

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
RESOLUÇÃO Nº 1 DE 25 DE MAIO DE 2015

Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, SUBSTITUTO, no uso de suas atribuições, descritas no art. 10 do Decreto Nº 7.562, de 15 de setembro de 2011, e: Considerando a Lei Nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências;

Considerando a necessidade de atualização dos requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica - PRM em Medicina Geral de Família e Comunidade;

Resolve regulamentar os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos seguintes termos:

TÍTULO I
DA DEFINIÇÃO

Art. 1º A Medicina Geral de Família e Comunidade é a especialidade médica que engloba a prestação de cuidados personalizados e continuados a indivíduos e famílias de uma determinada população, independentemente de idade, sexo ou problema de saúde.

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.

TÍTULO II
DOS FUNDAMENTOS DA ESPECIALIDADE

Art. 3º A Medicina Geral de Família e Comunidade é uma especialidade clínica cujo profissional é capaz de:

I - identificar as doenças e enfermidades desde seus momentos iniciais, ainda com manifestações indiferenciadas e atípicas;

II - 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;

III - 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.

IV - 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. 4º A Medicina Geral de Família e Comunidade deve atuar de maneira próxima do contexto de vida das pessoas, com vistas a: §1º 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.

§ 2º 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. 5º 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. 6º 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.

TÍTULO III

DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA

Art. 7º São os objetivos gerais do programa de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - Formar Médicos de Família e Comunidade, tendo as pessoas e suas famílias como centro do cuidado;

II - Atuar de forma qualificada, focada no cuidado integral de pessoas, famílias e coletividades em que estão inseridos;

III - Solucionar o maior número de problemas possíveis, com qualidade, por meio de uma prática integrada, continuada, em equipe multidisciplinar, inserida preferencialmente nas comunidades; e

IV - Integrar-se aos processos de educação permanente em saúde do seu território.

Art. 8º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do Sistema Único de Saúde - SUS, como as atuações na área de:

I - Atenção Básica;

II - Urgência e Emergência;

III- Atenção Domiciliar;

IV - Saúde Mental;

V - Educação Popular em Saúde e Participação Social;

VI - Saúde Coletiva; e

VII - Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

Parágrafo único. Os programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão garantir a diversidade de espaços de formação, tais como: ambulatoriais, comunitários, domiciliares, hospitalares, de pronto-atendimento, de gestão em saúde, de atenção psicossocial e de acesso a meios diagnósticos para a garantia do aprendizado e treinamento em serviço dos médicos residentes.

TÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º 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. 10. 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. 11. 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.

CAPÍTULO I

DO PRIMEIRO ANO DO PROGRAMA - R1

Seção I

Das Áreas de Competências

Art. 12. 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. 13. 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, na forma de subárea optativa; e
- XI - A introdução às práticas integrativas e complementares, na forma de subárea optativa.

Parágrafo único. Define-se como Medicina Rural a prática voltada à interiorização da Medicina Geral de Família e Comunidade por meio do atendimento à população do campo, em cenários interioranos, em municípios de pequeno porte e a populações que vivem em áreas com dificuldade de fixação do profissional médico.

Art. 14. 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. 15. 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. 16. 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.

CAPÍTULO II

DO SEGUNDO ANO DO PROGRAMA - R2

Seção I

Das Áreas de Competência

Art. 17. 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.

TÍTULO V

DA PROGRAMAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA

Art. 18. Para fins desta regulamentação divide-se a carga horária do programa em:

I - Atividades em serviço - mínimo de 70 a 80% da carga horária total do PRM, 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 Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família ou outros Serviços de Atenção Primária;

II - Atividades em outros níveis de atenção - mínimo de 10% da carga horária total do PRM, 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; e

III - Atividades teóricas - de 10 a 20% da carga horária total do PRM.

§ 1º. Para os fins dessa portaria, os serviços discriminados no inciso I 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.

§ 2º. É desejável o treinamento em pequenos procedimentos ambulatoriais nas unidades de atenção básica.

Art. 19. Estão contempladas como cenários de aprendizagem

as atividades que são realizadas na atenção primária com caráter de atenção secundária, sob supervisão ou matriciamento 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. 20. 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 compoem a carga horária teórica dos programas.

Art. 21. 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.

TÍTULO VI

DOS AGENTES DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Art. 22. 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 e Comunidade.

Parágrafo único. 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 docentes na área que atuam em instituição de educação superior.

Art. 23. Os preceptores de estágios em Atenção Primária poderão ser da mesma equipe de saúde da família ou integrar a equipe da unidade de saúde que receberá o residente.

§ 1º Os preceptores deverão ser registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e outros sistemas de informação em saúde pertinentes.

§ 2º O médico residente também poderá compor uma equipe de saúde da família, desde que resguardadas as condições de infraestrutura enumeradas nos arts. 25 a 29 desta Resolução, as condições de aprendizagem e a supervisão permanente.

Art. 24. 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.

TÍTULO VII

DA INFRAESTRUTURA

Art. 25. O PRM em Medicina de Família e Comunidade deverá oferecer infraestrutura física de consultório para possibilitar o atendimento ambulatorial em pelo menos 06 (seis) turnos semanais por residente, para o atendimento de adultos, crianças, gestantes e idosos, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e demais normas que orientem as políticas de saúde voltadas aos cenários de prática e formação.

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.

Art. 26. 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. 27. 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, conforme o artigo 18.

Art. 28. É desejável que unidade de saúde disponha de equipamentos e instrumentos adequados ao atendimento das urgências e emergências corriqueiros na atenção primária e à realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, em caráter ambulatorial.

Art. 29. É desejável que a unidade disponha de acesso à telemedicina.

TÍTULO VIII

DOS PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

Art. 30. 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;

VII - prova escrita com os conteúdos e as competências estabelecidas para cada período; e

VIII - trabalho final de conclusão, sob o formato de revisão, monografia, artigo ou auditoria clínica, a critério de cada programa de residência médica.

Art. 31. O processo de avaliação deve permitir que o médico residente avalie os seus preceptores e as condições gerais de seus estágios.

Art. 32. A frequência mínima das avaliações do residente será trimestral.

Art. 33. 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 CNRM.

TÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 34. A Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/Saúde Coletiva deverá propor, em até 30 (trinta) dias da entrada em vigor desta Resolução, matriz de competência baseada nos domínios e áreas de competência estabelecidos nos arts. 12 a 16, a ser homologada pela Secretaria Executiva da CNRM e publicada no sítio eletrônico da CNRM.

Parágrafo único. Cabe à Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/ Saúde Coletiva e à Secretaria Executiva da CNRM atualizar esta matriz a cada 02 (dois) anos, em ato similar ao citado no caput.

Art. 35. Não se aplicam à Medicina Geral em de Família e Comunidade os dispositivos relacionados à supervisão de programa de residência médica constantes das Resoluções CNRM Nº 04/1978 e Nº 02/2005.

Parágrafo único. Cabe à Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/ Saúde Coletiva da CNRM apresentar diretrizes contendo os critérios para supervisão e preceptoria dos Programas de Medicina Geral de Família e Comunidade complementares a esta resolução.

Art. 36. Ficam revogados os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade estabelecidos por meio do item 29 da Resolução CNRM Nº 02, de 17 de maio de 2006.

Art. 37. Os programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade/Medicina de Família e Comunidade já em funcionamento terão um prazo de 02 (dois) anos para se adequarem plenamente a esta Resolução e à matriz de competência prevista no art. 34.

Art. 38. Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

VINÍCIUS XIMENES MURICY DA ROC

(DOU nº 98, terça-feira, 26 de maio de 2015, Seção 1 Páginas 11 e 12)