados e que acompanham a complexidade e aprofundamento previstos para cada ano de residência e são ofertados por meio de aulas expositivas-dialogadas, seminários, simulações teórico-práticas e ou discussão de casos clínicos. E tem por objetivo o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no processo de aprendizagem em serviço, de modo que os principais temas clínicos sejam trabalhados num contexto de Atenção Integral à Saúde no SUS e de coordenação do cuidado da Atenção Primária à Saúde.

- Temas em MFC I e II

TEMAS MFC I	TEAS MFC II
Princípios e fundamentos da APS e da Medicina de Família e Comunidade	MACC- modelo de atenção às condições crônicas
Paradigma Sistêmico/ biomédico (anatomoclínico)	Procedimentos na APS
Método Clínico Centrado na Pessoa	Intervenções psicossociais e entrevista motivacional
Organização da consulta (Consulta em 7 passos)	Oficina de auriculoterapia
Habilidades de comunicação (princípios básicos da nova consulta/entrevista clínica)	Oficina de dor miofascial
Registro Clínico Orientado por Problemas (SOAP)	Cuidados paliativos
Métodos de ensino e dar feedback	Comunicação de notícias difíceis

Estilos de aprendizagem e planos pessoais de formação	LGBTQIA+ (direitos/ terapia hormonal)
Raciocínio Clínico e Epidemiologia na Atenção Básica	POp Rua
Atenção Domiciliar	Saude do campo
Abordagem familiar	Abordagem da mulher em situação de violência
Abordagem Comunitária.	Papel da APS no debate do abortamento seguro
Oficina “Sua consulta tem cor”	Pré-natal de alto risco
Atenção às linhas de cuidado e ciclos de vida:	direitos sexuais e reprodutivos/ planejamento reprodutivo
Pré-natal (baixo risco)	Planejamento inserção de DIU
Saúde da criança (puericultura e afecções mais comuns na infância)	Saúde do trabalhador
adolescente	Lesões de pele
Avaliação multidimensional do idoso	Manejo de condições crônicas prevalentes na APS:
HAS	Cerebrovasculares
DM	Musculoesqueléticos (osteoartrite/ osteoartrose)
Rastreamento/P4	Lesões de órgãos- alvo
Tuberculose	IRC
Hanseníase	ICC
Como abordar mudanças de estilo de vida	DAOP
Reforma Psiquiátrica/ RAPS/ Diálogo entre Redes	doenças neuropáticas relacionadas a diabetes
Abordagens psicossociais em crianças com dificuldades de aprendizagem e neurodesenvolvimento	Urgencia e Emergencia

Abordagem à Saúde Mental na Atenção Básica (transtornos ansiosos/depressivos/ bipolar/ de personalidade/psicóticos)	ECG
	Afecções respiratórias mais comuns (asma, DPOC, tabagismo)
	Abordagem à dor

- temas especiais em MFC

GRANDES TEMAS:
<i>Atenção à saúde da mulher</i>
<i>Urgência e Emergência</i>
<i>Atenção à saúde do trabalhador</i>
<i>Abordagem a problemas relacionados aos rins e vias urinárias</i>
<i>Abordagem a problemas dermatológicos</i>
<i>Abordagem a problemas cardiovasculares</i>
<i>Abordagem a problemas do sistema nervoso.</i>
<i>Abordagem de problemas respiratórios.</i>
<i>Abordagem dos problemas digestivos.</i>
<i>Abordagem a problemas de saúde mental</i>

- Temas em Saúde Coletiva I e II

TEMAS SAÚDE COLETIVA I	TEMAS SAÚDE COLETIVA II
Territorialização	Prevenção quaternária na APS
Planejamento Estratégico Situacional	Atenção à saúde da Criança na APS
Integração ensino-serviço: preceptoria	Atenção à Saúde da Mulher na APS
Docência e recursos avaliativo	Atenção à saúde do Homem na APS
Política Nacional de Humanização e Acolhimento na APS	Atenção à saúde do Idoso na APS

Política Nacional Atenção Básica	Saúde da população Negra
Matriciamento no território	Saúde da população LGBTQIA+
Modelos de atenção à saúde	Saúde da população do campo e ribeirinha
Rede de atenção à Saúde	Saúde da população em privação da liberdade
Intersetorialidade da APS e Rede intersectorial	Atenção à saúde de povos indígenas
Atenção domiciliar na APS	Atenção à saúde de populações quilombolas
Vigilância e monitoramento na APS	Atenção à saúde de populações migratórias e refugiadas
Notificação e Agravos de notificação compulsória	Atenção à saúde de pessoas em situação de rua
Sistemas de informação em saúde	Atenção à saúde de pessoa com Deficiência
Educação em saúde no serviço e no território (escolas/empresas/sindicatos)	Cuidados paliativos na APS: práticas e desafios da equipe
Educação permanente	Morte e Luto na APS: atuação da equipe de saúde
Abordagem familiar: Genograma e ecomapa	Cultura, território e saúde
Gestão de serviços de saúde	Espiritualidade em saúde
Financiamento do serviço de saúde	Saúde mental na APS
Busca ativa no território	Política Nacional de imunização
Trabalho em equipe	Calendário nacional de imunização
Reunião de equipe	Notificação de eventos Adversos à vacinação
Comunicação e linguagem	Atenção à saúde do trabalhador
	Território e violência: desafios da prática médica
	Atenção à saúde da mulher em situação de violência

Estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de hábitos de vida
--

- Metodologia de pesquisa

Componente teórico que prevê a discussão de temas selecionados para o desenvolvimento da análise crítico-reflexiva e aprimoramento da escrita científica, possibilitando a ampliação da capacidade da produção do conhecimento, necessária como etapa preparatória para a produção do TCR. Os conteúdos serão abordados por meio de aulas expositivas-dialogadas, oficinas teórico-práticas e discussão dos temas de investigação de cada residente. Tem por objetivo desenvolver a capacidade de produção textual, investigação científica e pesquisa bibliográfica, correlacionando-os com as experiências vividas no processo de aprendizagem em serviço.

Apresentação e discussão sobre o manual do TCR
Introdução à pesquisa em bases de dados
Avaliação de artigos científicos
Escrita científica-discutindo o plágio e as formas de evitar essa prática
Elaboração dos itens de um projeto: introdução, justificativa, objetivos, metodologia, embasamento teórico, cronograma, orçamento e referencial bibliográfico
Tipos de estudos e métodos da pesquisa científica
Normas da ABNT
Discussão dos temas de pesquisa de cada Residente

2.3 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA (TCR)

Este tópico cumpre o objetivo de informar acerca do processo de elaboração e apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) no âmbito do Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O TCR tem a finalidade de aprofundar os conhecimentos em um determinado tema a partir da abordagem construtivista, valorizando a produção de textos sobre as vivências e a aquisição de competências do residente durante o processo formativo nos dois anos. A

apresentação do TCR é obrigatória para a finalização do Programa de Residência Médica e este roteiro padroniza e auxilia a estruturação desses trabalhos. Está estruturado em cinco itens que pretendem definir aspectos a serem considerados na construção dos respectivos trabalhos, bem como as etapas que sucedem sua elaboração, como apresentação e entrega final. Esse texto utiliza trechos dos documentos da Fundação Estatal de Saúde da Família (Termo de Referência: Trabalho de Conclusão da Residência - Turma 2023), da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (Guia para o Projeto de Intervenção) e do Hospital Sírio Libanês (Termo de Referência- Projeto Aplicativo).

2.3.1 Orientações Gerais

O Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) é obrigatório e a certificação do título de especialista em MFC só será conferida ao/a residente que tiver tido seu trabalho aprovado após avaliação da banca examinadora.

O TCR tem obrigatoriamente um componente escrito e deverá ter formato de artigo, conforme modelo em anexo.

O TCR deverá ter o formato de Projeto de Intervenção em Saúde e desenvolver a análise concreta de problemas do estado de saúde da população bem como dos serviços articulados ao planejamento de intervenções com relevância para saúde pública. O Projeto de Intervenção (PI) visa orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, seja na estrutura, seja no processo. O objetivo é introduzir modificações na estrutura, dinâmica da organização ou contexto e afetar positivamente o seu desempenho através da busca da solução de problemas ou atendimento de necessidades identificadas e deve ser compreendido e desenvolvido como ação conjunta, que ocorre no e com o coletivo.

O TCR deverá ter desenho exequível de acordo com a realidade local e tempo hábil para a sua realização e pactuado com o(a) orientador(a).

A orientação será feita pela preceptoria, e junto com a/o residente, devem avaliar a necessidade de uma co-orientação (a partir, preferencialmente, dos/as docentes da UFRB, porém, de acordo com a necessidade, podem ser docentes de outras instituições).

O Trabalho de Conclusão da Residência deverá ter no mínimo 30 páginas, incluindo

elementos pré e pós-textuais.

As normas Vancouver devem ser consideradas para subsidiar a formatação e estruturação do documento.

Recomenda-se a utilização das fontes *Times New Roman* ou *Arial*, tamanho 12, espaçamento 1,5 para o corpo do texto. Para títulos, utilizar o tamanho 13., formato A4, margem superior e inferior 1,5 cm esquerda de 3 cm e direita de 2 cm.

2.3.2 Etapas de um Projeto de Intervenção

PRIMEIRO MOMENTO: PRIORIZANDO O PROBLEMA

Segundo Matus (1993), “um problema é um obstáculo que, numa situação concreta, situa-se entre a realidade atual e aspirações de um ator que participa de um jogo social, com carga particular de ideologias, valores e conhecimento”. A ferramenta “matriz decisória” será utilizada como forma de apoiar a tomada de decisão para a priorização de problemas.

Priorização: o ator deve atribuir uma nota de 0 a 10 para cada problema, considerando a combinação entre valor e interesse, sendo que as maiores notas devem representar os problemas com alto valor e interesse (+), estabelecendo uma ordem de prioridade.

Problema	Valor	Interesse	Nota (0 a 10)

Valor: importância que o ator confere a cada problema, considerando o contexto, as implicações e as consequências para as pessoas por ele afetadas. Ao atribuir valor ao problema, cada ator utiliza sua interpretação, baseada em conhecimentos e experiências prévias que diferenciam diversos graus de importância, ponderados pela possibilidade de enfrentamento desses problemas. Para cada problema devem ser atribuídos valores segundo os critérios “baixo”, “médio” ou “alto”.

Interesse: é o posicionamento por meio do qual um ator situa-se ante à realidade, que pode ser vista como uma situação a ser superada/ evitada ou como oportunidade para ser aproveitada/fomentada. Expressa-se por meio de três sinais:

- (i) negativo (-): quando o ator tem interesse em manter a realidade tal como se encontra ou rechaçar qualquer mudança que pretenda alterá-la;
- (ii) positivo (+): quando o ator tem interesse em mudar a realidade, transformá-la; e

(iii) indiferente (neutro): quando o problema não afeta o ator e, por isso, para ele não há nenhuma importância em relação à manutenção ou mudança da situação.

SEGUNDO MOMENTO: ÁRVORE EXPLICATIVA

Identificar

- as manifestações que melhor descrevem e mensuram o problema, expressando-as em forma de descritores;
- as causas que determinam o problema;
- as consequências do problema;
- os nós críticos

A cadeia lógica multicausal entre os descritores, as causas e consequências, ou seja, a árvore explicativa deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação e relação entre descritores, causas e consequências. Uma vez construída a árvore explicativa, procede-se à identificação e seleção de causas-chave sobre as quais o ator deve e pode atuar, ou seja, identifica as causas que devem ser alvos de intervenção no plano de ação, chamadas de “nós críticos” Para Matus (1993), os nós críticos devem cumprir simultaneamente três condições, considerando-se as seguintes perguntas:

- a intervenção sobre esta causa tem impacto decisivo sobre os descritores do problema (placar do jogo), no sentido de modificá-los positivamente?
- a causa é um centro prático de ação? Ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre este nó causal, mesmo que não seja pelos atores que a explicam?
- é politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada (viabilidade política e mudanças favoráveis nos problemas)?

A partir dos nós críticos identificados (também denominados de frentes de ataque) elaboram-se as ações (dentro da governabilidade do ator que explica o problema) ou as demandas de ação (fora da governabilidade) necessárias para a mudança dos descritores do problema, ou seja, o que pode ser feito para um determinado período de gestão.

TERCEIRO MOMENTO: INTERVINDO NO PROBLEMA

A partir dos nós críticos estabelecidos, o ator desenha os meios que entende necessários para alterar a situação atual até convertê-la em uma situação objetivo que se propõe a alcançar, num determinado tempo. Este é o momento de desenhar o plano de intervenção, ou seja, de definir a situação objetivo (So) ou situação futura desejada e as ações concretas que visam resultados, tomando como referência os nós críticos

selecionados.

PLANO DE AÇÃO – PES SIMPLIFICADO: A utilização dessa ferramenta pressupõe que o ator que planeja, elabora a proposta de enfrentamento para cada nó crítico, a partir da imagem objetivo (resultados esperados). A solução para mudança de cada nó crítico é representada por ações que são desdobradas nas atividades necessárias para isso. Cada ação deve ser detalhada segundo as atividades que a compõem, devendo ter seus produtos e resultados determinados, assim como os responsáveis pelas ações, os recursos empregados e o tempo de execução, considerando o contexto ou cenário do plano. Para cada ação/atividade devem ser identificados parceiros e eventuais opositores, assim como os indicadores que possibilitem o monitoramento delas, os recursos necessários e os prazos.

Nó crítico	Resultado esperado	Ações e atividades	Responsáveis	Parceiros e Eventuais opositores	Indicadores de monitoramento	Recursos necessários	Prazos

QUARTO MOMENTO: MONITORAMENTO

As metas buscam quantificar aquilo ao qual o PI se propõe de maneira pragmática. Devem ser definidas de forma objetiva e clara, compondo uma ou mais metas para cada objetivo específico, e estabelecer a previsão de realização em determinado período de tempo. Os indicadores da matriz se referem ao acompanhamento contínuo e sistemático das atividades previstas, verificando se a execução do projeto está ocorrendo conforme o planejado. Também chamado de indicadores de monitoramento, visam acompanhar o trabalho que está sendo realizado com foco nos produtos do projeto, por meio de indicadores viáveis para seu acompanhamento.

Ação	Situação	Resultados	Dificuldades	Novas Ações e Ajustes

Para o preenchimento dessa matriz, considerar:

Situação: Concluída – C; Não concluída – NC; Em andamento – EA;

Resultados: Fazer uma síntese dos resultados alcançados para as ações concluídas, as quais podem ser apoiadas pelos indicadores definidos para o plano de ação;

Dificuldades: Fazer uma síntese dos obstáculos, caso existam, para implementação do plano.

2.3.3 Estrutura e Organização da Produção Textual

Os Projetos devem descrever a situação-problema que será objeto de discussão, as etapas do planejamento da intervenção proposta, a análise de viabilidade e resultados. Propõe-se que este conteúdo seja organizado nas seguintes etapas:

1. Resumo

Texto sucinto, um único parágrafo, que deverá abranger informações sobre o objeto do relato, objetivos, metodologia, resultados e considerações finais;

2. Palavras-chave

Descritas na linha imediatamente abaixo do resumo (no mínimo três e no máximo cinco), com alinhamento justificado, separadas por ponto, seguido de inicial maiúscula;

3. Sumário

Apresentação da enumeração das seções, seguindo a mesma ordem e grafia em que estão dispostas no trabalho;

4. Introdução

Apresentação do conhecimento existente sobre a temática do trabalho, contextualização do problema local, justificativa e objetivo do relato. Nesta seção, o pesquisador deve apresentar o problema de saúde que será objeto da intervenção a ser planejada e proposta. Como uma breve análise de situação de saúde, é necessário caracterizar o problema, trazendo uma explicação sobre suas causas e determinantes sociais, assim como relevância social e sanitária. Esse processo de

construção da introdução se dá por meio de uma revisão de literatura especializada sobre o tema. É ainda importante, na introdução, identificar experiências exitosas de intervenções semelhantes, já implantadas em outros estados e municípios brasileiros, ou mesmo iniciativas internacionais, que poderão servir de inspiração e comparação com o projeto que se pretende desenvolver. A definição do problema é a base para a etapa de elaboração dos objetivos e dos resultados a serem alcançados com o projeto. Esta descrição da situação-problema deve partir de dados epidemiológicos ou outras fontes de informação (relatórios de gestão, sistema de informação de saúde, literatura técnico-científica, oficinas de trabalho etc.). Denomina-se essa investigação de análise situacional, também conhecida por análise de contexto, avaliação de marco zero, diagnóstico social ou análise de cenário. Deve-se incluir nesta seção a justificativa, ou seja, a apresentação das razões, motivos e importância do PI, fundamentando-se a proposta na análise situacional realizada e nas leituras teóricas sobre a especificidade da temática e do fazer profissional. Deve tratar de aspectos macro (transformações do mundo do trabalho, políticas sociais etc.), como também locais (estratégias institucionais, rede de serviços disponíveis, correlações de forças, entre outros).

5. Objetivos geral e específicos

Devem definir aquilo que se pretende atingir, as mudanças que se pretende operar, a ação que conduzirá ao tratamento da questão indicada no problema. Devem ser coerentes com a metodologia, seja em termos de conteúdo, seja em termos de possibilidades efetivas de serem alcançados.

6. Referencial teórico

Explicita os pressupostos teóricos que fornecem o embasamento, a consistência e a coerência da proposta. Nesse tópico, estão incluídos os enfoques dados pelos teóricos que tratam dos temas correlacionados ao problema. É utilizado para esclarecer os conceitos aplicados no projeto (referendado por diversos autores).

7. Metodologia

A metodologia explica como o PI será implantado, como foram escolhidas as ações e como elas serão implementadas. Seus principais itens são:

Cenário – descrição do local em que a intervenção ocorrerá em seus aspectos físico, geográficos, demográficos, sociais, políticos e tudo mais que subsidie o plano.

Público-alvo – caracterização das pessoas ou os grupos de pessoas que serão mobilizadas, que participarão das atividades, mais especificamente aquelas que estarão envolvidas diretamente no contexto do objetivo geral e a serviço de quem o PI se direciona.

Plano de Ação – destaque da metodologia do PI, especifica atividades, tarefas e recursos, encadeados no tempo e no espaço, tendo em vista maximizar a eficiência na realização dos objetivos do projeto.

Descrição de onde, quando e como ocorreu a experiência, o contexto, as atividades propostas, os procedimentos metodológicos, e, critérios de análise utilizados. Citar como fez o registro dos dados/ da experiência ou que recurso utilizou como suporte para sistematização dos dados. Citar as referências que utilizou para fundamentar a metodologia para planejamento e realização desta experiência;

8. . Resultados

Apresentação dos resultados alcançados a partir da experiência realizada; quais foram os “achados” e o que percebeu de mudança na sua prática e na situação de saúde / organização do processo de trabalho no qual esta intervenção aconteceu;

Discussão sobre os benefícios obtidos a partir da implementação do PI. Podem indicar solução de problemas, melhorias de desempenho de pessoas ou da instituição, aumento do nível de satisfação, redução de perdas etc.Trata-se, portanto, da contribuição do projeto para a resolução de um problema detectado no local de serviço e/ou para a proposta de saúde em geral

9. Discussão

Explicitar o que considerou mais significativo nesta experiência, as dificuldades e potencialidades indetificadas, contextualizando-a com os achados na literatura sobre o tema.

10. Conclusões ou considerações finais

Momento de explicitar o que e de que forma a experiência agregou para assistência, para organização do processo de trabalho ou para gestão/gerenciamento do serviço. O que mudou na sua prática enquanto profissional de saúde? O que deixa de contribuição ou de recomendação para aprofundar a temática.

11. Referências - deverão constar apenas autores e obras mencionados no texto, obedecendo às normas Vancouver.

OBS1: Outros itens podem ser inseridos nesta estrutura, desde que o/a residente e sua orientação julguem necessário.

OBS2: Caso seja desenvolvida pesquisa com seres humanos, deve incluir o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como informar a respeito das demais questões éticas amparadas nas resoluções do CNS e da CONEP e que a pesquisa esteja cadastrada na Plataforma Brasil.

3.3.4 QUALIFICAÇÃO

Os projetos serão submetidos à apreciação coletiva mediante apresentação de sua proposta estruturada em *power point*. A apresentação deverá contemplar os principais elementos do projeto e não deve durar mais do que 15 minutos.

- Serão convidados/as os/as orientadores/as das residentes e a coordenação do Programa para tecer comentários acerca dos projetos de modo a colaborar com a sua qualificação.
- Sugere-se que o processo de incorporação das sugestões realizadas durante a qualificação seja acompanhado pelos/pelas/ respectivos/as orientadores/as.

3.3.5 APRESENTAÇÃO

- Será feita em formato de sessão aberta, com convite à comunidade acadêmica e externa.
- A apresentação inicial do/da residente deve durar entre 30-40 minutos, para seguir com os comentários da banca examinadora, e então retornar com réplica para o residente.
- Os TCRs serão avaliados a partir de instrumento próprio (anexo I).

2.4 AVALIAÇÃO

ANO 1	periodicida de	ANO 2	periodicida de
-			

-Contrato Didático	Na entrada e Quadrimestral	- Contrato Didático	Quadrimestral
- Avaliação Global	Quadrimestral	-Avaliação Global	Quadrimestral
- Mini- cex	Quadrimestral	-Mini- cex	Quadrimestral
- Avaliação das aulas teóricas: *Territorialização e apresentação de seminário (cintia e Flávia) *outras metodologias avaliativas do eixo (Talita) * Desenvolvimento do TCR	1º trimestre Quadrimestral Encerramento do primeiro ano	- Avaliação das aulas teóricas: *outras metodologias avaliativas do eixo (Talita) * Apresentação do TCR	Quadrimestral Encerramento do segundo ano
- Avaliação por pares	semestral	- Avaliação por pares	semestral

□

□ **Contrato Didático** (anexo III)

Relevância

O contrato didático é um instrumento de avaliação formativa e apoio à(o) residente e à preceptoria. Sua principal finalidade é auxiliar, enquanto mediador, o aproveitamento ao máximo do tempo de residência de cada residente para o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes (competências) de um(a) médico(a) de família e comunidade com o apoio de um(a) especialista, o(a) seu(sua) preceptor(a) MFC. Com ele, busca-se explorar a potencialidade da relação de preceptoria na Atenção Primária à Saúde cuidando dos diferentes aspectos envolvidos no processo pedagógico, a fim de diminuir as dificuldades e superar as limitações.

Objetivos

1. Resgatar as experiências prévias de cada residente, bem como suas potencialidades e limites;

2. Identificar quais competências cada residente avalia que necessita desenvolver, demarcando questões que quer aprender para a solução de problemas da vida real, o que justificaria o seu investimento maior de tempo e atenção durante o programa;

3. Definir conjuntamente com a preceptoria as melhores estratégias para o desenvolvimento das competências identificadas e o método de acompanhamento cotidiano do processo de ensino-aprendizagem, buscando a percepção precoce de facilidades e dificuldades no desenvolvimento das competências priorizadas e proporcionando uma maior capacidade de realização de feedback estruturados elo(a) residente e pela preceptoria, em tempo oportuno e no contexto em que o aprendizado se realiza.

Mini-CEX (anexo IV)

Relevância

O Mini-CEX é uma observação rápida, de 15 a 30 minutos, da interação residente/paciente. A partir de um barema de avaliação sobre a consulta, o preceptor é capaz de realizar feedbacks imediatos e observar os pontos da consulta a serem melhor desenvolvidos. São elas: habilidades da entrevista clínica, exame físico, relacionamento com o paciente, avaliação do paciente, elaboração do plano de cuidado, organização da consulta, eficiência e competência clínica global

Objetivos

Demonstrar, em encontros com o usuário, a performance ou desempenho global durante determinado atendimento.

Avaliação por pares (anexo V)

Relevância

A avaliação por pares é um instrumento criado para garantir o envolvimento da equipe e da gestão municipal enquanto parte do corpo de preceptoria da residência. Através desse material, o olhar coletivo sobre o desenvolvimento da formação gera reflexão, planejamento e responsabilidade do processo de trabalho. É constituído por perguntas semi estruturadas sobre comunicação, habilidades clínicas e cumprimentos dos pactos do(a) médico (a) residente, da equipe e da gestão, elencando pontos a serem melhorados através de ações desenvolvidas na unidade de saúde.

Tal instrumento deverá ser preenchido de forma coletiva, contando, minimamente, com a participação dos membros da Equipe de Saúde da Família do residente (enfermeirxs, tecnicxs, ACSs etc) e, se possível, também com os demais atores da USF (gerente, NASF, recepção, farmácia etc). Todos os presentes discutirão e preencherão um único formulário por residente avaliado, sem o residente estar presente, sob facilitação do preceptor. Sugere-se o momento da reunião de equipe para tal atividade.

Objetivos

1. Avaliar atitudes do residente, suas habilidades clínicas e relacionais e cumprimentos de acordos pelo olhar da equipe e gestão municipal.
2. Avaliar atitudes da equipe, suas habilidades relacionais e cumprimentos de acordos pelo olhar da própria equipe e gestão municipal
3. Avaliar atitudes dos gestores, suas habilidades relacionais e cumprimentos de acordos pelo olhar da equipe e da própria gestão municipal
4. Destacar pontos a serem melhorados e planejar ações para isso

Avaliação Global (anexo VI)

Relevância

A avaliação global é um instrumento avaliativo processual que tem por objetivo acompanhar o itinerário formativo do(a) residente no que tange a aquisição de habilidades e competências por tempo de treinamento, com base nos conhecimentos teórico-prático e os fundamentos e princípios da medicina de família e comunidade e da atenção primária à saúde. Em cada sessão, encontra-se uma breve descrição das atividades e ações a serem observadas para avaliar a aquisição do que se espera de habilidades e competências a serem adquiridas em cada período formativo. Busca-se compreender se a(o) residente demonstra em suas ações as habilidades, competências, atitudes e comportamento compatíveis para aquele período da residência.

Objetivos

1. Avaliar de forma confiável a proficiência em habilidades e competências da Medicina de Família e Comunidade por período de formação de cada residente;
2. Avaliar o nível de desempenho da(o) residente frente ao que se espera dele para determinado período de formação;
4. Possibilitar elementos que possam nortear o preceptor e residente acerca de estratégias que auxiliem no processo de desenvolvimento de possíveis competências e habilidades que necessitem serem priorizadas caso haja atraso em seu desenvolvimento.

AVALIAÇÃO DO EIXO TEÓRICO E TERRITORIALIZAÇÃO

☐ **Relevância**

Na Atenção Primária à Saúde, todas as ações são realizadas em uma base territorial previamente determinada e o reconhecimento da dinâmica, dos problemas e necessidades da população que compõem essa base são primordiais para o desenvolvimento das ações. Neste sentido, a territorialização é um importante

Comentado [2]: @talitaquinorocha@ufrb.edu.br, pode inserir a proposta aqui
Assigned to talitaquinorocha@ufrb.edu.br

instrumento do planejamento local, por meio do qual busca-se organizar o processo de trabalho da equipe de saúde.

A execução do processo de territorialização permitirá ao residente uma interação prática e uma ampliação da compreensão do território, para além de um espaço geográfico, reconhecendo sua dimensão histórica, política, social e cultural.

Objetivos

- Conhecer o perfil histórico do local;
- Realizar o reconhecimento demográfico do território, identificando seus elementos estratégicos, bem como possíveis barreiras para o acesso;
- Identificar lideranças na comunidade;
- Levantar o perfil epidemiológico da população;
- Identificar os problemas e necessidades relacionados ao serviço de saúde e à população.

Instrumento: Mapa conceitual

O mapa conceitual é um recurso gráfico que busca conectar conceitos e ideias de forma sintetizada. O gráfico deverá conter, além dos elementos conceituais da temática, as informações coletadas durante todo o processo de territorialização experienciado pelo residente.

ANEXO I - Barema de avaliação do TCR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e
Comunidade

BAREMA DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TURMA 2022	
Residente	
Orientador(a)/ Co- orientador(a)	
Título do TCR	

Conceito final	() Aprovado ()Aprovado com ressalvas ()Reprovado
----------------	---

AVALIAÇÃO FINAL DO TCR				
ASPECTOS				
Título	Sintetiza e está coerente com o conteúdo apresentado no trabalho?			
Redação	O texto é claro, coeso e coerente?			
Formatação do texto	O texto segue as regras da ABNT? Segue as orientações do roteiro de elaboração do TCR?			
Fundamentação teórica	O texto traz referências fundamentadas em evidências existentes?			
Relevância	O tema ou objeto do estudo foi coerente com os modelos propostos de TCR? O tema ou objeto de estudo foi relevante com a perspectiva de formação médica especializada para a APS?			
Perspectiva de si como agente de mudança	O TCR demonstra que o(a) residente foi capaz de refletir sobre a sua prática enquanto especialista em formação em MFC ao longo dessa trajetória de dois anos de residência?			

Apresentação	- Utilização de até 30-40 minutos; - Exposição verbal compreensível (evitar ambigüidades); - Organização adequada dos materiais audiovisuais (evitar superposição de imagens e de áudios, e também de textos que excedam a três linhas escritas)			
Conceito final	() Aprovado ()Aprovado com ressalvas ()Reprovado			

S- Satisfatório/ PM- Precisa melhorar/ I- Insatisfatório

Os TCRs serão considerados aprovados quando obtiverem conceitos satisfatórios em todos os aspectos avaliados ou apenas um aspecto que precisa melhorar. Poderão ser aprovados com ressalva quando apresentarem mais de um aspecto que precisa melhorar, sendo estes

orientados a retificarem seus TCRs para obterem o título. Poderá ainda ser reprovado, o trabalho que apresentar algum item insatisfatório, possibilitando mais 60 dias para correção das inconformidades e reapresentação do trabalho.

ANEXO I I

ANEXO II - Modelo de TCR



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA GERAL DE FAMÍLIA
E COMUNIDADE**

[TÍTULO]

**[LOCAL]
[DATA]**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

**Programa de Residência Médica em Medicina Geral de Família e
Comunidade**

[NOME DO(A) RESIDENTE]

[TÍTULO DO TCR]

Trabalho de conclusão de Residência Médica apresentado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para certificação como Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador(a):

Co-orientador(a):(se houver)

FICHA TÉCNICA



[Nome do/a preceptor/a]
Preceptor(a) da Saúde da Família
e Saúde Coletiva [Nome]
Agentes Comunitários de Saúde

[Nome]
Enfermeiro(a) da Unidade Saúde da Família

[Nome]
Médico(a) Residente da Unidade Saúde da Família

[Nome]
Dentista da Unidade Saúde da Família

[Nome]
Técnica(o) de enfermagem da Unidade Saúde da Família

[Nome]
Técnica(o) de Saúde Bucal da Unidade Saúde da Família

[Nome]
Auxiliar de Serviços Gerais da Unidade Saúde da Família

[Nome] Assistente Administrativo da
Unidade Saúde da Família

RESUMO

O resumo deve conter Objetivos do Projeto, Local da Intervenção, resultados esperados e considerações finais / conclusões / recomendações / resultados parciais da intervenção. A primeira frase deve ser significativa, explicando o tema principal do documento. Deve ser composto de uma sequência de frases concisas, afirmativas e não de enumeração de tópicos. Recomenda-se o uso de parágrafo único. A primeira frase deve ser significativa, explicando o tema principal do documento. Deve conter no máximo 250 palavras. Recomenda-se o uso de parágrafo único

Palavras chave: Entre 3 e 5 palavras (ou descritores) as quais devem estar intimamente relacionadas ao tema de intervenção, separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	xx
2	OBJETIVOS	xx
2.1	Objetivo geral	xx
2.2	Objetivos específicos	xx
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	xx
4	METODOLOGIA	xx
5	RESULTADOS	xx
6	DISCUSSÃO	xx
7	CONCLUSÃO	xx
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	xx

1 INTRODUÇÃO

Deve apresentar o tema, do panorama geral ao específico. Pontuar as lacunas relacionadas ao tema e a intervenção, situar os aspectos anteriores no cenário local e

então a pergunta de pesquisa e o objetivo do Projeto de Intervenção. Não deve exceder quatro folhas, nem tampouco ser sumarizada em apenas meia folha. Na introdução irá responder: qual o tema a ser investigado? Quais os aspectos do tema que devem ser destacados numa primeira aproximação? Caso envolva aspectos quantitativos, qual a magnitude no mundo, no Brasil, na região...? Quais os principais enfoques que vêm sendo investigados dentro do referido tema? Quem, como, quando e onde eles estão sendo investigados?

Na introdução o autor deve também se localizar em relação ao problema, descrevendo os motivos para a escolha do tema e como o seu processo de trabalho se relaciona com o problema. Deve apresentar qual a relevância do tema a ser abordado (relevância geral e local no campo científico e das práticas de saúde pública), que intervenções já têm sido desenvolvidas para resolver os mesmos problemas (para que justifique a sua intervenção) e, por fim, a contribuição do Projeto de Intervenção proposto

- Apresentar a contextualização da problemática, justificando-a epidemiologicamente e/ou socialmente.
- Definir os principais conceitos adotados neste projeto.
- Destacar a relevância da pesquisa em relação à área de concentração do/da residente, benefícios dos resultados para o serviço e à comunidade científica. Apontar a relevância social do projeto.
- Apontar o problema de pesquisa.
- Explicitar a justificativa do estudo.

2 OBJETIVO

Geral:

Representa a proposta da intervenção. Baseado na pergunta condutora do estudo, é ação síntese que será desenvolvida. Assim, deve ser único e abrangente, de modo a contemplar todos os objetivos específicos. Por se tratar de um projeto de intervenção devem ser utilizados verbos que se relacionem a uma atuação, por exemplo: desenvolver, implantar, criar, construir, propor, monitorar etc

Específicos:

São derivados do objetivo geral, devem estar contemplados no objetivo geral; Podem ser compreendidos como as “ações-meio” para alcançar o objetivo geral; Correspondem com exatidão os resultados a serem buscados, não devem ser excessivos; Não devem entrar aspectos eminentemente metodológicos

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste campo você pode anotar referências novas referências para futuras pesquisas. Deve apresentar os estudos relevantes sobre o tema do Projeto de Intervenção, do ponto de vista dos conceitos, documentos legais e outras intervenções. É importante que o referencial teórico utilizado seja composto por artigos, livros e outros materiais produzidos e publicados nos últimos 10 anos. Utilize publicações mais antigas somente se estas representarem grande relevância teórica para o campo ou área de conhecimento no qual o seu projeto está inserido.

4 METODOLOGIA

- a. Local da Intervenção: Descrever o território e Unidade de Saúde da Família apontando suas características sociodemográficas, econômicas ou demais que julgarem necessário.
- b. Sujeitos da Intervenção
- c. Período da Intervenção
- d. Coleta, Sistematização e Análise de Dados - descrever os dados e informações que serão utilizados no planejamento e desenvolvimento da intervenção.
- e. Descrição da Intervenção: etapas - ações, metas, responsáveis e prazos.
- f. Monitoramento e Avaliação do Projeto de Intervenção (Metodologia que será utilizada para monitoramento e avaliação do Projeto de Intervenções no território).

5 RESULTADOS/RESULTADOS PARCIAIS E DISCUSSÃO

Apresentar os principais resultados encontrados e esperados com o desenvolvimento da intervenção. Apresentar conjuntamente aos resultados ou de forma separada. Construir diálogo entre os resultados deste TCR e literatura vigente em relação ao tema escolhido. Trazer aspectos que dialoguem com a justificativa e objetivos do estudo. Deve apresentar um quadro com os meses e ações realizadas no Projeto de Intervenção.

Neste item espera-se que o discente consiga apresentar como desenvolveu o Projeto de Intervenção a luz da interprofissionalidade. Apresentar como se deu a construção e desenvolvimento da intervenção de maneira integrada e colaborativa junto aos outros profissionais do espaço de trabalho. Descrever a viabilidade política, financeira e operacional/sustentabilidade do Projeto de Intervenção.

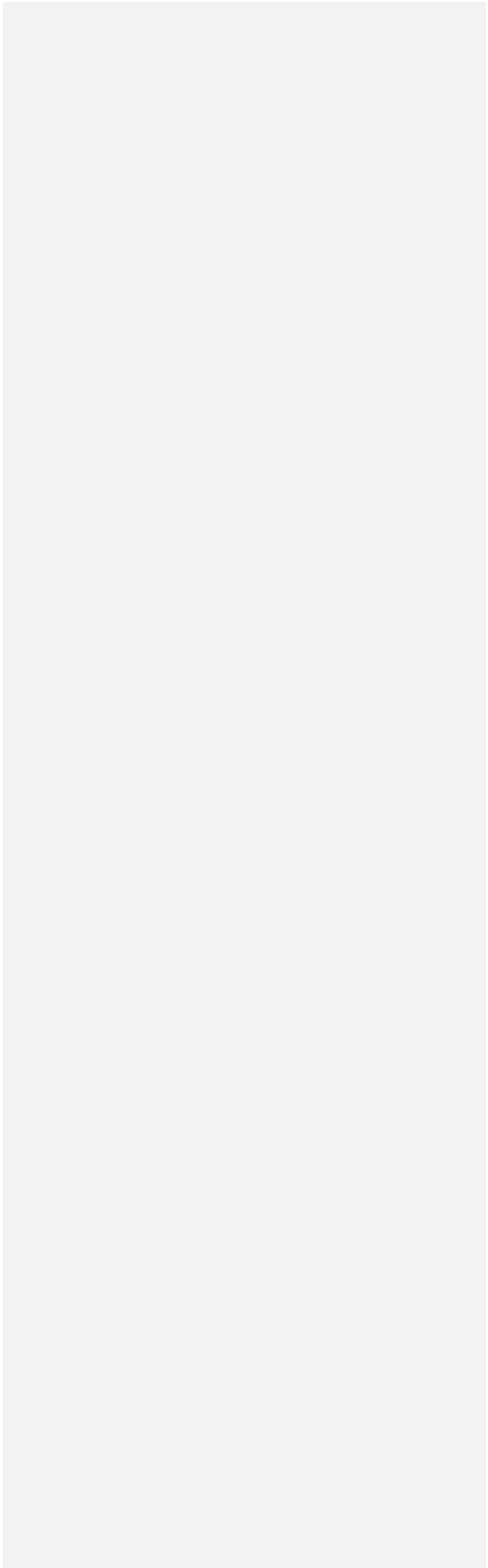
6 CONCLUSÃO

Apresentar de forma mais sucinta os principais achados, as dificuldades encontradas em relação à pesquisa, e sugestões para superar essas dificuldades.

Apontar a necessidade de mais estudos que dialoguem/aprofundem o que foi apresentado no TCR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Citar as referências utilizadas ao longo do trabalho.



Contrato Didático

Residente:	Preceptor(a):
Período Avaliativo nº: _____	Preenchido em: _____
com preceptor(a) em: ____/____/____	Discutido _____

O que é o contrato didático?

O contrato didático é um instrumento de avaliação formativa e apoio à(o) residente e à preceptor(a). Sua principal finalidade é auxiliar, enquanto mediador, o aproveitamento ao máximo do tempo de residência de cada residente para o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes (competências) de um(a) médico(a) de família e comunidade com o apoio de um(a) especialista, o(a) seu(sua) preceptor(a) MFC. Com ele, busca-se explorar a potencialidade da relação de preceptor(a) na Atenção Primária à Saúde cuidando dos diferentes aspectos envolvidos no processo pedagógico, a fim de diminuir as dificuldades e superar as limitações. Esta ferramenta combina um conjunto de objetivos para o direcionamento longitudinal do processo de aprendizagem centrado em cada residente:

Quais os objetivos do contrato Didático?

- (1) Resgatar as experiências prévias de cada residente, bem como suas potencialidades e limites;
- (2) Identificar quais competências cada residente avalia que necessita desenvolver, demarcando questões que quer aprender para a solução de problemas da vida real, o que justificaria o seu investimento maior de tempo e atenção durante o programa;
- (3) Definir conjuntamente com a preceptor(a) as melhores estratégias para o desenvolvimento das competências identificadas e o método de acompanhamento cotidiano do processo de ensino-aprendizagem, buscando a percepção precoce de facilidades e dificuldades no desenvolvimento das competências priorizadas e proporcionando uma maior capacidade de realização de feedback estruturados elo(a) residente e pela preceptor(a), em tempo oportuno e no contexto em que o aprendizado se realiza.

Memorial (apenas para linha de base)

- Breve memorial contendo a sua história de vida (formação, sonhos, ambições) – no máximo 02 laudas.
- Contexto de ensino-aprendizagem das experiências prévias (oportunidades, barreiras)

Competências a desenvolver a partir do programa de residência (próximos 6 meses)

A partir da autoavaliação das competências e das suas experiências prévias, sinalize de 5 a 10 competências que espera desenvolver nos próximos 6 MESES da residência. Para cada competência pensada se faça a seguinte pergunta: **Essa seria uma questão essencial para a minha formação como MFC, a ponto de ser uma meta para o meu processo de ensino-aprendizagem?** Você pode elencar pontos em forma de questões e justificar ao lado os motivos pelos quais você selecionou essas competências como prioritárias e o que você acha que isso pode auxiliar na resolução de problemas no seu dia a dia. Caso queira sinalizar mais itens, fique à vontade. Todavia, lembre-se que o desenvolvimento dessas competências será monitorado pelos próximos 06 meses e avaliado ao final deste ciclo formativo.

COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	JUSTIFICATIVA	COMENTÁRIOS PRECEPTORIA
----------------------------	---------------	-------------------------

Aspectos que você espera receber de suporte da preceptoria

Sinalize as características que você considera importantes para a preceptoria no desenvolvimento das competências prioritárias que você elencou. Que tipo de suporte você espera? Quais as ofertas pedagógicas (atendimento conjunto, discussão de caso, discussão de artigo, gravação de consulta, simulação -role play, discussão em grupos, oficinas, roda de conversa, estudo dirigido ou outros) que você avalia que pode ser interessante no auxílio do seu processo de aprendizagem na unidade?

Aspectos que você espera receber de suporte do programa

Quais as expectativas em relação ao programa, enquanto possibilidade de oferta de ferramentas, de ambientes, de proposta pedagógica? Ou ainda: quais oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento você não poderia ter acesso se não estivesse vinculado à residência? Caso alguma competência ou meta de aprendizagem necessitem de estágios em cenários de aprendizagem diferentes da APS sinalize em suas respostas.

Plano de Desenvolvimento Pessoal – Residente

Cite pelo menos três características pessoais ou do seu contexto que podem dificultar o desenvolvimento das competências. (Pontos fracos)

Cite pelo menos três características pessoais ou do seu contexto que podem auxiliar no desenvolvimento das competências. (Pontos Fortes)

Plano de Desenvolvimento conjunto – Residente e Preceptoria

Metas para os próximos 6 meses *Quais são os passos para você alcançar o desenvolvimento que almeja no Programa? É importante pensar esses objetivos juntamente com a preceptoria, a*

partir das competências priorizadas. Sugere-se que pensem também nos prazos em que esses passos (ações) precisam ser realizados por você (residente) para que as competências priorizadas sejam desenvolvidas, e que as ações (passos) sejam agrupadas na tabela abaixo de acordo com os prazos: curtíssimo (01 mês), curto (02 meses), médio (04 meses) e longo prazo (06 meses). OBS: os prazos acima são apenas sugestões. Você e a preceptoria podem usar os prazos sugeridos, estabelecer outros prazos ou mesmo trabalhar com metas sem estipular prazos fixos.

METAS	PASSOS		
	01 mês	02 meses	04 meses

Quais são os compromissos/papéis de que cada um(a) nesse processo?

Aqui deve-se pactuar e registrar as regras de convivência, compromissos, papéis, responsabilidades e atitudes recíprocas – preceptoria e residente - para o bom andamento da relação de ensino-aprendizagem, das atividades e trabalhos realizados e para o desenvolvimento das competências acordadas como prioritárias neste ciclo formativo. A cada Recontratualização da relação pedagógica essas regras deverão ser revistas por ambas as partes, sendo reafirmadas ou retificadas de mútuo acordo (consenso), caso necessário.

Compromissos individuais (ex: leitura de texto tal, apropriação das etapas do método x, revisão de prontuário, pontualidade, assiduidade, aproximação com equipe, ...)

Compromissos da preceptoria (ex: realizar feedback oportuno, destinar dia para tal ação, organizar agenda para promover a oportunidade pedagógica X, etc)

Anexo IV

Mini-CEX

Conceitos : Satisfatório/Precisa melhorar

1. Habilidade de entrevista clínica

- Apresenta-se ao paciente e deixa-o à vontade.
- Facilita ao paciente contar sua história e dá oportunidade ao paciente de elaborar e apresentar o seu problema de forma integral.
- Utiliza habilidades de comunicação (tipo de perguntas, escuta ativa, questões para esclarecer a informação, silêncio, comunicação verbal e não verbal) efetivamente.
- Aplica apropriadamente a abordagem centrada na pessoa.
- Identifica a percepção do paciente sobre seu estado – ideias e diagnóstico do paciente, preocupações e expectativas.
- Identifica o contexto social, ocupacional e psicossocial.

2. Habilidade no exame físico

- Realiza o exame físico e identifica os sinais clínicos corretamente.
- Direciona o exame ao problema da pessoa.

- Procura por sinais físicos específicos que auxiliam na confirmação ou não da hipótese diagnóstica aventada.
- Informa o paciente sobre o exame, é sensível ao conforto do paciente.

3. Relacionamento com pacientes

- Mostra respeito, compaixão e empatia.
- Busca estabelecer vínculo de confiança.
- Não utiliza jargões médicos.
- Utiliza-se da empatia para encorajar o paciente a expressar seus sentimentos e impressões.
- Comporta-se de forma ética.
- Respeita informações confidenciais.
- Reconhece e respeita os limites de sua competência pessoal e profissional.

4. Avaliação do paciente

- Alcança um entendimento compartilhado com o paciente e elabora lista de problemas adequadamente.
- Solicita investigação complementar de forma racional e custo-efetiva (quando necessário), explica adequadamente os exames propostos.
- Interpreta os resultados da investigação complementar apropriadamente.
- Interpreta e aplica corretamente as informações obtidas do prontuário do paciente.
- Procura informação relevante e específica para construção do diagnóstico diferencial e gera hipóteses diagnósticas apropriadas, considerando os aspectos psicossociais, físicos, ocupacionais e ambientais.

5. Elaboração do plano de cuidado

- Formula um plano terapêutico adequado, discute e negocia o plano terapêutico com o paciente.
- Utiliza terapia medicamentosa de forma racional e custo-efetivo e explica adequadamente o plano proposto.
- Incorpora mudança do estilo de vida no plano terapêutico e aproveita oportunidades para fazer orientações de promoção à saúde.
- Orienta claramente como será o seguimento (retornos, referências).
- Sintetiza o atendimento.

6. Organização da consulta e eficiência

- Realiza uma abordagem bem organizada para obter e oferecer informações.
- Determina prioridades e realiza gestão do tempo.
- Oportuniza a consulta, quando apropriado e realiza a coordenação do cuidado.
- Realiza o registro adequadamente no prontuário e nos demais formulários, quando necessário.

7. Competência Clínica Global

- Demonstra julgamento clínico satisfatório, afetividade, tem capacidade de síntese.
- É atencioso.
- Lança mão dos recursos disponíveis.
- Tem consciência das próprias limitações.

Anexo V

AVALIAÇÃO POR PARES

AVALIAÇÃO DA(O) MÉDICA(O) RESIDENTE PELA EQUIPE E GESTÃO

ROTEIRO OFICINAS DE AVALIAÇÃO POR PARES NAS EQUIPES

APRESENTAR A RESIDÊNCIA:

O que cada uma/um sabe sobre a residência em medicina de família e comunidade? Quais objetivos, como funciona? Falar sobre a importância da formação em MFC, os impactos na situação de saúde nos municípios com programas em MFC, importância da parceria com a secretaria de saúde e do trabalho em equipe.

PROPOSTA DE COGESTÃO:

Qual papel de cada ator na formação do residente? Como cada um pode colaborar para formar melhores profissionais para atuar na atenção básica com responsabilidade, comprometimento, competência cultural e técnica. Falar sobre a COREME e proposta de participação de todos os envolvidos no programa para avaliar e propor as atividades desenvolvidas, importância da integração para qualificar as ações, o programa e a formação do residente.

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO

Para que serve a avaliação? Como avaliar para somar e contribuir para o desenvolvimento dos colegas e qualificação da assistência? Avaliação formativa, somativa, por competências e dialógica. O objetivo não é classificar, comparar, diminuir, e sim contribuir para o crescimento de todos. Importância de saber dar o feedback.

INSTRUMENTOS DA RESIDÊNCIA:

Falar sucintamente dos que existem e das novas propostas: porque avaliação por pares? Como realizá-la? Quais resultados esperados? Aplicar o instrumento discutindo cada ponto e depois avaliar se existem sugestões de mudança.

Residente:	 Preceptoria:		
Período Avaliativo nº:	 Preenchido em:	 Discutido	
com a Equipe em:			

Conceitos : Satisfatório/Precisa melhorar

SOBRE A (O) RESIDENTE:

1. Pontualidade (horário de chegada):
2. Assiduidade (faltas, desmarcação de atividades, presença nos espaços de reunião):
3. Mantém boa relação interpessoal, postura de cooperação; de co-gestão, construção conjunta e conciliadora com a equipe; demonstra respeito e empatia pelos colegas, preceptores e profissionais de saúde do serviço?
4. Estabelece boa relação médico-paciente, cuidado humanizado; acolhimento, cordialidade, acessibilidade, respeito, horizontalidade, confidencialidade?
5. Utiliza linguagem adequada e clara com pacientes e familiares?
6. Realiza anotações legíveis nos documentos compartilhados pela equipe?
7. Demonstra habilidades comunicativas e de liderança na pactuação de planos com a equipe?
8. Colabora na resolução de conflitos e problemas da rotina da USF?
9. Planeja e realiza adequadamente as visitas domiciliares?

10. Realiza ou contribui com atividades de educação em saúde na USF?

SOBRE A EQUIPE

1. Pontualidade (horário de chegada nas atividades programadas como reunião, visitas, atividades coletivas, etc):
2. Assiduidade (faltas, desmarcação de atividades, presença nos espaços de reunião):
3. A equipe consegue manter boa relação interpessoal, postura de cooperação; de co-gestão, construção conjunta e conciliadora; demonstra respeito e empatia pelos colegas, preceptores e profissionais de saúde do serviço?
4. Estabelece cuidado humanizado; acolhimento, cordialidade, acessibilidade, respeito, horizontalidade, confidencialidade?
5. A equipe consegue estabelecer um fluxo de acolhimento à demanda espontânea?
6. A equipe compreende todos os serviços ofertados na equipe e compartilha com a comunidade?
7. Demonstra habilidades comunicativas na pactuação de planos com todos os profissionais?
8. A equipe consegue ser resolutiva quanto a conflitos e problemas da rotina da USF?
9. Planeja e realiza adequadamente as visitas domiciliares?
10. Realiza atividades de educação em saúde na USF? Com que frequência?
11. Compreende o papel da(o) médica(o) residente enquanto parte integrante da equipe e colabora para o bom funcionamento do processo formativo dessa(e) médica(o)?

SOBRE A GESTÃO:

01. A unidade de saúde oferta condições estruturais e de insumos para realização de trabalho e atendimento à comunidade com qualidade?
02. A rede de atenção do município consegue atender as necessidades dos usuários e organizar o fluxo da rede, garantindo a integralidade do cuidado desenvolvido pela equipe de saúde?

03. A gestão tem apoiado as atividades desenvolvidas na unidade?

Comentários:

Anexo VI

AVALIAÇÃO GLOBAL

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfsTHm2x9bNkZOvI0Wt33pK7WI15EgHOSKNVlljRTCNJ_SFwA/viewform?fbzx=-7189162547575114899

Conceitos : Satisfatório/Precisa melhorar

Para todas(os) preceptores: Na nota está a descrição das ações e atividades a serem observadas para avaliar a competência, é um processo inicial de separação do que se espera no primeiro ano e no segundo ano.

Cuidado integral

1. Prepara a si mesmo (a) e o ambiente para a consulta e revisa o prontuário do(a) usuário(a) a ser atendido(a).

Nota:

Primeiro ano: inclui-se autoavaliação, organização do consultório e do material necessário para o atendimento, e consulta breve ao histórico do (a) usuário (a), revendo identificação, lista de problemas, e planos de cuidados (plano diagnóstico, terapêutico, de educação em saúde e seguimentos pactuados com usuários) e os registros das últimas consultas.

2. Acolhe, observa e escuta ativamente o(a) usuário(a) e as suas motivações e coloca a escuta às demandas apresentadas pelo usuário como ponto de partida para o cuidado. Realiza a anamnese e o exame físico de acordo com os problemas abordados, em linguagem acessível e compreensiva.

Nota:

Primeiro ano: inclui se o residente estabelece vínculo com paciente, se apresenta e demonstrando interesse, deixa o paciente confortável, realiza uma escuta atenta com respeito ao tempo e incentivo de fala dos usuários, com perguntas abertas (garantindo a estes 2 minutos de fala sem interrupções - seguindo o modelo Guia Calgary-Cambridge). Explora sentimentos, crenças, ideias, impactos na vida, expectativas dos (as) usuários(as), e fatores de risco, sobre cada um dos problemas abordados e intervém quando adequado.

3. **Conhece os princípios do Método Clínico Centrado na Pessoa** e os aplica na relação médico-paciente e realiza **abordagem da clínica ampliada** considerando aspectos do contexto de vida das pessoas.

Nota:

Primeiro ano: Busca ter entendimento da história da pessoa, aborda relações com a família e comunidade utiliza como recurso os quatro componentes interativos do MCCP (explora a saúde, a doença e a experiência da doença, busca entender a pessoa como um todo, elabora um plano conjunto de manejo dos problemas e consegue intensificar a relação entre a pessoa e o médico), utiliza instrumentos de abordagem familiar quando necessário (ex.: genograma e ecomapa).

4. **Desenvolve raciocínio clínico** a partir do conjunto de sinais, sintomas, aspectos epidemiológicos e demais fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

Nota:

Primeiro ano: inclui-se a construção de uma lista de avaliação, com problemas e diagnósticos, que tenha significado e sentido para ambos, médico (a) e usuário(a) e a partir destes constrói raciocínio clínico-epidemiológico.

Segundo ano: Utiliza as evidências científicas de forma crítica- reflexiva considerando a pessoa/família/território e consegue relacionar os determinantes sociais de saúde para a construção de um plano terapêutico compartilhado com usuário. Registra os motivos da procura do usuário utilizando de forma prioritária a Classificação Internacional de Assistência Primária (CIAP).

5. **Domina a construção de um plano terapêutico individualizado**, determinado pelas melhores evidências disponíveis e compartilhado com o paciente e demonstra habilidades comunicativas adequadas na pactuação de planos com os pacientes .

Nota:

Primeiro ano: Apresenta e discute com os interessados (paciente, e quando for o caso familiar/cuidador(a)) as alternativas terapêuticas, de acompanhamento do problema de saúde, prognóstico e evolução possíveis, buscando seu adequado entendimento e a pactuação da melhor alternativa.

Segundo ano: Identifica e atua de acordo com os níveis de prevenção direcionando de forma adequada investigações diagnósticas, tratamento, reabilitação, prevenção, promoção e educação em saúde, além de acompanhamento/coordenação do cuidado. Utiliza de forma adequada prevenção (1a/2a/3a/4a/5a) na construção do cuidado em saúde.

6. **Compreende o usuário enquanto protagonista** do seu processo saúde-doença, **integrando práticas de cuidado populares e tradicionais**, pactuando e negociando planos de cuidado.

.Nota:

Primeiro ano: Inclui o paciente na construção dos planos, o colocando como sujeito ativo nas decisões do seu cuidado. Considera a importância das experiências terapêuticas advindas da diversidade cultural de saberes (cuidados populares e tradicionais), dialogando com as racionalidades médicas, trazida pelo usuário para seu itinerário terapêutico. Confirma a inexistência de dúvidas e a satisfação das expectativas do(a) usuário(a).

Segundo ano: Desenvolve um cuidado integral com a equipe junto com o(s) usuário(s), permitindo e respeitando sua autonomia, singularidade, vulnerabilidade e risco individual e consegue realizar um trabalho interprofissional no processo de cuidado compartilhado com participação ativa do usuário.

7. Realiza o registro da consulta em formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Planos) de forma clara e organizada e prioriza os dados relevantes de modo a qualificar a comunicação entre os membros da equipe.

Nota:

Primeiro ano: Preenche adequadamente os formulários (ex.: APAC, folhas de notificação de agravos, relatórios e receituário (esta deve ser feita de forma legível, se escrita art. 15 da Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020, que altera o art. 35 da Lei nº 5991/73, a receita deve ser redigida sem abreviações e de forma legível, observando a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais). Utiliza o SOAP não só como técnica de registro, mas como apoio na organização para o raciocínio clínico. No registro deve ter fidelidade aos dados relatados, pois se trata de documento que é direito do paciente ter acesso.

8. Utiliza o tempo de consulta de maneira adequada aos problemas apresentados, consegue manejar o tempo conforme as demandas do usuário e da agenda do serviço.

Nota

Primeiro ano: Realiza um processo de autorreflexão sobre o encontro clínico, inclui-se aspectos relacionados sobre reflexões a respeito da gestão do tempo, comunicação clínica e organização da consulta.

9. Tem bom domínio clínico das doenças crônicas mais prevalentes da sua comunidade e das outras **rotinas APS** como a puericultura, pré-natal e cuidados paliativos. Consegue identificar situações de gravidade, realiza intervenção imediata e adequada.

Nota:

Primeiro ano: Conhece e utiliza para os atendimentos os cadernos da Atenção e demais materiais do Ministério da Saúde Básica, e as atualizações recentes baseadas em evidência científica para orientar nas tomadas de decisões e planos de cuidado, bem como o perfil epidemiológico do território.

10. **Respeita as singularidades e diversidades, acolhendo os modos de existir dos sujeitos**, evitando rótulos, preconceitos e discriminação, assumindo postura antiracista, antimachista, antisexistista, anticapacitista e demais.

Nota:

Primeiro ano: Conhece ou vai em busca do conhecimento para atender as necessidades do sujeito com foco em coordenar o cuidado de forma singular.

Coordenação do cuidado e Vigilância

1. Realiza **territorialização e ações de Vigilância em Saúde**, identificando áreas de vulnerabilidade, risco, fatores de resiliência, redes e recursos sociais. Busca conhecer o território e características particulares da população adscrita, englobando os determinantes sociais e competência cultural envolvidos.

Nota:

Primeiro ano: Inclui-se a discussão e/ou atualização do **mapa estático e dinâmico** do território adstrito; confecção de **mapa de agravos em saúde** mais prevalentes no território e na Unidade de Saúde da Família, organização das visitas domiciliares, organização da agenda e ações de busca ativa.

2. Realiza **ações de prevenção de doenças e promoção da saúde** com a população adscrita.

Nota:

Primeiro ano: Inclui-se elaboração e realização de **salas de espera e grupos na USF**, além de **ações coletivas no território**, construídas a partir dos princípios da Educação Popular em Saúde – como diálogo, amorosidade, problematização e construção compartilhada de conhecimento, com articulação e fortalecimento dos espaços comunitários e lideranças locais.

3. Realiza ações previstas de **cuidado, acompanhamento, interrupção da cadeia de transmissão e demais ações de vigilância** de doenças e agravos que requerem **notificações compulsórias**.

Nota:

Segundo ano: Neste quesito, inclui-se a notificação desses agravos e doenças em tempo oportuno, conforme lista e recomendações vigentes do Ministério da Saúde, do Estado e Município, para alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017; e Portaria GM/MS nº 217, de 1 de março de 2023); além do **seguimento e monitoramento do plano de cuidado estabelecido**, com ações articuladas em equipe, incluindo ações no território, familiares e contactantes, quando se aplicar.

4. É capaz de **reconhecer iniquidades de acesso, riscos e vulnerabilidades** de pacientes, agindo na organização do acesso no serviço de saúde e buscando garantir os princípios de universalidade, equidade e ampliação do acesso aos mesmos.

Nota:

Primeiro ano: Inclui-se as **ações de articulação interna** (na própria unidade de saúde e com o NASF) para priorização dos atendimentos, exames, procedimentos e outros serviços, conforme critérios de risco e vulnerabilidade acordados em equipe; e uso de dispositivos como o acolhimento, o uso de instrumentos como o Plano de Cuidado e o Projeto Terapêutico Singular.

5. Responsabiliza-se pela **coordenação do cuidado** de seus pacientes de acordo com a complexidade do caso e realiza encaminhamentos qualificados, quando necessário.

Nota:

Primeiro ano: Inclui-se o **acompanhamento contínuo do itinerário terapêutico** na rede de atenção à saúde, com agendamento de retornos em tempo adequado, e monitoramento sobre o acesso aos encaminhamentos e referências realizadas, assim como o desfecho dos mesmos.

6. Conhece a **rede de atenção à saúde e os fluxos estabelecidos**, e busca produzir articulação do serviço no qual está inserido com os diversos equipamentos de saúde e de outros setores do território.

Nota:

Segundo ano: Destaca-se **articulação externa** (com a gestão e outros pontos da rede de atenção à saúde, como CAPS, Vigilâncias) e **articulação intersetorial** (com outros dispositivos sociais, como escolas, associações comunitárias, CRAS, CREAS, CEREST, serviços vinculados à Instituições de Ensino Superior (IES), Defensoria Pública, Ministério Público, etc);

Comunicação e Trabalho em Equipe

1. **Valoriza o trabalho em equipe, faz planos terapêuticos compartilhados com outros profissionais**, utiliza os recursos de compartilhamento (matriciamentos, interconsultas, reuniões de equipe).

NOTA:

Primeiro ano: Solicita apoio dos profissionais da equipe mínima e do NASF, busca opinião dos colegas da equipe de trabalho, acolhe planos de cuidados dos demais profissionais da

equipe. Realiza reuniões de matriciamento com profissionais de outras categorias. Identifica e compartilha com a equipe a necessidade de construir Projeto Terapêutico Singular (PTS) da pessoa/família/comunidade de forma a colocar o sujeito (usuário) na construção do PTS. Percebe os limites da sua atuação e a potência dos diversos olhares e saberes para a garantia do cuidado integral.

2. Demonstra habilidades comunicativas e de liderança, com **participação ativa nas reuniões de Equipe e nas resoluções dos problemas.**

Nota:

Primeiro ano: Faz gestão compartilhada, colaborando com as tarefas administrativas como fechamento da semana epidemiológica, elaboração de relatórios, ofícios e diálogo com a gestão para solução de pendências existentes.

3. **Realiza a organização do processo de trabalho numa perspectiva multidisciplinar/interprofissional** e dialogada com a Equipe, com avaliação e planejamento do processo de trabalho e pactuação de planos.

Nota:

Primeiro ano: Inclui-se o levantamento de problemas, a realização de propostas viáveis para resolução destes, através de comunicação respeitosa, madura e assertiva com a Equipe de saúde e reflexões sobre processo de trabalho. Desenvolve suas ações cotidianas integradas à equipe com planejamento e comunicação.

segundo ano: Realiza planejamento estratégico situacional participativo, dialogando e pactuando metas, responsáveis e prazos. Envolve-se nas atividades (individual/coletiva) desde o planejamento, execução e avaliação das ações dentro e fora da unidade.

4. **Desenvolve atividades de Educação permanente**, utilizando o cotidiano como matéria prima para o aprendizado e metodologias que estimulem a construção crítica do saber.

NOTA:

Segundo ano: Planeja e executa cursos/encontros de educação permanente a partir de lacunas do conhecimento reconhecidas pela própria equipe, mediante metodologias ativas. Estimula a troca de experiências.

5. **Domina a gestão da agenda**, realizando consultas individuais (agendadas e de demanda espontânea), utiliza o dispositivo do acolhimento com estratificação de risco, visitas domiciliares, interconsultas.

Nota:

Primeiro ano: É flexível às oscilações da demanda, dialoga com a equipe sobre a organização da agenda. Assegura a compreensão da equipe e comunidade sobre a organização e funcionamento da agenda.

Segundo ano: Planeja a agenda a partir da necessidade de saúde da população adstrita e recursos disponíveis na unidade de saúde e território e distribui adequadamente o tempo disponível e a quantidade de atendimentos por necessidades de saúde.

6. **Planeja a visita domiciliar**, com estudo e discussão prévia da situação com a equipe.

Nota:

Primeiro ano: Aciona o/a ACS com antecipação para agendamento da visita, faz leitura do último registro no prontuário, discute o caso com o/a ACS antes e depois da visita, administra adequadamente o tempo das visitas, considera a possibilidade de visitas secundárias, avalia o contexto socioeconômico-cultural da família.

Segundo ano: Inclui o uso de instrumentos e escalas que auxiliem a análise do caso e organização da visita, como roteiros de visitas, classificações de risco como a Escala de Risco Familiar (Coelho e Savassi, 2012); genograma e ecomapa, dentre outros

7. Está atento aos conflitos e ruídos na convivência em equipe, intervindo oportunamente. **Consegue mediar conflitos, tem bom relacionamento com a equipe e gestão, é acessível.**

Nota:

Primeiro ano: Decide e age de forma proativa e assertiva na resolução de conflitos e problemas da rotina da USF. Contribui para a diminuição das tensões sem tomar a divergência como um impasse e apoiando a resolução de problemas. Escuta todas as partes envolvidas, prioriza o encontro face-a-face, estimula as resoluções dos problemas pelos próprios envolvidos, encaminha decisões em conjunto. **Adota postura ética** com a equipe multiprofissional, gestão e com a preceptoria. Cultiva relacionamento harmonioso, cordial, respeitoso, considerando as diversidades dos territórios existenciais presentes na equipe.

Sobre o Plano Individual de Formação Acadêmica (primeiro ano):

1. Demonstra **interesse no aprendizado e autonomia para buscar informações** e nas atividades propostas. Percebe-se como agente do seu próprio aprendizado.

Nota:

Primeiro : Realiza estudo imediato quando necessário, estuda antes de discutir com o preceptor e consegue formular/especificar/priorizar suas dúvidas, faz estudo continuado e busca literatura adequada/ atualizada, baseado em evidências. (residente como agente propositivo, pró-atividade, demonstra curiosidade e interesse no aprendizado, criatividade compartilha dúvidas, experiências, construção de planos e propostas)

2. **Realiza os estudos dirigidos, seminários e/ou outras atividades** solicitadas pelo preceptor de campo e pelos docentes das atividades teóricas, cumprindo os planos de ação pactuados.

3. **Escuta críticas e reflete sobre elas**, como uma contribuição para o seu desenvolvimento.

Nota: Desenvolve críticas sobre si, sobre o processo de trabalho, sobre a residência, e reflete sobre as críticas de todos os atores.

4. **Apresenta assiduidade, pontualidade, compromisso e responsabilidade** na sua prática, no acompanhamento dos usuários (as) e atividades da residência.

Nota: Tem proatividade, é motivado, é visto como referência para a equipe. Realiza as suas atividades pedagógicas, de cuidado e de gestão.

Iniciação à preceptoria (primeiro ano)

1. Assume uma postura proativa no **planejamento das atividades dos estudantes** no serviço.

Nota: conhece a matriz de atividades do estágio, propõe ações e atividades para os estudantes em diálogo com a equipe, preceptoria e com os discentes, a partir das necessidades observadas do território.

2. **Reconhece os saberes dos outros** (membros da equipe, estudantes, colegas) e **coloca-se disponível para compartilhar** os seus saberes.

Nota: Indica e compartilha textos e realiza discussão de temas relevantes para APS com os estudantes. Procura fazer articulação entre as experiências do cotidiano e a teoria.

3. Estimula o **exercício da problematização**, ajudando os sujeitos a identificarem os problemas e buscarem solução

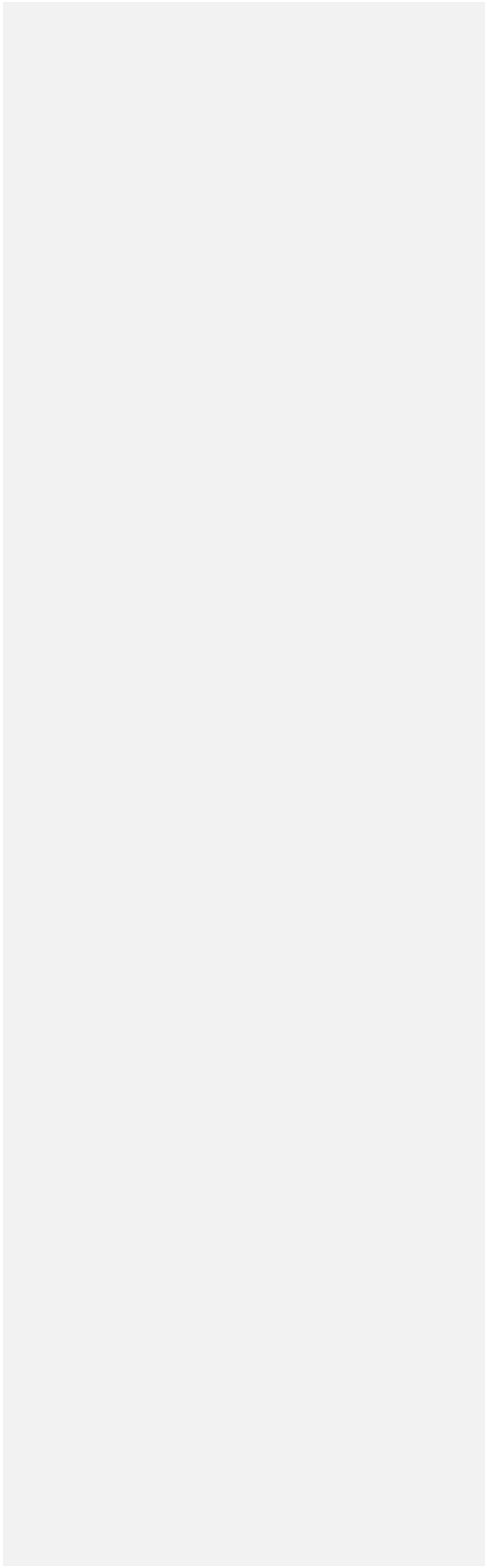
Nota: Conhece e utiliza ferramentas de preceptoria em serviço. Modelo Preceptoria em um Minuto (One-Minute Preceptor- cinco etapas, denominadas microskills, que consistem em: comprometimento com o caso, busca de evidências concretas, ensinamento de regras gerais, ênfase nos aspectos corretos e correção de potenciais erros) e Modelo SNAPPS (seis etapas que formam o acrônimo SNAPPS: sumarizar (summarize), numerar (number), analisar (analyze), perguntar (probe), planejar (plan), selecionar (select))

4. **Conhece e utiliza ferramentas de avaliação** dos estudantes.

Nota:

Conhece as principais características das avaliações somativa e formativa (Longitudinal, Dinâmica, Diagnóstica / Não julgadora, Propositiva), conhece os instrumentos de avaliação do programa e do

internato. Realiza feedback formativo de maneira construtiva e respeitosa, preferindo o uso de substantivos e verbos ao invés de adjetivos e advérbios.



3. REGIMENTO INTERNO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA GERAL DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (PRMMGFC)

CAPÍTULO I DAS NORMAS GERAIS

Art. 1º. A Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC) da Universidade Federal de Feira do Recôncavo da Bahia (UFRB) constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, sob forma de residência, caracterizado por treinamento em serviço de instituições de saúde, com duração mínima de 2 (dois) anos e em acordo as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação, sob orientação de profissionais médicos e outras categorias profissionais com qualificação ética, técnica e humanística, sendo considerada “padrão ouro” da especialização médica.

Parágrafo único: Na resolução nº 1, 25 de maio de 2015, art. 2º “Consideram-se como a mesma área de conhecimento e a mesma especialidade a Medicina Geral de Família e Comunidade e a Medicina de Família e Comunidade, sendo assim os termos equivalentes para fins de assuntos relacionados à Residência Médica e formação de especialistas”. Sendo assim, usaremos como sinônimo os termos no decorrer dos nossos documentos.

§1º O programa terá início de acordo com calendário CNRM, com duração de 24 meses. Possui a seguinte estrutura básica relacionada à carga horária semanal de até sessenta (60) horas - 5280 horas - assim distribuídas: a) De 80% a 90% destinadas aos treinamentos em serviço, distribuídas entre consultas, atenção domiciliar, abordagem familiar e comunitária, atividades coletivas e escuta qualificada por ocasião do acolhimento e organização do cuidado na porta de entrada dos serviços, realizadas necessariamente em unidades de saúde da família e mínimo de 10% da carga horária total do PRM em atividades em outros níveis de atenção, distribuídas entre estágios em unidades de urgência e emergência, enfermarias, atividades de gerenciamento, atendimentos em ambulatórios de atenção secundária e terciária, em atividades que poderão englobar outras especialidades médicas, mas que devem se relacionar à atenção primária. O residente estará inserido nas atividades de extensão realizadas pela Universidade no território.

b) De 10% a 20% de atividades teóricas.

§2º O residente tem direito, conforme a mesma legislação, a um mês de férias ao ano e um dia de folga por semana (domingo).

CAPÍTULO II

DOS FUNDAMENTOS DA ESPECIALIDADE

(resolução nº 1, de 25 de maio de 2015, da CNRM/MEC)

Art. 2º. A Medicina Geral de Família e Comunidade é uma especialidade cujo profissional é capaz de identificar as doenças e enfermidades desde seus momentos iniciais, ainda com manifestações indiferenciadas e atípicas; manejar condições crônicas e estáveis, com momentos de agudização e problemas que configurem situações de urgência e emergência, com o objetivo de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde mais prevalentes; comprometer-se com o cuidado integral às pessoas sob sua responsabilidade, não restringindo sua atuação à existência de uma doença; bem como não terminando sua responsabilidade com a resolução desta; além de coordenar os cuidados a serem tomados com o paciente, independentemente do percurso deste pela rede de serviços de saúde inclusive quando este é encaminhado a outro especialista.

Art. 3º A Medicina Geral de Família e Comunidade deve atuar de maneira próxima do contexto de vida das pessoas, com vistas a atuar invariavelmente junto aos indivíduos, sua família e comunidade/coletividade, para compreender a relação entre o contexto local, o adoecimento e a produção social do binômio saúde-doença.

§1º Proporcionar encontros contínuos entre as pessoas e o especialista da área, de forma que estes encontros constituam oportunidades para a resolução de problemas clínicos no âmbito individual, familiar e comunitário/coletivo, prevenção de doenças, promoção da saúde e educação em saúde.

Art. 4º. A atuação do médico de família e comunidade é parte integrante de uma rede de serviços e ações, cabendo a este, em conjunto com a equipe de trabalho multiprofissional em que está inserido, articular rede de saúde e ações em prol das pessoas sob sua responsabilidade.

Art. 5º. O médico de família e comunidade deve ter como competência o manejo racional de recursos disponíveis para a sua prática, de forma efetiva e

equânime.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS E ESTRUTURA GERAL DO PRMMGFC

Art. 6º. O Programa de Residência Médica em MGFC da UFRB tem os seguintes objetivos: a) aprimorar o conhecimento e habilidades (técnicas, de raciocínio clínico, capacidade de tomar decisões) necessárias para o desenvolvimento de práticas de cuidado qualificadas, integrais e resolutivas (alicerçados na medicina baseada em evidências e ferramentas da abordagem do Método Clínico Centrado na Pessoa). b) desenvolver competências para atuação nos determinantes sociais do adoecimento, permitindo valorizar o significado dos fatores somáticos, psicológicos, sociais, raciais que interferem nas condições de saúde das pessoas. ; c) fortalecer as ações de caráter preventivo, de assistência, de reabilitação e de promoção da saúde em consonância com uma abordagem humanizada, integral, longitudinal na qual as pessoas, suas famílias e comunidade sejam o centro do cuidado. ; d) promover a atuação do MR em equipes multiprofissionais, compreendendo as atribuições específicas e comuns aos profissionais para o desenvolvimento de práticas de cuidado no território em que estão inseridos, solucionando o maior número de problemas possíveis, dentre os agravos mais prevalentes e frequentes por meio de uma prática integrada, resolutiva, articulando e coordenando a rede de cuidados; e) Integrar-se aos processos de educação permanente em saúde do seu território; e f) estimular a capacidade de aprendizagem independente e o exercício da capacidade crítica da atividade médica, considerando-se os seus aspectos científicos, éticos, sociais e bioéticos.

Dessa forma atuará para I - Formar Médicos de Família e Comunidade para atuarem na atenção primária à saúde e redes de atenção no SUS, tendo as pessoas, suas famílias e comunidade como centro do cuidado;

II- Formar profissionais comprometidos com o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde e da Política Nacional e Estadual de Atenção Básica.

Art.7º. O PRMMGFC deverá procurar contemplar especificidades e algumas necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS, tais como atuações em áreas prioritárias:

- I - Atenção Básica;
- II - Urgência e Emergência;
- III- Atenção Domiciliar;
- IV - Saúde Mental;
- V - Educação Popular em Saúde e Participação Social;
- VI - Saúde Coletiva;
- VII - Cuidado Integral em todos os ciclos de vida;
- VIII- Práticas Integrativas e Complementares;
- IX – Saúde do Campo.

Parágrafo único. O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverá garantir a diversidade de espaços de formação, tais como: ambulatoriais, comunitários (com atividades de extensão vinculadas a universidade), domiciliares, de pronto atendimento, de atenção psicossocial para a garantia do aprendizado dos médicos residentes. A SBMFC recomenda que os programas de residência trabalhem com o diagnóstico de demanda local, pois o perfil sócio-demográfico da população resulta em variações na demanda atendida, sendo o ideal que se trabalhe com a demanda real a qual o residente estará exposto.

ESPECIFICIDADES

Considerando a presença do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB no território desde 2006, a relevância do município enquanto polo regional de saúde, a importância da integração ensino-serviço para o fortalecimento da rede de saúde e consolidação da atenção básica no SUS foi celebrado o Termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) entre a UFRB e a prefeitura de Santo Antônio de Jesus no dia 16/04/2017. Sendo assim este Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade funcionará na rede de saúde do referido município. Contudo, a depender das futuras necessidades do programa, este poderá articular outros campos de práticas a partir de novos COAPES com outros municípios.

Art. 8º. O Programa tem 10 vagas aprovadas pela CNRM e o número de respectivas vagas e bolsas (MEC e municipais) a serem utilizadas será definido anualmente pela COREME.

O município de Santo Antônio de Jesus, através da lei municipal nº 1514, de 06 de setembro de 2019 Institui a bolsa-auxílio de formação em Serviço e Bolsa Preceptoria

para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. A bolsa federal tem valor de: R\$3.330,43. (Portaria Interministerial nº 3, de 16 de março de 2016).

CAPÍTULO IV

ORGANIZAÇÃO DO PRMMGFC

Art. 9º. O Programa de Residência Médica em MGFC tem como membros natos:

- a) Supervisão do programa: profissional da medicina, responsável pela gestão do programa.
 - b) Grupo de Coordenação: responsáveis pela gestão do programa, juntamente com a supervisão.
 - c) Preceptores em serviço: Profissionais médicos que deverão realizar a supervisão de campo nos serviços docente-assistenciais.
- Parágrafo único:* os preceptores do PRM deverão ser preferencialmente especialistas na área de atuação, que tenham experiências acumuladas em Atenção Primária à Saúde e serviços do SUS.
- d) Médicos-residentes, aprovados em seleção pública;
 - e) Corpo docente: docentes da UFRB de diversas áreas, que deverão desenvolver atividades teóricas na Universidade com o objetivo de ampliar e qualificar a formação do residente.

§1º O PRMMGFC deve incentivar a participação do MR em atividades regulares dos estudantes da UFRB, bem como de profissionais médicos e profissionais de outras categorias das instituições de saúde que integram a rede de atenção à saúde da macrorregião.

§2º O PRMMGFC deve incentivar e favorecer o intercâmbio com outros Programas de Residência Médica do País, credenciados pela CNRM-SESu MEC, ou do exterior, desde que previamente sejam cumpridos no âmbito da UFRB os trâmites exigidos para convênio com instituição nacional ou estrangeira.

§3º O PRMMGFC só poderá receber médicos- residentes de outras instituições após aprovação pela COREME e pela supervisão do PRM.

Art.10. O PRMMGFC será coordenado pela COREME, instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica – CEREM, composta por docentes do Centro de Ciências da Saúde da UFRB, representante dos preceptores, instituição de saúde e residentes dos programas vinculados, através de processo eleitoral organizado pela Universidade (UFRB) e normatizada pelo regimento da COREME. Estando estruturado de acordo com resolução nº2 de 3 de julho de 2013.

§1º A COREME será assim composta:

- Um Coordenador, que deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de ensino, com experiência na supervisão de médicos residentes ou programas de provimento na área, com o domínio da legislação sobre a residência médica;
- Um Vice-Coordenador, que deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de ensino, com experiência na supervisão de médicos residentes ou programas de provimento e qualificação na área;
- Representante do Corpo Docente, integrante do corpo docente da instituição de ensino vinculado ao PRMMGFC e respectivo suplente; • Representante da instituição de saúde onde o Programa está inserido e respectivo suplente.
- Representantes dos Residentes (um para cada ano): médico residente regularmente matriculado no Programa e respectivos suplentes;
- Representante dos preceptores em serviço do Programa e respectivo suplente.
- Representação da Coordenação do PRMFC UFRB.

Parágrafo único: A COREME até o momento é composta apenas pelo PRMMGFC, dessa forma os cargos de coordenador do programa e coordenador da COREME se sobrepõe. Tal fato irá ocorrer até a entrada de outro programa na COREME.

§2º A coordenação e a vice-coordenação da COREME serão elegidas entre os membros nato do PRMMGFC, com mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo. Os representantes dos residentes, preceptores e docentes serão eleitos pelos respectivos membros da categoria. O representante da instituição de saúde será indicado pelos trabalhadores dos serviços de saúde e gestão municipal. Excetuando-se a representação dos residentes, as demais representações terão mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo. Para os médicos residentes o mandato será de um ano, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo. Sendo a categoria dos médicos residentes inelegível aos cargos de coordenação e vice coordenação da COREME.

§3º A COREME reunir-se-á ordinariamente a cada 90 (noventa) dias ou extraordinariamente, a critério do seu Coordenador ou de um terço dos membros. Em caso de reunião ordinária, na convocação por ofício ou via eletrônica deve constar a pauta da reunião e que deverá ser conhecida com um mínimo de 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

Parágrafo único. Nas reuniões ordinárias ou extraordinárias, os supervisores, docentes e residentes do PRMFGC não-membros da COREME podem participar das mesmas, mas somente com direito a voz.

CAPÍTULO V

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art.11. Compete à supervisão/coordenação do Programa:

- a) Ser responsável diretamente pelo acompanhamento e desenvolvimento do Programa de Residência, incluindo atividades dos preceptores e médicos residentes, assegurando o fiel cumprimento do Regimento Interno;
- b) Revisar e atualizar a proposta pedagógica político pedagógica do PRMMGFC UFRB;
- c) Promover reuniões periódicas (semestralmente) para avaliação do PRM, dos médicos-residentes e dos preceptores de acordo com regimento e instrumentos preconizados, promovendo o seu aperfeiçoamento;
- d) Ser responsável e enviar para respectivas instâncias: relação anual dos residentes, resultado das avaliações, frequência mensal, casos de cancelamento de bolsas, faltas ou transgressões disciplinares (com as justificativas devidas), pedidos de licenças por afastamentos dos residentes;
- e) Nos casos de conceito insatisfatório de Residentes e Preceptores, comunicar à COREME e informar as medidas adotadas;
- f) Cumprir e fazer cumprir as deliberações emanadas pela COREME; g) Elaborar e responsabilizar-se pela escala de serviço e as demais atividades do programa de residência;
- h) Orientar os residentes sobre as normas e rotinas do programa e serviços; i) Ser responsável pelos prazos estipulados pela CNRM para o credenciamento no sistema (SisCNRM);
- j) Coordenar as atividades do programa de residência médica, bem como as atividades dos preceptores;

- l) Convocar e coordenar as reuniões de colegiado (mensalmente); m) Autorizar solicitações de estágios optativos a partir da pertinência do estágio; n) Representar o programa em reuniões e espaços decisórios e instituições externas;
- o) Promover a integração do PRM em MFC- UFRB com os demais Programas de outras instituições e da própria UFRB;
- p) Promover integração do PRMMGFC e da graduação de medicina e outros cursos na UFRB;
- q) Promover diálogo e estabelecer pactuações junto às gestões municipais para o melhor funcionamento do PRMMGFC.

Art.12. Atribuições da preceptoria PRMFC UFRB:

- a) Cumprir as Resoluções da CNRM, o Regimento Interno do PRMMGFC e as normas emanadas pela respectiva COREME;
- b) Comparecer às reuniões convocadas pela supervisão/coordenação do programa;
- c) Auxiliar a supervisão/coordenação do programa no desenvolvimento das atividades do PRMMFC;
- d) Elaborar, com a Supervisão/coordenação, o Projeto Político - Pedagógico a ser desenvolvido e revisado;
- e) Orientar e supervisionar o treinamento em serviço do médico residente do PRMMGFC- UFRB nas unidades de saúde da família;
- f) Auxiliar os médicos residentes na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento;
- g) Realizar avaliações periódicas dos médicos-residentes, aplicando instrumentos preconizados e discutir os seus resultados com os médicos-residentes envolvidos;
- h) Informar à coordenação os casos de conceito insatisfatório na avaliação dos Residentes. Assim como questões disciplinares;
- i) Avaliar de modo contínuo o programa de residência, promovendo o seu contínuo aprimoramento;
- j) Executar a agenda definida das atividades teóricas do programa; k) Formular, aplicar, discutir e corrigir questões de prova atualizadas e contextualizadas para os programas de residência;
- l) Controlar a frequência dos médicos-residentes sob seus cuidados às atividades previstas no PRM;
- m) Dar ciência à coordenação/supervisão do programa de qualquer irregularidade

que afete o bom andamento do programa de residência; n) Orientar/coorientar e se responsabilizar pelo desenvolvimento do trabalho

de conclusão de curso dos médicos residentes sob sua preceptoria; o) Participar da banca de avaliação dos Trabalhos de Conclusão de Curso; p) Participar do colegiado do programa quando estiver representando o corpo de preceptores;

q) Cumprir os prazos acordados.

Art.13. De acordo com o Art.22 da resolução número 1 de 25 de maio de 2015 da Comissão Nacional de Residência Médica o supervisor e os preceptores do PRM deverão ser preferencialmente especialistas com certificado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na área e/ou portadores de certificação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade acreditado ou expedido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Também estão habilitados ao exercício da função especialistas com titulação acadêmica lato sensu ou strictu sensu compatível ou notório saber na área e em atuação profissional como médico de família e comunidade e os médicos docente na área que atuem em instituição de educação superior.

Parágrafo único: Poderão ser utilizados, com função de preceptoria, profissionais de outras especialidades para oferecer orientação em estágios específicos, a serem definidos em reunião de preceptoria. O processo de ensino do médico de família e comunidade poderá envolver especialistas com formação acadêmica ou experiência que os qualifique a prestar preceptoria ou facilitação do processo de ensino-aprendizagem em sua área de atuação.

CAPÍTULO VI

DIREITOS E DEVERES DOS RESIDENTES

Art.14. São direitos dos residentes:

a) Receber bolsa de estudos no valor baseado pela CNRM, de acordo com legislação vigente, em regime especial de treinamento em serviço de até 60 horas semanais.

§1º É de inteira responsabilidade do residente qualquer intercorrência relacionada à conta bancária informada para recebimento da bolsa.

b) Receber orientação da preceptoria durante o treinamento no PRMMGFC UFRB/SMS SAJ.

c) Cada residente tem direito a 30 dias de férias a cada ano da residência e um dia

Comentado [3]: incluir bolsa complementar e sua função

de folga semanal (domingo) em conformidade com o cronograma definidos pela Coordenação do Programa.

§2º O período de férias é definido pelo programa, conforme conveniência da formação e/ou serviço. Este período pode ser negociado com o residente para atender às suas necessidades pessoais, desde que não haja comprometimento de programações e/ou atividades consideradas prioritárias pelo programa.

§3º Para melhor planejamento das atividades, a liberação para as férias ocorrerá apenas após transcorridos 90 (noventa) dias do início das atividades dos R1 no Programa, com definição e pactuação em escala de cada serviço, em comum acordo com o(s) preceptor(es).

§4º A solicitação de férias deve ser formalizada através de formulário próprio, validado pelo(s) preceptor(es) de referência, considerando-se a necessidade dos serviços de saúde e observando as datas para que não exista coincidência de datas entre profissionais da mesma categoria/ equipe no mesmo período. A decisão da conveniência do período é de responsabilidade dos preceptores do serviço, cabendo a coordenação a conferência e registro em histórico.

a) Em caso de realização de plantão noturno, terminando depois das 00h, o residente terá direito de descanso subsequente, de acordo com a resolução CNRM nº1, de 16 de junho de 2011.

b) Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem reposição de carga horária, nas seguintes situações e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:

I. Nupcias: 5 dias consecutivos;

II. Óbito de parentes de 1o grau, ascendentes ou descendentes: 8 dias consecutivos;

§5º Os residentes terão direito de participar de eventos externos aos previstos pelo programa sem necessidade de reposição de carga horária em um limite de 6 dias anuais, consecutivos ou não.

§6º Esta participação está condicionada à solicitação prévia, com antecedência de 30 dias, através de formulário próprio disponível no AVA. O preceptor deverá avaliar e atestar a pertinência dessa participação de acordo com a área de interesse do programa e avaliando o impacto no serviço. A solicitação do residente, avaliada e atestada pelo preceptor de referência, deverá ser encaminhada à Secretaria

Acadêmica para a devida análise e autorização em um prazo de até 3 dias úteis a partir do envio do documento devendo o residente aguardar a devolutiva deste setor.

§7º Caso haja interesse de participação de mais de um residente do mesmo

serviço no mesmo evento externo, os preceptores deverão avaliar a viabilidade da saída concomitante desses residentes, considerando as necessidades assistenciais e sanitárias e do funcionamento do serviço;

§8º Ao retornar da atividade, o residente deverá apresentar a comprovação de participação, anexando o mesmo à folha de frequência, sob pena de não ter abonado os dias em que esteve ausente do serviço. Deverá, ainda, ser garantido o espaço ou meio, para que o residente apresente um produto escrito ou verbal decorrente da participação nesta atividade para preceptores e/ou demais colegas.

§9º As eventuais ausências em atividades da Residência em dias anteriores ou posteriores ao evento em decorrência de problemas de deslocamento, esses dias serão contabilizados dentro dos 6 dias de liberação para a atividade e, em caso de ultrapassar esse quantitativo, essa carga-horária deverá ser reposta.

Art.15. São deveres dos residentes:

- a) Firmar Termo de Compromisso, sem o qual não poderá iniciar as atividades no programa;
- b) Conhecer, cumprir e fazer cumprir o estabelecido no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e neste Regimento Interno;
- c) Desempenhar as atividades da residência com respeito e dedicação, contribuindo para o fortalecimento permanente do Programa, da integração ensino-serviço; da atenção básica e do SUS;
- d) Responsabilizar-se pelo cumprimento das suas atividades no PRMMGFC UFRB, cumprindo rigorosamente a carga horária prática e teórica do programa de Residência;
- e) Comparecer a todas as reuniões convocadas pela coordenação; f) Cumprir horários pré-estabelecidos;
- g) Levar ao conhecimento de preceptores, gerentes das unidades, coordenação do programa irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas no local de trabalho;

- h) Solicitar ajuda à preceptoria em todo e qualquer caso que tenha dúvidas quanto a condução clínica;
- i) Registrar diariamente o seu comparecimento no local de estágio, com horário de entrada e saída, encaminhando o relatório específico, ao final do mês, ao preceptor da Unidade de Saúde;
- j) Em caso de desistência, informar oficial e imediatamente à Coordenação do Programa, para que as medidas administrativas cabíveis ao desligamento sejam tomadas. A carga horária devida até o dia da formalização do desligamento deverá ser contabilizada para que o valor correspondente em bolsa seja calculado e devolvido.
- l) Em caso de doença ou gestação, comunicar o fato imediatamente ao seu preceptor e à coordenação do programa, apresentando atestado médico; m) Manter postura ética e responsável com os outros residentes do programa, corpo pedagógico, coordenação, demais profissionais e com os usuários dos serviços de saúde;
- n) Obedecer às normas do código de ética médica do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- o) Prestar colaboração ao serviço/município no qual estiver desenvolvendo as atividades em horários extraordinários conforme necessidade sanitária, quando solicitado e em situações de emergência;
- p) Seguir orientações pedagógicas e avaliativas nos prazos estipulados; q) Apresentar à coordenação do PRM cópia dos certificados de participação em congressos e outras atividades científicas para os quais solicitou liberação; r) Buscar cartas de apresentação e as fichas de avaliação antes do início dos estágios nas especialidades;
- s) Ao final dos estágios nas especialidades entregar na coordenação do Programa as fichas de avaliação dos estágios preenchidas e assinadas pelo preceptor da área;
- t) Apresentar relatório de atividades ao final dos estágios optativos;

Art. 16. Ao Residente é vedado:

- a) Ausentar-se do local onde esteja exercendo suas atividades sem a autorização/comunicação do responsável pedagógico presente; b) Retirar, sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer objeto ou documento do serviço;
- c) Utilizar instalações e/ou material das unidades de treinamento para fins

de lucro próprio;

d) Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

CAPÍTULO VII

PROGRAMA DE TREINAMENTO

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 17. Define-se competência, para os fins da formação médica, como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, a partir de aspectos cognitivos, atitudinais e psicomotores.

§ 1º A orientação dos currículos por competência implica na inserção do médico residente em cenários da prática profissional por meio da realização de atividades educacionais e assistenciais, preservados o equilíbrio na relação entre os princípios da autonomia profissional do médico residente e da relação aprendiz-preceptor, que promovam o desenvolvimento de suas capacidades, segundo contexto e critérios específicos.

§ 2º O treinamento conferido ao médico residente deve compreender aspectos multiprofissionais e interdisciplinares, de forma a prepará-lo para assegurar atenção integral e de qualidade às pessoas sob seus cuidados.

Art. 18. O aprendizado do médico residente deve ser progressivo e abordar situações reais em serviço, problematização teórico-crítica e desenvolvimento de vínculos com as pessoas sob seu cuidado.

Art. 19. São considerados os seguintes domínios de competência para organização dos projetos pedagógicos dos programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade:

- I - Competências prévias;
- II - Competências essenciais;
- III - Competências desejadas; e
- IV - Competências avançadas.

DO PRIMEIRO ANO DO PROGRAMA - R1

Seção I

Das Áreas de Competências

Art. 20. Consideram-se como áreas de competência teórica a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

- I - Os princípios da Medicina de Família e Comunidade;
- II - Os princípios da Atenção Primária à Saúde; e
- III - A Saúde Coletiva.

Art. 21. Consideram-se como áreas de competência prática a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

- I - A abordagem individual;
- II - A abordagem familiar;
- III - A abordagem comunitária;
- IV - O raciocínio clínico;
- V - As habilidades de comunicação;
- VI - A ética médica e bioética;
- VII - A educação popular em saúde;
- VIII - A educação permanente em saúde;
- IX - As habilidades frente à pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência;
- X - Os fundamentos da Medicina Rural
- XI - A introdução às práticas integrativas e complementares;

Art. 22. Consideram-se como áreas de competência de gestão e organização de serviços de saúde a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

- I - Gestão da clínica e organização do processo de trabalho;
- II - Trabalho em equipe multiprofissional;
- III - Avaliação da qualidade e auditoria dos serviços de saúde; e IV- Vigilância em Saúde.

Art. 23. Consideram-se como áreas de competência clínica a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - A abordagem de problemas gerais e inespecíficos;
II - A abordagem de problemas respiratórios;
III - A abordagem de problemas digestivos;
IV - A abordagem de problemas infecciosos;
V - A abordagem de problemas relacionados aos olhos e à visão; VI -
A abordagem de problemas de saúde mental;
VII - A abordagem de problemas do sistema nervoso;
VIII - A abordagem de problemas cardiovasculares;
IX - A abordagem de problemas dermatológicos;
X - A abordagem de problemas hematológicos;
XI - A abordagem de problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta; XII -
A abordagem de problemas metabólicos;
XIII - A abordagem de problemas relacionados aos rins e vias urinárias; XIV
- A abordagem de problemas musculoesqueléticos;
XV - Os cuidados paliativos;
XVI - O cuidado domiciliar;
XVII - O rastreamento;
XVIII - A urgência e emergência; e
XIX - A realização de procedimentos ambulatoriais e pequenas cirurgias.

Art. 24. Consideram-se como áreas de competência voltadas a situações específicas e ciclos de vida a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - A atenção à saúde da criança e adolescente;
II - A atenção à saúde do idoso;
III - A atenção à saúde da mulher;
IV - A atenção à saúde do homem;
V - A atenção à sexualidade;
VI - A atenção ao ciclo gravídico-puerperal;
VII - A atenção às situações de violência e outras vulnerabilidades; e VIII
- A atenção à saúde do trabalhador.

Parágrafo único. Recomenda-se que a agenda de atendimento do serviço de saúde não seja determinada por faixa etária ou grupo populacional, evitando-se a formação de turnos de atendimento voltados a determinadas condições ou populações, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica.

DO SEGUNDO ANO DO PROGRAMA - R2

Seção I

Das Áreas de Competência

Art. 25. O segundo ano da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverá abordar as mesmas áreas de competência do primeiro ano de residência, porém com maior complexidade e profundidade. Parágrafo único. Poderão também ser abordados domínios de competência adicionais, úteis para a formação do médico de família e comunidade.

DA PROGRAMAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA

Art. 26. Conforme dito anteriormente, os serviços discriminados nas atividades práticas em serviço deverão ser caracterizados pela presença e extensão dos atributos essenciais da atenção primária - acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado; e derivados - orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. § 1º. É desejável o treinamento em pequenos procedimentos ambulatoriais nas unidades de atenção básica.

Art. 27. Estão contempladas como cenários de aprendizagem as atividades que são realizadas na atenção primária com caráter de atenção secundária, sob supervisão ou matricialmente de outras especialidades quando necessário, tais como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, os Consultórios de Rua, dentre outros.

Art. 28. A atuação conjunta de preceptor e médico residente, a supervisão direta dos atendimentos e ações, a discussão de casos e o estudo imediato dos casos em atendimento são considerados modalidades de ensino em serviço, não compondo a carga horária teórica dos programas.

Art. 29. A problematização, as aulas expositivas e seminários, o ensino-aprendizado em pequenos grupos, as oficinas, o estudo orientado por necessidades, as sessões clínicas, a simulação de consultas e a análise de vídeos de consultas no formato Entrevistas Baseada em Problemas são consideradas atividades de formação teórica.

DA INFRAESTRUTURA

Art. 30. Cada equipe de Saúde da Família que receber médico residente deverá, preferencialmente, ter um máximo de 3.000 (três mil) pessoas adscritas, conforme a especificidade docente-assistencial. Parágrafo único. Nas situações em que médicos residentes compuserem equipes de Saúde da Família, recomenda-se que a relação seja de 2.000 (duas mil) pessoas adscritas por médico residente.

Art. 31. A unidade básica de saúde que tiver a presença do médico residente deverá contar com equipe mínima completa de Saúde da Família. *Parágrafo Único:* Quando o estágio acontece em um serviço onde não há Estratégia de Saúde da Família, deve-se garantir que a unidade preserve características peculiares de um serviço de Atenção Primária.

Art. 32. É desejável que unidade de saúde disponha de equipamentos e instrumentos adequados ao atendimento das urgências e emergências corriqueiras na atenção primária e à realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, em caráter ambulatorial.

Art.33. É desejável que a unidade disponha de acesso à telemedicina.

CAPÍTULO VIII

AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS-RESIDENTES

Art. 34. A avaliação do médico residente deve fazer parte de um processo claro, abrangente e transparente, registrado por escrito e no qual podem estar incluídos:

I - O acompanhamento sistematizado e cotidiano pelo preceptor de todas as atividades do médico residente, incluindo os atendimentos médicos ambulatoriais nas Unidades, a assistência domiciliar e os grupos;

II - A autoavaliação do médico residente e de seus preceptores; III - As avaliações estruturadas de supervisão de consultas e procedimentos; IV - As avaliações do cumprimento de metas previamente combinadas para o período do treinamento;

V – A avaliação pela equipe onde o médico residente está inserido quanto ao relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse do profissional; VI - A avaliação dos avanços esperados e correção das dificuldades identificadas para cada médico residente;

VIII - Trabalho final de conclusão, sob o formato de revisão, monografia ou artigo, a critério do programa de residência médica.

Art. 35. O processo de avaliação deve permitir que o médico residente avalie os seus preceptores e as condições gerais de seus estágios.

Art. 36. A frequência mínima das avaliações do residente será trimestral.

Art. 37. O desenvolvimento de domínios de competência prévios e/ou essenciais do PRM deverão compor a avaliação específica anual mencionada no art. 9º, parágrafo único, da Lei Nº 12.871/2013 e a avaliação institucional dos programas de Residência Médica, segundo critérios a serem definidos pela Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/Saúde Coletiva da CNR.

CAPÍTULO IX DA CERTIFICAÇÃO

Art. 38. O título de especialista será conferido ao médico residente que cumprir com êxito todos os requisitos mínimos deste programa de pós graduação e obtiver média final superior ou igual a 7,0 pontos de acordo com Resolução CONAC/UFRB nº 20/2014; que comparecer integralmente às atividades durante os dois anos de curso, excetuando-se as faltas justificadas e que tiver o seu Trabalho de Conclusão do Curso aprovado pela banca examinadora.

Art. 39. Além das condições acima expostas, para fazer jus ao título de especialista, o médico residente deverá cumprir com todas as suas responsabilidades com êxito durante todo o curso, a saber:

- I - Comparecer ao local do treinamento nos dias e horários definidos pelos preceptores técnicos e acadêmicos, cuja presença será formalmente registrada; II - Empenhar-se para demonstrar o conhecimento adquirido ao longo do curso, com responsabilidade, estando disponível para ouvir e aprender; III - Respeitar e fazer respeitar a ética profissional;
- IV - Cumprir a carga horária e a programação estabelecida;
- V - Assinar a folha de frequência na entrada e na saída, que ficará sob responsabilidade do preceptor ou funcionário responsável pelo serviço; VI - Dedicar-se às atividades estabelecidas em cada serviço; VII - Frequentar, obrigatoriamente, reuniões quando for convocado; VIII - Zelar e responsabilizar-se pela manutenção das instalações e equipamentos utilizados no curso;
- IX – Respeitar às determinações de serviços e normas locais;
- X - Demonstrar iniciativa e mesmo sugerir inovações nas atividades desenvolvidas na

residência;

XI - Conhecer preceitos que subsidiem a atuação do profissional, previsto no Código de Ética;

XII - Comunicar ao preceptor técnico, justificando o motivo, quando houver necessidade de ausentar-se temporariamente do serviço de saúde; XIII - Exercer as atividades inerentes ao profissional médico, evitando desvios de função;

XIV - Responsabilizar-se pela assistência médica dos usuários adscritos na equipe de saúde da família que forem designados aos seus cuidados pelos preceptores técnico e acadêmico, avaliando, prescrevendo, evoluindo e assinando em prontuário suas condutas;

XV - Quando prevista a escala de plantões, seguir a proposta dos preceptores; XVI - Cumprir os prazos estabelecidos para a execução e a entrega das atividades e do TCC.

Parágrafo Único: O não cumprimento dessas prerrogativas sujeitará o aluno a perdas de conceitos de avaliação que poderão implicar diretamente na reprovação do residente ou no seu desligamento do programa por avaliação do Colegiado do curso e da COREME.

Art. 40. A emissão do certificado de conclusão de curso seguirá o Regulamento Geral para os cursos de Pós-Graduação Lato Sensu da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia conforme resolução do CONAC/UFRB Nº 020/2014, terá registro próprio na referida universidade e terá validade nacional.

CAPÍTULO X

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 41. A interrupção do período de treinamento por parte do MR, só poderá ser autorizada nos casos em que houver respaldo legal para tal, preconizado nas leis da República ou nas Normas da CNRM-SESu-MEC.

Art. 42. São direitos do médico-residente (MR):

a) é garantido descanso obrigatório ao MR que tenha cumprido plantão noturno, com início imediatamente após o cumprimento desta atividade; e esse descanso obrigatório será invariavelmente de 6 (seis) horas consecutivas, por plantão noturno, mas não deve ser permitido o acúmulo de horas de descanso para serem gozadas a posteriori;

b) Ao ingressar no PRM o MR deverá receber a programação das atividades; c) férias

anuais remuneradas de trinta (30) dias, consecutivos, os quais não podem ser distribuídos por dois ou mais períodos;

d) licença-maternidade de até 6 (meses); e

e) licença-paternidade de 21 (vinte e um) dias.

Art. 43. A interrupção do período de treinamento ocorrendo por qualquer outro motivo, só será acatada após avaliação e aprovação pela COREME.

Art. 44. O Programa de Residência Médica poderá ser associado ao Programa de Mestrado Profissional desde que observadas as normas dos referidos cursos ou outra legislação superior.

Art. 45. Os casos omissos no presente Regimento serão objeto de deliberação do colegiado do curso, da COREME, do plenário da CPPG, sendo submetidos à deliberação final do Conselho Acadêmico (CONAC), quando não houver unanimidade na decisão da Câmara, conforme resolução do CONAC/UFRB Nº 020/2014.

Parágrafo Único. Quando definido e esclarecido o caso omissos, a COREME e/ou a CPPG devem, obrigatoriamente, regulá-lo por meio de Portaria específica do Coordenador da COREME e/ou da CPPG.

Art. 46. Este Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação.

Art. 47. Ficam revogadas todas as anteriores disposições em contrário.