



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL

PAULO PERONI PELLIN

**CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS: UMA  
PROPOSTA PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO  
MUNICÍPIO DE CAMPO BOM - RS**

Porto Alegre

2020

PAULO PERONI PELLIN

**CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS: UMA  
PROPOSTA PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO  
MUNICÍPIO DE CAMPO BOM - RS**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Linha de Pesquisa: Processos de Ensino na Saúde

Porto Alegre

2020

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O ensino por competências tem ganho espaço de discussão na educação médica. A residência médica consiste em um formato de pós-graduação baseada no treinamento em serviço, sendo um dos principais caminhos para obtenção de registro de especialista no Brasil. A relação das políticas de expansão das residências médicas, especialmente em medicina de família e comunidade, com a inserção de campos de estágios práticos junto à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe consigo uma demanda por organizações curriculares por competências. Apesar da publicação de um currículo guia pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em 2015, este pode não ser aplicável a todas as realidades de ensino médico no país. **OBJETIVO:** Elaborar um currículo baseado em competências para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Campo Bom – RS. **METODOLOGIA:** Revisão literária constituída pela análise de currículos por competências para Medicina de Família e Comunidade publicados por entidades médicas e instituições de ensino nos níveis nacionais e internacionais e pela busca em bases de dados por artigos sobre residência em medicina de família, currículo e competências. **RESULTADOS:** Produção de uma proposta curricular composta por matriz de competências, as quais foram organizadas em cinco principais grupos (comunicação; atenção à saúde; ética e profissionalismo; gestão; ensino e pesquisa), orientações para organização dos estágios, cargas horárias, adequações ensino-serviço, recursos didáticos e guias de processos avaliativos. Confeção de um site fornecendo acesso à matriz resultante deste trabalho, assim como às matrizes extraídas dos currículos das entidades/instituições de medicina de família e comunidade. **CONCLUSÕES:** Este trabalho tem o intuito de contribuir com a excelência de um serviço de assistência e ensino em implementação, assim como disponibilizar materiais que possam servir de apoio para pesquisas futuras. O compartilhamento dos produtos desta dissertação de Mestrado Profissional contribui com o debate no campo das competências, da residência em Medicina de Família e Comunidade e com outros programas de residência médica que desenvolvam seus projetos de currículos baseados em competências.

**Palavras-chave:** Medicina de Família e Comunidade; Residência Médica; Educação Baseada em Competências; Currículo.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Competency-based teaching has gained space for discussion in medical education. Medical postgraduate is based on in-service training, being one of the main ways to obtain a specialist registry in Brazil. The relationship of the expansion policies of medical residencies, especially in family and community medicine, with the insertion of fields of practical internships with the services network of the Brazilian Unified Health System (SUS), brought with it a demand for competencies in the curricular organizations. Despite the publication of a guide curriculum by the Brazilian Society of Family and Community Medicine (SBMFC), in 2015, this may not be applicable to all medical teaching realities in the country. **OBJECTIVE:** To develop a competency-based curriculum for the Family and Community Medicine Residency Program in the city of Campo Bom - RS. **METHODOLOGY:** Literature review consisting of the analysis of curricula by competences for Family and Community Medicine published by medical entities and educational institutions at national and international levels and by searching databases for articles on residency in family medicine, curriculum and competence. **RESULTS:** Production of a curricular proposal composed of a matrix of competences, which were organized into five main groups (communication; health care; ethics and professionalism; management; teaching and research), guidelines for the organization of training sessions, workloads, teaching-service integration, didactic resources and guides for evaluation processes. Creation of a website providing access to the matrix resulting from this work, as well as to matrices extracted from the curricula of entities/institutions of family and community medicine. **CONCLUSIONS:** This work aims to contribute to the excellence of a health and teaching service under implementation, as well as to provide materials that can serve as support for future research. The sharing of the products of this Professional Master's thesis contributes to the debate in the field of competencies, residency in Family and Community Medicine and with other medical residency programs that develop their own competence-based curriculum projects.

**Keywords:** Family Practice; Residency, Medical; Competency-Based Education; Curriculum.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La enseñanza por competencias ha ganado espacio de discusión en el campo de la educación médica. La residencia médica consiste en un formato de posgrado basado en la formación en servicio, siendo una de las principales vías para obtener un registro de especialista en Brasil. La relación de las políticas de expansión de las residencias médicas, especialmente en medicina familiar y comunitaria, con la inserción de los campos de prácticas con la red de servicios del Sistema Único de Saúde (SUS), trajo consigo una demanda de organizaciones curriculares por competencias. A pesar de la publicación de un guía de formación por la Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), en 2015, esto puede no ser aplicable a todas las realidades de la enseñanza médica en el país.

**OBJETIVO:** Desarrollar un currículo por competencias para el Programa de Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria en el municipio de Campo Bom - RS. **METODOLOGÍA:** Revisión literaria consistente en el análisis de los currículos por competencias de Medicina Familiar y Comunitaria publicados por entidades médicas e instituciones educativas a nivel nacional e internacional y mediante la búsqueda en bases de datos de artículos sobre la residencia en medicina familiar, currículum y competencias. **RESULTADOS:** Elaboración de una propuesta curricular compuesta por una matriz de competencias, las cuales fueron organizadas en cinco grandes grupos (comunicación; salud; ética y profesionalismo; gestión; y docencia e investigación), lineamientos para la organización de pasantías, cargas de trabajo, adecuación docencia-servicio, recursos didácticos y guías de procesos de evaluación. Creación de un sitio web que dé acceso a la matriz resultante de este trabajo, así como a matrices extraídas de los currículos de las entidades/instituciones de medicina familiar y comunitaria.

**CONCLUSIONES:** Este trabajo tiene como objetivo contribuir a la excelencia de un servicio asistencial y docente en la implementación, así como proporcionar materiales que puedan servir de soporte para futuras investigaciones. La puesta en común de los productos de esta tesis de Máster Profesional contribuye al debate en el ámbito de las competencias, la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria y con otros programas de residencia médica que desarrollan sus proyectos curriculares por competencias.

**Palabras clave:** Medicina Familiar y Comunitaria; Residencia Médica Educación Basada en Competencias; Currículum.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>12</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>14</b>
<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>3 PROBLEMA.....</b>	<b>19</b>
<b>4 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
5.1 OBJETIVO GERAL .....	21
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>6 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
6.1 COMPETÊNCIA .....	22
6.2 CURRÍCULO .....	26
6.3 ENSINO E RESIDÊNCIA MÉDICA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	27
<b>7 METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
<b>8 CURRÍCULOS BASEADOS EM COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
8.1 A DEFINIÇÃO EUROPEIA (WONCA) DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR .	38
8.2 ESPANHA: PROGRAMA DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	44
8.3 INGLATERRA: CURRÍCULO DO ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RCGP).....	50
8.4 AUSTRÁLIA: CURRÍCULO PARA A PRÁTICA GERAL.....	57
8.5 CANADÁ: TRIPLO C - CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS.....	63

8.6	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA: PROJETO MARCOS PARA MEDICINA DE FAMÍLIA .....	70
8.7	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA: DIRETRIZES CURRICULARES DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA .....	73
8.8	BRASIL: CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC).....	76
8.9	BRASIL: MATRIZ DE COMPETÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO.....	79
8.10	BRASIL: SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE: MANUAL DE COMPETÊNCIAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO .....	81
8.11	COMPARAÇÃO ENTRE OS CURRÍCULOS .....	82
<b>9</b>	<b>RESULTADOS DA ESTRATÉGIA DE BUSCA.....</b>	<b>83</b>
<b>10</b>	<b>PRODUTOS.....</b>	<b>90</b>
10.1	PROPOSTA DE CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM – RS. ....	90
10.2	SITE: CURRICULOMFC.WEEBLY.COM.....	106
<b>11</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>108</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>110</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>126</b>
	<b>I – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campo Bom-RS. ....</b>	<b>126</b>
	<b>II - Termo de Compromisso de Apoio ao Programa de Residência Médica – Campo Bom. ....</b>	<b>127</b>
	<b>III – Exemplo da Matriz CanMEDS-FM 2017.....</b>	<b>128</b>
	<b>IV – Estrutura do Currículo Baseado em Competências para Residência em Medicina de Família e Comunidade da SBMFC.....</b>	<b>129</b>
	<b>V – Exemplo de Área de Competência do Currículo Baseado em Competências para Residência em Medicina de Família e Comunidade da SBMFC. ....</b>	<b>131</b>

<b>VI</b> – Matriz do Manual da USP.....	132
<b>VII</b> – Comparativo entre as competências centrais dos currículos: .....	134
<b>VIII</b> - Matriz de competências para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) em Campo Bom – RS.....	137
<b>IX</b> – Ficha de Avaliação de competências .....	141
<b>X</b> – Ficha de avaliação do Preceptor .....	151
<b>XI</b> – Ficha de avaliação do Estágio .....	152



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAFP – American Academy of Family Physicians

ABFM – The American Board of Family Medicine

ACGME – The Accreditation Council for Graduate Medical Education

APS – Atenção Primária à Saúde

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde  
(Biblioteca Regional de Medicina)

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CanMEDS-FM – Matriz de competências para Médicos de Família do College of Family Physicians of Canada

CaSAPS – Cartilha de Serviços da Atenção Primária à Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CBC-MFC – Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFP – The College of Family Physicians of Canada

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica

CNPF – Conseil National du Patronat Français

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CO – Centro Obstétrico

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EURACT – European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine

Feevale – Federação dos Estabelecimentos de Ensino Superior em Novo Hamburgo

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MEC – Ministério da Educação

MEDEF – Mouvement des Entreprises de France

MeSH – Medical Subject Headings

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MRCGP – Membro do Royal College of General Practitioners

PET-SAÚDE – Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PRM – Programa de Residência Médica

PRM-MFC – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade  
PROMED – Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médico  
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RACGP – Royal Australian College of General Practitioners  
RCGP – Royal College of General Practitioners  
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
SciELO – Scientific Electronic Library Online  
SemFYC – Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UEMO – União Europeia de Médicos Generalistas  
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
USF – Unidade de Saúde da Família  
USP – Universidade de São Paulo  
WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations  
of General Practitioners/Family Physicians

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Duração mínima dos programas de residência em medicina de família e comunidade em alguns países. ....	83
<b>Tabela 2</b> – Lista de artigos que abordam competências específicas para o ensino da Medicina de Família e Comunidade. ....	86
<b>Tabela 3</b> – Distribuição da carga horária de acordo com o tipo de atividade.....	100

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Currículo Baseados em competências de Instituições de Ensino/Medicina de Família e Comunidade.....	32
<b>Quadro 2</b> – DeCS/MeSH utilizados de acordo com a base de dados.....	34
<b>Quadro 3</b> – Competências centrais, características e aspectos da disciplina de Medicina de Família.....	40
<b>Quadro 4</b> – Grade de competências do currículo da SemFYC e suas subdivisões.....	46
<b>Quadro 5</b> – Exemplo de atividades no campo da diabetes conforme níveis de prioridade e responsabilidade. ....	47
<b>Quadro 6</b> – Cronograma do Currículo da Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade (SemFYC). ....	49
<b>Quadro 7</b> – Áreas de Capacidade da primeira sessão do currículo do RCGP.....	52
<b>Quadro 8</b> – Exemplo de uma competência do Módulo Clínico no currículo RCGP. ....	54
<b>Quadro 9</b> – Comparação entre tópicos principais dos currículos de 2016 e 2019. ....	55
<b>Quadro 10</b> – Comparação entre as estruturas dos tópicos dos currículos RCGP 2016 e 2019. ....	56
<b>Quadro 11</b> – Exemplo de matriz do Currículo para a Prática Geral Australiana no domínio de Comunicação e relação médico-paciente. ....	58
<b>Quadro 12</b> – Requisitos para competências ao longo do currículo.....	61
<b>Quadro 13</b> – Elementos chaves no desenho curricular. ....	68
<b>Quadro 14</b> – Matriz das competências essenciais da ACGME e seus respectivos marcos.....	71
<b>Quadro 15</b> – Níveis de aquisição dos marcos. ....	72
<b>Quadro 16</b> – Marcos organizado em níveis para a competência Conhecimento Médico, subcompetência Pensamento Crítico e Tomada de Decisão. ....	73
<b>Quadro 17</b> – Temas presentes nas diretrizes curriculares da AAFP. ....	74
<b>Quadro 18</b> – Exemplo de competências dentro da temática Segurança do paciente. ....	76
<b>Quadro 19</b> – Matriz de competências do Ministério da Educação – Brasil. ....	79
<b>Quadro 20</b> – Exemplo da disposição das competências em Obesidade do currículo da USP.....	82
<b>Quadro 21</b> – Matriz de competências para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) em Campo Bom – RS.....	91
<b>Quadro 22</b> – Atividades mínimas de treinamento para residência em Medicina de Família e Comunidade.....	97
<b>Quadro 23</b> – Distribuição da carga horária anual para o primeiro ano de residência (R1).....	98

<b>Quadro 24</b> – Distribuição da carga horária anual para o segundo ano de residência (R2). ....	99
<b>Quadro 25</b> – Sugestão de agenda típica para o residente em MFC.....	100
<b>Quadro 26</b> – Sugestão de cronograma anual.....	101
<b>Quadro 27</b> – Recursos didáticos recomendados para cada Grupo e Subgrupo das competências. .....	102
<b>Quadro 28</b> – Exemplo da Ficha de Avaliação de Competências. ....	105

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Distribuição geográfica da rede de saúde no município de Campo Bom-RS.....	16
<b>Figura 2</b> – Representação gráfica dos campos da pesquisa.....	34
<b>Figura 3</b> – Resultado da estratégia de busca e análise dos resultados.....	37
<b>Figura 4</b> – Árvore de competências da WONCA.....	42
<b>Figura 5</b> – Relação entre os princípios da disciplina e as demandas dos médicos de família.	43
<b>Figura 6</b> – Estrutura curricular do Royal College of General Practitioners. ....	51
<b>Figura 7</b> – Os cinco domínios do currículo do RACGP – a estrela da prática geral.....	57
<b>Figura 8</b> – Resolução de problemas de alto nível em consultas de clínica geral. ....	60
<b>Figura 9</b> – Representação dos papéis e princípios da MFC no CanMEDS-FM.....	68
<b>Figura 10</b> – Processo de construção do Currículo Baseado em Competências da SBMFC....	77
<b>Figura 11</b> – Representação gráfica das relações entre os grupos de competências do currículo. .....	96
<b>Figura 12</b> – Mapa do Site: CURRICULOMFC.WEEBLY.COM.....	107

## 1 APRESENTAÇÃO

Para melhor elucidação deste trabalho de conclusão do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entende-se que é importante uma breve apresentação do mestrando e de sua inserção nos mundos da saúde e do ensino.

O mestrando graduou-se em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2010, realizou especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) em 2012 e foi aprovado em prova de título de especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em 2017. Trabalha desde 2010 na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Bom - RS como médico da Estratégia de Saúde da Família e, desde 2019, atua também como coordenador médico. Em julho de 2019 iniciou atividades como professor da graduação em Medicina da Universidade Feevale.

O município gaúcho de Campo Bom está situado na região do Vale do Rio dos Sinos e dista cerca de 50 km da capital do Estado, Porto Alegre. Sua população é de 60 mil habitantes com predominância de residentes em área urbana (95%) e distribuição etária semelhantemente à nacional (IBGE, 2010). De colonização alemã, tem nas empresas calçadistas sua economia principal (CAMPO BOM, 2019). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que engloba os fatores longevidade, educação e renda, é de 0,745<sup>1</sup> (IBGE, 2020). A taxa de população coberta com saneamento básico adequado era de 94,6% em 2010 e a taxa de mortalidade infantil registrada em 2017 foi de 4,42 óbitos para cada mil nascidos vivos (IBGE, 2020).

A rede física de saúde pública de Campo Bom, em 2020, estava constituída por dezenove unidades de saúde, divididas em (i) um hospital geral com 99 leitos, sendo 78 deles reservados ao Sistema Único de Saúde (SUS), (ii) um pronto atendimento 24 horas, (iii) cinco unidades de apoio (Unidades Básicas e de especialidades) e (iv) onze unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que compõem um total de quinze equipes (Figura 1). Estas equipes são responsáveis por 14 mil famílias, totalizando 42.438 habitantes, o que resulta em uma cobertura de aproximadamente 70% da população<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> O IDHM possui variação de 0 a 1 e valores entre 0,700 e 0,799 são categorizados como alto (ATLAS, 2019).

<sup>2</sup> Dados internos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Bom – RS, em 24 Ago. 2020.

A Universidade Feevale, situada no município vizinho de Novo Hamburgo, foi fundada em 1969 como instituição de ensino. Em 1999, foi credenciada pelo Ministério da Educação (MEC) como centro universitário e, em 2010, tornou-se universidade. Atua em todos os níveis educacionais, desde o ensino infantil até o pós-graduação. Até 2020, conta com 3 câmpus, onde se distribuem 52 cursos de graduação, 40 de especialização e 13 de mestrado e doutorado, tendo formado mais de 32 mil alunos nestas modalidades desde sua criação (FEEVALE, 2020a). O curso de medicina foi autorizado pelo MEC em 2017 por meio da Portaria nº 810, de 1º de agosto de 2017, e oferece 60 vagas anuais (BRASIL, 2017a). Desde 2015, a Feevale apresentou interesse em utilizar os serviços públicos de saúde de Campo Bom como campo de estágio para seu Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC)<sup>3</sup>. Este programa existe desde 2017 e, até 2020, ainda não teve residentes formados.

Neste contexto, desenvolveu-se a ideia principal deste projeto de mestrado profissional em Ensino na Saúde: contribuir com uma **proposta para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no município de Campo Bom – RS.**

**Figura 1** – Distribuição geográfica da rede de saúde no município de Campo Bom-RS.



ESF – Estratégia de Saúde da Família. UBS – Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

<sup>3</sup> Termo de compromisso (Anexo II) e informação de reunião com representantes da Universidade Feevale e membros da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Bom, ocorrida em 24 de setembro de 2018.



## 2 INTRODUÇÃO

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2012, p. 28).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, tem em uma de suas principais frentes organizacionais a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2017b). A APS, comprovadamente tem apresentado bons resultados para a saúde da população, entre os quais mais efetividade dos serviços, melhor utilização de recursos e aumento da satisfação das pessoas. A Atenção Primária à Saúde tem relação estreita com a Medicina de Família e Comunidade (MFC), que atua como um programa específico para o seu desenvolvimento (SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019).

Em 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) representou um marco importante para o crescimento da APS no Brasil. Sua evolução ao longo dos anos trouxe um novo modelo organizacional de saúde com intuito de mudança nos cuidados em saúde, passando do modelo tradicional para o integral (SAMPAIO; MENDONÇA; TURCI, 2019). Este, por sua vez, tem foco na pessoa, considera aspectos sociais, familiares, do trabalho, da comunidade, significando não se tratar apenas de uma medicina geral, mas sim, de uma medicina que abarca outros aspectos da dimensão humana além do biológico e que possam influenciar nas condições de saúde das pessoas.

Na tentativa de adequar os recursos humanos a esta realidade, no campo da educação, com a divulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, em 2001, procurou-se reestruturar a formação médica. O intuito era formar egressos do curso de graduação com perfis mais condizentes com as políticas de saúde adotadas pelo país (BRASIL, 2001). As novas DCN de 2014 mantiveram esta linha de raciocínio, fortalecendo o ensino da medicina generalista e ampliando o foco para as competências profissionais (BRASIL, 2014).

No âmbito da pós-graduação, o Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamentou a residência médica e instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica

(CNRM), teve seu texto ligeiramente alterado com a retirada da obrigatoriedade da dedicação exclusiva pela Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que então a definiu da seguinte forma:

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 (BRASIL, 1981a, art. 1º).

O Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, buscou priorizar a formação do médico generalista e estimular a residência médica em MFC. A iniciativa previu, inclusive, no artigo 12, a realização de contratos entre os gestores e as secretarias de saúde com as instituições de ensino responsáveis pelos programas de residência médica. Buscou garantir, dessa forma, a utilização dos estabelecimentos assistenciais como cenário de práticas para a formação, tanto em nível de graduação como da residência médica, assim como a designação de médicos preceptores da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Apesar de a residência médica ser considerada por alguns autores como padrão-ouro para a especialização médica (ALESSIO; SOUSA, 2016; AUGUSTO, 2019; BERGER et al., 2017), há elevada ociosidade de vagas para MFC. Segundo levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2018, das 2.969 vagas para o primeiro ano de residência em MFC, apenas 1.043 estavam ocupadas, o que resultou em uma taxa de ocupação de 35%. Já para as do segundo ano, a situação piora bastante: das 2.969 vagas, 508 estavam ocupadas, baixando esta taxa para 19%. Estes dados colocam a especialidade em primeiro lugar no ranking de taxa de desocupação (SCHEFFER, 2018). A situação não é uma novidade, e, na tentativa resolver ou amenizar a questão, várias estratégias foram cogitadas, dentre as quais, a possibilidade de remuneração diferenciada a residentes de MFC (AUGUSTO, 2019).

Em relação ao ensino médico, tanto na graduação quanto na residência, os currículos baseados em competências ganharam espaços de discussões pelo mundo e no Brasil, assim como um espaço de debate nas DCN de 2014. Os currículos por competência valorizam saberes além do acúmulo de conteúdos ou do simples cumprimento de objetivos pré-definidos e caracterizam-se por considerar a aplicação de conhecimentos, habilidades, atitudes e outras qualidades pessoais em atividades práticas reais ao longo do percurso formativo.

### **3 PROBLEMA**

O interesse na instauração de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) a atuar juntamente aos serviços de saúde do município de Campo Bom – RS, torna necessária a adequação entre ensino e assistência. Um currículo por competências faz-se fundamental para garantir a excelência de ensino esperada por uma residência médica. A associação entre o serviço assistencial e o ensino pode culminar com a qualificação de ambos e resultar em uma parceria benéfica para o principal objeto da atenção à saúde: a população.

Implementar um programa formativo em medicina de família em um ambiente assistencial requer adequações que correspondam às exigências educacionais, mas que também contemplem as necessidades em saúde da população, com o fim de estabelecer um vínculo de compatibilidade entre os serviços prestados à sociedade e o desenvolvimento de competências durante o percurso formativo.

#### 4 JUSTIFICATIVA

O Brasil é um país continental e de cultura heterogênea, assim, há uma diversidade de cenários onde os PRM-MFC estão inseridos (AUGUSTO, 2019). Apesar da existência de um currículo guia proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), ele pode não ser aplicável em todos os cenários do sistema de saúde em que se desenvolvem os PRM-MFC. Como citado no prefácio do referido currículo, pode ser relativizado e utilizado para elaboração de currículos complementares conforme a necessidade (SBMFC, 2015). Este currículo é constituído por uma matriz que, embora contemple aspectos peculiares da Medicina de Família e Comunidade e, ainda seja atual em 2020, com cinco anos de existência, pode ser complementada com muitas colaborações e atualizações advindas dos avanços da literatura sobre o assunto, bem como adaptações a cenários locais.

Até então, o município de Campo Bom sempre organizou seus serviços médicos de saúde voltados exclusivamente para a função assistencial, sendo importante uma adequação para o ensino. Em decorrência, torna-se importante uma proposta curricular para o PRM-MFC que vier a utilizar Campo Bom como cenário de prática.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma proposta de currículo baseado em competências para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) a ser implantado no município de Campo Bom – RS.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Elencar as atividades mínimas de treinamento em serviço.
- b) Descrever as atividades didáticas complementares.
- c) Elaborar sugestões para adaptação dos serviços públicos de saúde do município de Campo Bom visando ao funcionamento do currículo por competências proposto para o PRM-MFC.
- d) Analisar potenciais recursos didáticos para suprir as necessidades das competências definidas.
- e) Sistematizar meios para realização das avaliações e aprimoramento contínuos do currículo proposto.

## 6 REFERENCIAL TEÓRICO

Para compreensão do propósito desta proposta curricular, faz-se importante a discussão sobre alguns temas que permeiam o objeto de pesquisa. O primeiro deles consiste (i) na delimitação do conceito de competência, tendo em vista sua origem no contexto empresarial e que, por isso, figura, no campo da educação, através de várias faces na literatura. Outro, (ii) um breve histórico sobre currículo, a importância da sua concepção e aplicabilidade dentro da instituição de ensino. E, por fim, (iii) uma caracterização histórica e discussões sobre a formação médica com foco no papel da residência, especialmente, em medicina de família e comunidade.

### 6.1 COMPETÊNCIA

O termo competência tem sua origem no verbo latino *competere* (ir ao encontro de, encontrar-se). Pode também significar “responder a, corresponder”, “ser suficiente”, podendo-se, portanto, dizer que a competência se refere a funções, tarefas e papéis de um profissional, que deve ser adequada ao desenvolvimento de sua capacidade de trabalho, ao processo de treinamento e qualificação (FERNÁNDEZ, 1999).

A competência começa a ser discutida em 1973 após a divulgação do trabalho de David McClelland. O autor contestava a visão então vigente de que os títulos, graus acadêmicos e testes de conhecimento presumiriam a efetividade de um profissional no trabalho. Em contraponto, propunha que a noção de competência deveria estar relacionada a um desempenho superior e seria mais adequada para esta tarefa (BOMFIM, 2012; FLEURY; FLEURY, 2001; DELUIZ, 2001).

O modelo das competências profissionais, então, começa a ser debatido no mundo empresarial a partir da década de 1980, no contexto da mudança de padrão do capitalismo. Naquela época, ocorre a passagem do modelo de características fordista de acumulação do capital para o de capitalismo flexível baseado na competitividade, na produtividade, na agilidade e na racionalização de custos, gerando uma valorização do componente dos recursos humanos (DELUIZ, 2001). Concomitantemente, na Europa, os sistemas de educação profissional baseados em competências ganhavam espaço para dar conta da formação de trabalhadores aptos para este novo mundo do trabalho globalizado (DELUIZ, 2001; TSUJI; SILVA, 2010).

Na área médica, no Brasil, em 2001, foram lançadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em que se destaca a noção de um egresso em medicina que correspondesse às necessidades da sociedade (BRASIL, 2001). Para tal, procurava-se estruturar os cursos de graduação em medicina com base em competências necessárias para alcançar este objetivo. Porém, com o surgimento desta tarefa, também emergiu a necessidade de se conceituar o que é competência. Ao longo dos anos, vários autores (ZARIFIAN, 2012; PERRENOUD, 1999) tentaram, mas, apesar da proximidade de ideias, inexistiu uma definição única e consensual do que são competências. Assim, há dificuldades e heterogeneidades na organização de currículos baseados nas mesmas. Para tanto, cada currículo deveria procurar a melhor definição que serve para o fim de conquistar seus objetivos (FERNANDEZ et al., 2012; SANTOS, 2011).

Pontos comuns entre as definições englobam os termos conhecimentos e habilidades, além de atitudes (FERNANDEZ et al., 2012; FLEURY; FLEURY, 2001; FRANCO et al., 2014; TSUJI; SILVA, 2010). Outros termos frequentemente utilizados nas definições são: aptidão, atributos, desempenho, juízo, tarefas, ética, valores (BOMFIM, 2012; FERNANDEZ et al., 2012; FRANCO et al., 2014; PERRENOUD, 1999; SANTOS, 2011).

Inicialmente discutida por autores no campo da educação e da pedagogia, algumas definições de competência aparecem de forma recorrente. Para Perrenoud (1999), competência é a capacidade de mobilizar recursos cognitivos, entre eles o conhecimento, para agir eficazmente diante de uma determinada situação. Já Zarifian (2012, p. 66) faz uso do conceito definido em 1998 pelo Conseil National du Patronat Français (CNPF), atualmente Mouvement des Entreprises de France (MEDEF), no qual: “a competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto específico”. (CNPF, 1998, p. 5). A partir deste, Zarifian (2012) realiza uma discussão conceitual e contribui com novas definições sobre a competência:

é "o tomar iniciativa" o "o assumir responsabilidade" do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara. (ZARIFIAN, 2012, p. 68).

é um entendimento prático de situações que se apóia (*sic*) em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações. (ZARIFIAN, 2012, p. 72).

é a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é fazê-los assumir áreas de co-responsabilidade (*sic*). (ZARIFIAN, 2012, p. 74).

Para Deluiz (2001), na área da saúde, a concepção de competência não se reduz à execução de tarefas relacionadas ao trabalho. O autor propõe a noção de competência humana

do cuidado, em sua dimensão ética, considerando a competência profissional como um ato de assumir responsabilidades frente a situações de trabalho complexas. Deluiz (2001) considera como uma atitude social, com capacidade de colocar em ação conhecimentos e tecnologias para prevenir e resolver problemas de saúde, contribuindo para a qualidade de vida dos quais assiste com participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social.

Outro componente que se mostra de suma importância em um conceito de competência profissional na área da saúde deve ser a vivência prática. Franco et al. (2014) destacam que currículos pouco fundados nesta vivência têm poucas chances de alcançar seus objetivos. Para Aguiar e Ribeiro (2010), a competência é uma síntese, uma abstração que só pode ser verificável pela observação da prática profissional e não pode ser avaliada diretamente, mas sim através de desempenhos que traduzem a ação profissional competente. Os currículos devem apresentar conteúdos que possam ser mobilizados em situações práticas, procurando refletir a vida profissional (SANTOS, 2011). O objetivo primordial da formação por competência é preparar um egresso capaz de, além de solucionar problemas, modificar contextos sociais através de gestão responsável e uso consciente de recursos (FRANCO; CUBAS; FRANCO, 2014).

Perrenoud exemplifica que:

Um bom médico consegue identificar e mobilizar conhecimentos científicos pertinentes no momento certo, em uma situação concreta que, evidentemente, não costuma apresentar-se como "um problema proposto em aula" para o qual bastaria encontrar a "página certa em um grande livro" e aplicar a solução preconizada. Que o clínico disponha de amplos conhecimentos (em física, em biologia, em anatomia, em fisiologia, em patologia, em farmacologia, em radiologia, em tecnologia, etc.) não é senão uma condição necessária de sua competência. Se estivesse reduzida a uma simples aplicação de conhecimentos memorizados para casos concretos, iria bastar-lhe, a partir dos sintomas típicos, identificar uma patologia registrada e encontrar, em sua memória, em um tratado ou em um banco de dados, as indicações terapêuticas. As competências clínicas de um médico vão muito além de uma memorização precisa e de uma lembrança oportuna de teorias pertinentes. Nos casos em que a situação sair da rotina, o médico é exigido a fazer relacionamentos, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se ao vivo, em função tanto de seu saber e de sua perícia quanto de sua visão da situação (PERRENOUD, 1999, p. 4).

O currículo do Canadian Family Physician (CFP) realiza uma discussão importante sobre as competências, citando a não distinção entre os termos “competência” e “competências”



na literatura. Uma das definições utilizadas é oriunda de Frank (2010, p. 641, tradução nossa), que considera esta como “uma habilidade observável de um profissional de saúde, integrando vários componentes, como conhecimento, habilidades, valores e atitudes” e aquela como “a preparação de capacidades através de múltiplos domínios ou aspectos da performance médica em certo contexto”. Já Govaerts (2008, p.234, tradução nossa) define competência como “uma capacidade individual para tomar deliberadas decisões de um repertório de comportamentos para manejo de situações e tarefas em contextos específicos da prática profissional” e que estas “sempre implicam na integração de conhecimento, habilidades, julgamento e atitudes”. Desta forma, o termo competências faz menção a várias capacidades observáveis do profissional, integrando componentes demonstrados em contextos clínicos específicos das atividades profissionais. Apesar de sua complexidade, por serem observáveis, podem ser mensuradas e avaliadas em relação a sua aquisição. Já a competência envolve o domínio de várias competências. Considerando sua multidimensionalidade e dinamismo, e a partir destas opiniões, entende-se que o Currículo considera que a competência depende do contexto e envolve altas habilidades na integração de recursos pessoais, como conhecimento, habilidades, julgamento e atitudes, baseados na experiência, na reflexão da prática e na seleção de fontes externas relevantes para tomada de decisões em ambientes complexos (TANNENBAUM, 2011).

Assim sendo, o conceito que melhor expressa as noções de competência de uma forma ampla, englobando os principais componentes acima elencados, explicitando a importância do cenário prático, inerente a um programa de residência médica, e que, portanto, foi escolhido para nortear a confecção das matrizes curriculares desta dissertação, encontra-se nas DCN do curso de graduação em Medicina de 2014, onde competência é:

compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014, art. 8º).

Apesar de as DCN apresentarem esta definição, e muitas escolas médicas adequarem seus cursos de graduação a tais diretrizes, no campo da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC), considerando que a Matriz de Competência em Medicina de Família e Comunidade do Ministério da Educação (MEC) fora publicada em agosto de 2019,

há ainda menos instituições preparadas com programas voltados para competências. Na América do Norte, a American Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME) propôs alterações curriculares na pós-graduação com o intuito de que especialistas fossem formados com as necessidades de saúde da sociedade, seja pelo sistema público ou privado (FERNANDES et al., 2012), corroborando as tendências de expansão do ensino por competências nas profissões da área da saúde, especialmente para a medicina.

## 6.2 CURRÍCULO

A palavra currículo é originária do latim *curriculum*, tendo como significado caminho, percurso, trajetória. Também pode indicar travessia, com ponto de partida e de chegada, ou seja, um caminho a ser seguido (MORAES, 2010). Para Silva (2005), o currículo define lugar, espaço, território, trajetória, viagem, percurso, é texto, discurso, documento. É o documento de identidade de uma escola, o conjunto de princípios que norteiam suas ações, portanto, é uma referência importante na organização do trabalho educacional para formação do estudante (MORAES, 2010).

Muitos currículos não apresentam comprometimento com a realidade social e com o trabalho que executam, sendo incompatíveis com os desejos atuais de sujeitos ativos, críticos, responsáveis, reflexivos, comprometidos socialmente e atuantes no cenário educacional (MORAES, 2010). É justamente neste contexto que os currículos por competências procuram atuar e provocar as mudanças necessárias para propiciar a formação de profissionais neste modelo.

Os currículos das escolas médicas, no século XX, foram estruturados em torno das especialidades médicas, centrando o ambiente de ensino nos hospitais. Esta forma de organização curricular já recebia críticas, na década de 1980, de como o foco na especialização era uma estratégia educacional equivocada. Entendia-se que a experiência propiciada pelo paciente do hospital-escola não era suficiente para lidar com as incertezas e os problemas comuns vivenciados na Atenção Primária à Saúde (APS) (GONÇALVES; QUEIROZ; TRINDADE, 2019).

Várias mudanças são necessárias para que haja uma melhor preparação dos médicos para enfrentarem as demandas exigidas pela APS. Assim, há discussão no âmbito do mercado de trabalho e da carreira médica, porém é na área da educação médica que surgiram os primeiros movimentos.

Estes vêm sendo abordados desde a década de 1990, com foco nas mudanças curriculares, processo iniciado pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica (CINAEM), que, além de outros aspectos, concluiu que havia uma necessidade de maior inserção nos estudantes nos cenários de prática, sobretudo na APS, assim como o aumento no número de médicos no nível primário de atenção à saúde (GONÇALVEZ; QUEIROZ; TRINDADE, 2019).

As discussões levantadas pela CINAEM influenciaram as Diretrizes Curriculares Nacionais. Após, com intuito de fortalecer mudanças no modelo de atenção à saúde, com foco na APS e por meio da reorientação da formação médica, foram lançadas políticas indutoras pelo governo, como o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino Médico (PROMED), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) (GONÇALVEZ; QUEIROZ; TRINDADE, 2019).

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicou um currículo baseado em competências. O documento buscava servir de guia para os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) no país, com autorização para serem realizadas adequações às realidades locais e elaboração de currículos complementares (SBMFC, 2015). Entidades e associações internacionais de Medicina de Família e Comunidade (MFC) também publicaram currículos e guias com o mesmo propósito de facilitar a orientação da formação nesta especialidade médica.

### 6.3 ENSINO E RESIDÊNCIA MÉDICA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O ensino médico, no âmbito da APS, para ser bem-sucedido necessita que haja um bom conhecimento do currículo, um ambiente estimulante ao ensino e que se considere fatores dos alunos, como conhecimentos prévios, diferenças e características individuais e entendimento do tema proposto. Também se faz importante que um projeto de ensino esteja previamente organizado, com um mínimo de conhecimentos sobre o perfil e a quantidade de alunos esperados em cada parte do processo, além de questões relativas aos materiais necessários e ao ambiente onde o processo de ensino-aprendizagem irá ocorrer (LOPES; LOPES, 2019).

Neste contexto, cabe ressaltar a importância do coordenador na orientação pedagógica de seus professores, evitando improvisações e distorções do projeto com consequentes lacunas de conhecimento (LOPES; LOPES, 2019), o que não deve ser entendido como um ensino estático e rígido. Pelo contrário, deve considerar a realidade de cada cenário de prática e ajustar

as atividades às necessidades de cada aluno, considerando-se as competências previamente determinadas. Dessa forma, é possível realizar um aprendizado personalizado otimizando as oportunidades reais ofertadas pela prática na APS.

Há uma estimativa, tanto em estudos nacionais quanto internacionais, que em torno de 80% dos problemas de saúde possam ser manejados de forma adequada na APS (GONÇALVEZ; QUEIROZ; TRINDADE, 2019). Uma valorização da APS e dos médicos de família e comunidade se faz de suma importância para alcançar estes índices. Entretanto, no Brasil, o percentual desses profissionais não ultrapassa 1,4%, ao passo que, no Reino Unido, esse número é de 30,4% (GONÇALVEZ; QUEIROZ; TRINDADE, 2019).

No Brasil, os primeiros programas de residência médica iniciaram em 1944, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) com três programas: Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Físico-Biológica Aplicada (NUNES, 2003). Na área da Medicina Geral Comunitária, surgiram em 1976 no Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul; em Vitória de Santo Antão, em Pernambuco, e na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (FALK, 2004). Em 1980, fora criado o Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição e seu respectivo programa em Medicina Geral Comunitária (denominação utilizada à época), também em Porto Alegre – RS (AUGUSTO, 2019).

A Resolução CNRM nº 07, de 12 de junho de 1981, formalizou os programas de residência médica em Medicina Geral Comunitária (BRASIL, 1981b). Neste mesmo ano foi criada a sociedade da classe, com o nome de Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária. O reconhecimento de especialidade médica veio em 1986 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) com esta denominação, que persistiu até 2001, quando foi alterada para a nomenclatura atual de “Medicina de Família e Comunidade”, pela própria sociedade da classe, agora intitulada de Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (FALK, 2004).

A partir de 2002, o número de vagas em programas de residência médica em MFC começou a apresentar um crescimento considerável. Para acesso no primeiro ano da residência, eram cerca de 250, subindo para torno de 500 em 2006, perto de 1.000 em 2013 e chegando a quase 3.000 vagas em 2017. Apesar deste crescimento quantitativo, a taxa de ocupação caiu de 45% em 2002 para 35% em 2017 (AUGUSTO, 2019).

Conforme mencionado previamente, a Residência Médica se caracteriza pelo treinamento em serviço. Este compõe entre 80 e 90% da carga horária de um programa e é um

dos fundamentos que a diferencia de outras formas de pós-graduação, propiciando o desenvolvimento de habilidades e atitudes que irão contribuir para o desempenho profissional.

Para um PRM-MFC, conforme a Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015, a divisão da carga horária deve ser organizada em atividades na APS, com no mínimo 70% a 80% de dedicação em unidades de cuidados primários de saúde, um mínimo de 10% em atividades em níveis secundários e terciários de atenção e um mínimo de 10% em atividades teóricas (BRASIL, 2015).

Outro fator relativo à residência médica que merece apreciação é a relação entre o médico-preceptor e o médico-residente. Esta não deve se caracterizar por uma imposição hierárquica vertical, mas sim por uma horizontalidade que propicie o aperfeiçoamento profissional do residente. O preceptor, portanto, deve considerar o conhecimento prévio do residente, juntamente com o currículo formal do programa, para estabelecer o melhor plano de ensino, sempre levando em consideração os valores éticos e humanísticos (AUGUSTO, 2019).

Os PRM-MFC enfrentam algumas dificuldades específicas para seu funcionamento. No mercado de trabalho, historicamente, a residência médica tem sido utilizada como uma vantagem para inserção em melhores postos de trabalho na saúde suplementar. Vê-se como algumas especialidades, que figuram com melhores remunerações, apresentam uma concorrência maior pelas vagas de residência. Já, no caso da MFC, há pouco espaço no mercado de trabalho além do sistema público de saúde, frequentemente com poucas possibilidades para progressão em planos de carreira. Fatores estes que contribuem com a ociosidade de vagas e, acabam forçando programas a reduzirem suas vagas ou mesmo encerrarem suas atividades (AUGUSTO, 2019).

Outro ponto importante está na questão da diversidade de cenários onde os PRM-MFC se inserem, muitas vezes longe dos grandes centros urbanos, o que acaba sendo pouco atrativo aos futuros residentes. Historicamente, tem-se visto que os médicos tendem a se concentrar nas capitais dos estados locais que apresentam relações de médicos por habitantes maiores (SCHEFFER, 2018). Esta maior densidade médica nos grandes centros tem-se mantido constante apesar do aumento do número de profissionais, evidenciando a necessidade de políticas que favoreçam uma melhor distribuição dos recursos humanos.

Na tentativa de amenizar estas questões, em 2009, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o SUS. Além da ampliação de vagas, consistia de duas ações principais: (i) o financiamento de bolsas de residência para vagas

novas em programas prioritários que estivessem de acordo com as políticas de saúde do SUS; e (ii) o apoio à criação, ampliação e requalificação de programas de residência médica prioritários por meio do apoio matricial interinstitucional (BRASIL, 2009).

Também competem aos PRM a avaliação dos seus médicos residentes. Os art. 13 e 14 da Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006, tratam do assunto, estabelecendo que todos os programas de residência devem minimamente realizar avaliações trimestrais e manter registro das mesmas. Porém, apresentam lacunas, ao citar apenas algumas modalidades de avaliação (provas escritas, orais, práticas ou de desempenho) e atributos em relação ao residente, deixando sua formulação a cargo do PRM, e não abordando a avaliação do próprio programa ou da preceptoria. (BRASIL, 2006). A Resolução CNRM nº1, de 25 de maio de 2015, estabelece que a avaliação do médico residente, no caso dos PRM-MFC, deve ser abrangente, clara, transparente e registrada por escrito, podendo incluir: (i) acompanhamento e avaliação das atividades do residente; (ii) autoavaliação do residente e preceptores; (iii) supervisão de consultas; (iv) cumprimento de metas estabelecidas previamente; (v) avaliação do residente pela equipe onde está inserido; (vi) avaliação de avanços e correção de dificuldades encontradas; (vii) prova escrita e (viii) trabalho final de conclusão (BRASIL, 2015).

A avaliação deve proporcionar aprendizagem, através de análise crítica do processo de ensino-aprendizagem, elencando pontos positivos e descobrindo novas lacunas de saber a serem abordadas. Deve-se pensar em como o método avaliativo vai atuar na prática, considerando seu contexto, objetivos, e como irá contribuir para o aprendizado futuro. Não deve consistir apenas em um instrumento medidor de rendimentos (DAUDT; PINTO; LOPES, 2019).

Basicamente, cabe comentar que existem duas principais formas de avaliação, (i) a formativa – realizada ao longo do curso, avalia o progresso do ensino-aprendizagem, e (ii) a somativa – que não considera o processo de ensino-aprendizagem, nem os conhecimentos prévios dos estudantes, mas quando aplicada adequadamente é útil para avaliação da aquisição de conhecimentos e habilidades e na decisão sobre a progressão ou certificação dos estudantes (DAUDT; PINTO; LOPES, 2019). Entende-se que um sistema avaliativo não deve ser composto de apenas uma forma de avaliação, pois ambas possuem peculiaridades tanto positivas quanto negativas. Como comentado, a avaliação somativa é importante para certificação e decisão sobre progressão no curso, pois apresenta boa capacidade para avaliar a aquisição de conhecimentos e habilidades. Entretanto, não considera o conhecimento prévio e o percurso realizado pelo estudante, impossibilitando a realização de intervenções no processo de ensino durante este trajeto, além do mais, apresenta caráter classificatório e comparativo entre os estudantes. A avaliação formativa por apresentar contato constante de avaliação entre

aluno e professor, supre essas lacunas, porém apresenta limitações na sua prática por não ser muitas vezes bem compreendida pelos envolvidos no processo avaliativo e por apresentar um número menor, apesar de crescente, de referencial teórico sobre o assunto (BORGES, 2014).

A principal finalidade de um processo avaliativo em um PRM-MFC deve ser definir se o residente é considerado, no mínimo, apto a ser médico de família. Nos currículos por competência, a elaboração de um sistema de avaliação é uma tarefa que envolve dificuldades devido à complexidade da formação de competências profissionais. Nenhum método isolado é capaz de avaliar definitivamente a aquisição de determinada competência (DAUDT; PINTO; LOPES, 2019).

É importante que, após a formação, os médicos (assim como qualquer profissional de outra área) mantenha seus conhecimentos atualizados. O caso do médico de família e comunidade, egresso da residência médica, não é diferente. Estes, por utilizarem frequentemente de conhecimentos de várias áreas da medicina, são mais passíveis de rápida desatualização e, além disso, habitualmente lidam com a tomada de decisões com níveis de incerteza superiores a outras especialidades médicas (GOMES; MARREIROS, 2019).

A educação médica continuada é caracterizada como um conjunto de atividades desenvolvidas por um médico, formado e devidamente habilitado para exercício profissional, com a finalidade de renovar, incrementar e atualizar as suas capacidades profissionais (GOMES; MARREIROS, 2019).

O PRM-MFC deve estimular o residente e lhe fornecer ferramentas úteis para o seu desenvolvimento profissional contínuo após a formação no programa.

## 7 METODOLOGIA

A metodologia adotada foi uma revisão literária integrativa composta por duas etapas principais.

A primeira consistiu na busca e análise de currículos e orientações curriculares já publicadas/propostas por entidades médicas internacionais e nacionais reconhecidas e que tenham relação com ensino médico e/ou medicina de família e comunidade. Esta busca foi realizada diretamente nos sites da internet das instituições citadas e pela lista de referências tanto destes currículos (quando encontrados) quanto dos artigos selecionados pela próxima etapa da pesquisa. O Quadro 1 lista algumas informações sobre os currículos encontrados e analisados.

**Quadro 1** – Currículo Baseados em competências de Instituições de Ensino/Medicina de Família e Comunidade.

<b>Instituição</b>	<b>País/Sede</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>
AAFP	EUA	Family Medicine Residency Curriculum Guidelines	2014-2019
ACGME/ABFM	EUA	The Family Medicine Milestone Project	2015-2019
CFP	Canadá	Triple C Competency-based Curriculum	2011
CFP	Canadá	CanMEDS – Family Medicine – A competency framework for family physicians across the continuum	2017
RACGP	Austrália	Curriculum for Australian General Practice	2016
RCGP	Reino Unido	The RCGP Curriculum: Core Curriculum Statement	2016
		The RCGP Curriculum: Being a General Practitioner	2019
RCGP	Reino Unido	The RCGP Curriculum: Professional & Clinical Modules	2016
		The RCGP Curriculum: The Curriculum Topic Guides	2019



(continuação)

<b>Instituição</b>	<b>País/Sede</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>
semFYC	Espanha	Family and Community Medicine Training Programme	2005
MEC	Brasil	Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade	2019
SBMFC	Brasil	Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade	2015
USP	Brasil	Série Manual do Médico-Residente: Medicina de Família e Comunidade	2017
WONCA	Global	The European Definition of General Practice / Family Medicine	2011

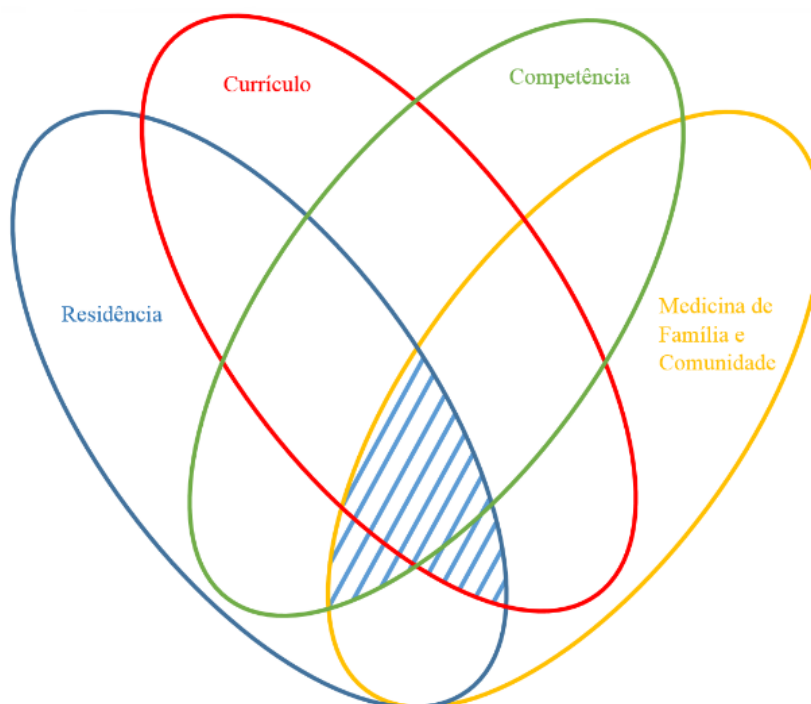
AAFP - American Academy of Family Physicians; ABFM - The American Board of Family Medicine; ACGME - The Accreditation Council for Graduate Medical Education; CanMEDS-FM – Matriz de competências para Médicos de Família do College of Family Physicians of Canada; CFP - The College of Family Physicians of Canada; EUA – Estados Unidos da America; MEC – Ministério da Educação; RACGP - Royal Australian College of General Practitioners; RCGP - Royal College of General Practitioners; SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; SemFYC - Sociedad Española de Medicina de Família y Comunitaria; USP – Universidade de São Paulo; WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians;

Fonte: Elaborado pelo autor.

A segunda etapa consistiu em uma estratégia de busca em bases de dados online (PubMed, Periódicos CAPES, BIREME/BVS e SCIELO) pelos seguintes temas: Residência, Medicina de Família e Comunidade, Currículo, Competências.

As relações entre os temas foram definidas com o uso dos operadores booleanos (AND e OR), dos símbolos (\*) ou (\$) para truncagem das palavras e consequente inclusão dos plurais, dos termos compostos entre aspas e das combinações entre os termos entre parênteses. Esta estratégia foi assim delineada com a finalidade de especificar melhor as relações entre os termos e para facilitar a pesquisa por artigos que se relacionem com o ensino médico por competências, considerando o amplo campo de conhecimento que cada um dos temas, isoladamente, significa e se apresenta na literatura. A Figura 2 representa graficamente os termos pesquisados e as interseções entre eles, sendo que a área hachurada corresponde ao campo de estudos selecionados para análise.

**Figura 2** – Representação gráfica dos campos da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Nas bases de dados que dispunham de pesquisa avançada com filtro para termos MeSH (Medical Subject Headings) ou DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), os mesmos foram utilizados para refiná-la. O Quadro 2 demonstra a estratégia utilizada em cada base de dados, conforme esta descrição.

**Quadro 2** – DeCS/MeSH utilizados de acordo com a base de dados.

Idioma	DeCS/MeSH	Base de dados
Português	Residência AND "Medicina de família e comunidade" AND Currículo OR Competência	SciELO
Espanhol	Residencia AND "Medicina Familiar y Comunitaria" AND Curriculum OR Competencia	SciELO
Inglês	Residency AND "Family Practice" AND Curriculum OR Competence	SciELO
Português	Residência AND "Medicina de família e comunidade" AND (Currículo OR Competência)	CAPES
Espanhol	Residencia AND "Medicina Familiar y Comunitaria" AND (Curriculum OR Competencia)	CAPES

(continuação)

Idioma	DeCS/MeSH	Base de dados
Inglês	Residency AND “Family Practice” AND (Curriculum OR Competence)	CAPES
Inglês	((((“Family Practice/education”[Mesh] AND “Internship and Residency/education”[Mesh]) AND (“Curriculum/education”[Mesh] OR “Curriculum/methods”[Mesh] )) OR “Clinical Competence/education”[Mesh]) OR “Professional Competence/education”[Mesh]) OR “Competency-Based Education/methods”[Mesh]))))	PubMed
Português	tw:((instance:"regional") AND ( mh:("Internato e Residência/ES" OR "Internato e Residência/MT" OR "Internato e Residência/OG" OR "Internato e Residência/ST" OR "Internato e Residência/TD" AND "Medicina de Família e Comunidade/ED" OR "Medicina de Família e Comunidade/ES" OR "Medicina de Família e Comunidade/MT" OR "Medicina de Família e Comunidade/OG" OR "Medicina de Família e Comunidade/IS" OR "Medicina de Família e Comunidade/ST" OR "Medicina de Família e Comunidade/TD")))) AND (instance:"regional") AND ( mh:("Currículo/ST" OR "Currículo/TD" OR "Competência Clínica" OR "Competência Profissional/ST" OR "Educação Baseada em Competências/MT" OR "Educação Baseada em Competências/OG" OR "Educação Baseada em Competências/ST" OR "Educação Baseada em Competências/TD" OR "Educação Baseada em Competências/ES")))	BIREME/BVS

AND, OR – Operadores Booleanos; BIREME/BVS – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Biblioteca Regional de Medicina)/Biblioteca Virtual em Saúde; CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; DeCS – Descritores em Ciências da Saúde; MeSH – Medical Subject Headings; ED (educação), ES (ética), OG (organização & administração), MT (métodos), ST (normas), TD (tendências)– Qualificadores DeCS.

Os critérios de inclusão foram estudos qualitativos que (i) contivessem posicionamentos sobre as competências necessárias à formação médica e/ou do médico residente; (ii) apresentassem matrizes de competências; (iii) descrevessem implementações curriculares; (iv) abordassem avaliação na residência; (v) discutissem sobre os currículos baseados em competências ou (vi) sobre o ensino das competências na residência de MFC.

Foram analisados os títulos, os resumos e, quando necessário, os artigos originais publicados entre 2005 e 2020 (período de 16 anos).

Os critérios de exclusão foram estudos que abordassem o currículo ou educação médica sem enfoque em competências; estudos que abordassem currículo de outras especialidades médicas que não apresentavam afinidade com a MFC (por exemplo, competências no campo da cirurgia, anestesiologia, radiologia, entre outras); estudos com foco apenas na graduação; cartas a editores; e estudos sobre atividades profissionais confiabilizadoras (“Entrustable Professional Activities” - EPAs).

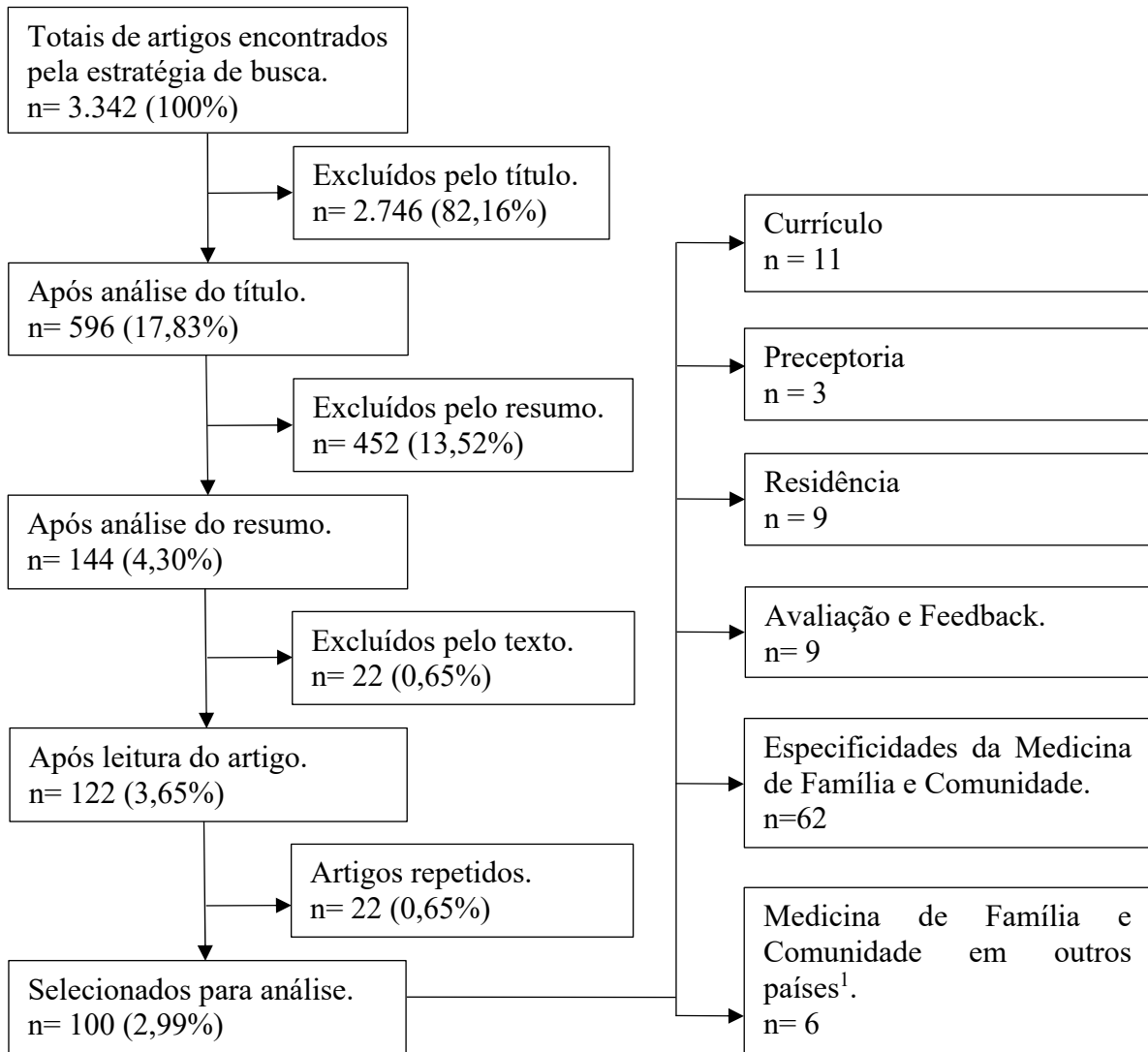
Foi realizada revisão das referências bibliográficas dos artigos selecionados e, quando indicado, a busca e análise do artigo original.

A partir dos artigos selecionados por meio da estratégia de busca e dos currículos descritos na primeira etapa foram extraídos os dados condizentes com o perfil de competências desejadas para formação do médico de família e comunidade. Foi realizada análise a fim de evidenciar os mais frequentes e de maior importância para a formação em MFC. Estas informações, então, fizeram parte, juntamente com os dados extraídos dos currículos das entidades médicas (Quadro 1), dos componentes base para a composição do currículo proposto neste trabalho.

A estratégia de busca foi realizada primeiramente em dezembro de 2019 e revisada em agosto de 2020 em busca de novas publicações. Os resultados destas pesquisas e da análise dos artigos encontrados e categorizados estão exemplificados na Figura 3.

Alguns fatores podem ser destacados como limitações à pesquisa: (i) a restrição do tema em medicina de família e comunidade e em nível de residência médica, sendo que muita produção tem sido feita no âmbito da graduação ou de outras formas de pós-graduação, assim como em outras especialidades; (ii) a não disponibilidade de acesso a alguns currículos internacionais que só estão acessíveis a membros das entidades, mediante associação; (iii) a não inclusão da totalidade de bases de conhecimentos científicos na estratégia de busca; (iv) a não realização da busca na literatura cinza; e (v) a não realização de uma ampla discussão com a sociedade, a comunidade e todos agentes envolvidos na implantação de um programa de residência médica.

**Figura 3** – Resultado da estratégia de busca e análise dos resultados.



1 – Exclui os países cujos currículos publicados entraram para análise (Austrália, Brasil, Canadá, Espanha, Estados Unidos da América, Inglaterra).

Fonte: Elaborado pelo autor.

## 8 CURRÍCULOS BASEADOS EM COMPETÊNCIAS

Conforme discutido anteriormente, o ensino por competências tem conquistado espaço na educação médica, incluindo-se neste contexto a pós-graduação. O caso da Medicina de Família e Comunidade não é diferente, e várias entidades internacionais e nacionais têm organizado estas competências em formato de currículos para guiarem os cursos de residência sob seus domínios. Neste sentido, segue uma síntese sobre cada um dos currículos selecionados conforme a metodologia descrita anteriormente no Quadro 1, organizados por país de origem.

Para facilitar a leitura os currículos estão organizados na seguinte ordem: (i) Definição Europeia (Wonca) de Medicina Geral e Familiar; (ii) Programa da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade da Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); (iii) Currículo do Royal College of General Practitioners (RCGP) da Inglaterra; (iv) Currículo para a Prática Geral do Royal Australian College of General Practitioners (RACGP); (v) Triplo C - Currículo Baseado Em Competências da Canadian Family Physician; (vi) Projeto Marcos para Medicina de Família da Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) dos Estados Unidos da América; (vii) Diretrizes Curriculares da Residência em Medicina de Família da American Academy of Family Physicians (AAFP) dos Estados Unidos da América; (viii) Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); (ix) Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade do Ministério da Educação; (x) Manual de Competências da Universidade de São Paulo.

### 8.1 A DEFINIÇÃO EUROPEIA (WONCA) DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

A WONCA Europa (a filial europeia da World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) apresentou a terceira edição (2002, 2005, 2011) de um documento que consiste em um consenso sobre as obrigações profissionais e competências requeridas do médico de família, apresentando compromisso com qualidade e custo-efetividade para adequar às necessidades de saúde da população no século XXI. A Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar (WONCA Europa) é uma organização regional da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) e promove liderança acadêmica e científica na disciplina de Medicina Geral e Familiar no continente europeu com trinta países associados.

As reformas nos sistemas de saúde, por mudanças demográficas, econômicas, avanços da medicina e mudança no padrão de necessidades e expectativas dos pacientes acontecem de forma dinâmica. A opinião clínica não é mais tida como “sagrada” e a necessidade de diálogo entre os provedores de saúde é crescente. Os médicos de família devem estar cientes disso e serem hábeis a atuar neste ambiente, para tanto, devem receber treinamento que lhes proveja as habilidades necessárias para suprir estas demandas e atuar na prática em qualquer país membro, oferecendo um bom cuidado e sendo custo-efetivo. É vital que o complexo papel dos médicos de família nos sistemas de saúde seja compreendido tanto pela comunidade médica, como pelas outras profissões da saúde, planos de saúde, gestores e pela população.

Algumas definições trazidas no documento são importantes para o entendimento das competências e orientações propostas para os currículos. Para a WONCA Europa, medicina de família é:

uma disciplina acadêmica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, pesquisas, base de evidência e atividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários. (WONCA EUROPE, 2011, p. 8)

E os médicos de família:

são especialistas com formação nos princípios da disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, independentemente da sua idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto das respectivas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Quando negociam os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo aos conhecimentos e à confiança gerados pelos contatos médico-paciente repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos. Conseguem-no quer diretamente, quer através dos serviços de outros profissionais, consoante às necessidades de saúde e aos recursos disponíveis na comunidade servida, auxiliando os pacientes, sempre que necessário, a acederem àqueles serviços. Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efetivos e seguros.” (WONCA EUROPE, 2011, p. 12)

Também são descritas características da disciplina, nas quais os médicos de família devem ser treinados, como o primeiro contato com o sistema de saúde, sem haver distinções entre as pessoas, o uso eficiente de recursos, a coordenação do cuidado, o cuidado longitudinal, a abordagem centrada na pessoa, o empoderamento do paciente, a comunicação efetiva, a epidemiologia das doenças na comunidade, o lidar com apresentações indiferenciadas, agudas e crônicas das doenças, a responsabilidade sobre a comunidade e a visão multidimensional dos problemas de saúde (físico, psicológico, cultura, social e existencial). Os médicos de família são responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção das competências adquiridas prestando cuidados em saúde de forma segura e efetiva.

As competências centrais apontadas pelo documento estão subdivididas totalizando doze características que definem as habilidades do especialista em medicina de família. Há, também, a recomendação de três aspectos adicionais a serem considerados como essenciais na aplicação das competências. Um resumo destas orientações pode ser visualizado no Quadro 3 e na Figura 4.

**Quadro 3** – Competências centrais, características e aspectos da disciplina de Medicina de Família.

<b>Competências Centrais</b>	<b>Características</b>	<b>Aspectos Adicionais</b>
Cuidados Primários em Saúde	- Primeiro contato: não devendo fazer distinção em relação a idade, sexo ou tipo de problema de saúde.	1 – Contexto: Entender o contexto do ambiente de trabalho, comunidade, cultura, estrutura financeira e regulatória e de condições de trabalho;
	- Uso eficiente de recursos: coordenação do cuidado, trabalho multiprofissional e com especialistas.	
Cuidado Centrado na Pessoa	- Abordagem orientada ao indivíduo, sua família e sua comunidade.	2 – Atitude: baseados nas capacidades, valores e ética profissionais do médico;  3 – Científica: abordagem crítica, baseada em evidências e manutenção do aprendizado e melhoria de qualidade contínuas.
	- Empoderamento do paciente: promove educação em saúde e autocuidado contínuas do paciente.	
	- Comunicação efetiva: estabelece relação com o paciente ao longo das consultas.	
	- Cuidado continuado: longitudinalidade.	

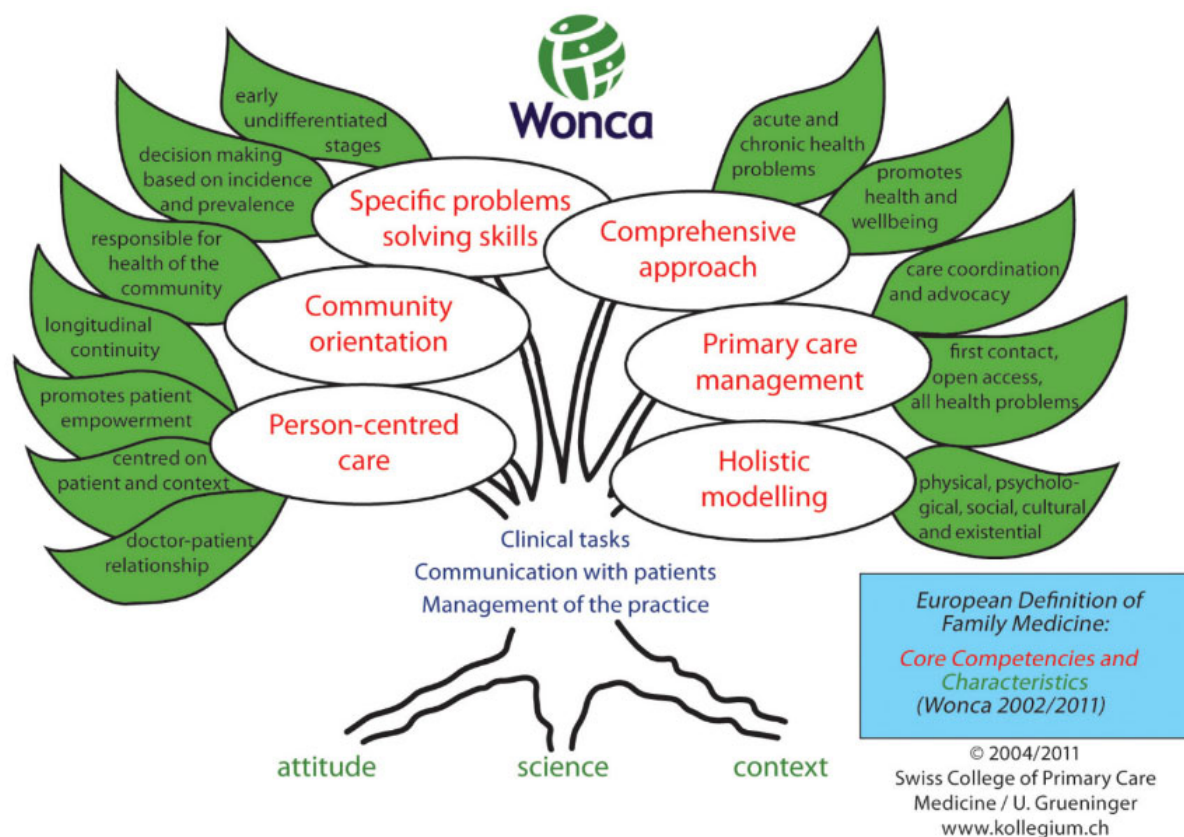


(continuação)

<b>Competências Centrais</b>	<b>Características</b>	<b>Aspectos Adicionais</b>
Resolução de Problemas	<p>- Tomada de decisões pela prevalência e incidência de doenças na comunidade: probabilidade de doença diferente do cenário hospitalar.</p> <p>- Manejo simultâneo de problemas, agudos e crônicos: manejo hierárquico dos problemas</p>	<p>1 – Contexto: Entender o contexto do ambiente de trabalho, comunidade, cultura, estrutura financeira e regulatória e de condições de trabalho;</p> <p>2 – Atitude: baseados nas capacidades, valores e ética profissionais do médico;</p> <p>3 – Científica: abordagem crítica, baseada em evidências e manutenção do aprendizado e melhoria de qualidade contínuas.</p>
Abordagem Abrangente	<p>- Manejo de condições indiferenciadas e em estágios iniciais: avaliação de risco, consultas subsequentes.</p> <p>- Promoção da saúde e bem-estar: intervenções apropriadas, efetivas e baseadas em evidência. Prevenção quaternária.</p>	
Orientação Comunitária	- Responsabilidade pela saúde comunitária: manejo de conflitos entre o paciente e o sistema de saúde.	
Modelagem Holística	- Lida com problemas de saúde em todas as suas dimensões: física, psicológica, social, cultural e existencial.	

Fonte: Adaptado de WONCA EUROPE (2011).

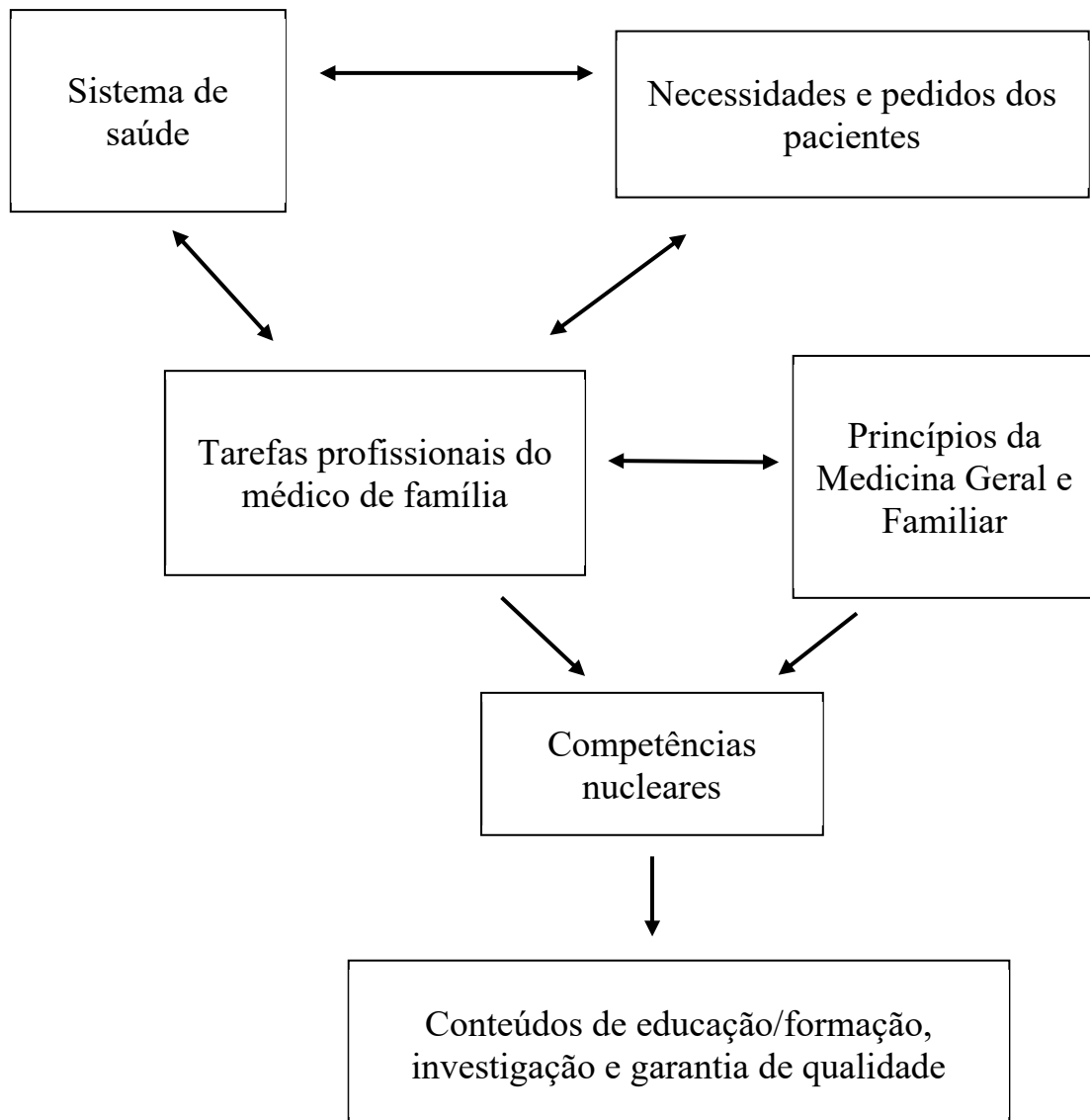
**Figura 4** – Árvore de competências da WONCA.



Fonte: WONCA EUROPE (2011). p. 3.

Esta interrelação de competências centrais, características e aspectos fundamentais identifica a disciplina e a especialidade. É esta complexa ligação entre as competências e os princípios da medicina familiar, associadas às demandas assistenciais e do sistema de saúde, que deve orientar as prioridades para o ensino, a pesquisa e a melhoria de qualidade Figura 5.

**Figura 5** – Relação entre os princípios da disciplina e as demandas dos médicos de família.



Fonte: WONCA EUROPE (2011). p. 14, tradução nossa.

Na proposta da WONCA, o tempo de treinamento está definido em um mínimo de dois anos sendo um mínimo de seis meses deste período em um ambiente generalista. Uma proposta de um mínimo de três anos com metade deste tempo atuando em ambiente generalista não foi homologada, mesmo assim, alguns países têm estendido o treinamento inclusive além dos três anos sugeridos.

## 8.2 ESPANHA: PROGRAMA DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Em sua parte introdutória, este currículo da Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), de 2005 (o quinto na história da especialidade na Espanha), contextualiza temporalmente alguns marcos, como a criação da especialidade em 1978, as profundas reformas na atenção primária em 1984 e a promulgação da Lei Geral da Saúde em 1986.

Nesta edição ampliou-se o tempo de formação de três para quatro anos, assim como ocorreu em outros países da Europa: Áustria, Dinamarca e Finlândia. Aproximando-se das recomendações da União Europeia de Médicos Generalistas (UEMO) que mencionam inclusive uma duração de cinco anos para o programa de residência na especialidade.

O currículo desenvolve cinco áreas de competências: (i) essenciais (comunicação, raciocínio clínico, gestão dos cuidados de saúde e bioética); (ii) cuidados individuais ao paciente; (iii) cuidados de saúde familiar; (iv) cuidados de saúde comunitária; e (v) educação e pesquisa contínuas. Este programa procura fornecer uma ferramenta dinâmica, com revisões periódicas que se adaptem às necessidades dos desenvolvimentos científicos e da sociedade na qual se insere. Algumas características evidenciadas ao longo do documento fortalecem a MFC, como a defesa de que os tutores tenham um papel central e que a APS seja o alicerce do sistema de saúde.

No que diz respeito ao perfil profissional, o médico de família deve ser comprometido com as pessoas, a sociedade, o aprimoramento contínuo do seu trabalho, a sua especialidade e a ética. Também é desejável que se mantenha atualizado, defenda as características e fortalecimento de sua especialidade, auxiliando no ensino de novas gerações de residentes. É importante que adote uma postura respeitosa perante a autonomia do paciente, colocando-o no centro do cuidado, coordenando e atuando como porta de entrada para o sistema. O médico de família deve ter o entendimento de que atos médicos desnecessários (sejam exames, procedimentos, referências a outros médicos), além de causar risco ao paciente, são responsáveis por um gasto desnecessário para o sistema que podem resultar em privação de outros benefícios à população – prevenção quaternária. O perfil profissional do médico de família deve englobar competências de comunicação, raciocínio clínico, gestão, bioética, cuidado individual, cuidados familiares e comunitários e competências na área de educação e pesquisa. Para a aquisição destas é necessário que desenvolva habilidades de escuta e empatia,

tenha capacidade de lidar com estágios precoces das doenças e sintomas inespecíficos, saiba trabalhar em equipe e fazer uso da medicina baseada em evidências.

O residente deve ser comprometido com o cuidado continuado, longitudinal e holístico, realizar corretamente diagnósticos, planos terapêuticos (considerando tanto medidas farmacológicas quanto não-farmacológicas) entender o contexto da família dentro da sociedade na qual se insere e ser uma fonte de cuidado em saúde, estar em um processo educacional contínuo para manter e melhorar as competências profissionais, colaborando com o treinamento da medicina de família tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação. Para que o residente tenha sucesso em seu treinamento, o programa de especialização deve atender às demandas da sociedade e estar ligado intimamente com o perfil profissional do médico de família. Para tal tarefa são apresentadas algumas características gerais: (i) flexibilidade – considera que o objetivo final do programa deve ser a aquisição de habilidades e não o método utilizado, podendo acontecer em diversos ambientes de ensino; (ii) relação preceptor-residente – uma peça central do processo de treinamento teórico e prático, com o tutor participando pessoalmente, de forma progressiva no treinamento e sendo responsável pelas adaptações individuais no planejamento do treinamento de acordo com as necessidades de cada residente; (iii) níveis de prioridade – divididas em três níveis: indispensáveis, importantes e excelência - e responsabilidade – divididas nos níveis de atenção: primária, secundária e terciária; (iv) avaliação – envolvendo um processo complexo de ensino com o objetivo de detectar, melhorar e corrigir deficiências quando necessário; e (v) guia de recursos – fornece um guia de fontes de informação com o intuito de transmitir aos residentes a importância do autoaprendizado e da atualização contínua de conhecimento, inclusive após o período de residência.

No quesito das metodologias, o currículo da sociedade espanhola cita cinco métodos de ensino para auxiliar na aquisição das competências do programa: (i) estudo autodirigido; (ii) aprendizagem em contexto; (iii) aulas expositivas; (iv) aprendizado em pequenos grupos; (v) oficinas.

A estrutura e os conteúdos do programa foram divididos em sessões (Quadro 4). Em cada uma delas, estão apontados os objetivos a serem atingidos ao fim do treinamento, as recomendações de metodologias de ensino, os locais de aprendizado, o tempo dedicado às atividades, os métodos avaliativos, a bibliografia recomendada. Também constam as atividades agrupadas por prioridades e níveis de responsabilidades conforme demonstrado no Quadro 5.

**Quadro 4 –** Grade de competências do currículo da SemFYC e suas subdivisões.

<b>Competências Essenciais</b>	Comunicação	A consulta clínica	
		Relação médico-paciente	
	Raciocínio clínico	Tomada de decisão	
		Método clínico centrado na pessoa	
	Gestão de cuidado em saúde	Trabalho em equipe	
		Gestão e coordenação do cuidado	
		Sistemas de informação	
		Gerenciamento da qualidade	
		Responsabilidades civis e médico-legais	
	Bioética		
<b>Competências individuais de cuidados de saúde</b>	Abordagem às necessidades em saúde e problemas	Problemas cardiovasculares	
		Problemas respiratórios	
		Problemas do trato digestivo e fígado	
		Doenças infecciosas	
		Problemas endocrinológicos e metabólicos	
		Problemas comportamentais e de relacionamento	
		Problemas do sistema nervoso	
		Problemas hematológicos	
		Problemas de pele	
		Traumas, acidentes e envenenamentos	
		Problemas renais e do trato urinário	
		Problemas musculoesqueléticos	
		Problemas otorrinolaringológicos	
		Problemas dos olhos	
	Comportamentos de vício		
	Abordagem a grupos populacionais e de risco	Cuidados agudos e de emergência	
		Cuidados em saúde infantil	
		Cuidados em saúde de adolescentes	
		Cuidados em saúde da mulher	
		Cuidados em saúde do adulto	
		Cuidados em saúde ocupacional	
		Cuidados em saúde do idoso	
		Cuidados com pacientes com deficiências	
		Cuidados de saúde para os doentes terminais, aconselhamento de luto, cuidadores.	
		Situações de risco com a família e sociedade	
		<b>Competências em saúde da família</b>	
		<b>Competências em saúde comunitária</b>	
<b>Competências educacionais e de pesquisa</b>		Educação e treinamento	
	Metodologia de pesquisa		

Fonte: semFYC (2005).

**Quadro 5** – Exemplo de atividades no campo da diabetes conforme níveis de prioridade e responsabilidade.

Conhecimentos, Atitudes e Habilidades por Níveis de Prioridade	Nível de Responsabilidade
<p><b>Prioridade I</b></p> <p>Estratégias preventivas: em populações de risco, oportuna.</p> <p>Critérios para diagnóstico da diabetes: Fatores de risco, sinais e sintomas, critérios diagnósticos, classificação da diabetes.</p> <p>Avaliação inicial no momento do diagnóstico de diabetes: início do tratamento, monitoramento metabólico, rastreamento de complicações crônicas.</p> <p>Seguimento do diabetes:</p> <p>Monitoramento metabólico: monitorar objetivos, significado da HbA<sub>1c</sub>, frutossamina, glicemia, glicosúria, cetonúria, lipídios, peso, pressão arterial.</p> <p>Rastreamento para complicações crônicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinopatia: interpretação do relatório de exame ocular.</li> <li>• Nefropatia: albuminúria, creatinina.</li> <li>• Doença cardiovascular: fatores de risco, cálculo de risco cardiovascular.</li> <li>• Pé diabético: exame, pulsos periféricos, teste de monofilamento.</li> </ul> <p>Prevenção e tratamento de complicações agudas.</p> <p>Tratamento do diabetes tipo 2: Nutrição básica. Exercício físico. Intervenção antitabagismo mínima. Grupos farmacológicos (mecanismo de ação, indicações, efeitos secundários, interações, contraindicações, efetividade, custo). Uso de drogas em monoterapia e terapia combinada. Insulinoterapia.</p> <p>Educação em saúde: individual (entrevista motivacional)</p> <p>Técnicas de manejo: injeção, autoanálise, automonitoramento, tratamento intensivo.</p> <p>Estratégias de rastreamento e diagnóstico da diabetes gestacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado compartilhado.</li> <li>• Cuidado compartilhado entre médico e enfermeira.</li> </ul> <p>Indicação para consulta com outros especialistas.</p> <p>Métodos contraceptivos para mulheres em idade fértil com diabetes.</p> <p>Aconselhamento sobre o momento da gravidez.</p> <p>Manejo de pacientes em situações de emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicações agudas.</li> </ul> <p>Avaliar o contexto familiar e psicossocial do paciente com diabetes.</p>	<p>Primária</p> <p>Primária</p> <p>Primária</p> <p>Primária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária</p> <p>Primária</p> <p>Primária</p> <p>Primária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária</p> <p>Primária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária</p>

(continuação)

<b>Conhecimentos, Atitudes e Habilidades por Níveis de Prioridade</b>	<b>Nível de Responsabilidade</b>
<p><b>Prioridade II</b></p> <p>Estratégias preventivas em populações de risco, comunidade.</p> <p>Educação em saúde para grupos.</p> <p>Tratamento de complicações crônicas.</p> <p>Rastreamento de complicações crônicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinopatia: exame ocular e/ou retinografia digital.</li> <li>• Pé: Doppler, índice tornozelo/braço, podometria.</li> </ul> <p>Cuidado compartilhado para gestantes com diabetes.</p> <p>Cuidado compartilhado para crianças com diabetes, para as crianças e os pais: Apoio psicológicos, resolução de dúvidas e preocupações, monitorização em doenças intercorrentes, vacinação para gripe, conformidade.</p> <p>Cuidado compartilhado para adolescentes com diabetes: Suporte psicológico, resolução de dúvidas e preocupações, monitorização em doenças intercorrentes, educação específica sobre contracepção e planejamento gestacional, tabagismo, álcool e drogas.</p>	<p>Primária</p> <p>Primária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária/ Secundária</p>
<p><b>Prioridade III</b></p> <p>Nutrição avançada.</p> <p>Insulinoterapia intensiva.</p> <p>Tratamento da diabetes gestacional através de dieta e/ou insulina.</p> <p>Avaliar o contexto de famílias em crise com pacientes diabéticos.</p>	<p>Primária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária/ Secundária</p> <p>Primária/ Secundária</p>

Fonte: semFYC (2005). p. 56-57. tradução nossa.

Como citado anteriormente, o currículo da SemFYC está estruturado com uma duração de quatro anos. Ao longo de todo período de treinamento, é recomendado que os residentes tenham uma complementação do conhecimento adquirido através de estudos autodirigidos e aprendizagem de campo por meio de aulas teóricas e práticas, sendo um total de trezentas (300) horas recomendadas e duzentas (200) horas consideradas como o quantitativo mínimo para estas atividades.

O currículo da sociedade espanhola apresenta um cronograma geral com os locais para o desenvolvimento das atividades para cada ano de residência (Quadro 6). Neste roteiro, recomendam que o início do estágio do residente de primeiro ano seja na Atenção Primária, e que preferencialmente tenha duração de seis meses. Os estágios eletivos podem ser substituídos por atividades no centro de saúde, se os tutores julgarem aqueles desnecessários. No quarto ano, o residente deve ser capaz de desempenhar papel ativo nas atividades do centro de saúde com



total autonomia e sem a ajuda do tutor, podendo recorrer ao seu tutor principal, ao tutor de apoio ou outros médicos do centro em situações complexas e caso de necessidade.

**Quadro 6** – Cronograma do Currículo da Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade (SemFYC).

<b>Primeiro Ano</b>
Aprendizagem em contexto nos cuidados primários: 3-6 meses Aprendizagem em contexto em medicina interna e áreas especializadas: 5-8 meses Férias: 1 mês Aprendizagem em contexto em Trauma e Emergência (regime de plantões) Aprendizagem autodirigida Aulas/Trabalhos de grupo/Workshops
<b>Segundo e Terceiro Anos</b>
Aprendizagem no contexto da medicina interna, especialidades e áreas cirúrgicas: 8 meses Aprendizagem em contexto nos cuidados primários: 3 meses (R2) num centro de saúde rural Aprendizagem no contexto dos cuidados de saúde das crianças: 2 meses Aprender no contexto da saúde mental: 3 meses Aprender no contexto dos cuidados de saúde da mulher: 3 meses Estágios eletivos complementares ou aprendizagem em contexto no centro de saúde: 3 meses (R3) Férias: 2 meses Aprendizagem em contexto em Trauma e Emergências (regime de plantões) Aprendizagem autodirigida Aulas/Trabalhos de grupo/Seminários
<b>Quarto Ano</b>
Aprendizagem no contexto dos cuidados primários: 11 meses Feriados: 1 mês Aprendizagem em contexto em Trauma e Emergências (regime de plantões) Aprendizagem autodirigida Aulas/Trabalhos de grupo/Seminários

R2 – Residente do segundo ano. R3 – Residente do terceiro ano.

Fonte: semFYC (2005), p. 16. tradução nossa.

O currículo em questão prevê três perfis de tutores responsáveis pela docência: (i) principal; (ii) de apoio; e (iii) hospitalar. Além dos tutores participam do processo formativo, direta ou indiretamente os colaboradores docentes, os técnicos de saúde pública, o coordenador da unidade, a comissão conselheira entre outras figuras docentes.

O tutor principal deverá ser especialista em Medicina de Família e Comunidade e será o mesmo ao longo dos quatro anos de formação, podendo ser responsável por, no máximo, dois residentes, mas podendo ser tutor de apoio de outros residentes. Dentre suas funções, (i) deve orientar o residente ao longo de todo curso de residência, ajudando-o a identificar suas necessidades de aprendizagem e os objetivos de cada estágio; (ii) supervisionar a formação,

corrigindo deficiências ao longo do período de residência; (iii) prover suporte na resolução de conflitos, sendo interlocutor e protetor dos direitos dos residentes; (iv) favorecer a autoaprendizagem e a responsabilidade progressiva do residente; (v) fomentar a atividade docente e pesquisadora do residente; (vi) ser o principal responsável pela avaliação formativa e continuada, participando ativamente deste processo; e (vii) participar na elaboração do relatório anual das atividades pedagógicas realizadas pelos residentes. A relação entre o tutor e o residente não deve ser de mestre-aprendiz e se caracterizar pela transmissão vertical de conhecimento, tampouco basear-se em amizade ou companheirismo, mas ser um modelo de colaboração centrado na pessoa, apresentando um papel individualizado e adaptado às características de cada residente, permitindo-o participar das definições dos objetivos de aprendizagem e da responsabilização progressiva ao longo do seu período formativo.

Por fim, no quesito avaliação o currículo utiliza um Plano Avaliativo Geral que deve ser aprovado pela comissão consultiva, estar de acordo com a legislação vigente do país e consistir na avaliação tanto do médico residente quanto do corpo docente. Neste planejamento deverá constar o plano estratégico, ferramentas específicas para avaliação do residente (autoavaliação, relatório de estágios, análise de registros, casos clínicos, etc.), protocolos avaliativos para os períodos de estágios e da estrutura formativa, planejamento de reuniões e monitoramento periódico das avaliações, garantias de objetividade e sigilo do processo formativo, procedimentos para avaliação docente e medidas de gestão de resultados a fim de aprimorar o plano global.

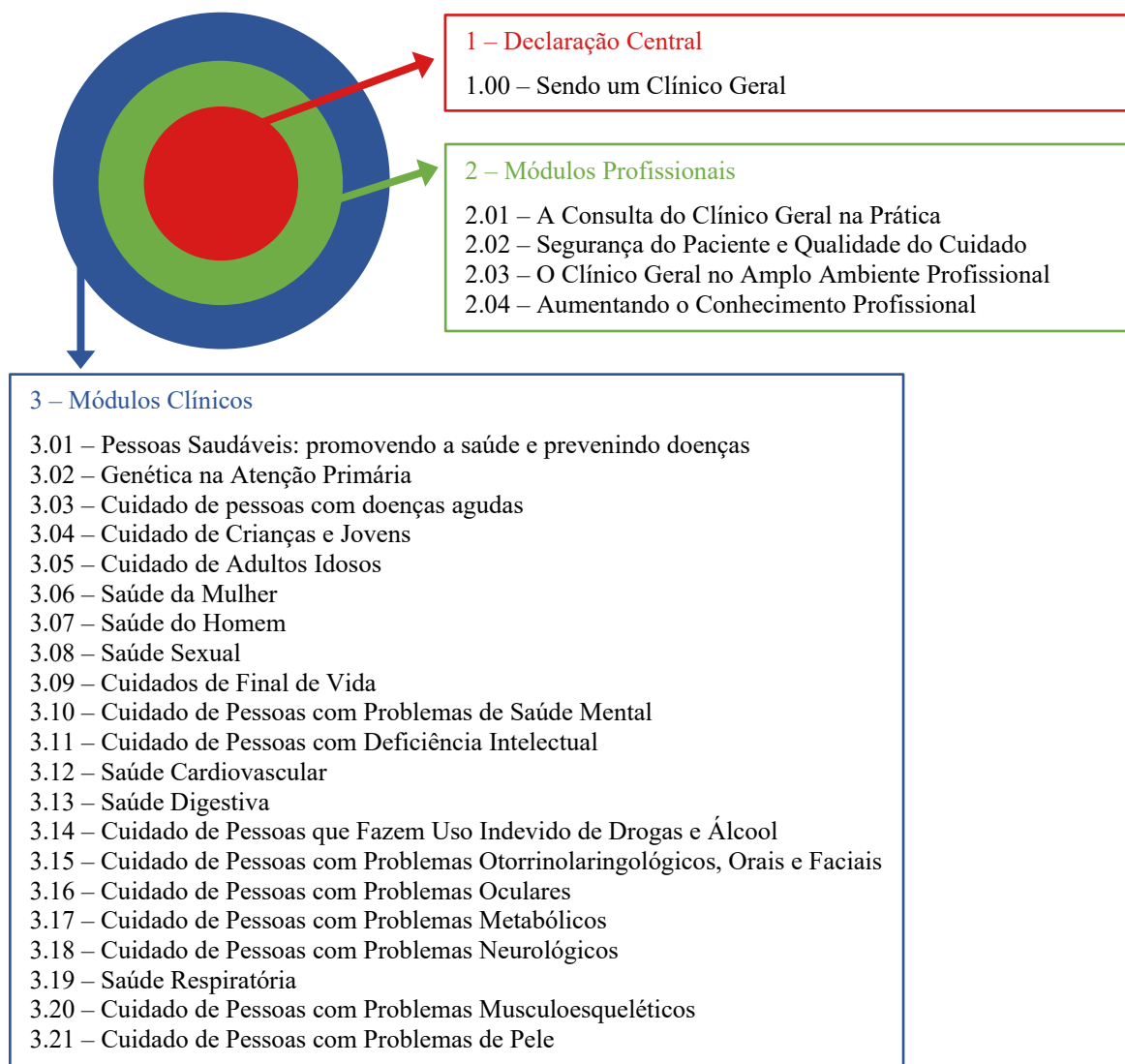
A avaliação do residente divide-se em avaliação formativa, somativa e final. Na primeira, constam entrevistas periódicas com os tutores (tanto o principal quanto o de apoio), centradas nas necessidades do residente, identificação dos objetivos educacionais e planejamento do aprendizado, o tutor principal deve ser um guia motivador para o residente, e será o maior responsável pela avaliação. A segunda e terceira serão realizadas conforme legislações específicas do país e de acordo com o Plano Avaliativo Geral.

### 8.3 INGLATERRA: CURRÍCULO DO ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RCGP)

No documento do Royal College Of General Practitioners (RCGP) o currículo é dividido em três seções: (i) a declaração central - definindo cinco amplas áreas de habilidades do médico generalista que baseiam o currículo; (ii) os módulos profissionais – abordando

importantes áreas profissionais; e (iii) os módulos clínicos – apontando algumas áreas da prática clínica. Esta divisão pode ser visualizada na Figura 6.

**Figura 6** – Estrutura curricular do Royal College of General Practitioners.



Fonte: RCGP (2016a). p. 8. tradução nossa.

Para ser um clínico geral é necessário estar preparado para uma variedade de situações: (i) manejar problemas de saúde indiferenciados que carecem de diagnóstico; (ii) ambiente de trabalho além do consultório, como a moradia, a comunidade, as clínicas secundárias e o hospital; (iii) manejo de condições crônicas e (iv) a coordenação do cuidado de pacientes que consultam com vários especialistas são exemplos destas situações. Outros aspectos que permeiam a prática com as quais o médico deve saber lidar estão centrados na comunidade, sua cultura, as mudanças demográficas e a variedade de condições de saúde. Neste campo, a atuação

sobre a prevenção das doenças, construção da resiliência, promoção de conhecimento em saúde, autocuidado e decisão compartilhada são fatores fundamentais na construção de um modelo holístico de cuidado. Além destes, saber trabalhar em um meio multidisciplinar e usar recursos de forma custo-efetiva completam a gama de habilidades nas quais o médico deve estar apto.

O aprendizado deve ocorrer no local de trabalho aliado com as outras atividades de ensino para a construção de um comportamento profissional baseado na reflexão das experiências e incorporação dos aprendizados diários. O Currículo RCGP enfatiza que o treinamento deve garantir uma ampla gama de experiências, ser baseado na atenção primária e na prática, com oportunidades de aprendizado multiprofissional, estudos autodirigidos e aprendizado ao longo da vida.

Conforme discutido anteriormente, há várias conceituações sobre competências. O currículo do RCGP utiliza os seguintes:

“Competência (Competence) é a demonstração da habilidade para executar uma atividade profissional esperada de acordo com padrões estabelecidos”.

“Competência (Competency) é um conjunto de comportamentos ou atributos que devem ser mostrados para o padrão requerido para atuar com segurança e eficácia.”

“Capacidade (Capability) é ter o potencial de se tornar competente e, além disso, continuar a desenvolver-se para níveis mais elevados de experiência, criatividade e sabedoria”

A primeira seção está dividida em cinco áreas de capacidades, nas quais se inserem as competências. O currículo assume que um clínico geral deve apresentar as capacidades descritas conforme exemplificado no Quadro 7.

**Quadro 7 – Áreas de Capacidade da primeira sessão do currículo do RCGP.**

<b>1.00 – Sendo um Clínico Geral</b>	
<b>Área de Capacidade</b>	<b>Capacidades Nucleares e principais competências</b>
<b>Conhecer a si mesmo e se relacionar com os outros</b>	<b>Aptidão para praticar</b> Demonstrar as atitudes e comportamentos esperados de um bom médico Gerenciar os fatores que influenciam o seu desempenho
	<b>Manutenção de uma abordagem ética</b> Tratar os outros de forma justa e com respeito, agindo sem discriminação Prestar cuidados com compaixão e bondade
	<b>Comunicação e consulta</b> Estabelecer uma parceria efetiva com pacientes Manter um relacionamento continuado com pacientes, cuidadores e famílias

(continuação)

<b>1.00 – Sendo um Clínico Geral</b>	
<b>Área de Capacidade</b>	<b>Capacidades Nucleares</b> e principais competências
<b>Aplicação de conhecimentos e habilidades clínicas</b>	<b>Coleta e interpretação de dados</b> Aplica uma abordagem estruturada para coleta e investigação de dados Interpretar resultados com precisão para alcançar um diagnóstico <i>Exame clínico e habilidades em procedimentos:</i> Demonstrar uma abordagem proficiente ao exame clínico Demonstrar uma abordagem proficiente para o desempenho de procedimentos
	<b>Tomada de decisões</b> Adotar princípios de tomada de decisão apropriados Aplicar uma abordagem científica e baseada em evidências
	<b>Gestão clínica</b> Fornecer cuidados clínicos gerais a pacientes de todas as idades e origens Adotar uma abordagem estruturada para o gerenciamento clínico Fazer adequada utilização de outros profissionais e serviços Prestar atendimento urgente quando necessário
<b>Gerenciamento de cuidados complexos e de longo prazo</b>	<b>Gerenciamento da complexidade médica</b> Capacitar pessoas que vivem com condições crônicas para melhorar sua saúde Gerenciar problemas de saúde coexistentes em um paciente individual Adotar abordagens seguras e eficazes para pacientes com necessidades complexas
	<b>Trabalho com colegas e em equipes</b> Trabalhar como um membro efetivo da equipe Coordenar uma abordagem baseada em equipe para o cuidado dos pacientes
<b>Trabalhando bem em organizações e sistemas de atendimento</b>	<b>Manutenção do desempenho, aprendizado e ensino</b> Avaliar e melhorar continuamente o atendimento que você fornece Adotar uma abordagem segura e científica para melhorar a qualidade do cuidado Apoiar a educação e o desenvolvimento dos colegas
	<b>Organização, gestão e liderança</b> Aplicar habilidades de liderança para melhorar o desempenho de sua organização Fazer uso eficaz dos sistemas de informação e comunicação Desenvolver as habilidades financeiras e de negócios necessárias para sua função
<b>Cuidando da pessoa como um todo e da comunidade me geral</b>	<b>Praticar de maneira holística e promover a saúde</b> Demonstrar a mentalidade holística de um médico generalista Apoiar as pessoas por meio de experiências de saúde, doença e recuperação
	<b>Orientação comunitária</b> Compreender o serviço de saúde e o seu papel nele Construir relacionamentos com as comunidades nas quais você trabalha

Fonte: RCGP (2016a). p. 11. tradução nossa.

As demais seções (profissional e clínico) dividem cada módulo na seguinte organização: (i) sumário; (ii) prioridades educacionais (apenas nos módulos profissionais); (iii) discussão de caso e reflexões; (iv) guia de conhecimentos e habilidades; (v) como conhecer esta área da prática; e (vi) referências para aprendizado. Um exemplo de competência neste formato está apresentado no Quadro 8.

**Quadro 8** – Exemplo de uma competência do Módulo Clínico no currículo RCGP.

<b>3.01 – Pessoas Saudáveis: promovendo a saúde e prevenindo doenças</b>	
Sumário	A abordagem ideal para a saúde pública requer a coordenação dos três domínios da saúde pública: melhoria da saúde, proteção da saúde e serviços de saúde
	Como clínico geral, você tem um papel crucial a desempenhar na promoção da saúde, prevenção de doenças e fornecimento de conselhos breves e intervenções quando apropriado
	(...)
Guia de conhecimentos e habilidades	<b>Aptidão para praticar:</b> Compreenda suas próprias capacidades e valores e esteja ciente de que suas atitudes e sentimentos são determinantes importantes de como você aborda a saúde em vez da doença; (...)
	<b>Manter uma abordagem ética:</b> Ser capaz de explicar aos pacientes a necessidade de priorizar a prestação de cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, minimizar as barreiras de acesso, no contexto dos custos crescentes do Serviço Nacional de Saúde; (...)
	<b>Comunicação e consulta:</b> Conhecer os modelos de ‘Estágios de Mudança’ para mudança de comportamento; Compreender o conceito de risco e ser capaz de comunicar de forma eficaz aos pacientes e suas famílias; (...)
	(...)
Discussão de caso e questões reflexivas	Apresentar e discutir um caso relativo à competência apresentada e coloca perguntas separadas para cada capacidade nuclear para reflexão acerca do caso exposto.
Como conhecer esta área da prática	Aprendizagem baseada no trabalho: - Na atenção primária - Na atenção secundária
	Estudos autodirigidos;
	Aprendendo com outros profissionais de saúde;
	Aprendizagem formal.
Referências para aprendizado	Livros de publicações
	Recursos da internet

Fonte: RCGP (2016b). p. 72-85. tradução nossa.

Cada módulo destina-se a ilustrar aspectos de boas práticas, em vez de fornecer uma visão abrangente de um tópico clínico. Deve, portanto, ser considerado em conjunto com outros módulos curriculares e recursos educativos.

Em, 2019, o RCGP publicou uma atualização do seu currículo (RCGP, 2016a; 2016b; 2019a; 2019b). Em relação ao anterior, a estrutura da declaração central foi mantida, assim como o formato e organização das competências nas áreas de capacidades e nas capacidades nucleares. A mudança mais importante ocorreu na estrutura de tópicos, com a reorganização dos módulos clínicos e profissionais em guias profissionais, de estágios de vida e clínicos, com a inserção de itens que não estavam contemplados na versão de 2016, assim como a reorganização de outros que foram separados de temas mais gerais e passaram a compor tópicos isolados. Esta nova estrutura, em comparação com a anterior, pode ser evidenciada no Quadro 9.

A estrutura dos novos módulos clínicos, profissionais e de estágios da vida, agora nomeados de tópicos guia, também sofreu algumas alterações, estas estão exemplificadas no Quadro 10. As competências mantiveram-se agrupadas no guia de conhecimentos e habilidades.

**Quadro 9** – Comparação entre tópicos principais dos currículos de 2016 e 2019.

2016	2019
<b>1 – Declaração Central</b>	<b>1 - Sendo um Clínico Geral</b>
1.00 – Sendo um Clínico Geral	
<b>2 – Módulos Profissionais</b>	<b>2 - Guias de tópicos profissionais</b>
2.01 – A Consulta do Clínico Geral na Prática	2.01 – Consulta em Clínica Geral
2.02 – Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado	2.02 – Igualdade, Diversidade e Inclusão <sup>1</sup>
2.03 – O Clínico Geral no Amplo Ambiente Profissional	2.03 – Prática Baseada em Evidências, Pesquisa e Compartilhamento de Conhecimento.
2.04 – Aumentando o Conhecimento Profissional	2.04 – Melhorando a qualidade, segurança e prescrição
	2.05 – Liderança e gestão
	2.06 – Cuidados urgentes e não programados
<b>3 – Módulos Clínicos</b>	<b>3 - Guias de tópicos dos estágios da vida</b>
3.01 – Pessoas Saudáveis: promovendo a saúde e prevenindo doenças	3.01 – Crianças e Jovens
3.02 – Genética na Atenção Primária	3.02 – Pessoas com doenças crônicas, incluindo câncer <sup>1</sup>
3.03 – Cuidado de pessoas com doenças agudas	3.03 – Saúde materna e reprodutiva
3.04 – Cuidado de Crianças e Jovens	3.04 – Adultos mais velhos
	3.05 – Pessoas no fim da vida

(continuação)

2016	2019
<b>3 – Módulos Clínicos</b> 3.05 – Cuidado de Adultos Idosos 3.06 – Saúde da Mulher 3.07 – Saúde do Homem 3.08 – Saúde Sexual 3.09 – Cuidados de Final de Vida 3.10 – Cuidado de Pessoas com Problemas de Saúde Mental 3.11 – Cuidado de Pessoas com Deficiência Intelectual 3.12 – Saúde Cardiovascular 3.13 – Saúde Digestiva 3.14 – Cuidado de Pessoas que Fazem Uso Indevido de Drogas e Álcool 3.15 – Cuidado de Pessoas com Problemas Otorrinolaringológicos, Orais e Faciais 3.16 – Cuidado de Pessoas com Problemas Oculares 3.17 – Cuidado de Pessoas com Problemas Metabólicos 3.18 – Cuidado de Pessoas com Problemas Neurológicos 3.19 – Saúde Respiratória 3.20 – Cuidado de Pessoas com Problemas Musculoesqueléticos 3.21 – Cuidado de Pessoas com Problemas de Pele	<b>4 - Guias de tópicos clínicos</b> 4.01 – Alergia e Imunologia <sup>1</sup> 4.02 – Saúde cardiovascular 4.03 – Dermatologia 4.04 – Ouvido, nariz e garganta, fala e audição 4.05 – Olhos e visão 4.06 – Gastroenterologia 4.07 – Medicina Genômica 4.08 – Ginecologia e Mama <sup>2</sup> 4.09 – Hematologia <sup>1</sup> 4.10 – Doenças infecciosas e saúde em viagens <sup>1</sup> 4.11 – Rim e Urologia <sup>3</sup> 4.12 – Saúde mental 4.13 – Problemas metabólicos e endocrinologia 4.14 – Saúde musculoesquelética 4.15 – Transtornos do neurodesenvolvimento, deficiência intelectual e social 4.16 – Neurologia 4.17 – Saúde da População: Promoção da 4.18 – Saúde e Prevenção de Doenças 4.19 – Saúde Respiratória 4.20 – Saúde sexual 4.21 – Uso indevido de fumo, álcool e substâncias

1 – Tópicos incluídos no currículo de 2019 sem equivalentes em 2016.

2 – Partes do item 3.06 Saúde da Mulher no currículo de 2016.

3 – Partes do item 3.07 Saúde do Homem no currículo de 2016.

Fonte: RCGP (2016a; 2016b; 2019a; 2019b)

**Quadro 10** – Comparação entre as estruturas dos tópicos dos currículos RCGP 2016 e 2019.

2016	2019
Sumário	Sobre (introdução)
	Relevância para o papel do clínico geral na prática
	Situações de emergência
Guia de conhecimentos e habilidades	Guia de conhecimentos e habilidades
Discussão de caso de questões reflexivas	Discussão de caso de questões reflexivas
Como aprender esta área da prática	Como aprender esta área da prática
	Como esta área da prática pode ser testada no MRCGP <sup>1</sup>

1 – MRCGP – exame para se tornar Membro do Royal College of General Practitioners.

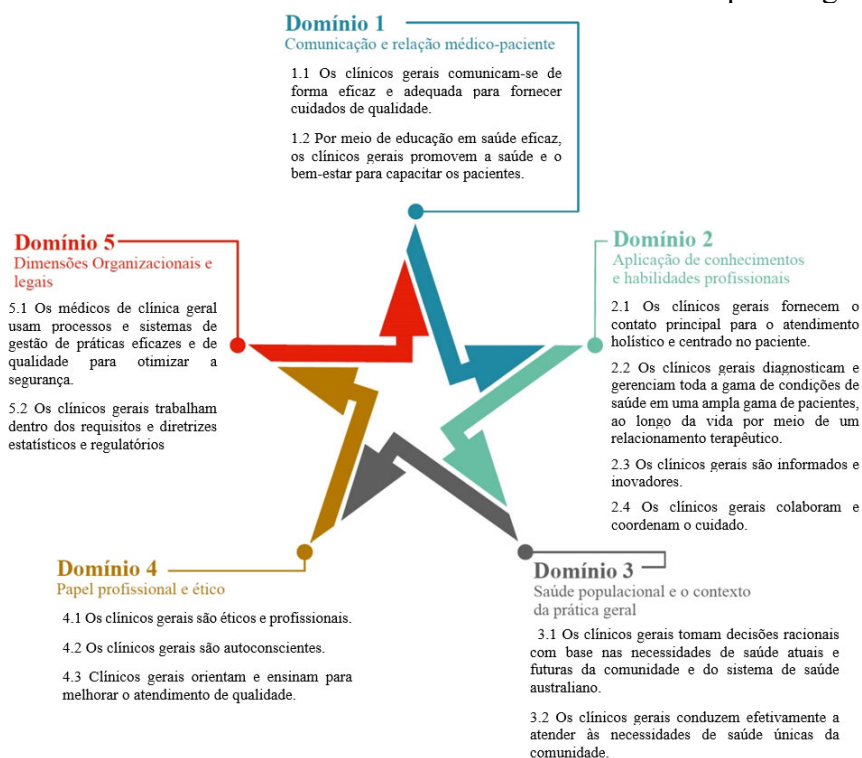
Fonte: RCGP (2016a; 2016b; 2019a; 2019b)



## 8.4 AUSTRÁLIA: CURRÍCULO PARA A PRÁTICA GERAL

O Curriculum for Australian General Practice do Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), está dividido em cinco domínios: (i) Comunicação e relação médico-paciente; (ii) Aplicação de conhecimentos e habilidades profissionais; (iii) Saúde populacional e o contexto da prática geral; (iv) Papel profissional e ético; e (v) Dimensões organizacionais e legais (Figura 7). Cada domínio vem acompanhado de matrizes e subseções, com as respectivas explicações sobre os itens que as compõem, assim como algumas indicações de referências úteis ao estudo. Para o ensino das competências o currículo considera três caminhos de acordo com a fase do estudante médico: (i) Pré-Clínica – destinada a estudantes de medicina e médicos que não entraram em nenhuma das vias formais de treinamento<sup>4</sup>; (ii) Clínica Geral sob supervisão – médicos inscritos em alguma das vias de treinamento; (iii) Clínica Geral – aprendizado continuado – médicos que obtiveram a titulação por alguma das vias de treinamento. Um exemplo da matriz do primeiro domínio (Comunicação e relação médico-paciente) está representado no Quadro 11.

**Figura 7** – Os cinco domínios do currículo do RACGP – a estrela da prática geral.



Fonte: RACGP (2016). p. 3. tradução nossa.

<sup>4</sup> Para titulação de Médico Generalista na Austrália existem três caminhos principais de treinamento: (i) pelo Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM); (ii) pelo Royal Australian College of General Practitioners (RACGP); e (iii) Esquema de treinamento vocacional remoto, onde o médico vive e trabalha em uma comunidade remota, sob supervisão e educação à distância (GPRA, 2020).

**Quadro 11** – Exemplo de matriz do Currículo para a Prática Geral Australiana no domínio de Comunicação e relação médico-paciente.

Competências Nucleares	Resultado das Competências	Critérios para estágio de treinamento		
		Pré-Clínica	Clínica geral sob supervisão	Clínica geral – aprendizado continuado
Comunica-se efetivamente e apropriadamente para prover um cuidado qualificado	Comunicação é clara, respeitosa, empática e apropriada à pessoa e seu contexto sociocultural	Comunica efetivamente com uma gama de pacientes	Usa habilidades de comunicação efetiva com uma ampla gama de pacientes no contexto da prática geral.	Reflete sobre o estilo de comunicação para identificar áreas a melhorar
		Empatia e sensibilidade são consistentemente demonstradas	Identifica e gere barreiras para uma comunicação efetiva	Desenvolve competência cultural com uma ampla gama de pacientes
		Identifica fatores que possam impactar numa comunicação efetiva	Desenvolve estratégias para segurança cultural, para explorar e integrar o contexto sociocultural nas consultas	Provê mentoria para colegas iniciantes em relação à comunicação eficaz
		(...)	(...)	(...)
	Comunicação efetiva é utilizada em situações desafiadoras	Descreve os fatores chave a considerar ao dar más notícias	Formula estratégias para ajudar a dar más notícias	Revisa e implementa estratégias para otimizar a segurança da equipe contra pacientes agressivos
		Identifica e efetivamente maneja pacientes que estão angustiados ou agitados	Avalia e efetivamente maneja um paciente ou familiar agitado	
		Identifica pacientes que possam estar sofrendo consequências traumáticas	Discute com sensibilidade prognósticos e decisões de final da vida	
		(...)	(...)	
		(...)	(...)	(...)

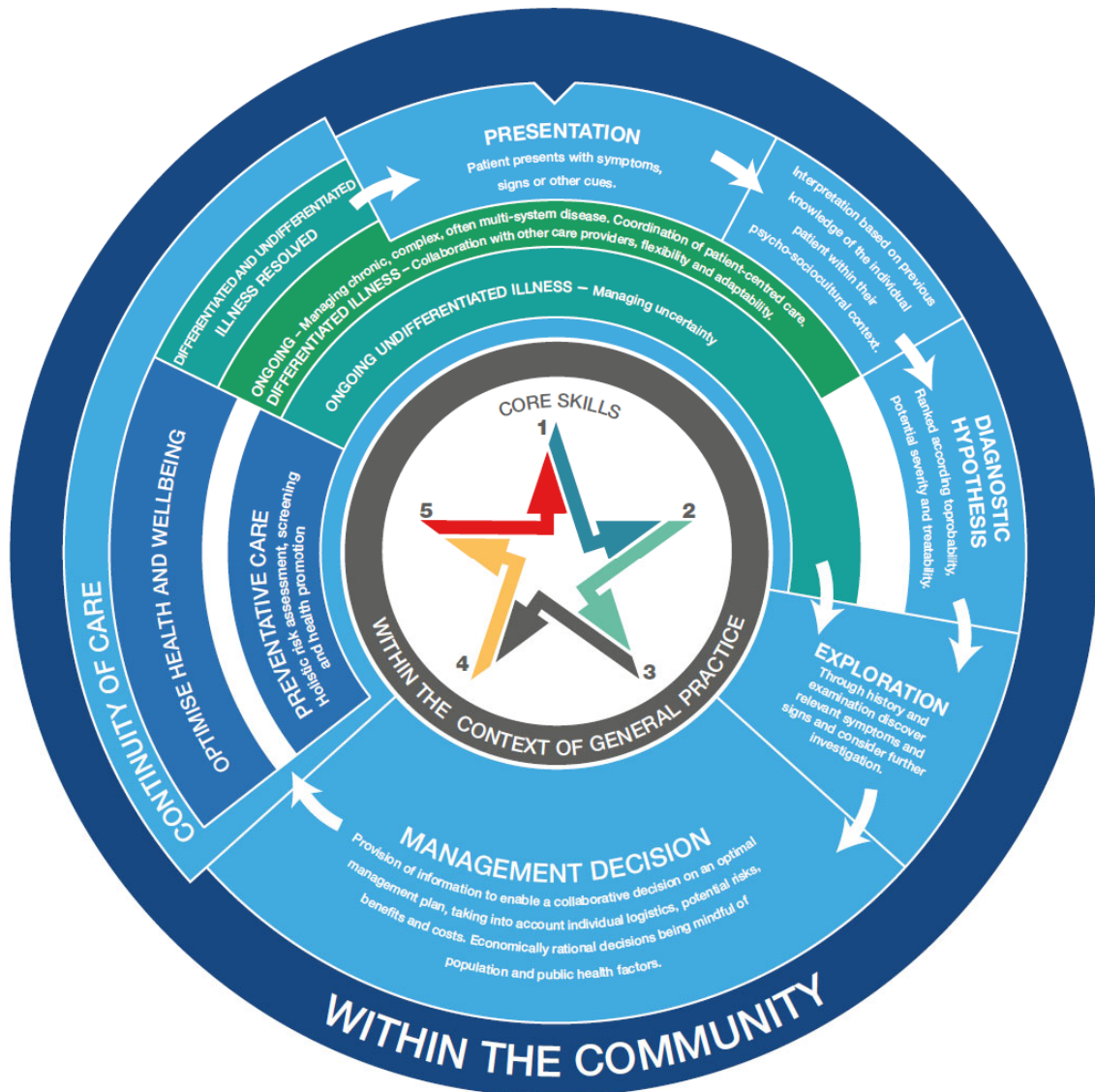
(continuação)

Competências Nucleares	Resultado das Competências	Critérios para estágio de treinamento		
		Pré-Clínica	Clínica geral sob supervisão	Clínica geral – aprendizado continuado
Usa educação em saúde efetiva para promover saúde e bem-estar para empoderar os pacientes	Maneiras pelas quais a saúde pode ser otimizada e mantida são comunicadas aos pacientes, familiares e cuidadores	Identifica pacientes que possam se beneficiar de educação e promoção da saúde para otimizar desfechos em saúde	Identifica oportunidades para efetivar mudanças positivas através da educação e promoção da saúde	Revisa fontes de educação em saúde e assegura-se que elas sejam relevantes e atualizadas
		Descreve possíveis barreiras para pacientes implementarem atividades importantes em promoção da saúde e autocuidado	Providencia aconselhamento oportuno, efetivo sobre estágios de vida normais para otimizar o bem-estar	Usa uma variedade de estratégias com indivíduos de diferentes crenças em saúde para explicar as abordagens terapêuticas do modelo biomédico
		Identifica pacientes que possam se beneficiar de aconselhamento oportuno de estilo de vida e educação em saúde	Identifica e aborda barreiras aos pacientes que implementam atividades de promoção da saúde e autocuidado na vida diária	
			(...)	

Fonte: RACGP (2016). p. 4-6. tradução nossa.

A Figura 8 simboliza graficamente a complexidade da interação entre as competências, o atendimento e a comunidade. A prática deve estar inserida na comunidade e tendo as competências no seu centro, circundada pelo processo de atenção na MFC, representado pelas incertezas da prática (apresentação indiferenciada das doenças, sintomas inespecíficos), pelo processo diagnóstico, pela investigação clínica e complementar, pela tomada de decisão conjunta e pelo cuidado, pela formulação de hipóteses diagnósticas, seguidos da investigação clínica, complementar e da tomada de decisão, resultando em um cuidado continuado que seja preventivo, com otimização da saúde e do bem estar.

**Figura 8** – Resolução de problemas de alto nível em consultas de clínica geral.



Fonte: RACGP (2016). p. 2.

Ao final do documento há uma lista com os requisitos esperados para as competências que aparecem ao longo do currículo. Estão divididos em conhecimentos, atitudes, habilidades e métodos avaliativos (Quadro 12).

**Quadro 12** – Requisitos para competências ao longo do currículo.

<b>Conhecimentos requeridos</b>
<p>Abordagens e perspectivas holísticas</p> <p>Conhecimento do próprio escopo de práticas seguras</p> <p>Sistema de saúde australiano</p> <p>Saúde preventiva, teoria e prática de promoção da saúde</p> <p>Recursos da comunidade e do paciente</p> <p>Dever de cuidar da teoria e prática</p> <p>Avaliação crítica de dados demográficos e informações de saúde</p> <p>Acesso e equidade no contexto do paciente e do ambiente</p> <p>Corpo humano e doença</p> <p>Princípios éticos na medicina</p> <p>Legislação relevante para a prática geral</p> <p>Gestão segura de apresentações comuns e importantes na prática geral</p> <p>Recursos e diretrizes profissionais</p>
<b>Atitudes requeridas</b>
<p>Empatia</p> <p>Capacidade de lidar com a incerteza e ambiguidade</p> <p>Colegialidade</p> <p>Autoconsciência</p> <p>Curiosidade</p> <p>Profissionalismo</p> <p>Compromisso com a aprendizagem e desenvolvimento</p> <p>Compromisso de contribuir para melhorar a base de evidências para pesquisas de medicina geral</p> <p>Respeito pela autonomia do paciente</p> <p>Compromisso com o cuidado próprio/familiar</p>
<b>Habilidades requeridas</b>
<p>Resolução de problemas de alto nível</p> <p>Pensamento crítico</p> <p>Segurança cultural</p> <p>Habilidades de comunicação de alto nível (verbal e não verbal, incluindo habilidades de descalonamento)</p>

(continuação)

<b>Habilidades requeridas</b>
<p>Negociação</p> <p>Identificação de evidências relevantes</p> <p>Integrar evidências em decisões e ações</p> <p>Avaliação de oportunidades de participação em pesquisas de prática geral</p> <p>História abrangente, levando aspectos sociais, culturais e médicos</p> <p>Exames físicos competentes</p> <p>Defesa do paciente</p> <p>Desenvolver planos de gestão com pacientes, seus familiares/cuidadores e outros provedores</p> <p>Habilidades essenciais e relevantes em procedimentos</p> <p>Habilidades diagnósticas abrangentes</p> <p>Tomada de decisão clínica segura e centrada no paciente</p> <p>Prescrição segura e apropriada</p> <p>Networking</p> <p>Trabalho em equipe multidisciplinar</p> <p>Configurar e trabalhar com sistemas</p> <p>Prática reflexiva</p>
<b>Métodos avaliativos</b>
<p>Projetos de pequenos grupos</p> <p>Revisão da literatura</p> <p>Ensaios</p> <p>Observações</p> <p>Simulações</p> <p>Encenação</p> <p>Relatórios de terceiros</p> <p>Questionamento escrito e verbal</p> <p>Relatórios de prática reflexiva</p> <p>Participação em atividades de avaliação presencial e online</p>

Fonte: RACGP (2016). p. 85. tradução nossa.

## 8.5 CANADÁ: TRIPLO C - CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS

O documento do College of Family Physicians of Canada descreve o percurso da construção do currículo para a residência em medicina de família, debate sobre a necessidade de mudança curricular para satisfazer às demandas das comunidades e a construção do currículo em si, discutindo as informações da literatura sobre o assunto. Expõe a matriz resultante deste trabalho – CanMEDS-FM – (Anexo III) definindo as competências apropriadas para os médicos de família proverem um cuidado abrangente, no qual todos residentes trabalharão ao longo do seu treinamento.

Há aspectos que aparecem de forma recorrente no texto: (i) a necessidade de um cuidado abrangente e longitudinal para atender às demandas populacionais; (ii) a centralidade na medicina de família, tanto no ambiente de ensino quanto no próprio médico de família, assumindo o modelo de profissional para os residentes; e (iii) a continuidade do estudo ao longo da vida profissional e do cuidado ao paciente. O currículo foi batizado de Triple-C ou, em tradução direta, Três “C”s, uma espécie de acrônimo dos três principais objetivos de transformação almejados (Comprehensive Care, Continuity of Education and Patient Care, Centred in Family Medicine).

O currículo tradicional da residência em Medicina de Família e Comunidade no Canadá, o qual o documento objetivou modificar, era desenvolvido em um formato rotativo, no qual o residente passava maior parte do tempo alternando entre as especialidades médicas, com o conhecimento sendo construído em blocos sem interligações entre si. O ambiente no qual este ensino estava inserido era prioritariamente hospitalar e assistencial, e possuía uma duração fixada em dois anos – a qual não foi alterada. Segundo o documento, este formato não produzia a quantidade adequada de médicos de família para atender às necessidades do crescimento, envelhecimento e dispersão populacionais, assim como não dava resposta para a dificuldade de acesso a um cuidado continuado e abrangente. A demanda por médicos de família tem aumentado do ponto de vista de padrões de cuidado, mudanças demográficas, prestação de contas com novos modelos de cuidados e a adoção de pacientes como consumidores. Contudo, havia apontamentos de taxa de ocupação em torno de 35% para residência em MFC no Canadá em anos anteriores à proposta de mudança curricular baseada em competências. Outra questão que tem sido levantada é sobre a custo-efetividade e a eficiência do cuidado em saúde. Todas estas, portanto, devem ser levadas em consideração pelos programas de pós-graduação na composição dos seus currículos.

Em 2004, o acesso do paciente a um serviço de cuidados contínuo e abrangente havia sido identificado como um dos maiores problemas na pós-graduação em medicina de família no Canadá. Em 2006, em uma conferência sobre educação médica, os generalistas foram considerados como uma espécie em extinção, e escolas médicas necessitariam tomar atitudes na tentativa de sustentar o sistema de saúde. Em 2010, em um relatório das Associações das Faculdades de Medicina do Canadá, a medicina geral foi reconhecida como elemento central, enfatizando a necessidade do aumento no número de MFC e outros generalistas no ensino da graduação médica. Neste sentido, as escolas médicas teriam a obrigação de direcionar sua capacidade de educação, pesquisa e serviços para atender aos interesses da comunidade, região e nação na qual estão inseridas. A identificação destas prioridades deveria ser realizada de forma conjunta, tanto por gestores, organizações de saúde, profissionais da saúde e população. Mudanças curriculares requerem um processo gradual que deveria ser conduzido cuidadosamente, com reflexão contínua e claro envolvimento dos mais afetados pelas mudanças. A necessidade de mudança para um programa mais efetivo e eficiente com um currículo centrado na medicina de família e focado na prática exige um novo desenho dos programas para atingir os objetivos de ofertar competentes médicos de família.

A ligação do treinamento com as necessidades comunitárias, o aprendizado no contexto da comunidade, a interprofissionalidade, a educação baseada em competências e a importância da medicina geral têm sido apontadas como implicações diretas para o ensino da MFC. Este foco deve atentar para algumas mudanças no sistema de saúde: partindo do cuidado individual para o coletivo; da qualidade dos processos para a qualidade dos desfechos; das práticas unidisciplinares para as equipes interdisciplinares; do entender o paciente para o ajudar o paciente a entender. Tendências na educação médica como a demanda aumentada por produtividade, as abordagens multidisciplinares, o uso de metodologias ativas, as mudanças na percepção de saúde-doença e a responsabilidade por desfechos educacionais têm modificado os programas de residência. Para tal, a maior parte do ensino deve ser realizada no contexto clínico da prática profissional. No caso da MFC, deve ser baseado na comunidade, mas prover experiências apropriadas em outros ambientes, como hospitais ou clínicas de atendimento secundário, a fim de promover um dos principais objetivos do treinamento em MFC: o cuidado integral. Tornar-se um bom médico vai além da aquisição de experiência clínica, trata-se também da formação de uma identidade profissional. Portanto, os ambientes de ensino devem guiar seus residentes para o entendimento e construção do papel do médico de família.

A mudança entre um currículo rotativo em blocos para um centrado na MFC deve promover o desenvolvimento de processos cognitivos e de solução de problemas necessários



para a expertise da MFC e sua ampla gama de apresentações clínicas. A ênfase na preparação para prática, em desfechos otimizados aos pacientes, combina com o foco na segurança do paciente e na responsabilidade social, oferecendo soluções às escolas médicas na demanda da sociedade por competências entre egressos dos seus cursos de formação profissional. A mudança curricular na literatura tratava de opiniões de especialistas e argumentação lógica, embora não havendo evidência robusta que a apoiasse, também não havia suporte para a manutenção do estado anterior. Esta tendência ocorreu internacionalmente na década de 1990 com o desenvolvimento de várias matrizes de competência em vários países, primeiramente acontecendo no campo da graduação e depois avançando para a pós-graduação. O próprio CFP iniciou, em 1995, em um relatório sobre abordagem integrada, discussões sobre mudanças para um currículo integrado e baseado na MFC. Outros países como Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América também apontaram a importância desta forma educacional em seus documentos, assim como o Brasil e a SBMFC.

A mudança para a educação por competências é citada como a revolução flexneriana do século XXI. Para o avanço desta é necessário um redesenho de todo sistema com modificações em todos os níveis educacionais.

O profissional competente é aquele que processa as competências necessárias em certo contexto em um estágio da educação ou da prática médica. A educação médica baseada em competências é uma abordagem baseada em resultados para a preparação de médicos para a prática profissional fundamentada em formar habilidades e competências providas das necessidades da sociedade e dos pacientes. Cada futuro MFC desenvolve sua competência profissional através de estágios de competência, os quais o currículo canadense divide em: iniciante, especialista e perito. No estágio iniciante o profissional utiliza padrões de reconhecimento para o diagnóstico das situações mais frequentes, mas retoma o raciocínio para casos incomuns ou complexos, desenvolve o senso de responsabilidade e consegue ver o caso como um todo. Já o especialista tem ação imediata à grande maioria das situações clínicas às quais se depara, está mais preparado para lidar com casos complexos, está ciente de suas limitações e realiza reflexões sobre suas ações. Alguns atingem o status de perito como resultado de suas habilidades de autoavaliação e reflexão.

Num currículo por competências aprendizes praticam adaptações constantes aos contextos, ambientes complexos, e desenvolvem habilidades para autogerir o desenvolvimento das competências necessárias para manejar as condições dinâmicas da prática profissional. O objetivo da residência deve ser trazer o aprendiz para o estágio de “profissional iniciante”. Para isso, é importante que este se enxergue como um participante ativo dos processos. Porém, nem

todos os aprendizes são iguais e necessitam atenção e cronologia personalizada para avançar ao longo do currículo por competências. Já a manutenção da competência adquirida depende de aprendizado continuado ao longo da vida.

Os programas de residência têm responsabilidade social, portanto devem educar seus médicos de acordo com as necessidades da comunidade e treinar seus residentes para um cuidado integral. Este envolve uma abordagem abrangente e contínua das necessidades dos pacientes e se faz importante também para o sistema de saúde. A perda desta continuidade é associada com altas taxas de morbidade, dificuldade de orientação, abstenções e aumento na utilização de clínicas de acesso livre. Por outro lado, a prática em equipes multiprofissionais é ferramenta crucial para promover a continuidade do cuidado do médico com seu paciente.

A necessidade de continuidade tanto na educação quanto no cuidado ao paciente é considerada um componente fundamental da medicina de família por melhorar a satisfação dos pacientes e dos profissionais, e principalmente os desfechos clínicos.

A continuidade da educação é composta por três elementos: (i) a supervisão - devendo ser centrada em um pequeno grupo de médicos de família (de um a três) com ensino e acesso facilitado para acompanhar o residente ao longo de toda residência; (ii) o ambiente de aprendizagem – devendo oportunizar um maior contato com o cuidado continuado, centrado no paciente e no aprendiz, atuando como um fator facilitador para as outras formas de continuidade, como a continuidade do cuidado e a da supervisão; e (iii) o currículo - implica em uma série de elementos de ensino e experiências que promovem o ensino integrado e o desenvolvimento progressivo das competências, oferecendo a melhor oportunidade para o desenvolvimento da expertise profissional e reforçando a relação médico-paciente, oportunizando o acompanhamento a longo prazo e consequente observação do curso das doenças, dos impactos das atividades de manutenção da saúde, e o desenvolvimento de crianças e adolescentes.

A continuidade do cuidado engloba o (i) uso de observações repetidas do paciente ao longo do tempo como uma ferramenta diagnóstica e de manejo; (ii) a disponibilidade de informação precisa entre os elos do sistema de saúde - facilitando a coordenação do cuidado; (iii) o cuidado do paciente em várias localidades - ambulatório, domicílio, hospital, comunidade; (iv) as relações médico-paciente e interprofissionais; (v) o conhecimento do paciente, sua família e comunidade e (vi) o manejo de múltiplas doenças e sintomas inespecíficos.

Como já citado anteriormente, o contexto de aprendizagem deve ser principalmente centrado na medicina de família, e com a utilização de médicos de família como

professores/preceptores. É considerada a possibilidade de haver aprendizado em outros contextos e com outros especialistas com o intuito de complementar a formação, preenchendo objetivos específicos de ensino e integrando novamente aos cenários propícios para ensino da MFC. Os residentes precisam se ver e atuar como médicos de família, tendo uma lista de pacientes continuamente durante a residência e ser responsável por eles. O ensino deve ser relevante às necessidades dos residentes com vistas à criação por eles de uma identidade profissional com a especialidade.

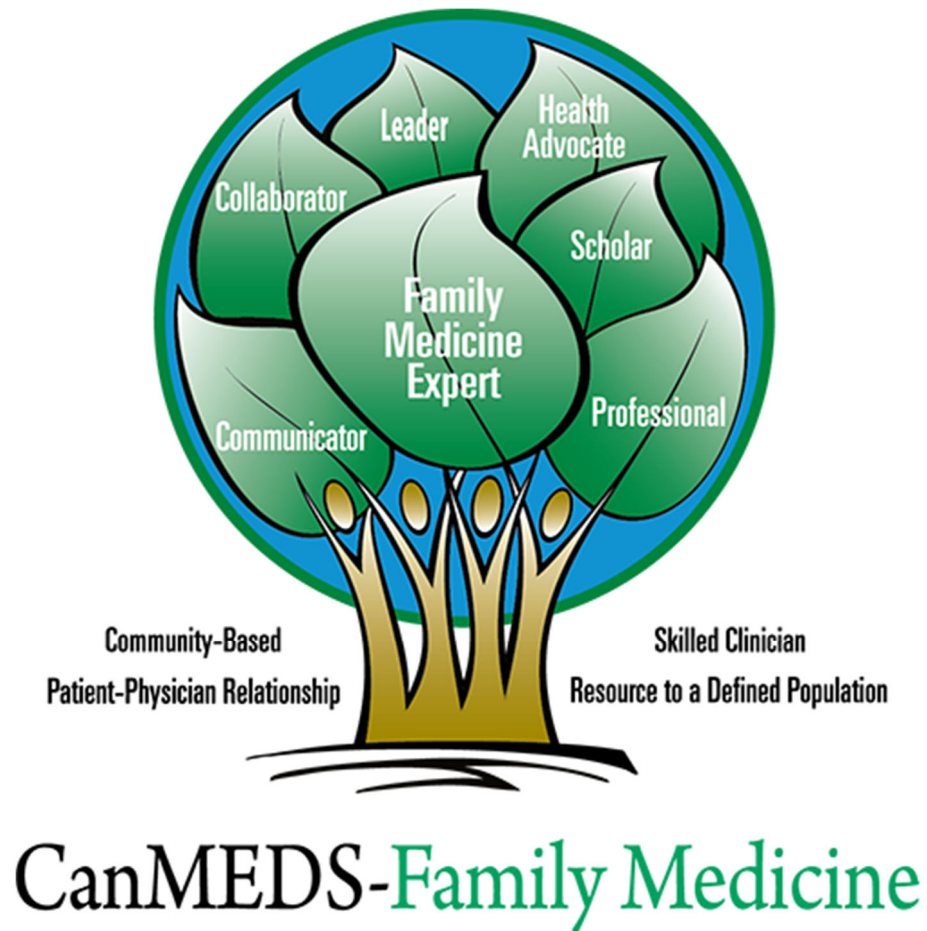
Ao longo do tempo de treinamento, a responsabilidade do residente deve paulatinamente aumentada. Para atingir a expertise profissional o residente deve ser capaz de refletir sobre a sua prática, desenvolver a capacidade de manejar muitos problemas simultaneamente, com diferentes níveis de complexidade e de incerteza, aplicando conhecimentos aprendidos em cenários diversos, mas que sejam o mais similar possível com a sua prática futura. A expertise é desenvolvida gradualmente ao longo do tempo. Historicamente, residentes em MFC lutam para entender a expertise única dos médicos de família e para desenvolver um senso de orgulho profissional, devido sua exposição ao currículo oculto das especialidades como os únicos e verdadeiros especialistas. Esta falta de identidade deve ser suprida para que o profissional possa atuar efetivamente, aumentando a competência profissional na adoção de comportamentos, créditos e valores. O contato prolongado com o médico de família se faz de suma importância para tal propósito.

O currículo Triplo C também está baseado nos papéis ou responsabilidades profissionais (especialista em medicina de família, profissional, comunicativo, estudioso, colaborativo, líder/gestor, defensor da saúde). Estes itens estão alicerçados sobre os quatro princípios da MFC (baseada na comunidade, relação médico-paciente, clínico habilidoso e recurso de uma população delimitada) e definem o esqueleto principal do Triplo C. Neles estão incluídas as competências descritas no currículo (Figura 9).

Aumentar a eficiência da residência é um desafio, o tempo dispendido deve ser otimizado para atividades com alta relevância para os objetivos do programa. As atividades clínicas devem estar conectadas com as experiências educacionais.

Dado que uma das razões para a mudança é preparar futuros médicos de família em consonância com tendências educativas internacionais, expectativas da sociedade e na busca pela excelência médica, um currículo baseado em competências deve indicar aos aprendizes, à faculdade e ao mundo externo um produto definido, capaz de medir diretamente onde os resultados foram atingidos e identificar com mais facilidade os aprendizes com dificuldades, oferecendo a eles um plano de recuperação.

**Figura 9** – Representação dos papéis e princípios da MFC no CanMEDS-FM.



Fonte: Tannenbaum (2011). p. 59.

Os coordenadores do programa devem ter controle total do plano curricular, seus elementos e objetivos. E o desenho curricular deve envolver quatro elementos chaves ordenados a partir do ponto de partida do planejamento, da seleção do que deve ser aprendido, como e onde deve ser aprendido e, por fim, avaliado (Quadro 13).

**Quadro 13** – Elementos chaves no desenho curricular.

<b>Ordem dos elementos curriculares</b>
1 – Definição das competências
2 – Seleção do conteúdo
3 – Experiências e ambiente de ensino
4 – Avaliação e recuperação

Fonte: Tannenbaum (2011). p. 30.

Para a implantação curricular, o documento cita onze recomendações conforme segue:

1. O objetivo do treinamento deve ser produzir médicos de família competentes para a prática abrangente e cuidado continuado;
2. A finalidade do ensino em medicina de família deve ser abrangente, e definido por um conjunto de competências organizadas sob as sete funções principais da matriz do CanMEDS-FM;
3. Continuidade deve ser um princípio importante no treinamento da residência em medicina de família: continuidade do cuidado do paciente e da família e continuidade da educação;
4. Uma abordagem baseada em competências deve ser utilizada como guia no desenvolvimento e planejamento curricular. Objetivos de aprendizados devem derivar do CanMEDS-FM e documentos correlatos. Experiências de aprendizado devem ser desenhadas com a intenção de auxiliar os residentes na aquisição e demonstração destas competências;
5. Aquisição de competências específicas devem ser avaliadas regularmente, e o processo avaliativo deve estar embutido no currículo. A progressão deve ser dependente da aquisição da competência em vez de baseada no tempo de treinamento.
6. Os desenvolvedores do programa de medicina da família devem manter a propriedade sobre todos os aspectos do currículo para garantir que as experiências relevantes em medicina da família formem o currículo.
7. Professores experientes e qualificados em medicina da família, que prestam cuidados abrangentes individualmente ou em grupo, devem formar o núcleo educacional.
8. Os residentes devem assumir maior responsabilidade por seu aprendizado e na demonstração da aquisição de competências.
9. O desempenho final dos residentes deve ser uma responsabilidade compartilhada entre o programa de residência e os próprios residentes. Isso implica que os programas devem oferecer toda a gama de oportunidades de aprendizado, e os resultados destes devem ser adequadamente avaliados e um treinamento flexível e individualizado deve estar disponível para permitir aos residentes a aquisição das competências esperadas.
10. A maioria dos residentes deve alcançar os resultados esperados de aprendizagem do programa básico de medicina familiar dentro de um período de 24 meses; no entanto, alguns exigirão um período de treinamento mais longo, que deve estar disponível quando necessário.
11. Programas aprimorados de treinamento de habilidades devem ser estruturados e operados de maneira consistente com as recomendações acima. As habilidades em cuidados abrangentes e contínuos devem ser mantidas durante períodos de treinamento prolongado.

É sugerido que a matriz resultante deste trabalho seja aplicável a todos os MFC, independentemente de seu cenário de prática, e que possa ser utilizada de várias maneiras e em vários níveis educacionais (graduação, pós-graduação, educação continuada). Especificamente, no que diz respeito à residência médica, pode servir tanto como um guia para desenhos curriculares quanto para serviços de ensino em MFC. Na educação continuada, pode ser utilizada pelos médicos de família para auxiliar tanto na reflexão e planejamento do desenvolvimento contínuo assim como na manutenção e aprimoramento das competências. Além disso, também pode ser usada por outras pessoas ou profissionais que trabalhem com médicos de família na educação médica, pesquisa de medicina familiar, melhoria da qualidade e, de forma mais ampla, no sistema de saúde.

Por último, o documento aponta que a prova da superioridade curricular ou mesmo de que o currículo está na direção certa deve recair sobre a qualidade dos egressos, sua habilidade em reconhecer as necessidades da comunidade e os resultados dos pacientes. Para tal tarefa, segundo o documento, seria necessária pesquisa educacional de qualidade no intuito de identificar quais competências são melhores ensinadas e avaliadas.

## 8.6 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA: PROJETO MARCOS PARA MEDICINA DE FAMÍLIA

Uma iniciativa conjunta do Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) e do American Board of Family Medicine (ABFM) que apresenta marcos (conhecimentos, atitudes e habilidades) para avaliação dos residentes em cada uma das seis competências da ACGME (Quadro 14). Os programas de residência têm por objetivo formar médicos com as competências necessárias para servirem em todas as comunidades do país. Os dados advindos desta avaliação são encaminhados à ACGME que os utiliza para análise dos residentes e dos programas.

O documento, em sua primeira versão, datado de 2015, faz uma explanação inicial das funções e particularidades da Medicina de Família. Cita o cuidado abrangente e indiscriminado inerente da profissão, definindo-a não apenas como uma especialidade da Atenção Primária, mas com uma disciplina caracterizada por sua amplitude e funções integrativas. Os médicos de família são médicos pessoais que integram a saúde física e mental considerando os contextos em que cada indivíduo está inserido, tanto na família, como na comunidade. São ponto de primeiro contato com o sistema de saúde e oferecem atendimento longitudinal com uma ampla gama de serviços para resolução da maioria dos problemas das pessoas sob seus cuidados

(ALLEN, 2015). Na segunda versão, de outubro de 2019, foram realizadas algumas atualizações no pool das subcompetências e não traz a ABFM como coautora, mas sim como colaboradora, juntamente com outras sete instituições (ACGME, 2019).

**Quadro 14** – Matriz das competências essenciais da ACGME e seus respectivos marcos.

<b>Competências Essenciais</b>	<b>Marcos</b>
1 Assistência ao Paciente	1.1 Cuidado do paciente agudamente doente
	1.2 Cuidado de pacientes com condições crônicas
	1.3 Promoção da saúde e bem-estar
	1.4 Cuidado contínuo de pacientes com sinais, sintomas ou problemas de saúde indiferenciados
	1.5 Manejo de cuidados em procedimentos
2 Conhecimento Médico	2.1. Demonstra conhecimento médico de amplitude e profundidade suficientes para a prática da medicina familiar.
	2.2 Pensamento Crítico e Tomada de Decisão
3 Prática Baseada em Sistemas (de Saúde)	3.1 Segurança do Paciente e Melhoria de Qualidade
	3.2 Sistema de Rede para o Cuidado Centrado no Paciente (Coordenação do Cuidado)
	3.3 Papel do médico no Sistema de Saúde
	3.4 Advoga pela Saúde
4 Aprendizagem e Melhoria Baseada na Prática	4.1 Prática Baseada em Evidências
	4.2 Prática Reflexiva e Comprometida com o Crescimento Pessoal
5 Profissionalismo	5.1 Comportamento Profissional e Princípios Éticos
	5.2 Responsabilidade/Consciência
	5.3 Comportamentos de Autoconsciência e Procura por Ajuda
6 Habilidades Interpessoais e de Comunicação	6.1 Comunicação Centrada no Paciente e na Família
	6.2 Comunicação Interprofissional e de Equipe
	6.3 Comunicação nos Sistemas de Saúde

Fonte: ACGME (2019).

Na estrutura do documento, cada uma das seis competências vem acompanhada de uma breve explanação e seguida dos respectivos marcos organizados em uma tabela com cinco níveis a serem pontuados de acordo com a fase de aquisição destes pelo residente (Quadro 15). É desejável que o residente atinja o quarto nível como uma meta para a sua graduação. O quinto nível destina-se a representar competências adquiridas além das expectativas (ACGME, 2019). O Quadro 16 apresenta um exemplo dos marcos, especificamente, para a competência Conhecimento Médico, subcompetência Pensamento Crítico e Tomada de Decisão.

**Quadro 15** – Níveis de aquisição dos marcos.

<b>Nível</b>	<b>Significado</b>
Nível 1	O residente demonstra os marcos esperados de quem teve alguma educação em medicina de família.
Nível 2	O residente está avançando e demonstrando marcos adicionais.
Nível 3	O residente continua a avançar e demonstrar marcos adicionais; o residente demonstra consistentemente a maioria dos marcos almejados para residência.
Nível 4 <sup>1</sup>	O residente avançou de modo que demonstra substancialmente os marcos da residência.
Nível 5 <sup>2</sup>	O residente avançou além das metas de desempenho estabelecidas para residência e está demonstrando metas adicionais que podem descrever o desempenho de alguém que está na prática há vários anos.

1 – Este nível é projetado como a meta de graduação.

2 – Espera-se que apenas alguns residentes excepcionalmente atinjam este nível.

Fonte: Allen (2015), p. 4. Tradução nossa.



**Quadro 16** – Marcos organizado em níveis para a competência Conhecimento Médico, subcompetência Pensamento Crítico e Tomada de Decisão.

<b>2 Conhecimento Médico</b>	
2.2 Pensamento Crítico e Tomada de Decisão	
Não alcançou nível 1 <input type="checkbox"/> Não avaliável <input type="checkbox"/>	
Nível 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorpora elementos-chave de uma história do paciente em uma descrição precisa de sua apresentação</li> <li>- Descreve causas comuns de erros de raciocínio clínico</li> <li>- Interpreta resultados de testes de diagnóstico comuns</li> </ul>
Nível 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolve um diagnóstico diferencial analítico priorizado para apresentações comuns</li> <li>- Identifica os tipos de erros de raciocínio clínico no atendimento ao paciente, com orientação</li> <li>- Interpreta informações de diagnóstico complexas</li> </ul>
Nível 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolve um diagnóstico diferencial priorizado para apresentações complexas</li> <li>- Demonstra uma abordagem estruturada para identificar pessoalmente erros de raciocínio clínico</li> <li>- Sintetiza informações diagnósticas complexas com precisão para chegar a diagnósticos de alta probabilidade</li> </ul>
Nível 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintetiza informações para alcançar diagnósticos de alta probabilidade com reavaliação contínua para minimizar erros de raciocínio clínico</li> <li>- Antecipa e considera erros e vieses ao interpretar testes de diagnóstico</li> </ul>
Nível 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolve-se intencionalmente na prática e treina outros para minimizar erros de raciocínio clínico</li> <li>- Busca conhecimento de novos e emergentes testes de diagnóstico</li> </ul>
Comentários:	

Fonte: Adaptado de ACGME (2019). p. 7. Tradução nossa.

## 8.7 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA: DIRETRIZES CURRICULARES DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA

A American Academy of Family Physicians (AAFP) definiu uma série de diretrizes curriculares como recomendações de treinamento para residências de medicina de família. Constam de vários documentos separados por temática e disponibilizados em seu site (Quadro 17).

Os documentos frisam que a obtenção de atitudes, comportamentos, conhecimento e habilidades essenciais para a MFC devem ser alcançados através de experiências longitudinais que promovam as competências educacionais definidas pela ACGME. Boa parte do conhecimento do residente será obtido cuidando de pacientes ambulatoriais no centro de

medicina familiar, mas não se limitando a este, podendo incluir outros ambientes (como unidades hospitalares, unidades de emergência, a moradia, a comunidade) com a finalidade de que as competências adquiridas possam ser aplicadas em múltiplos locais de trabalho.

O texto destaca o cuidado centrado no paciente, a promoção da saúde e prevenção de doenças como marcas da medicina de família, e, assim sendo, devem ser integrados em todos os ambientes de ensino. Para complementar o aprendizado prático é indicada a inclusão de atividades teóricas como aulas, conferências, seminários, focadas em estudos baseados em evidências e nas situações mais comuns a serem presenciadas pelo médico de família. As competências a serem adquiridas estão de acordo com as seis competências definidas pela ACGME (Quadro 14). Em cada documento, além das competências, constam atitudes, comportamentos, conhecimentos e habilidades recomendadas, assim como algumas orientações gerais para implementação de cada diretriz curricular e indicações de fontes para estudo (Quadro 18).

**Quadro 17 – Temas presentes nas diretrizes curriculares da AAFP.**

<b>Diretrizes curriculares disponibilizadas pela AAFP</b>
A saúde dos homens
Alergia e Imunologia
Aprendizagem baseada na prática e melhoria
Atividade acadêmica e domínio da informação
Bem-estar do médico
Comportamento humano e saúde mental
Condições da pele
Condições do sistema nervoso
Condições dos olhos
Condições reumatológicas
Cuidado de adulto em estado crítico
Cuidado de bebês e crianças
Cuidado de idosos
Cuidado do paciente cirúrgico
Cuidados paliativos
Cuidados urgentes e emergentes
Currículo de prática urbana

(continuação)

<b>Diretrizes curriculares disponibilizadas pela AAFP</b>
Educação do paciente
Ética médica
Genética médica
Gerenciamento da dor crônica
Gestão de Risco e Responsabilidade Médica
Gestão de Sistemas de Saúde
Infecção por HIV/AIDS
Informática médica
Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer/Questionadores e Saúde Assexuada
Liderança
Liderança do médico no lar médico centrado no paciente
Maternidade
Medicina cardiovascular
Medicina de desastres
Medicina laboratorial
Medicina musculoesquelética e esportiva
Medicina ocupacional
Nutrição
Promoção da saúde e prevenção de doenças
Residentes como professores e preceptores na prática de pós-graduação
Saúde da Mulher e Cuidados Ginecológicos
Saúde do adolescente
Saúde global
Segurança do paciente
Transtornos por uso de substâncias
Tratamento de feridas
Ultrassom à beira do leito

Fonte: AAFP (2020).

**Quadro 18** – Exemplo de competências dentro da temática Segurança do paciente.

<b>Competências</b>	Identificar, relatar, gerenciar e prevenir erros médicos.
	Atuar como participante ativo em atividades interdisciplinares de segurança do paciente.
	(...)
<b>Atitudes e comportamentos</b>	Conscientização de que uma cultura de segurança requer a identificação contínua de vulnerabilidades e uma disposição para lidar com elas de forma transparente.
	Conscientização da importância da parceria entre médicos, outros membros da equipe de saúde e pacientes para promover a segurança do paciente.
	(...)
<b>Conhecimento</b>	Compreender que os erros médicos afetam a saúde e a segurança do paciente.
	Compreender que a ocorrência de erro médico varia entre os ambientes e entre os profissionais de saúde.
	Compreensão do escopo e da gravidade dos eventos de segurança do paciente (eventos adversos e quase erro).
	(...)
<b>Habilidades</b>	Identificação de metas de segurança e qualidade da rede.
	Reconhecimento de erros médicos, quase erros e condições inseguras.
	Relatórios de erros médicos, quase erros e condições inseguras.
	(...)

Fonte: AAFP (2020).

## 8.8 BRASIL: CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

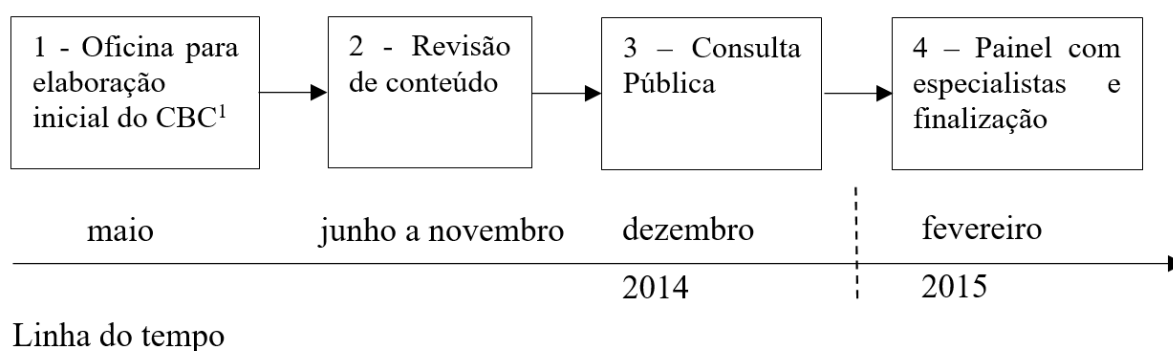
Em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicou a primeira edição do seu Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade (CBC-MFC). O documento tem como alguns dos seus objetivos o fortalecimento dos programas de residência na especialidade por meio da qualificação da

formação dos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS). A SBMFC entende que uma estratégia para a estruturação do sistema de saúde seria a publicação de diretrizes que visem homogeneizar a formação profissional, podendo resultar em uma certa garantia de qualidade dos egressos dos programas de residência médica (SBMFC, 2015).

Na construção deste currículo, as principais bases consistiram em publicações internacionais e nas experiências de especialistas no tema tanto no Brasil e no exterior. Porém há pouca informação das referências teóricas utilizadas na confecção do currículo. As publicações internacionais citadas no prefácio do mesmo não são especificadas ou mesmo relacionadas em lista de referência.

O processo de confecção foi realizado em quatro etapas principais: (i) Oficina para elaboração inicial das áreas de competências, realizada em maio de 2014 com especialistas brasileiros com atuação na formação de MFC e consultores canadenses da Universidade de Toronto; (ii) Revisão de conteúdo de forma sequencial (formato Delphi<sup>5</sup>), de junho a novembro de 2014; (iii) Disponibilização do material até então produzido para consulta pública durante o mês de dezembro de 2014; e (iv) Painel com especialistas que realizaram a avaliação das contribuições advindas da consulta pública, revisão e padronização final. A Figura 10 ilustra os passos acima descritos.

**Figura 10** – Processo de construção do Currículo Baseado em Competências da SBMFC.



<sup>1</sup>CBC – Currículo Baseado em Competências

Fonte: SBMFC (2015).

<sup>5</sup> Método de construção do conhecimento que consiste, normalmente, em questionários respondidos pelos participantes de forma sequencial, individual, com informações resumidas sobre as respostas aos questionários anteriores. Permite reunir opiniões de especialistas separados geograficamente, facilitando e melhorando a formação de um consenso sobre temas amplos e complexos (MARQUES; FREITAS, 2018).

A estrutura na qual o currículo está arranjado agrega as competências em áreas e estas em quatro níveis quais sejam (i) pré-requisito, competências adquiridas previamente ao entrar no programa; (ii) essenciais, competências esperadas a todos os residentes ao final de sua formação; (iii) desejáveis, o que se espera de um residente que consiga ir além das competências essenciais; e (iv) avançadas, para os que atinjam um grau de proficiência em área específica (Anexos IV e V). Especial atenção é dada ao nível essencial, que é o foco do documento pois define o necessário para a formação do MFC. Na confecção das áreas, buscou-se a especificação do termo “mais frequentes” como aqueles problemas que representam 90% do total da demanda do cenário de prática onde o residente se insere. Tal percentual está de acordo com a resolatividade esperada para o MFC na literatura (GUSSO; FALK; LOPES, 2019; JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). Também se definiu o termo “ou relevantes” como os problemas que, mesmo infrequentes, têm importância para saúde pública local ou nacional (SBMFC, 2015).

Com o intuito de servir como um guia, o CBC-MFC pode ser ponderado de acordo com as realidades locais, para tanto, a SBMFC não restringe a sua utilização na elaboração de currículos complementares para cada PRM. Em seu texto, há uma previsão de revisão a cada dois anos, mas que acabou não se concretizando. Passados cinco anos de sua publicação, até então, uma segunda edição ainda não foi publicada, entretanto, sabe-se que esta está em produção (SBMFC, 2019). Por outro lado, a publicação do currículo contribuiu para outras publicações nacionais sobre o assunto que seguiram a mesma linha do ensino por competências, inclusive servindo como base para elaboração de processos de ensino da MFC na graduação (BEN et al., 2017).

Se por um lado a publicação do CBC-MFC da SBMFC traz uma certa inovação e tentativa de padronização, além de ter o peso de uma publicação de sociedade médica nacional, por outro lado seu alcance teórico/prático não pareceu ser tão abrangente. Em uma busca simples na base de Periódicos CAPES por “currículo AND SBMFC” ou “currículo AND ‘medicina de família’” não se encontraram artigos que debatessem o currículo como tema central. O contrário é visto em relação aos currículos e programas de MFC internacionais, que dispõe de ampla publicação relativas aos mesmos, contendo contribuições, críticas e opiniões acerca de seu conteúdo ou de sua aplicabilidade (LEE et al., 2013; OANDASAN et al., 2012; SCHULTZ, 2012; SHAW et al., 2012).

## 8.9 BRASIL: MATRIZ DE COMPETÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Documento publicado em agosto de 2019. Faz parte de uma iniciativa da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em produzir matrizes de competências para as especialidades médicas. Tem um formato de matriz (Quadro 19), semelhante à do currículo da SBMFC, porém não apresenta aprofundamento das competências ou define mecanismos para sua aquisição. Os mesmos componentes da matriz estão mencionados na Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015, que regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2015). Tanto a CNRM quanto a SBMFC assinam o documento, o que explica suas semelhanças.

Intenciona propiciar conhecimento teórico-prático fundamentado na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde, oportunizando ao residente ferramentas, métodos clínicos e treinamento para manejo das doenças mais comuns na população sob seus cuidados. Para realização de tal tarefa, descreve como objetivos gerais a aquisição de competências para garantir resolutividade na prática, contemplando os atributos da atenção primária. E como objetivos específicos menciona: o primeiro contato, o atendimento sem discriminação por características da pessoa, o uso eficiente dos recursos de saúde, a abordagem centrada na pessoa, atendimento longitudinal, comunicação efetiva, o raciocínio clínico e a tomada de decisão baseada em evidências, o atendimento longitudinal e ampliado em saúde (considerando problemas agudos e crônicos simultaneamente, adaptando sua prática às necessidades dos pacientes), o conhecimento dos diversos contextos (social, cultural, psicológico) de seus pacientes, da sua família e da comunidade, a história e jurisdição (políticas públicas) do Sistema de Saúde.

**Quadro 19** – Matriz de competências do Ministério da Educação – Brasil.

<b>Ano da Residência</b>	<b>Grupo de competências a ser atingido</b>
Primeiro Ano	I - Atenção Primária- Princípios
	II- Saúde Coletiva
	III- Abordagem Individual
	IV- Abordagem Familiar
	V- Abordagem Comunitária

(continuação)

<b>Ano da Residência</b>	<b>Grupo de competências a ser atingido</b>
Primeiro Ano	VI- Raciocínio Clínico
	VII- Pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência
	VIII- Gestão e Organização do Processo de Trabalho
	IX- Trabalho em equipe multidisciplinar
	X- Avaliação da qualidade e auditoria
	XI- Vigilância em Saúde
	XII- Atenção à Saúde  Abordagem a problemas Gerais e específicos; Abordagem de problemas respiratórios; Abordagem dos problemas digestivos; Abordagem a problemas infecciosos; Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão; Abordagem de problemas de saúde mental; Abordagem a problemas do sistema nervoso; Abordagem a problemas cardiovasculares; Abordagem a problemas dermatológicos; Abordagem a problemas hematológicos; Abordagem a problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta; Abordagem dos problemas metabólicos; Abordagem a problemas relacionados aos rins e vias urinárias; Abordagem a problemas musculoesqueléticos; Cuidados Paliativos; Cuidado Domiciliar; Rastreamento; Urgência e Emergência; Realização de procedimentos ambulatoriais; Atenção à saúde da criança e adolescente; Atenção à saúde do idoso; Atenção à saúde da mulher; Atenção à saúde do homem; Atenção à sexualidade; Atenção ao ciclo gravídico-puerperal; Atenção a situações de violência e vulnerabilidade; Atenção à saúde do trabalhador;
Segundo Ano	I- Saúde Coletiva
	II- Abordagem Individual
	III- Abordagem Familiar
	IV- Abordagem Comunitária
	V- Raciocínio Clínico
	VI- Pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência

Fonte: Ministério da Educação (2020).



## 8.10 BRASIL: SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE: MANUAL DE COMPETÊNCIAS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O manual da Universidade de São Paulo (USP) diferencia a MFC das outras especialidades médicas. Define o médico de família como um especialista em pessoas e não em doenças, mais baseado nos relacionamentos do que em um conjunto de conhecimentos técnicos, com capacidade de lidar com problemas indiferenciados em várias fases da vida, de forma longitudinal e com alta resolutividade. Para tanto deve conhecer o território, os diferentes contextos das pessoas (físico, psíquico, social, comunitário) e saber gerir recursos.

A construção do manual se deu com levantamento e análise das principais experiências nacionais e internacionais com pós-graduação em MFC, com a colaboração de vários especialistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os autores consideram que o manual de competências tem o compromisso mínimo de servir como guia norteador ao residente.

Os objetivos são: Aprendizado, Ensino, Avaliação.

As competências foram divididas em três áreas (formação e pesquisa; centrais e clínicas) e estas classificadas em três níveis de prioridade (indispensáveis: a serem adquiridas por todos os residentes; importantes: a serem adquiridas pela maioria dos residentes; complementares: a serem adquiridas de maneira adicional).

O currículo está estruturado em forma de matriz (Anexo VI) e organiza-se, além da competência descrita, em níveis de aprendizagem (primário: correspondente ao nível de atenção à saúde de responsabilidade do MFC; secundário: problemas que necessitarão avaliação de outro especialista; e terciário: problemas cuja responsabilidade é de outros especialistas e o MFC atuará com a coordenação e continuidade do cuidado). Há também duas colunas adicionais com as letras “E” (Estudo), que representa a aquisição de conhecimentos teórico-práticos sobre a competência, e “D” (Domínio) que caracteriza o domínio da competência na prática clínica. Cada área divide-se entre competências indispensáveis, importantes e complementares. Esta disposição permite ao residente preencher uma espécie de painel de acompanhamento, registrando a evolução de suas competências (Quadro 20).

**Quadro 20** – Exemplo da disposição das competências em Obesidade do currículo da USP.

<b>Competências indispensáveis</b>	<b>Nível</b>	<b>E</b>	<b>D</b>
Compreender a obesidade como fator de risco cardiovascular.	I		
Orientar atividades preventivas em relação à obesidade.	I		
Saber detectar e classificar os estágios de obesidade.	I		
(...)	(...)		
<b>Competências importantes</b>			
Envolver familiares na abordagem ao paciente com obesidade.	I		
Estimular a participação em atividades de saúde em grupos.	I		
Saber indicar seguimento com equipe multidisciplinar.	I		
(...)	(...)		
<b>Competências complementares</b>			
Realizar abordagem nutricional por contagem de carboidratos.	I/II		
Saber indicações de cirurgia.	II/III		
Conhecer os diferentes tipos de cirurgia.	II/III		

E – Ensino; D – Domínio; I – Nível primário de aprendizagem; II – Nível secundário de aprendizagem; III – Nível terciário de aprendizagem

Fonte: Valladão Júnior, Gusso e Olmos (2017). p. 487-489.

## 8.11 COMPARAÇÃO ENTRE OS CURRÍCULOS

Os currículos mencionados anteriormente no texto foram construídos por processos e para realidades distintas, portanto possuem particularidades, principalmente em relação ao formato de apresentação das competências e à inclusão ou não de outros elementos no texto, como referenciais teóricos, elementos avaliativos e recursos educacionais. Contudo, por serem baseados em competências e direcionados especificamente para a residência em medicina de família e comunidade apresentam certas semelhanças. Estas paridades estão representadas em um quadro comparativo no Anexo VII entre as competências comuns dos currículos fonte e as principais categorias temáticas.

## 9 RESULTADOS DA ESTRATÉGIA DE BUSCA

Os programas de pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade na modalidade de residência médica são organizados, quantitativamente, dentro de um período definido para formação. A duração do curso de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) apresenta ao redor do mundo uma certa heterogeneidade, havendo programas estabelecidos em dois anos, como é o caso do Brasil, até em seis anos no caso da Finlândia (RUILOVA et al., 2016). A Tabela 1 apresenta a duração dos cursos de residência em MFC de alguns países do mundo. Apesar da quantidade de tempo não ser uma garantia direta de qualidade, é um fator a ser considerado na composição de estruturas curriculares caso haja a escolha por um currículo guia, tendo em vista a ampla gama de saberes a serem condensados em cada programa de residência médica.

**Tabela 1** – Duração mínima dos programas de residência em medicina de família e comunidade em alguns países.

Continente	País	Duração mínima (anos de treinamento)
África	África do Sul	4
América do Norte	Estados Unidos da América	3
	Canadá	2
América Latina	Argentina	4
	Bolívia	3
	Brasil	2
	Chile	3
	Colômbia	3
	Cuba	2
	Equador	3
	Paraguai	3
	Peru	3
Ásia	Uruguai	3
	Índia	3
Europa	China	3
	Espanha	4

(continuação)

<b>Continente</b>	<b>País</b>	<b>Duração mínima em anos de treinamento</b>
Europa	Inglaterra	3
	Portugal	3
Oceania	Austrália	3

Fonte: Ruilova et al. (2016); Arya et al. (2017); Dai et al. (2013); Hellenberg e Gibbs (2007); Pati et al. (2015); Rocha Vázquez (2011).

Intencionando uma melhora na qualidade, os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) têm visado um ensino por competências a fim de proporcionar uma melhor relação custo-efetividade das ações em saúde, partindo do princípio que sistemas baseados na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam melhores resultados neste quesito (GREEN et al., 2007; MAZZONE et al., 2011; SARTI et al., 2018; SCHULTZ, 2012). Outro fator relevante diz respeito ao dever da formação em MFC em suprir as necessidades de saúde da população (FIGUEIREDO et al., 2016; ORGANEK et al., 2012). Para atingir sucesso nesta tarefa, a responsabilidade de um programa de residência está em projetar um currículo que forneça experiências de aprendizagem que proporcione contato suficiente com a amplitude da atenção em saúde inerente da medicina de família (OANDASAN et al., 2012).

Há experiências de implantação curricular por competências com bastante diversidade entre as fontes utilizadas para sua construção. Zink e Solberg (2014) realizaram uma adaptação de currículo pediátrico para a medicina de família e comunidade baseados na Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Mazzone et al. (2011) descreveram uma mudança curricular com a introdução de duas formas de treinamento avançado após um período inicial em comum e apontaram o envolvimento do residente como essencial para o sucesso desta transformação.

Já em nível nacional, a experiência do PRM-MFC de Fortaleza – CE foi baseada no currículo do College of Family Physicians of Canada (COSTA et al., 2018). A transformação curricular do PRM-MFC da Universidade Federal de Uberlândia – MG alicerçou-se no documento da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e teve suas principais mudanças a favor do fortalecimento do processo de ensino ocorrer na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, sem o caráter rotacional, com o residente realizando todo seu treinamento em APS no mesmo local (FERREIRA; CUNHA; DIAS, 2018). Machado et al.

(2018) descreveram o processo de construção do currículo da Universidade de São Paulo (USP), baseado no documento da Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), reforçando que o estabelecimento de um currículo por competências deve ser baseado no ambiente de trabalho, centrado na busca ativa pelo conhecimento, na interdisciplinaridade, na integração teórico-prática e na interação ensino-sociedade, trazendo o desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado. Salientaram, ainda, que deve ser um processo vital para organizar o programa de residência médica, mas que isto por si só não garante a transformação da prática e o sucesso, sendo necessário apoio institucional e da gestão administrativa das unidades de saúde para tornar o programa uma realidade.

Neste sentido, Sarti et al. (2018) consideram que a qualidade de um PRM está intimamente ligada com o desenvolvimento da APS local, e citam alguns aspectos-chaves para implementação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no município de Vitória – ES, dentre eles, a adequação dos serviços de saúde, a formação e valorização da preceptoria e a melhoria de processos de trabalho e de gestão. Um exemplo disso ocorreu com a implantação do PRM-MFC da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - RJ, onde verificou-se, após dois anos, uma melhoria tanto quantitativa quanto qualitativa dos serviços prestados pelas unidades de saúde assim como dos demais profissionais que nela atuam, também foi verificado que mais de 60% dos egressos do PRM iniciaram sua atuação profissional no município de formação, demonstrando a capacidade do sistema formativo em fornecer profissionais capacitados para melhorar a assistência em saúde no local (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). Em perspectiva semelhante, no caso do currículo canadense (Triplo C), após sua implementação em 2010, houve uma maior intenção dos residentes em prover cuidados paliativos, intraparto, hospitalares, domiciliares e rurais, podendo ter colaborado com uma melhor distribuição de médicos de família em áreas rurais e desassistidas (ZHANG et al., 2019).

Para realizar uma estruturação curricular, Santos (2011) destaca a importância da definição do conceito de competência e descreve algumas etapas do processo: (i) elaboração de uma matriz; (ii) determinação dos componentes; (iii) definição dos níveis de desempenho; (iv) avaliação das competências identificadas e (v) avaliação do processo. Há trabalhos que abordaram a organização das competências e perfis dos egressos dos PRM-MFC apresentando alguns aspectos em comum: (i) a centralidade no paciente; (ii) a integralidade do cuidado ; (iii) o trabalho em equipe ; (iv) a educação permanente; (v) a prática baseada em evidências; e (vi) a educação permanente (FERREIRA; CUNHA; DIAS, 2018; FIGUEIREDO et al., 2016;

GREEN et al., 2007). Na pesquisa realizada, foram encontrados artigos que abordaram competências específicas para a residência em MFC. A lista destes artigos, separados por temáticas e a frequência com que estas são abordadas nos textos pode ser visualizada na Tabela 2.

**Tabela 2** – Lista de artigos que abordam competências específicas para o ensino da Medicina de Família e Comunidade.

<b>Tema</b>	<b>Quant.</b>	<b>Autores</b>
Ensino e pesquisa	8	(KONDRO, 2009; KOO et al., 2012; LACASSE; RATNAPALAN, 2009; LAZARE; MOAVENI, 2016; LENNON et al., 2014; PENSA; FREW; GELMON, 2013; SEALES et al., 2019; ZELLER; EWING; ASIF, 2019)
Competências culturais	6	(FRAISER; DÁVALOS; SKINNER, 2005; ROSENBERG et al., 2006; THOM et al., 2006; WATT; ABBOTT; REATH, 2016; WILKINSON, 2006; ZUBATSKY; BRIELER; JACOBS, 2017)
Farmacologia e prescrição	6	(BAZALDUA et al., 2005; BORDMAN et al., 2013; ESMAILY et al., 2014; EVANS et al., 2016; GINZBURG; COHRSSSEN, 2007; KHAJA et al., 2008)
Segurança do paciente	5	(GONZÁLEZ-FORMOSO et al., 2019; KASSAM et al., 2016; KRUSZEWSKI; SPELL, 2018; LLAMAS, 2010; SINGH et al., 2005;)
Saúde Mental	5	(GILES; MARTINI, 2017; LEIGH; STEWART; MALLIOS, 2006a, 2006b; OAKLEY et al., 2005; WHELAN et al., 2017)
Dor, cuidados paliativos	4	(SCHUBART et al., 2013; SHAW et al., 2010; SUSANIBAR et al., 2014; TICK et al., 2015)
Procedimentos cirúrgicos	4	(CARON et al., 2015; GUIRGUIS-BLAKE et al., 2012; MACKENZIE; BERKOWITZ, 2010; VINDEN; OTT, 2015)
Interprofissionalidade	3	(BILODEAU et al., 2010; COLEMAN et al., 2008; PRICE et al., 2009)
Medicina baseada em evidências	3	(EPLING et al., 2018; SLAWSON; SHAUGHNESSY, 2005; THOMAS; KREPTUL, 2015)
Medicina integrativa	2	(KLIGLER et al., 2007; LAUDENBERG; NOTHNAGLE, 2010)
Obstetrícia	2	(BARR; ASLAM; LEVIN, 2011; MEUNIER et al., 2012)
Competências clínicas	2	(WALLER et al., 2017; WIEDEMER et al., 2018)
Saúde pública	2	(HARVEY; MOLOUGHNEY; IGLAR, 2011; LOCHNER et al., 2018)
Liderança	1	(DEANE; RINGDAHL, 2012)
Saúde bucal	1	(SILK et al., 2018)
Testes laboratoriais	1	(ABBOTT et al., 2014)
Atenção domiciliar	1	(SAVASSI et al., 2018)

(continuação)

<b>Tema</b>	<b>Quant.</b>	<b>Autores</b>
Aborto	1	(DEHLENDORF et al., 2007)
Abordagem familiar	1	(SCHIEFER et al., 2017)
Espiritualidade	1	(KING; CRISP, 2005)
Violência	1	(HAMBERGER, 2007)
Registro médico	1	(REIS et al., 2013)
Saúde Sexual	1	(ECKSTRAND et al., 2016)
Total de artigos	62	

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Outro ponto de convergência nos artigos selecionados trata sobre a preceptoria. Garcia et al. (2018) descrevem o modelo de dupla preceptoria da residência em MFC da USP, ressaltando a qualidade e a figura do preceptor do residente (tutor), sendo um médico de família atuante na mesma equipe que o residente, fornecedor do exemplo profissional e que divide progressivamente as responsabilidades do trabalho da equipe de saúde, enquanto o preceptor da residência é encarregado das funções de planejamento, ensino, avaliação e pesquisa. Machado et al. (2018) e Vicente (2005) definem esta relação tutor-residente como fundamental para estimular a autoaprendizagem, preencher lacunas, corrigir dificuldades e motivar o residente e deve ser continuada. Em uma avaliação do programa espanhol pelos seus egressos de 2008, Pérez-Romero et al. (2012) identificaram a relação com o tutor como o critério mais bem avaliado pelos residentes. Já Castells et al. (2016), ao abordar a prática da preceptoria nos PRM-MFC do Rio de Janeiro, apontam a demanda excessiva de trabalho do preceptor com a concomitância entre as funções de assistência e formação. O que vai ao encontro de Schultz (2012) que cita os cinco principais desejos dos residentes sobre seus preceptores: (i) interesse neles como aprendizes; (ii) sejam motivadores; (iii) demonstrem entusiasmo e disponibilidade; (iv) realizem discussões clínicas e (v) forneçam feedback.

Além da preceptoria, os residentes têm avaliado, porém negativamente, as formatações dos estágios. Aqueles com configuração rotativa, onde o residente passa um período (geralmente um mês) em cada especialidade ou bloco, têm recebido críticas e questionamentos sobre sua efetividade no aprendizado (ORGANEK et al., 2012). Currículos com pouca capacidade para variações também têm sido apontados como pouco efetivos e com baixa relevância para a prática profissional (GARVIN et al., 2011; KLEIN; SCHIPPER, 2008). Klein e Schipper (2008) consideram a flexibilidade como um componente chave para a mudança curricular e como uma resposta às necessidades de aprendizado dos residentes. Garvin et al. (2011) indica que a educação individualizada aparenta gerar aumento de interesse dos

estudantes na atenção primária e melhora de performance dos programas. Assim sendo, currículos centrados na medicina de família e integrados com a prática apresentam avaliações positivas dos seus residentes (LEE et al., 2013; LUBITZ; LEE; HILLIER, 2015; SHAW et al., 2012).

No campo da avaliação, os artigos encontrados abordam principalmente dois temas: (i) avaliação – tanto do residente, quanto do programa –; e (ii) feedback.

Os métodos avaliativos podem se mostrar bastante heterogêneos. Estudo feito para avaliar quatro modelos da Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), nos campos de conhecimentos médicos e habilidades de comunicação, não encontrou uma correlação entre eles (NUOVO; BERTAKIS; AZARI, 2006). Por outro lado, há apontamentos de uso positivo de simulações para avaliações de competências clínicas tanto no início do período de treinamento (CURRAN et al., 2012) quanto para definir a progressão do residente (NOEL et al., 2015).

Quanto à avaliação dos programas de residência, também há trabalhos buscando padrões. Flum et al. (2016) realizou uma revisão literária na busca por padrões de avaliação de treinamento da pós-graduação em medicina de família, extraíndo uma lista com oitenta itens envolvendo, em sua maioria, qualidades estruturais e dos processos do programa, sendo apenas dois destes itens relacionadas à qualidade dos resultados do treinamento. Em avaliação realizada do curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE com base em respostas dos residentes: 75% considerou que o conteúdo teórico-prático favoreceu vínculo com a comunidade e a reflexão sobre a prática; 65% apontaram satisfação no aprendizado sobre ações de Educação em Saúde. Já as lacunas de conhecimentos mais citadas foram a necessidade de mais conhecimentos clínicos especializados e as más condições de infraestrutura das unidades de saúde (CASTRO; NÓBREGA-TERRIEN, 2009). Jung, Kennedy, Winder (2012) avaliaram positivamente uma estratégia chamada de Tempo de Bloqueio Protegido para ensino e aprendizagem (período de uma semana a cada dois meses, onde os residentes e instrutores participam de sessões teóricas e de discussões com dedicação exclusiva, sem que haja interferência de outras atividades como sobreaviso por exemplo), pois mostrou-se eficaz na promoção de um ambiente de aprendizagem que cultiva e apoia relacionamentos necessários para uma experiência educacional aprofundada.

Artigos também apontam para a importância do feedback. Para um bom feedback, é necessário que o residente seja estimulado a falar sobre seu treinamento (JENNIFER, 2013). Tekian et al. (2017) acreditam que uma melhor compreensão do feedback resultará em um



aprendizado mais eficiente, para tanto, recomenda que: (i) a avaliação que necessariamente precede o feedback deve ser projetada para otimizar seu efeito educacional; (ii) o caráter qualitativo na forma de uma conversa ou discussão aumentaria sua credibilidade, abordaria obstáculos emocionais e criaria um contexto no qual fosse confortável; (iii) embora tenha limitações, o caráter quantitativo na forma de dados individualizados poderia ajudar os alunos a traçar estratégias de como melhorar; e (iv) o desenvolvimento do corpo docente precisa incorporar e promover mudanças culturais e de sistemas.

Por fim, apesar de não ser um currículo e nem conter informações sobre competências, cabe uma menção à Cartilha de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Documento elaborado pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, em 2019, contém uma listagem dos serviços a serem prestados pelas unidades de APS do Brasil. Posteriormente, em 2020, foi publicada a versão completa que contém além do leque de ações, algumas recomendações, referenciais para consulta e materiais necessários para ofertar cada item. Os serviços estão agrupados nas seguintes categorias: (i) vigilância em saúde; (ii) promoção à saúde; (iii) atenção e cuidados centrados na saúde do adulto e do idoso – dividido em cuidados e atenção à saúde da mulher, cuidados e atenção à saúde do idoso e atenção e cuidados clínicos em saúde do adulto e do idoso; (iv) atenção e cuidados centrados na saúde da criança e do adolescente; (v) procedimentos na APS; e (vi) atenção e cuidados relacionados à saúde bucal. Esta cartilha visa ser um documento norteador das ações de saúde na APS brasileira, sem intenções de fazer uma padronização nacional de serviços. Considerando o dinamismo e a variabilidade das demandas das comunidades, a adequação à realidade local é um ponto destacado pela cartilha, sendo que cada gestor municipal pode editar (acrescentar, retirar ou modificar) os itens da carteira de serviços em conformidade com as necessidades e condições locais.

## 10 PRODUTOS

Os produtos apresentados por este trabalho de mestrado profissional em Ensino na Saúde estão separados em uma proposta curricular e um site na internet.

Estes visam a colaborar com a formação de um egresso médico que apresente as seguintes qualidades no seu perfil: (i) possua habilidades para comunicação efetiva com pacientes e outros profissionais; (ii) postura ética e respeitosa, (iii) apresente conhecimento técnico adequado e baseado em evidências, (iv) realize atendimento à pessoa em ampla gama de situações de saúde, sem restrições devido ao problema de saúde apresentado ou mesmo de idade, gênero, raça ou qualquer outro; (v) seja custo-efetivo em suas ações e contribua para a melhoria dos serviços de saúde onde atue; e (vi) apresente um perfil de crescimento pessoal e profissional constante por meio da educação médica continuada.

Para o melhor entendimento do primeiro item (a proposta curricular), faz-se importante algumas considerações: (i) ao longo do texto, os termos preceptor e tutor foram utilizados de forma equivalente; (ii) as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionam no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) são mencionadas como Unidades de Saúde da Família (USF); e (iii) os médicos residentes estão referidos como R1 e R2 para o primeiro e segundo anos de residência, respectivamente.

### 10.1 PROPOSTA DE CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE CAMPO BOM – RS.

O principal produto consiste em um currículo baseado em competências para um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) em Campo Bom – RS. É composto por recomendações extraídas dos currículos nacionais e internacionais, dos artigos encontrados pela metodologia de pesquisa descrita anteriormente e elaboradas a partir dos objetivos específicos.

O produto está organizado da seguinte forma: (i) Matriz de competências (ii) Atividades mínimas de treinamento e distribuição de carga horária; (iii) Integração ensino-serviço; (iv) Recursos didáticos; (v) Meios avaliativos.

A matriz de competências gerada por este processo está organizada em cinco grupos principais: (i) Comunicação; (ii) Atenção à Saúde; (iii) Ética e Profissionalismo; (iv) Gestão; e (v) Ensino e Pesquisa. O Quadro 21 demonstra esta matriz juntamente com a referência ao

currículo que apresenta cada uma das competências selecionadas, e uma versão sem estas correspondências curriculares está representada no Anexo VIII.

**Quadro 21** – Matriz de competências para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) em Campo Bom – RS.

<b>Competências</b>	<b>Currículos referência</b>
<b>1 Comunicação</b>	
<b>1.1 Consulta médica</b>	
1.1.1 Conhece os principais formatos de consulta clínica	semFYC, USP
1.1.2 Sabe escutar o paciente sem interromper	semFYC, USP
1.1.3 Está atento e compreende comunicação não verbal	AAFP, semFYC, USP
1.1.4 Facilita com que o paciente se expresse na consulta	SBMFC, semFYC, USP
1.1.5 Apresenta empatia, procurando entender a como o paciente está vivenciando aquele momento	CFP, RACGP, RCGP, semFYC, USP
1.1.6 Considera aspectos sociais, culturais e econômicos dos pacientes	AAFP, ACGME/ABFM, CFP, MEC, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, WONCA
1.1.7 Estabelece vínculo com o paciente	CFP, SBMFC, semFYC, USP, WONCA
1.1.8 Faz resumo da consulta e verifica entendimento com o paciente	SBMFC, semFYC, USP
1.1.9 Comunica-se adequadamente com acompanhantes, familiares e cuidadores durante a entrevista clínica	ACGME/ABFM/ABFM, CFP, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
1.1.10 Faz um fechamento adequado da consulta	RACGP, semFYC
<b>2 Atenção à Saúde</b>	
<b>2.1 Princípios gerais</b>	
2.1.1 Realiza anamnese e exame físicos adequados e de forma respeitosa	CFP, MEC, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.1.2 Formula hipóteses diagnósticas e considera diagnósticos diferenciais	CFP, MEC, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.1.3 Indica tratamentos racionais e baseados em evidências	CFP, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.1.4 Fornece cuidados longitudinais	CFP, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP, WONCA
2.1.5 Elaborar planos terapêuticos conjuntos e respeita autonomia do paciente	ACGME/ABFM, CFP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP, WONCA
2.1.6 Realiza referências adequadas, usando informações relevantes, e mantém a coordenação do cuidado	CFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.1.7 Cuida de pacientes com problemas indiferenciados	CFP, SBMFC, semFYC, WONCA

(continuação)

<b>Competências</b>	<b>Currículos referência</b>
<b>2 Atenção à Saúde</b>	
<b>2.1 Princípios gerais</b>	
2.1.8 Cuida de pacientes com várias comorbidades, com problemas agudos e crônicos	ACGME/ABFM, CFP, RACGP, SBMFC, WONCA
2.1.9 Identifica os determinantes sociais da saúde	CFP, AAFP, RACGP, SBMFC
2.1.10 Identifica situações graves e/ou que necessitam intervenção imediata	ACGME/ABFM, CFP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.1.11 Sabe quando deve realizar notificações (violência, vigilância epidemiológica)	MEC, SBMFC
2.1.12 Fornece cuidados preventivos	AAFP, CFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, WONCA
<b>2.2 Medicina Centrada na Pessoa</b>	
2.2.1 Presta atendimento centrado na pessoa	CFP, MEC, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP, WONCA
2.2.2 Realiza atendimentos sem distinções - seja de gênero, cor, sexo, idade ou outras	CFP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
<b>2.3 Telemedicina</b>	
2.3.1 Faz uso da telemedicina para discussão de casos e qualificação do atendimento	SBMFC, semFYC, USP
2.3.2 Reconhece as diferenças entre as consultas à distância e as presenciais	
2.3.3 Está atualizado em relação às regras vigentes sobre uso da telemedicina	
<b>2.4 Saúde Individual</b>	
2.4.1 Presta cuidados nos seguintes temas em conformidade com as demais competências:	
2.4.1.1 Problemas gerais e inespecíficos	MEC, SBMFC,
2.4.1.2 Problemas infecciosos	AAFP, MEC, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.3 Problemas do sistema cardiovascular	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.4 Problemas do sistema endócrino	MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.5 Problemas do sistema respiratório	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.6 Problemas otorrinolaringológicos	MEC, RCGP, SBMFC, semFYC,
2.4.1.7 Problemas do sistema nervoso	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.8 Problemas do trato digestivo	MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.9 Problemas do sistema urinário	MEC, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.10 Problemas do sistema hematológico	MEC, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.11 Traumatismos, acidentes e intoxicações	semFYC, USP
2.4.1.12 Urgências e emergências	AAFP, MEC, SBMFC, semFYC, USP

(continuação)

<b>Competências</b>	<b>Currículos referência</b>
<b>2 Atenção à Saúde</b>	
<b>2.4 Saúde Individual</b>	
2.4.1.13 Problemas de saúde mental	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.14 Problemas relacionados à drogadição	AAFP, RCGP, semFYC, USP
2.4.1.15 Problemas dermatológicos	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.16 Problemas osteomusculares e reumatológicos	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.17 Problemas oculares	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.4.1.18 Procedimentos ambulatoriais	MEC, SBMFC, USP
<b>2.5 Saúde Coletiva</b>	
2.5.1 Realiza atendimentos em grupos	MEC
2.5.2 Identifica os principais problemas de saúde da comunidade	CFP, SBMFC, semFYC, USP
2.5.3 Presta cuidados nos seguintes temas em conformidade com as demais competências:	
2.5.3.1 Atenção à saúde da criança e do adolescente	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.5.3.2 Atenção à saúde da mulher (inclui cuidado pré-natal)	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.5.3.3 Atenção à saúde do homem	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC,
2.5.3.4 Atenção à saúde do trabalhador	AAFP, MEC, SBMFC, semFYC, USP
2.5.3.5 Atenção à saúde do idoso	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
2.5.3.6 Atenção à saúde de pessoas com deficiência, acamados	MEC, SBMFC, semFYC, USP
2.5.3.7 Atenção à saúde da pessoa em cuidados paliativos e sua família	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, USP
2.5.3.8 Atenção à saúde da família	semFYC, USP
2.5.3.9 Atenção a situações de risco familiar e social	MEC, SBMFC, semFYC, USP
2.5.3.10 Atenção à saúde da comunidade	semFYC, USP
<b>3 Ética e Profissionalismo</b>	
<b>3.1 Princípios gerais</b>	
3.1.1 Responsabiliza-se por suas ações	ACGME/ABFM, CFP, semFYC
3.1.2 Tem consciência de suas capacidades e limitações	RCGP, SBMFC
3.1.3 Atua como defensor do seu paciente	CFP, AAFP, RCGP, WONCA
3.1.4 Atua de acordo com os códigos éticos e profissionais vigentes	CFP
3.1.5 Maneja eticamente as relações com a indústria farmacêutica	SBMFC, semFYC, USP

(continuação)

<b>Competências</b>	<b>Currículos referência</b>
<b>3 Ética e Profissionalismo</b>	
<b>3.1 Princípios gerais</b>	
3.1.6 Sabe manejar conflitos de interesse	RCGP, SBMFC
3.1.7 Trata os outros com justiça e respeito	CFP, RCGP, SBMFC
<b>3.2 Trabalho em equipe</b>	
3.2.1 Sabe trabalhar em equipe	ACGME/ABFM, CFP, MEC RCGP, SBMFC, semFYC
3.2.2 Respeita os demais membros da equipe	AAFP, CFP, MEC, SBMFC, USP
3.2.3 Atua para negociar e gerir conflitos	MEC, SBMFC, USP
3.2.4 Desenvolve habilidades de coordenação de equipe e liderança	AAFP, ACGME/ABFM, CFP, MEC, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
3.2.5 Presta assistência ao paciente em conjunto com outros profissionais	CFP, MEC, SBMFC, RCGP, WONCA
<b>3.3 Segurança do paciente</b>	
3.3.1 Trabalha em prol da segurança do paciente	ACGME/ABFM, CFP, RCGP, SBMFC
3.3.2 Faz uso racional de investigação complementar. Evita danos (prevenção quaternária)	CFP, MEC, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, WONCA
3.3.3 Admite erro	RCGP
<b>3.4 Confidencialidade</b>	
3.4.1 Garante o sigilo profissional	CFP, RACGP, RCCGP, SBMFC, semFYC, USP
3.4.2 Respeita a ética e a legislação na produção de relatórios, atestados e laudos médicos	CFP, RACGP, RCGP
<b>3.5 Registro profissional</b>	
3.5.1 Realiza registro organizado e legível	CFP, RACGP, RCGP, SBMFC
<b>4 Gestão</b>	
<b>4.1 Gestão da prática</b>	
4.1.1 Tem conhecimento do nível de resolutividade da APS, avalia e procura melhorar o seu nível	semFYC, USP, WONCA
4.1.2 Organiza tempo de consulta, agenda e as demais demandas da APS de acordo com suas capacidades e as necessidades da comunidade	CFP, MEC, SBMFC, semFYC, USP
<b>4.2 Gestão de recursos</b>	
4.2.1 Utiliza os recursos públicos disponíveis com custo-efetividade	AAFP, ACGME/ABFM, CFP, MEC, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC
4.2.2 Considera os gastos que venham a ser suportados pelos pacientes	RCGP, ACGME/ABFM, semFYC
<b>4.3 Gestão Pública</b>	
4.3.1 Compreende o funcionamento do sistema de saúde onde está atuando	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, USP
4.3.2 Contribui para a melhoria do sistema	AAFP, MEC, RCGP, SBMFC, USP

(continuação)

Competências	Currículos referência
<b>5 Ensino e Pesquisa</b>	
<b>5.1 Aprimoramento contínuo</b>	
5.1.1 Analisa, reflete sobre o seu aprendizado e cria planos de melhoria	ACGME/ABFM, CFP, RACGP, RCCGP, SBMFC, semFYC, USP
5.1.2 Aponta sugestões para melhoria do processo de aprendizado nos estágios de formação	CFP, semFYC, USP
5.1.3 Entende que a formação deve ser contínua, após o término da residência	CFP, SBMFC, semFYC, USP
5.1.4 Está atento a atualidades na sua área de atuação	
<b>5.2 Apoio ao ensino</b>	
5.2.1 Apoia educação e desenvolvimento dos colegas e estudantes	AAFP, CFP, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC
5.2.2 Realiza ações de educação em saúde	AAFP, SBMFC
<b>5.3 Pesquisa clínica</b>	
5.3.1 Realiza buscas de conhecimento para sanar seus questionamentos clínicos	AAFP, ACGME/ABFM, CFP, SBMFC, semFYC, USP
5.3.2 Utiliza recursos tecnológicos (computador, smartphone) de forma adequada	AAFP, ACGME/ABFM, CFP, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC
5.3.3 Avalia a qualidade da evidência encontrada	AAFP, ACGME/ABFM, CFP, MEC, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
5.3.4 Avalia a aplicabilidade da evidência no seu contexto	AAFP, ACGME/ABFM, CFP, MEC, RACGP, RCGP, SBMFC, semFYC, USP
<b>5.4 Produção científica</b>	
5.4.1 Produz artigo científico, participa de eventos científicos	AAFP, USP

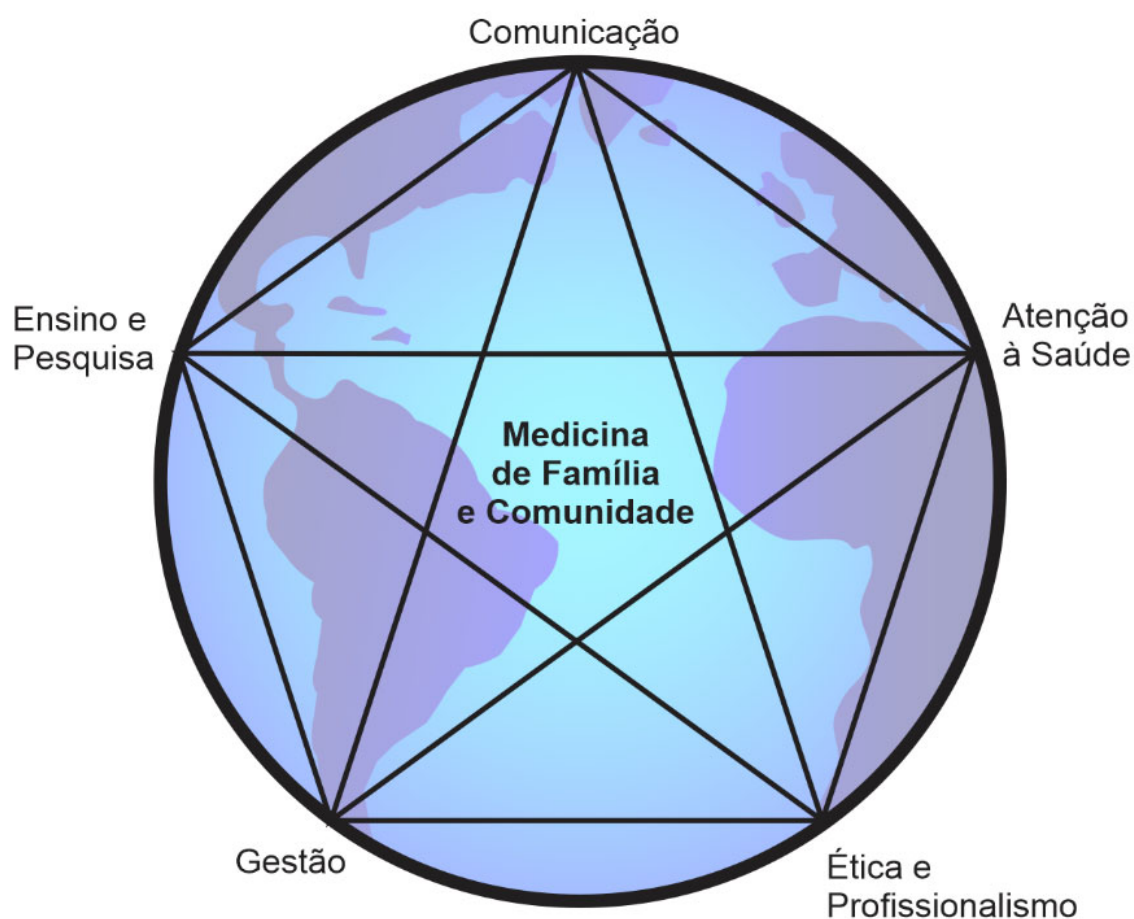
AAFP - American Academy of Family Physicians; ABFM - The American Board of Family Medicine; ACGME - The Accreditation Council for Graduate Medical Education; CFP - The College of Family Physicians of Canada; MEC - Ministério da Educação; RACGP - Royal Australian College of General Practitioners; RCGP - Royal College of General Practitioners; SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; SemFYC - Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; USP - Universidade de São Paulo; WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians;

Fonte: Elaborado pelo autor.

As competências estão reunidas em grupos e subgrupos. Apesar de estarem categorizadas neste formato, o intuito desta organização é de facilitar a visualização, o entendimento e o processo avaliativo e de feedback. Considerando a integralidade do atendimento, e que a rotina de trabalho do médico de família não se apresenta de forma fragmentada, as competências que compõem esta proposta curricular também devem apresentar estas características. A Figura 11 ilustra a interligação entre os grupos das competências.

Para o cumprimento das competências e em conformidade com a legislação vigente, a organização curricular para residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil deve obedecer aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015 (BRASIL, 2015). Recomenda-se que as atividades práticas em serviços na Atenção Primária à Saúde (APS) sejam o principal meio de formação do médico residente. Atividades teóricas e de formação prática em outros serviços não vinculados à APS também devem ser contempladas no desenho curricular. O Quadro 22 exemplifica estas atividades, com sugestão de locais para sua realização e a respectiva carga horária relativa de cada uma em relação ao total do programa de residência.

**Figura 11** – Representação gráfica das relações entre os grupos de competências do currículo.





**Quadro 22** – Atividades mínimas de treinamento para residência em Medicina de Família e Comunidade.

<b>Atividade</b>	<b>Local</b>	<b>CH</b>
Formação prática em serviços de APS – consultas, atenção domiciliar, abordagem familiar e comunitária, atividades coletivas, acolhimento, realização de procedimentos.	Centros de saúde, UBS, USF.	70-80%
Formação prática em outros serviços – urgência e emergência, unidades de internação, atividades de gestão, ambulatórios de atenção secundária/terciária.	Hospital, Centros de Especialidades, Pronto Atendimento, Secretaria Municipal de Saúde	Mínimo 10%
Formação teórica – aulas expositivas, seminários, oficinas, metodologias ativas (problematização, aprendizagem baseada em problemas), discussão de casos clínicos, simulação de consultas, vídeos de consultas, estudo orientado por necessidade.	Salas de aulas/reuniões, auditórios, consultórios.	10-20%

APS – Atenção Primária à Saúde

CH – Carga Horária

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

Fonte: CNRM (2015)

Tendo em vista o exposto acima, e considerando que o estágio de APS deva ser contínuo para ambientar o residente com a prática do médico de família, garantir a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, propõe-se que, ao longo do período formativo, os estágios em outros níveis de atenção não resultem em um afastamento da APS por período prolongado de tempo. Esta medida também pode ser uma facilitadora para organização dos serviços, tendo em vista ser mais factível em um serviço que iniciará um PRM-MFC, a inserção ou treinamento de preceptores em uma rotina semanal de supervisão nos campos de estágios nos níveis secundários e terciários de atenção.

Os Quadro 23 e Quadro 24 elencam, respectivamente para o primeiro e segundo ano de residência, os estágios recomendados por esta proposta curricular, juntamente com as atividades a serem desenvolvidas, o local e a respectiva carga horária a serem desenvolvidos por cada um deles. As atividades teóricas, por motivos de organização, estão divididas em dois formatos: (i) atividades fixas - que dispõem de espaço exclusivo no cronograma para serem realizadas semanalmente e (ii) atividades intercaladas - que irão revezar com a carga horária de estágios práticos. A carga horária foi calculada considerando o período de férias de trinta dias por ano e a organização do PRM-MFC da Feevale em um total de 5.760 horas (FEEVALE, 2020b).

Nas atividades teórico-complementares, deverão constar, obrigatoriamente, conforme o artigo 9 da Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006, temas relacionados a bioética, ética médica, metodologia científica, epidemiologia e bioestatística, além da recomendação da

participação do residente em atividades relacionadas ao controle de infecções hospitalares (BRASIL, 2006).

**Quadro 23** – Distribuição da carga horária anual para o primeiro ano de residência (R1).

<b>Estágio</b>	<b>Atividades</b>	<b>Local</b>	<b>CH semanal (h)</b>	<b>Quant. semanas</b>	<b>CH anual (h)</b>
Estágio longitudinal em APS	Consultas programadas e de demanda; visitas domiciliares; grupos de educação em saúde; reuniões de equipe; pequenos procedimentos	USF	44	48	2.112
Centro Obstétrico	Assistência a gestantes: emergência obstétrica, pré-parto, parto e puerpério imediato em nível hospitalar	Hospital	6	8	48
Internação Adulto	Assistência clínica em nível hospitalar	Hospital	4	4	16
Internação Pediátrica	Assistência pediátrica em nível hospitalar	Hospital	6	8	48
Urgência/ Emergência	Atendimento a pessoas com situações agudas	Hospital/ P. A.	12	24	288
Especialidades	Atendimento ambulatorial em nível secundário de atenção	UBS	4	12	48
<b>Carga horária prática</b>					<b>2.560</b>
Atividades teóricas (fixas semanais)	Aulas expositivas, seminários, oficinas, metodologias ativas (problematização, aprendizagem baseada em problemas, discussão de casos clínicos, simulação de consultas, vídeos de consultas, estudo orientado por necessidade, produção científica.	SMS/ instituição de ensino	4	48	192
Atividades teóricas (intercalam com os estágios práticos)			8	16	128
<b>Carga horária teórica</b>					<b>320</b>
<b>Carga horária do primeiro ano</b>					<b>2.880</b>

APS – Atenção Primária em Saúde

CH – Carga horária

P.A. – Pronto Atendimento

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Quadro 24** – Distribuição da carga horária anual para o segundo ano de residência (R2).

<b>Estágio</b>	<b>Atividades</b>	<b>Local</b>	<b>CH semanal (h)</b>	<b>Quant. semanas</b>	<b>CH anual (h)</b>
Estágio longitudinal em APS	Consultas programadas e de demanda espontânea; visitas domiciliares; grupos de educação em saúde; reuniões de equipe; pequenos procedimentos	USF	40	44	1.760
Centro Obstétrico	Assistência a gestantes: emergência obstétrica, pré-parto, parto e puerpério imediato em nível hospitalar	Hospital	6	8	48
Internação – Adulto	Assistência clínica em nível hospitalar	Hospital	4	8	32
Internação – Pediátrica	Assistência pediátrica em nível hospitalar	Hospital	6	8	48
Urgência/ Emergência	Atendimento a pessoas com situações agudas	Hospital / P. A.	12	24	288
Especialidades	Atendimento ambulatorial em nível secundário de atenção	UBS	4	8	32
Gestão	Atividades de gestão pública: coordenação, avaliação, regulação e planejamento em saúde	SMS	4	8	32
Telemedicina	Atendimento à distância, discussão de casos.		4	44	176
Estágio optativo em APS	Estágio optativo em outro serviço de APS		40	4	160
<b>Carga horária prática</b>					<b>2.592</b>
Atividades teóricas (fixas semanais)	Aulas expositivas, seminários, oficinas, metodologias ativas (problematização, aprendizagem baseada em problemas), discussão de casos clínicos, simulação de consultas, vídeos de consultas, estudo orientado por necessidade, produção científica.	SMS/ Instituição de ensino	4	48	192
Atividades teóricas (intercalam com os estágios práticos)			8	12	96
<b>Carga horária teórica</b>					<b>288</b>
<b>Carga horária do segundo ano</b>					<b>2.880</b>

APS – Atenção Primária em Saúde

CH – Carga horária

P.A. – Pronto Atendimento

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 3 demonstra a parcela relativa a ser dedicada às atividades práticas em cada nível de atenção, às atividades teóricas, bem como a carga horária total do curso.

**Tabela 3** – Distribuição da carga horária de acordo com o tipo de atividade.

Distribuição da carga horária (CH)	CH (h)	CH Relativa
Atividades práticas	5152 h	89,4%
Atividades práticas em APS	4208 h	73,0%
Atividades práticas em outros níveis de atenção	944 h	16,4%
Atividades teóricas	608 h	10,6%
Carga horária total da residência (R1+R2)	5760 h	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Quadro 25 ilustra uma típica rotina semanal de treinamento do residente em MFC. Os turnos e horários basearam-se na configuração das Unidades de Saúde da Família de Campo Bom-RS, no ano de 2020. As atividades foram distribuídas para contemplar a carga horária descrita anteriormente e centralizar o cenário de aprendizagem na APS, mas não representam uma sugestão engessada de agenda, cada dia e/ou turno da semana pode ser ajustado ou alterado conforme a disponibilidade dos serviços e a formatação ideal para o cumprimento das atividades teóricas e práticas de acordo com a carga horária especificada.

Recomenda-se a existência de agenda na APS em período vespertino e/ou noturno para atendimento da demanda de saúde do trabalhador.

**Quadro 25** – Sugestão de agenda típica para o residente em MFC.

Turno/Horário	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb. ou Dom.
Manhã 8h-12h	APS	APS	APS	APS	APS	E1/E2/AT
Tarde 13h-17h	APS	APS	APS/E2/ E3/E4	E2/ E3/E4	APS/TM	E1/E2/AT
Vespertino 17h-19h	APS	AT	APS		APS	E1/E2
Noturno 19h-21h	APS	AT				

APS – Estágio longitudinal em Atenção Primária à Saúde.

AT – Atividade teórica.

E1 – Estágio em urgência e emergência.

E2 – Estágios em atenção terciária (Centro Obstétrico, Pediatria, Unidade de Internação).

E3 – Estágio em gestão em saúde pública na Secretaria Municipal de Saúde.

E4 – Estágio ambulatorial em especialidades de atenção secundária (p. ex. Cardiologia, Pneumologia, Dermatologia, Psiquiatria, entre outros).

TM – Estágio em telemedicina.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para evitar que o residente passe longos períodos sem contato direto com o treinamento na APS, propõe-se que os estágios rotativos (na atenção secundária, terciária e de gestão) ocorram continuamente ao longo de todo período formativo.

O estágio optativo poderá ser realizado em serviços de APS de outros municípios, em serviços de medicina rural ou de práticas integrativas e complementares e deve ser comunicado previamente à Comissão de Residência Médica.

Recomenda-se que o estágio de gestão seja alternado com os de especialidades e realizado próximo ao final do segundo ano, com o intuito de que a vivência prática adquirida até então pelo residente lhe forneça subsídios para o desenvolvimento das competências em Gestão Pública. Uma sugestão de cronograma anual está exemplificada no Quadro 26, podendo ser ajustado conforme a necessidade para contemplar a carga horária das atividades formativas descritas anteriormente. O estágio em telemedicina não está contemplado neste cronograma pois foi pensado em ser realizado ao longo do segundo ano de residência.

Os residentes poderão ser escalados para plantões noturnos contanto que se respeite período de repouso semanal. Funções como sobreaviso poderão ser consideradas desde que não se sobreponham a outras atividades.

**Quadro 26** – Sugestão de cronograma anual.

<b>Ano 1</b>											
Mês <sup>1</sup>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Estágio	APS			Internação	Especialidades			CO		Pediatria	
<b>Ano 2</b>											
Mês <sup>1</sup>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Estágio	Especialidades		Internação		Pediatria		CO		Gestão		Optativo

1 – Considerados onze meses/ano devido a reserva de um mês para férias.

CO – Centro Obstétrico

Fonte: Elaborado pelo autor.

Até o presente momento o município de Campo Bom não tem residentes em atividade. Portanto, para garantir o bom funcionamento do currículo proposto, é importante mencionar algumas recomendações de adequações na rede de serviços de saúde do município.

De acordo com a Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015, para uma Unidade de Saúde da Família receber o médico residente, é necessário que a população adscrita na equipe seja de até 3.000 (três mil) pessoas, e, caso este componha a equipe, a relação deve ser de 2.000 (duas mil) pessoas para cada residente (BRASIL, 2015). Além desta exigência, a unidade

deverá contar com a equipe mínima de Saúde da Família de acordo com o exposto na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB): (i) médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, (ii) enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; (iii) auxiliar e/ou técnico de enfermagem e (iv) Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017b). Na questão da agenda, para garantir o acesso universal e a integralidade do atendimento, recomenda-se que não seja fragmentada e nem restrita a atendimentos por grupos populacionais ou faixas etárias. Os turnos vespertinos, que acontecem uma vez na semana, devem ser estendidos e terem sua frequência ampliada a fim de garantir o cumprimento da carga horária em APS proposta anteriormente. Para contemplar a aquisição de competências no campo da telemedicina, deverá haver uma sala adequada para exercer esta atividade, dispondo de computador com acesso à internet, linha telefônica, acessórios como fone de ouvido e microfone, além dos recursos habituais do consultório médico para caso haja necessidade de atendimento presencial. Preferencialmente esta atividade deve acontecer na USF, alternativamente, poderá ser alocada em outro local, como o Hospital ou mesmo a Secretaria Municipal de Saúde, desde que apresente a disponibilidade dos recursos descritos.

Tendo em vista a positividade do aprendizado do residente com especialistas quando o residente está envolvido na prática (LUBITZ; LEE; HILLIER, 2015), a instituição de ensino deverá prover cursos de formação para que os especialistas da atenção secundária e terciária possam fornecer tutoria para os residentes em MFC voltadas para a APS.

Na atenção terciária, as atividades ocorrerão no ambiente do Hospital Lauro Réus nas áreas de Centro Obstétrico, internação adulto e pediátrica emergência-adultos e pediátrica. A emergência-adultos também poderá ocorrer no Pronto Atendimento 24 horas. A direção técnica do hospital poderá indicar um profissional de cada área para atuar como preceptor do residente de MFC enquanto este estiver em treinamento no serviço. Igualmente, a instituição de ensino poderá prover o preceptor.

Para o ensino das competências que compõem a matriz desta proposta (Quadro 21), são sugeridos os recursos didáticos elencados no Quadro 27.

**Quadro 27** – Recursos didáticos recomendados para cada Grupo e Subgrupo das competências.

<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Recursos didáticos</b>
<b>1 Comunicação</b>	<b>1.1 Consulta médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção</li> <li>- Observação de consultas do preceptor e/ou outros profissionais</li> <li>- Gravação e análise de consultas</li> <li>- Reuniões de equipe</li> </ul>

(continuação)

<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Recursos didáticos</b>
<b>1 Comunicação</b>	<b>1.1 Consulta médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aulas expositivas</li> <li>- Metodologias ativas (Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas)</li> <li>- Seminários</li> </ul>
<b>2 Atenção à Saúde</b>	<b>2.1 Princípios gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção</li> <li>- Gravação e análise de consultas</li> <li>- Aulas expositivas</li> <li>- Metodologias ativas (Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas)</li> <li>- Seminários</li> <li>- Discussões de casos clínicos</li> </ul>
	<b>2.2 Medicina Centrada na Pessoa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção</li> <li>- Aulas expositivas</li> <li>- Metodologias ativas (Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas)</li> <li>- Seminários</li> <li>- Discussões de casos clínicos</li> <li>- Gravação e análise de consultas</li> </ul>
	<b>2.3 Telemedicina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção</li> <li>- Aulas expositivas</li> <li>- Metodologias ativas (Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas)</li> <li>- Estágio prático com atuação específica em telemedicina</li> </ul>
	<b>2.4 Saúde Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção</li> <li>- Gravação e análise de consultas</li> <li>- Aulas expositivas</li> <li>- Metodologias ativas (Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas)</li> <li>- Seminários</li> <li>- Discussões de casos clínicos</li> </ul>
	<b>2.5 Saúde Coletiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção</li> <li>- Gravação e análise de consultas</li> <li>- Aulas expositivas</li> <li>- Metodologias ativas (Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas)</li> <li>- Seminários</li> <li>- Discussões de casos clínicos</li> <li>- Atividades em grupos</li> </ul>
<b>3 Ética e Profissionalismo</b>	<b>3.1 Princípios gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção</li> <li>- Aulas expositivas</li> <li>- Metodologias ativas (Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas)</li> </ul>
	<b>3.2 Trabalho em equipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção</li> <li>- Reuniões de equipe</li> </ul>

(continuação)

<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Recursos didáticos</b>
<b>3 Ética e Profissionalismo</b>	<b>3.3 Segurança do paciente</b>	- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção - Aulas expositivas - Metodologias ativas (Problematização, Aprendizagem Baseada em Problemas) - Seminários
	<b>3.5 Registro profissional</b>	- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção
<b>4 Gestão</b>	<b>4.1 Gestão da prática</b>	- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção
	<b>4.2 Gestão de recursos</b>	- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção
	<b>4.3 Gestão Pública</b>	- Estágios práticos em APS e outros níveis de atenção - Estágio em gestão na SMS
<b>5 Ensino e Pesquisa</b>	<b>5.1 Aprimoramento contínuo</b>	- Feedback/avaliação - Estudo autodirigido
	<b>5.2 Apoio ao ensino</b>	- Atividades em grupos
	<b>5.3 Pesquisa clínica</b>	- Apresentação e discussão de casos clínicos - Apresentação e análise crítica de artigos científicos - Estudo autodirigido
	<b>5.4 Produção científica</b>	- Desenvolvimento de projeto

APS – Atenção Primária à Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que tange à avaliação, esta deve acontecer trimestralmente de acordo com o exposto na Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015 (BRASIL, 2015). Sugere-se, previamente, a realização de uma autoavaliação pelo residente e de um feedback do preceptor/tutor para uma melhor discussão sobre a aquisição das competências. O formulário desenvolvido para a avaliação das competências com as respectivas definições dos níveis de aquisição encontra-se no Anexo IX. Ao final de cada grupo de competências, os níveis atingidos devem ser pontuados no gráfico radar, este servirá de comparativo com avaliações anteriores para monitorar a evolução do residente ao longo do curso e auxiliar a identificar e preencher lacunas de conhecimentos, habilidades e/ou atitudes. O Quadro 28 apresenta um exemplo de avaliação, preenchida de forma hipotética, no grupo de Competências em Comunicação, subgrupo Consulta médica. Uma competência que fora previamente considerada adquirida, deve ser reavaliada consecutivamente com vistas à garantia de sua manutenção.



**Quadro 28** – Exemplo da Ficha de Avaliação de Competências.

Competências	Nível	Observações
<b>1 Comunicação</b>		
<b>1.1 Consulta médica</b>		
1.1.1 Conhece os principais formatos de consulta clínica	1	
1.1.2 Sabe escutar o paciente sem interromper	2	
1.1.3 Está atento e compreende comunicação não verbal	2	
1.1.4 Facilita com que o paciente se expresse na consulta	2	
1.1.5 Apresenta empatia, procurando entender a como o paciente está vivenciando aquele momento	3	
1.1.6 Considera aspectos sociais, culturais e econômicos dos pacientes	2	
1.1.7 Estabelece vínculo com o paciente	3	
1.1.8 Faz resumo da consulta e verifica entendimento com o paciente	3	
1.1.9 Comunica-se adequadamente com acompanhantes, familiares e cuidadores durante a entrevista clínica	3	
1.1.10 Faz um fechamento adequado da consulta	2	

1.1.1 Conhece os principais formatos de consulta clínica

1.1.10 Faz um fechamento adequado da consulta

1.1.9 Comunica-se adequadamente com acompanhantes, familiares e cuidadores durante a entrevista...

1.1.8 Faz resumo da consulta e verifica entendimento com o paciente

1.1.7 Estabelece vínculo com o paciente

1.1.6 Considera aspectos sociais, culturais e econômicos dos pacientes

1.1.5 Apresenta empatia, procurando entender a como o paciente está vivenciando aquele momento

1.1.4 Facilita com que o paciente se expresse na consulta

1.1.3 Está atento e compreende comunicação não verbal

1.1.2 Sabe escutar o paciente sem interromper

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para facilitar a relação entre a avaliação formal e o feedback, sugere-se que ambos sigam o mesmo formato. Também de acordo com a Resolução CNRM nº 1, de 25 de maio de 2015, o processo avaliativo deve ser claro, abrangente, transparente e registrado por escrito, podendo

incluir: (i) acompanhamento pelo preceptor; (ii) autoavaliação; (iii) avaliações estruturadas de supervisão de consultas e procedimentos; (iv) avaliação do cumprimento de metas; (v) avaliação pela equipe: relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse do profissional; (vi) prova escrita; (vii) trabalho final de conclusão; (viii) avaliação dos preceptores e do estágio (BRASIL, 2015).

O médico residente fará avaliações dos preceptores e dos respectivos estágios ao final destes. As planilhas com os quesitos a serem avaliados constam nos Anexos X e XI, nesta ordem para o preceptor e o estágio.

A instituição de ensino responsável pelo PRM deve realizar uma avaliação curricular anual – através de reuniões periódicas com os residentes, preceptores e demais profissionais envolvidos no processo de ensino-aprendizagem – para pontuar possíveis aspectos de inclusão e exclusão de competências, assim como sugestões de formatos e rotinas nos diferentes estágios em serviço.

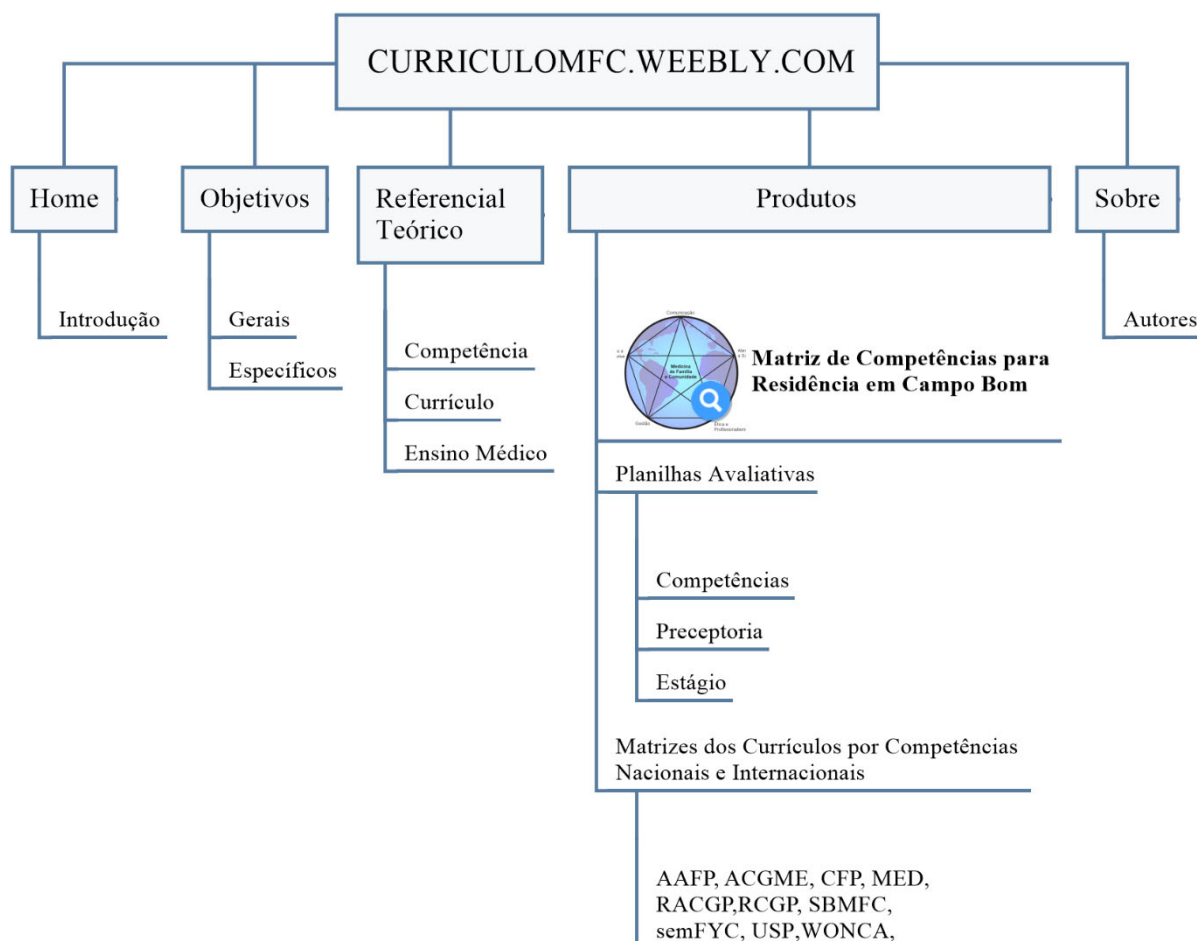
## 10.2 SITE: CURRICULOMFC.WEEBLY.COM

Este produto foi elaborado e desenvolvido em plataforma online (Weebly) a partir de atividade proposta pela disciplina Atelier de Pesquisa III – Projetos em prática (ENS0012) do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no segundo semestre letivo do ano de 2019. Consiste em um site na internet contendo, de forma resumida, dados introdutórios, sobre competência, currículo e ensino médico, contato dos autores e tem em sua principal função disponibilizar, de forma digital, os seguintes arquivos:

1. A matriz da proposta para o PRM-MFC no município de Campo Bom;
2. As matrizes de competência dos currículos citados anteriormente na metodologia com a finalidade de auxiliar na leitura da dissertação e servir como fonte para pesquisas futuras;
3. Material para avaliações dos residentes do programa em duas versões:
  - 3.1. Documento do tipo PDF para facilitar a impressão;
  - 3.2. Planilha do tipo XLSX para inserção de dados e produção automática de gráficos de desempenho.
4. Material para avaliações dos preceptores;
5. Material para avaliação dos estágios.

O mapa do site está representado na Figura 12, e o acesso se dá por meio do seguinte endereço eletrônico: <https://curriculomfc.weebly.com>.

**Figura 12** – Mapa do Site: CURRICULOMFC.WEEBLY.COM



## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, tanto nacional quanto internacionalmente, têm adequado suas propostas para o ensino por competências. Porém, não há unanimidade sobre o conceito de competência ser utilizado, ficando esta tarefa a cargo de cada programa. Por outro lado, as publicações na área, minimamente, englobam conhecimentos, atitudes e habilidades em suas definições, assim como a mobilização de recursos e a tradução destas ações em melhorias da prática.

Entidades médicas no Brasil e no mundo, bem como programas de residência vinculados a universidades e/ou serviços públicos de saúde têm produzido seus próprios currículos por competências com uma diversidade de formatos curriculares e de recursos disponibilizados em cada documento. Não há um modelo universal para utilização, mas pontos em comum auxiliam nas adequações curriculares para cada realidade. Portanto, cada programa deve realizar a escolha das competências que melhor contribuem para a formação do perfil desejado do egresso.

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade a atuar no município de Campo Bom – RS possui a peculiaridade de não apresentar, até 2020, médicos residentes formados ou em formação. A composição de uma proposta curricular neste sentido pode ser um desafio por não contar com contribuições advindas dos estudantes e profissionais envolvidos na prática, seja na identificação de novas competências importantes para o ensino dos residentes, até mesmo de indicações de melhorias nas estruturas dos serviços ou no processo formativo.

A integração entre assistência e ensino é necessária e sua implementação pode ser um desafio. A proposta deste trabalho envolve a utilização de vários setores como ambientes de ensino o que amplia a complexidade da organização curricular tanto na elaboração de cronogramas quanto na logística dos recursos necessários para uma boa execução das atividades, demandando um profundo processo de articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Instituição de Ensino. Contudo, o sucesso nesta atividade pode trazer benefícios a longo prazo para o sistema de saúde, como uma maior interligação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária, estímulo à qualificação de profissionais não envolvidos diretamente com o PRM, melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços ofertados.

O currículo desenvolvido deve ser considerado um marco inicial para alicerçar o ensino das competências. Estando em permanente processo de revisão, reconstrução e recebendo contribuições dos profissionais e estudantes envolvidos na sua prática. Os processos avaliativos

descritos também devem avançar neste sentido. Posteriores avaliações dos programas baseados em competências irão servir para mensurar a efetividade deste desenho curricular.

Ainda não é possível definir se este produto atingirá os objetivos propostos. O efetivo início das atividades de treinamento em serviço, a avaliação periódica do programa, assim como estudos futuros sobre o desempenho profissional dos egressos, irão subsidiar a resposta a estes e a outros questionamentos.

Apenas um currículo não é capaz de reordenar a pós-graduação médica e conseqüentemente a formação de especialistas. É necessário incentivo financeiro, reconhecimento da sociedade e a criação de condições laborais atrativas. Um posto de trabalho com estrutura física precária, poucos recursos humanos, falta de insumos, dificuldades na rotina de serviço, sobrecarga de demanda assistencial, desvalorização salarial em relação a outras especialidades médicas e o desconhecimento por parte de gestores sobre a importância da longitudinalidade do cuidado são alguns motivos que dificultam a escolha dos médicos pela especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Em suma, compartilhar esta experiência poderá colaborar para o debate no campo das competências e da residência em Medicina de Família e Comunidade. Desta forma subsidiando com que outros programas desenvolvam projetos de qualificação curricular a fim de formarem médicos especialistas em pessoas que atuem, preferencialmente, na atenção primária.

## REFERÊNCIAS

- AAFP, American Academy of Family Physicians. **Family Medicine Residency Curriculum Guidelines**. Site da internet. 2020. Disponível em: <<https://www.aafp.org/medical-school-residency/program-directors/curriculum.html>>. Acesso em: 22 set. 2020.
- ABBOTT, Marcia et al. Laboratory tests, interpretation, and use of resources: A program to introduce the basics. **Canadian Family Physician**, v. 60, n. 3, p. 167–172, 2014.
- ACGME, Accreditation Council for Graduate Medical Education. **Family Medicine Milestones**. 2019. Disponível em: <<https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/FamilyMedicineMilestones.pdf?ver=2020-09-01-150203-400>>. Acesso em: 10 out. 2020.
- AGUIAR, Adriana Cavalcanti; RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. **Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, n. 3, p. 371–378, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/06.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2020.
- ALESSIO, Maria Martins; SOUSA, Maria Fátima de. **Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos**. Physis, v. 26, n. 2, p. 633-667. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200015>>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- ALLEN, Suzanne et al. **The Family Medicine Milestone Project**. The Accreditation Council for Graduate Medical Education and The American Board of Family Medicine. 2015.
- ARYA, Neil et al. Family medicine around the world: overview by region. **Canadian Family Physician**, v. 63, p. 436–441, 2017.
- ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. **O IDHM**. 2019. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/)>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- AUGUSTO, Daniel Knupp. Residência em medicina de família e comunidade. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Leda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 448-453. cap.55.
- BARR, Wendy B.; ASLAM, Sana; LEVIN, Marc. Evaluation of a group prenatal care-based curriculum in a family medicine residency. **Family Medicine**, v. 43, n. 10, p. 712–717, 2011.
- BAZALDUA, Oralia et al. Suggested guidelines for pharmacotherapy curricula in family medicine residency training: Recommendations from the society of teachers of family medicine group on pharmacotherapy. **Family Medicine**, v. 37, n. 2, p. 99–104, 2005.

BEN, Angela Jornada et al. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–16, 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1354](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1354)>. Acesso em: 25 out. 2020.

BERGER, Carla Baumvol et al. **A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1399](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1399)>. Acesso em: 19 mai. 2020.

BILODEAU, A. et al. Interprofessional education at Laval University: Building an integrated curriculum for patient-centred practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 24, n. 5, p. 524–535, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/13561821003724026>>. Acesso em: 25 out. 2020.

BOMFIM, Rosa Amorim. **Competência profissional: uma revisão bibliográfica**. Revista Organização Sistêmica, v. 1, n. 1, p. 46–63, 2012. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistaorganizacaoSistemica/index.php/organizacaoSistemica/articloe/download/62/36>>. Acesso em: 25 mai. 2020.

BORDMAN, Risa et al. Curriculum to enhance pharmacotherapeutic knowledge in family medicine. **Canadian Family Physician**, v. 59, n. 11, p. e493-498, 2013.

BORGES, Marcos C. et al. **Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação profissionais da saúde**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 47, n. 3, p. 324-31, 2014. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/11\\_Avaliacao-formativa-e-feedback-como-ferramenta-de-aprendizado-na-formacao-de-profissionais-da-saude.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/11_Avaliacao-formativa-e-feedback-como-ferramenta-de-aprendizado-na-formacao-de-profissionais-da-saude.pdf)>. Acesso em: 18 mai. 2020.

BRASIL. Presidência Da República. **Lei nº 6.932**, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1981a. Publicado em: 09/07/1981, nº 128, seção 1, p. 1-2.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 7**, de 12 de JUNHO de 1981. Incluir o programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as especialidades médicas referidas no art. 1o. da Resolução no. 01/81. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1981b. Publicado em: 17/06/81, Seção I, página 11436.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 4**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2001. Publicado em: 09/11/2001, nº 215, seção 1, p. 38-39.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 02**, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2006. Publicado em: 19/05/2006, nº. 95, seção 1, p. 23-36.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria interministerial nº 1.001**, de 22 de outubro de 2009. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2009. Publicado em: 23/10/2009, nº. 203, seção 1, p. 9.

BRASIL. Presidência Da República. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013. Publicado em: 22/10/2013, nº 205, seção 1, p. 1-4.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2014. Publicado em: 23/06/2014, nº 117, seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 1**, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos PRMs em Medicina Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2015. Publicado em: 26/05/2015, nº. 98, seção 1, p. 11-12.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 810**, de 01 de agosto de 2017. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017a. Publicado em: 02/08/2017, nº. 147, seção 1, p. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017b. Publicado em: 22/09/2017, nº. 183, seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. 2019. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf)>. Acesso em 24 out. 2020.

CAMPO BOM, **Dados Gerais do Município**. Site da internet. 2019. Disponível em: <<http://novo.campobom.rs.gov.br/informacoes/dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

CARON, Nadine et al. A proposal for the curriculum and evaluation for training rural family physicians in enhanced surgical skills. **Canadian Journal of Surgery**, v. 58, n. 6, p. 419–422, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1503/cjs.002215>>. Acesso em: 25 out. 2020.

CASTELLS, Maria Alicia et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 461–469, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e02862014>>. Acesso em 24 out. 2020.



CASTRO, Verônica Said de; NÓBREGA-THERRIEN, Silvia Maria. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 211–220, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200008>>. Acesso em: 25 out. 2020.

CNPF, Conseil National du Patronat Français. **Tome 1: La compétence professionnelle, enjeu stratégique**. Journées internationales de la formation, Paris, França. 1998.

COLEMAN, Mary T. et al. Interprofessional ambulatory primary care practice-based educational program. **Journal of Interprofessional Care**, v. 22, n. 1, p. 69–84, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13561820701714763>>. Acesso em: 25 out. 2020.

COSTA, Lourrany Borges et al. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–11, 2018.

CURRAN, Vernon R. et al. Effectiveness of a simulated clinical examination in the assessment of the clinical competencies of entry-level trainees in a family medicine residency programme. **Assessment & Evaluation in Higher Education**, v. 37, n. 1, p. 99–112, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/02602938.2010.515009>>. Acesso em: 25 out. 2020.

DAI, Honglei. et al. Family medicine training in China. **Family Medicine**, v. 45, n. 5, p. 341–344, 2013.

DAUDT, Carmen Vera Giacobbo; PINTO, Maria Eugênia Bresolin; LOPES, José Mauro Ceratti. Avaliação do ensino de medicina de família e comunidade. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Leda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 462-474. cap. 57.

DEANE, Kristen; RINGDAHL, Erika. The family medicine chief resident: A national survey of leadership development. **Family Medicine**, v. 44, n. 2, p. 117–120, 2012.

DEHLENDORF, Christine et al. Integrating abortion training into family medicine residency programs. **Family Medicine**, v. 39, n. 5, p. 337–342, 2007.

DELUIZ, Neise. **Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo**. Boletim Técnico Senac, v. 27, n. 3, 2001.

EPLING, John W. et al. Examining an Evidence-Based Medicine Culture in Residency Education. **Family medicine**, v. 50, n. 10, p. 751–755, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.576501>>. Acesso em: 25 out. 2020.

ESMAILY, Hamideh M. et al. How do physicians and trainers experience outcome-based education in “Rational prescribing”? **BMC Research Notes**, v. 7, n. 1, p. 944, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-944>>. Acesso em: 25 out. 2020.

EVANS, David V. et al. Residency curricula on physician-pharmaceutical industry interaction: A CERA study. **Family Medicine**, v. 48, n. 1, p. 44–48, 2016.

FALK, João Werner. **A Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional: Histórico e Perspectivas**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v 1, n 1, p. 5-10, 2004. Disponível em: <<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/viewFile/2/87>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

FEEVALE. **50 ANOS**. Site da internet. 2020a. Disponível em: <<https://50anos.feevale.br>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

FEEVALE. **Programa de Residência Médica**. Site da internet. 2020b. Disponível em: <<https://www.feevale.br/pos-graduacao/programa-de-residencia-medica>>. Acesso em: 07 out. 2020.

FERNANDES, Cláudia Regina, et al. **Currículo Baseado em Competencias na Residencia Médica**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 1, p. 129–136, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a18v36n1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

FERNÁNDEZ, José Tejada. **Competencias profesionales: Acerca de las competencias profesionales**. Revista Herramientas, v. 56, n. 57, p. 20–30, 1999. Disponível em: <[http://academicos.iems.edu.mx/cired/docs/tg/macroacademiaquimica/Competencias\\_profesionales\\_TejadaFernandez.pdf](http://academicos.iems.edu.mx/cired/docs/tg/macroacademiaquimica/Competencias_profesionales_TejadaFernandez.pdf)>. Acesso em: 9 fev. 2020.

FERNANDEZ, Nicolas et al. **Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence**. Medical Education, v. 46, n. 4, p. 357–365, 2012. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FERREIRA, Natalia Madureira; CUNHA, Gustavo Tenorio; DIAS, Nicole Geovana O desafio da mudança: a transformação curricular de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–12, 2018. Disponível em: <10.5712/rbmfc13(40)1600>. Acesso em 24 out. 2020.

FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira et al. Construção coletiva de um currículo por competência para a residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Sustinere**, v. 4, n. 2, p. 265–286, 31 dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2016.25797>>. Acesso em 24 out. 2020.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. **Construindo o conceito de competência**. Revista de Administração Contemporânea. v. 5, n. spe, p. 183–196, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FLUM, Elisabeth et al. Training Standards Statements of Family Medicine Postgraduate Training – A Review of Existing Documents Worldwide. **PLOS ONE**, v. 11, n. 7, p. e0159906, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159906>>. Acesso em: 25 out. 2020.

FRAISER, Pamela York; DÁVALOS, Diane; SKINNER, Margaret R. H. Nusbaum. Mini-Immersion in Medical Spanish for Family Practice Residents. **Teaching and Learning in Medicine**, v. 17, n. 3, p. 292–296, 2005. Disponível em: <[https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1703\\_7](https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1703_7)>. Acesso em: 25 out. 2020.

FRANCO, Camila Ament Giuliani dos Santos; CUBAS, Marcia Regina; FRANCO, Renato Soleiman. **Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38, n. 2, p. 221–230, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a09v38n2.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FRANCO, Renato Soleiman et al. **O conceito de competência: uma análise do discurso docente**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38, n. 2, p. 173–181, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022014000200003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000200003&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FRANK, Jason R. et al. **Competency-based medical education: theory to practice**. Medical Teacher. v. 32. p. 638-645. 2010.

GARCIA, Ana Paiva et al. Preceptoría na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–8, 2018. Disponível em: <[10.5712/rbmfc13\(40\)1610](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1610)>. Acesso em 24 out. 2020.

GARVIN, Roger D. et al. Effect of curriculum innovation on residency applications and match performance. **Family Medicine**, v. 43, n. 7, p. 472–779, 2011.

GREEN, Larry A. et al. Preparing the personal physician for practice: Changing family medicine residency training to enable new model practice. **Academic Medicine**, v. 82, n. 12, p. 1220–1227, 2007. Disponível em: <[10.1097/ACM.0b013e318159d070](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318159d070)>. Acesso em 24 out. 2020.

GILES, Lisa L.; MARTINI, D. Richard. Essential Elements of a Collaborative Mental Health Training Program for Primary Care. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 26, n. 4, p. 839–850, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.06.012>>. Acesso em: 25 out. 2020.

GINZBURG, Regina; COHRSEN, Andreas. Demonstrating prescribing competence: A successful pilot of a prescription competency curriculum for family medicine residents. **Family Medicine**, v. 39, n. 10, p. 703–705, 2007.

GOMES, Luis Filipe; MARREIROS, Ana. Desenvolvimento profissional contínuo. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Leda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 475-484. cap.58.

GONÇALVEZ, Marcelo Rodrigues; QUEIROZ, Olivian; TRINDADE, Thiago Gomes da. Ensino de medicina de família e comunidade na graduação. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Leda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 441-447. cap.54.

GONZÁLEZ-FORMOSO, Clara et al. Effectiveness of an educational intervention to improve the safety culture in primary care: a randomized trial. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 15, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12875-018-0901-8>>. Acesso em: 25 out. 2020.

GOVAERTS, Marjan J. B. **Educational competencies or education for professional competence?** Medical Education. v. 42. p. 234-236. 2008.

GPRA; General Practice Registrars Australia. **Pathways into general practice**. Site da internet. Disponível em: <<https://gpra.org.au/training/fellowship-pathways/>>. Acesso em; 03 set 2020.

GUIRGUIS-BLAKE, Janelle et al. Variation in refill protocols and procedures in a family medicine residency network. **Family Medicine**, v. 44, n. 8, p. 564–568, 2012.

GUSSO, Gustavo; FALK, João Werner; LOPES, José Mauro Ceratti. Medicina de família e comunidade como especialidade médica e profissão. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Leda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. cap.2. e-book.

HAMBERGER, L. Kevin. Preparing the Next Generation of Physicians: Medical School and Residency-Based Intimate Partner Violence Curriculum and Evaluation. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 8, n. 2, p. 214–225, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1524838007301163>>. Acesso em: 25 out. 2020.

HARVEY, Bart J.; MOLOUGHNEY, Brent W.; IGLAR, Karl T. Identifying Public Health Competencies Relevant to Family Medicine. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 41, n. 4, p. S251–S255, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.06.002>>. Acesso em: 25 out. 2020.

HELLENBERG, Derek; GIBBS, Trevor. Developing family medicine in South Africa: A new and important step for medical education. **Medical Teacher**, v. 29, n. 9–10, p. 897–900, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. População residente, total, urbana total e urbana na sede municipal, em números absolutos e relativos, com indicação da área total e densidade demográfica, segundo as Unidades da Federação e os municípios. Disponível em:

<<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=43&dados=8>>. Acesso em: 18 set. 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **IBGE Cidades - Panorama**. Site da internet. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/campo-bom/panorama>>. Acesso em: 18 set. 2020.

JENNIFER, Gavriel. Assessment for learning: a wider (classroom-researched) perspective is important for formative assessment and self-directed learning in general practice. **Education for Primary Care**, v. 24, n. 2, p. 93–96, 2013. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1080/14739879.2013.11493462>>. Acesso em: 25 out. 2020.

JUSTINO, André Luis Andrade; OLIVER, Lourdes Luzón; MELO, Thayse Palhano de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 21, n.5, p. 1471-1480, 2016. Disponível em: <10.1590/1413-81232015215.04342016>. Acesso em: 08 fev. 2020.

KASSAM, Aliya et al. Patient safety principles in family medicine residency accreditation standards and curriculum objectives. **Canadian Family Physician**, v. 62, n. 12, p. 731–739, 2016.

KHAJA, K. A. J. Al. et al. Prescription writing skills of residents in a family practice residency programme in Bahrain. **Postgraduate Medical Journal**, v. 84, n. 990, p. 198–204, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/pgmj.2007.062547>>. Acesso em: 25 out. 2020.

KING, Dana E.; CRISP, Jeremy. Spirituality and health care education in family medicine residency programs. **Family Medicine**, v. 37, n. 6, p. 399–403, 2005.

KLEIN, Douglas; SCHIPPER, Shirley. Family medicine curriculum: Improving the quality of academic sessions. **Canadian Family Physician**, v. 54, n. 2, p. 214–218, 2008. Disponível em: <<http://www.cfp.ca/content/cfp/54/2/214.full.pdf>>. Acesso em 24 out. 2020.

KLIGLER, Benjamin et al. Competency-based evaluation tools for integrative medicine training in family medicine residency: A pilot study. **BMC Medical Education**, v. 7, p. 1–11, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-7>>. Acesso em: 25 out. 2020.

KONDRO, Wayne. Curricula proposals aim to bolster scientific competency. **Canadian Medical Association Journal**, v. 181, n. 3–4, p. 136–138, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1503/cmaj.091197>>. Acesso em: 25 out. 2020.

KOO, Jonathan et al. Residency research requirements and the CanMEDS-FM scholar role: Perspectives of residents and recent graduates. **Canadian Family Physician**, v. 58, n. 6, p. e330-336, 2012.

KRUSZEWSKI, Brennan D.; SPELL, Nathan O. A Consensus Approach to Identify Tiered Competencies in Quality Improvement and Patient Safety. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 10, n. 6, p. 646–650, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4300/JGME-D-18-00210.1>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LACASSE, Miriam; RATNAPALAN, Savithiri. Teaching-skills training programs for family medicine residents: Systematic review of formats, content, and effects of existing programs. **Canadian Family Physician**, v. 55, n. 9, p. 902- 3.e1-5, 2009.

LAUDENBERG, Bernd; NOTHNAGLE, Melissa. Resident-Initiated Integrative Medicine Curriculum in an Allopathic Family Medicine Residency. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 16, n. 7, p. 799–802, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1089/acm.2009.0502>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LAZARE, Kim; MOAVENI, Azadeh. Introduction of a Motivational Interviewing Curriculum for Family Medicine Residents. **Family Medicine**, v. 48, n. 4, p. 305–308, 2016.

LEE, Joseph et al. Preparing residents for family practice: the role of an integrated “Triple C” curriculum. **Canadian medical education journal**, v. 4, n. 1, p. e75-80, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26451204>><<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4563651>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LEIGH, Hoyle; STEWART, Deborah; MALLIOS, Ronna. Mental health and psychiatry training in primary care residency programs: Part I. Who teaches, where, when and how satisfied? **General Hospital Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 189–194, 2006a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.10.003>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LEIGH, Hoyle; STEWART, Deborah; MALLIOS, Ronna. Mental health and psychiatry training in primary care residency programs: Part II. What skills and diagnoses are taught, how adequate, and what affects training directors’ satisfaction? **General Hospital Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 195–204, 2006b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.10.004>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LENNON, Robert P. et al. Curriculum changes to increase research in a family medicine residency program. **Family Medicine**, v. 46, n. 4, p. 294–296, 2014.

LLAMAS, José Saura. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. **Atención Primaria**, v. 42, n. 11, p. 539–540, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.001>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LOCHNER, Jennifer et al. Transforming a family medicine residency into a community-oriented learning environment. **Family Medicine**, v. 50, n. 7, p. 518–525, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.118276>>. Acesso em: 25 out. 2020.

LOPES, Maria Helena Itaquí; LOPES, José Mauro Ceratti. Metodologias de ensino médico. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Leda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 433-440. cap.53.

LUBITZ, Rebecca; LEE, Joseph; HILLIER, Loretta M. Residents' perceptions of an integrated longitudinal curriculum: a qualitative study. **Canadian medical education journal**, v. 6, n. 2, p. e29-40, 2015.

MACHADO, Lucas Bastos Marcondes et al. O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–16, 2018. Disponível em: <[10.5712/rbmf13\(40\)1602](https://doi.org/10.5712/rbmf13(40)1602)>. Acesso em 24 out. 2020.

MACKENZIE, Mark S.; BERKOWITZ, Jonathan. Do procedural skills workshops during family practice residency work? **Canadian Family Physician**, v. 56, n. 8, p. e296-301, 2010.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, v. 29, n. 2, p. 389–415, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>>. Acesso em: 25 out. 2020.

MAZZONE, Michael et al. Implementing Radical Curriculum Change in a Family Medicine Residency: The Majors and Masteries Program. **Family medicine**, v. 43, n. 7, 2011.

MEUNIER, Matthew R. et al. Plans to Accommodate Proposed Maternity Care Training Requirements: A National Survey of Family Medicine Directors of Obstetrics Curricula. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 25, n. 6, p. 827–831, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.06.120132>>. Acesso em: 25 out. 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Matriz de Competências Aprovadas pela CNRM**. Site da Internet. 2020. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>>. Acesso em 21 set. 2020.

MORAES, Maria Cândida. **Complexidade e currículo: por uma nova relação**. Polis, v. 25, 2010. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/polis/573>>. Acesso em: 21 mai. 2020.

NOEL, Kendall et al. Progress testing in family medicine – A novel use for simulated office oral exams. **Medical Teacher**, v. 38, n. 4, p. 1–5, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1031733>>. Acesso em: 25 out. 2020.

NUOVO, Jim; BERTAKIS, Klea D.; AZARI, Rahman. Assessing resident's knowledge and communication skills using four different evaluation tools. **Medical Education**, v. 40, n. 7, p. 630–636, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02506.x>>. Acesso em: 25 out. 2020.

NUNES, Maria do Patrocínio Tenório. **Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas**. Cadernos ABEM, v. 1, p. 25-27, 2003. Disponível em: <[https://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM\\_\\_Vol01.pdf](https://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol01.pdf)>. Acesso em: 18 mai. 2020.

OAKLEY, Claire et al. The Montana Model: Integrated Primary Care and Behavioral Health in a Family Practice Residency Program. **The Journal of Rural Health**, v. 21, n. 4, p. 351–354, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2005.tb00106.x>>. Acesso em: 25 out. 2020.

OANDASAN, Ivy et al. Triple C: linking curriculum and assessment. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, v. 58, n. 10, p. 1165–1167, e608-10, 2012. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3470516>>. Acesso em: 25 out. 2020.

ORGANEK, Andrew J. et al. Redesigning family medicine residency in canada. **Family medicine**, v. 44, n. 2, p. 90–7, 2012.

PATI, Sanghamitra. et al. Family medicine education in India: A panoramic view. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 4, n. 4, p. 495, 2015.

PENSA, Mellisa; FREW, Patty; GELMON, Sherril B. Integrating improvement learning into a family medicine residency curriculum. **Family Medicine**, v. 45, n. 6, p. 409–416, 2013.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as Competências desde a Escola**. Tradução: Bruno Charles Magne. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed editora, 1999.

PRICE, David et al. Interprofessional education in academic family medicine teaching units A functional program and culture. **Canadian Family Physician**, v. 55, n. 9, p. 901.e1-5, 2009. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820701714763>>. Acesso em: 25 out. 2020.

RACGP, The Royal Australian College of General Practitioners. **Curriculum for Australian General Practice 2016 –CS16 Core skills unit**. East Melbourne, Victoria. Austrália: RACGP, 2016. Disponível em: <[https://www.racgp.org.au/download/Documents/Curriculum/2016/core-skills-unit\\_v10.pdf](https://www.racgp.org.au/download/Documents/Curriculum/2016/core-skills-unit_v10.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2020.

RCGP, Royal College of General Practitioners. **The RCGP Curriculum: Core Curriculum Statement**. 2016a. Disponível em: <[https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/RCGP\\_Curriculum\\_1\\_Being\\_a\\_GP\\_Jan2018.pdf\\_73517306.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/RCGP_Curriculum_1_Being_a_GP_Jan2018.pdf_73517306.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2020.



RCGP, Royal College of General Practitioners. **The RCGP Curriculum: Professional & Clinical Modules**. 2016b. Disponível em: <[https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/RCGP\\_Curriculum\\_modules\\_jan2016.pdf\\_68839814.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/RCGP_Curriculum_modules_jan2016.pdf_68839814.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2020.

RCGP, Royal College of General Practitioners. **The RCGP Curriculum: Being a General Practitioner**. 2019a. Disponível em: <<https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum/curriculum-being-a-gp-rcgp.ashx?la=en>>. Acesso em: 29 set. 2020.

RCGP, Royal College of General Practitioners. **The RCGP Curriculum: The Curriculum Topic Guides**. 2019b. Disponível em: <<https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2019/Curriculum-Topic-Guides-300819.ashx?la=en>>. Acesso em: 29 set. 2020.

REIS, Shmuel et al. The impact of residents' training in Electronic Medical Record (EMR) use on their competence: Report of a pragmatic trial. **Patient Education and Counseling**, v. 93, n. 3, p. 515–521, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.08.007>>. Acesso em: 25 out. 2020.

ROSENBERG, Ellen et al. Intercultural communication competence in family medicine: Lessons from the field. **Patient Education and Counseling**, v. 61, n. 2, p. 236–245, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.002>>. Acesso em: 25 out. 2020.

RUILOVA, Gabriela Armijos. et al. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 1, p. 47–60, 2016.

SAMPAIO, Luís Fernando Rolim; MENDONÇA, Claunara Schilling; TURCI, Maria A. Atenção primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Leda Chaves. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 50-65. cap.6.

SANTOS, Wilton Silva Dos. **Organização curricular baseada em competência na educação médica**. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 86–92, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000100012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100012&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SARTI, Thiago Dias et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–12, 2018. Disponível em: <[10.5712/rbmfc13\(40\)1684](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1684)>. Acesso em 24 out. 2020.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–13, 2018. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1599](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1599)>. Acesso em: 25 out. 2020.

SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2015. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2020.

SCHEFFER, Mário. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/1>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SCHIEFER, Rebekah et al. A Family Systems Curriculum: Back to the Future? **Family Medicine**, v. 49, n. 7, p. 558–562, 2017.

SCHUBART, Jane R. et al. Developing a Cancer Survivorship Curriculum for Family Medicine Residents: A Needs Assessment. **Journal of Education and Training Studies**, v. 1, n. 1, p. 47–54, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.11114/jets.v1i1.30>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SCHULTZ, Karen. Teaching the Triple C curriculum. **Canadian Family Physician**, v. 58, n. 10, p. 1160–1163, 2012.

SEALES, Sajeewane Manjula et al. Sustainable curriculum to increase scholarly activity in a family medicine residency. **Family Medicine**, v. 51, n. 3, p. 271–275, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.906164>>. Acesso em: 25 out. 2020.

semFYC, Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitária. **Family and Community Medicine Training Programme: Guide to Specialist Education**. Barcelona, 2005. Disponível em: <<https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/resources/documents/familyandcommunitymedicinetrainingprogramme.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SHAW, Elisabeth et al. CanMEDS-FM 2017: **A competency framework for family physicians across the continuum**. Mississauga, Ontario. Canadá. The College of Family Physicians of Canada. 2017. Disponível em: <[https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource\\_Items/Health\\_Professionals/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf](https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2020.

SHAW, Elisabeth et al. A Systematic Review of Postgraduate Palliative Care Curricula. **Journal of Palliative Medicine**, v. 13, n. 9, p. 1091–1108, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0034>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SHAW, Elisabeth et al. The last C: Centred in family medicine. **Canadian Family Physician**, v. 58, n. 3, p. 346–348, 2012.

SILK, Hugh et al. An update of oral health curricula in US family medicine residency programs. **Family Medicine**, v. 50, n. 6, p. 437–443, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.22454/FamMed.2018.372427>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Currículo: uma questão de saber, poder e identidade**. In: \_\_\_\_\_. Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2005. p. 145-153.

SINGH, Ranjit et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. **Medical Education**, v. 39, n. 12, p. 1195–1204, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02333.x>>. Acesso em: 25 out. 2020.

SLAWSON, David C.; SHAUGHNESSY, Allen F. Teaching Evidence-Based Medicine : Should We Be Teaching Information Management Instead? **Academic Medicine**, v. 80, n. 7, p. 685–689, 2005.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SUSANIBAR, Sandra et al. Cancer survivorship training: a pilot study examining the educational gap in primary care medicine residency programs. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 8, n. 4, p. 565–570, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11764-014-0366-2>>. Acesso em: 25 out. 2020.

TANNENBAUM David et al. **Triple C competency-based curriculum. Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review – Part 1**. Mississauga, Ontario. Canadá. College of Family Physicians of Canada. 2011. Disponível em: <[https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/\\_PDFs/WGCR\\_TripleC\\_Report\\_English\\_Final\\_18Mar11.pdf](https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/WGCR_TripleC_Report_English_Final_18Mar11.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2019.

TEKIAN, Ara et al. Qualitative and quantitative feedback in the context of competency-based education. **Medical Teacher**, v. 39, n. 12, p. 1245–1249, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1372564>>. Acesso em: 25 out. 2020.

THOM, David H. et al. Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. **BMC Medical Education**, v. 6, n. 1, p. 38, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-38>>. Acesso em: 25 out. 2020.

THOMAS, Roger E.; KREPTUL, Dennis. Systematic review of evidence-based medicine tests for family physician residents. **Family Medicine**, v. 47, n. 2, p. 107–117, 2015.

TICK, Heather et al. Core Competencies in Integrative Pain Care for Entry-Level Primary Care Physicians. **Pain Medicine (United States)**, v. 16, n. 11, p. 2090–2097, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/pme.12818>>. Acesso em: 25 out. 2020.

TSUJI, Hissachi; SILVA, Rinaldo Henrique Aguilar. Construção do currículo integrado por competência. In: **Aprender e ensinar na escola vestida de branco**. São Paulo: Phorte Editora, 2010. cap 4, p. 195-215.

VALLADÃO JÚNIOR; José Benedito Ramos. GUSSO, Gustavo. OLMOS, Rodrigo Diaz. **Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - volume Medicina de Família e Comunidade**. 1 ed. Rio de Janeiro. Atheneu, 2017.

VÁZQUEZ, Mabel Rocha; BOSCH, María Aurelia San Juan. Estrategia metodológica para el módulo salud familiar en la residencia Medicina General Integral. **MediSur**, v. 9, n. 2, p. 134, 2011.

VINDEN, Christopher; OTT, Michael C. GPs with enhanced surgical skills: a questionable solution for remote surgical services. **Canadian Journal of Surgery**, v. 58, n. 6, p. 369–371, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1503/cjs.015215>>. Acesso em: 25 out. 2020.

WALLER, Elaine et al. Impact of residency training redesign on residents' clinical knowledge. **Family Medicine**, v. 49, n. 9, p. 693–698, 2017.

WATT, Kelly; ABBOTT, Penny; REATH, Jenny. Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature. **BMC Family Practice**, v. 17, n. 1, p. 1–11, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12875-016-0560-6>>. Acesso em: 25 out. 2020.

WHELAN, Beth et al. Evaluation of a Psychotherapy Skills Training Program with Family Practice and Psychiatry Residents. **MedEdPublish**, v. 6, n. 1, p. 1–14, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.15694/mep.2017.000040>>. Acesso em: 25 out. 2020.

WIEDEMER, Joseph P. et al. 'Skill-of-the-week' teaches informal skills. **Medical Education**, v. 52, n. 11, p. 1206–1207, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/medu.13721>>. Acesso em: 25 out. 2020.

WILKINSON, Joanne E. Use of a writing elective to teach cultural competency and professionalism. **Family Medicine**, v. 38, n. 10, p. 702–704, 2006.

WONCA EUROPE. **The European Definition of General Practice/Family Medicine**. Revisão 2011: Ernesto Mola e Tina Eriksson. 2011. Disponível em: <<https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2020.

ZARIFIAN, Philippe. Competência: Definição, Implicações e Dificuldades. In: \_\_\_\_\_. **Objetivo competência: por uma nova lógica**. Tradução Maria Helena C. V. Trylinski. 1 ed. 5 reimpressão. São Paulo: Atlas, 2012. p. 66-87. cap. 3.

ZELLER, Timothy A.; EWING, Joseph A.; ASIF, Irfan M. Prevalence of clinic first curricula: A survey of AFMRD members. **Family Medicine**, v. 51, n. 4, p. 338–343, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.666943>>. Acesso em: 25 out. 2020.

ZHANG, Peter Z. et al. Exploring change after implementation of family medicine residency curriculum reform. **Family Medicine**, v. 51, n. 4, p. 331–337, 2019. Disponível em: <[10.22454/FamMed.2019.427722](https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.427722)>. Acesso em 24 out. 2020.

ZINK, Therese; SOLBERG, Erik. Development of a Global Health Curriculum for Family Medicine Based on ACGME Competencies. **Teaching and Learning in Medicine**, v. 26, n. 2, p. 174–183, 4 abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/10401334.2014.883987>>. Acesso em 24 out. 2020.

ZUBATSKY, Max; BRIELER, Jay; JACOBS, Christine. Training experiences of family medicine residents on behavioral health rotations. **Family Medicine**, v. 49, n. 8, p. 635–639, 2017.

**ANEXOS****I – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campo Bom-RS.**

---



Secretaria de  
**Saúde**

**DECLARAÇÃO**

A Secretaria de Saúde do município de Campo Bom declara estar ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa do funcionário concursado **Paulo Peroni Pellin**, CPF 007.093.630-79, matrícula 8380, sob a orientação do Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa, para o Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU-UFRGS):

**“Currículo Baseado em Competências: uma proposta para residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Campo Bom”.**

Declara ainda que, em caso de necessidade por parte dos pesquisadores, está à disposição para colaborar com o fornecimento de dados relativos ao município pertinentes ao projeto e em respeito às resoluções éticas vigentes.

O projeto supracitado é de responsabilidade dos pesquisadores e não implicará em ônus financeiros ao município.

Campo Bom, 02 de Abril de 2019.

Suzana Ambros Pereira  
Secretária Municipal de Saúde  
Campo Bom/RS

---

**II - Termo de Compromisso de Apoio ao Programa de Residência Médica – Campo Bom.**

**MUNICÍPIO DE CAMPO BOM**  
**Secretaria de Saúde**

**TERMO DE COMPROMISSO DE APOIO AO PRM – Campo Bom**

O Secretário de Saúde Jerri Luis de Moraes do município de Campo Bom portador de documento de identidade nº 80414266-71 e CPF 562172690-15 nomeado conforme termo de posse publicado no DOM com portaria nº 37.752/2014 na data de 12/05/2014 assume o compromisso de apoiar as atividades do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que serão desenvolvidas nos seguintes serviços de saúde do município: Hospital Municipal Dr. Lauro Réus, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A Secretaria de Saúde compromete-se a desenvolver as seguintes ações para fins de apoiar a qualificação e consolidação do programa de residência médica:

- a) Criar dispositivos e políticas para fixação dos profissionais formados no estado/município/Distrito Federal;
- b) Definir indicadores e práticas de avaliação do serviço que denotem compromisso com a qualidade do PRM;
- c) Instituir plano de educação permanente para qualificação para preceptores que atuam em programas de formação nessa especialidade;
- d) Instituir plano de educação permanente no estado ou município relacionado à Rede de atenção respectiva;
- e) Disponibilizar e manter estruturação física, material e recursos humanos destinados ao programa de residência médica;
- f) Outras que sejam necessárias e acordadas com a instituição ofertante do PRM.

Li e concordo com os termos e condições, sob as penas da lei, e afirmo serem verdadeiras as informações neste ato prestadas.

Campo Bom, 30 de setembro de 2015.

JERRI LUIS DE MORAES  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

### III – Exemplo da Matriz CanMEDS-FM 2017.

Especialista em medicina da família	Pratica medicina generalista dentro de seu escopo definido de atividade profissional	Demonstra comprometimento com o cuidado compassivo e de alta qualidade dos pacientes
		Integra os papéis intrínsecos do CanMEDS-FM 2017 à sua prática médica
	(...)	(...)
	Executa avaliação clínica centrada no paciente e estabelece um plano de manejo	Identifica prioridades relevantes para avaliação e manejo, com base na perspectiva do paciente, contexto e urgência médica
Elabora uma história, realiza um exame físico, seleciona investigações apropriadas e interpreta seus resultados para fins de diagnóstico e manejo, prevenção de doenças e promoção da saúde		
(...)		
(...)	(...)	(...)
Comunicador	Desenvolve relacionamento, confiança e relações terapêuticas éticas com os pacientes e suas famílias	Estabelece relações terapêuticas positivas com os pacientes e suas famílias, caracterizadas por compreensão, confiança, respeito, honestidade e compaixão
		Respeita a confidencialidade, a privacidade e a autonomia do paciente
		Escuta respeitosamente os pacientes e familiares e aborda suas preocupações
	(...)	(...)
	Elicita e sintetiza informações precisas, relevantes e perspectivas de pacientes e suas famílias	Engaja os pacientes a coletar informações sobre seus sintomas, ideias, preocupações, expectativas em relação à assistência à saúde e ao impacto total da experiência da doença em suas vidas
		Explora contexto pessoal de vida do paciente, incluindo influências culturais
(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)
Colaborador	(...)	(...)
Líder (Gerente)	(...)	(...)
Advogado da saúde	(...)	(...)
Acadêmico	(...)	(...)
Profissional	(...)	(...)

Fonte: Adaptado de Shaw et al. (2017).



## IV – Estrutura do Currículo Baseado em Competências para Residência em Medicina de Família e Comunidade da SBMFC.

<b>Campo</b>	<b>Grupo</b>	<b>Área de Competência</b>
1. Fundamentos	1.1 Fundamentos teóricos	1.1.1 Princípios da Medicina de Família e Comunidade
		1.1.2 Princípios da Atenção Primária à Saúde
		1.1.3 Saúde Coletiva
	1.2 Fundamentos da prática	1.2.1 Abordagem Individual
		1.2.2 Abordagem Familiar
		1.2.3 Abordagem Comunitária
		1.2.4 Raciocínio Clínico
		1.2.5 Habilidades de Comunicação
		1.2.6 Ética Médica e Bioética
		1.2.7 Educação Permanente
	1.2.8 Habilidades frente a pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência	
	1.3 Gestão e Organização de Serviços de Saúde	1.3.1 Gestão e organização do processo de trabalho
		1.3.2 Trabalho em equipe multiprofissional
1.3.3 Avaliação da qualidade e auditoria		
1.3.4 Vigilância em Saúde		
2. Atenção à Saúde	2.1 Atenção Individual	2.1.1 Abordagem a problemas gerais e inespecíficos
		2.1.2 Abordagem a problemas respiratórios
		2.1.3 Abordagem a problemas digestivos
		2.1.4 Abordagem a problemas infecciosos
		2.1.5 Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão
		2.1.6 Abordagem a problemas de saúde mental
		2.1.7 Abordagem a problemas do sistema nervoso
		2.1.8 Abordagem a problemas cardiovasculares
		2.1.9 Abordagem a problemas dermatológicos
		2.1.10 Abordagem a problemas hematológicos
		2.1.11 Abordagem a problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta
		2.1.12 Abordagem a problemas metabólicos
		2.1.13 Abordagem a problemas relacionados aos rins e vias urinárias
		2.1.14 Abordagem a problemas musculoesqueléticos

(continuação)

<b>Campo</b>	<b>Grupo</b>	<b>Área de Competência</b>
2. Atenção à Saúde	2.1 Atenção Individual	2.1.15 Cuidados paliativos
		2.1.16 Cuidado domiciliar
		2.1.17 Rastreamento
		2.1.18 Urgência e emergência
		2.1.19 Realização de procedimentos ambulatoriais
	2.2 Atenção a grupos populacionais específicos ou situações específicas	2.2.1 Atenção à saúde da criança e adolescente
		2.2.2 Atenção à saúde do idoso
		2.2.3 Atenção à saúde da mulher
		2.2.4 Atenção à saúde do homem
		2.2.5 Atenção à sexualidade
		2.2.6 Atenção ao ciclo gravídico-puerperal
		2.2.7 Atenção a situações de violência e de vulnerabilidade
		2.2.8 Atenção à saúde do trabalhador
3. Formação optativa ou complementar	3.1 Medicina Rural	3.1.1 Fundamentos da Medicina Rural e de áreas isoladas (Estágio Optativo)
		3.1.2 Aprofundamento em Medicina Rural e de áreas isoladas (R3)
	3.2 Práticas Integrativas e Complementares	3.2.1 Introdução às Práticas Integrativas e Complementares (Estágio Optativo)

Fonte: SBMFC (2015), p. 11.

## V – Exemplo de Área de Competência do Currículo Baseado em Competências para Residência em Medicina de Família e Comunidade da SBMFC.

1.2.6 Ética Médica e Bioética				
	Pré-requisitos	Essencial	Desejável	Avançado
1	Conhece os princípios básicos da bioética e da ética médica.	Maneja problemas éticos na relação do profissional com as pessoas e com as famílias (relação interpessoal, elaboração do projeto terapêutico, fornecimento de informações, tocante a privacidade e confidencialidade).	Maneja as exceções aos princípios básicos da bioética.	
2		Conhece e aplica os conceitos de Confidencialidade, Segredo profissional, Consentimento informado, Capacidade do paciente para tomada de decisões, Dever de não abandono e Uso racional de recursos.		
3		Registra na história clínica os aspectos éticos.		
4		Reconhece a importância ética de um registro adequado de todos os atendimentos.		
5		Reconhece os aspectos éticos das atividades preventivas, diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação.		
6		Reconhece suas limitações técnicas e sabe quando é melhor não realizar uma intervenção ou quando buscar apoio.		
7		Respeita a autonomia do adolescente em relação a sigilo dos pais e tomada de decisões.		
8		Maneja problemas éticos relacionados à organização e ao sistema de saúde (na unidade; na rede de serviços; na interação com a indústria farmacêutica).	Maneja situações de necessidade de interdição judicial por motivos de saúde.	
9		Conhece as situações em que é necessário realizar notificação (violência, etc.).	Maneja problemas éticos na relação entre integrantes da equipe.	Conhece as disposições jurídicas e deontológicas que condicionam as decisões clínicas.
10			Orienta adequadamente os pacientes em situações que envolvem conflitos éticos, legais e culturais.	

Fonte: SBMFC (2015). p. 25

## VI – Matriz do Manual da USP.

I. Competência em Formação e Pesquisa	Formação e Pesquisa	Formação
		Pesquisa
II. Competências Centrais	Comunicação	
	Raciocínio clínico e conduta centrados na pessoa	
	Bioética	
	Gestão da atenção à saúde	Gestão Clínica
		Gestão do trabalho em equipe
		Gestão das atividades de saúde
		Sistemas de informação
III. Competências Clínicas	Problemas infecciosos	
	Problemas cardiovasculares	Hipertensão Arterial Sistêmica
		Hiperlipidemias
	Problemas metabólicos e endocrinológicos	Obesidade
		Diabetes mellitus
		Problemas da tireoide
		Outros problemas metabólicos e endocrinológicos
	Problemas respiratórios	
	Problemas de cabeça e pescoço	
	Problemas do sistema nervoso	
	Problemas do trato digestivo	
	Problemas de rins e vias urinárias	
	Problemas hematológicos	
	Traumatismos, acidentes e intoxicações	
	Urgências e emergências	
	Problemas de saúde mental	
	Problemas relacionados à adicção	
	Problemas de pele	
	Problemas osteomusculares	
	Problemas dos olhos	
Procedimentos ambulatoriais		

(continuação)

III. Competências Clínicas	Atenção à saúde da criança e do adolescente		
	Atenção à saúde da mulher		
	Atenção à saúde do trabalhador		
	Atenção à saúde do idoso		
	Atenção à saúde do acamado		
	Atenção à saúde da pessoa em cuidados paliativos e sua família		
	Atenção à saúde da família		
	Atenção a situações de risco familiar e social	Pessoas em exclusão social	
		Pessoa portadora de deficiência	
Pessoa em situação de violência			
Atenção à saúde da comunidade			
IV. Ferramentas de Avaliação	Ferramentas de avaliação	Ferramentas de avaliação do residente	
		Avaliação do corpo docente e do programa de residência médica	

Fonte: Adaptado de Valladão Júnior, Gusso e Olmos (2017).

## VII – Comparativo entre as competências centrais dos currículos:

Entidade	Competências em comum				
	Comunicação	Atenção à Saúde	Ética e Profissionalismo	Gestão	Ensino e Pesquisa
WONCA EUROPA	Cuidado Centrado na Pessoa	Resolução de problemas Orientação Comunitária	Cuidado Centrado na Pessoa	Cuidados Primários em Saúde	
	Abordagem Abrangente	Cuidado Centrado na Pessoa Abordagem Abrangente			
SemFYC	Essenciais <sup>1</sup>	Cuidados individuais ao paciente	Essenciais <sup>1</sup>	Essenciais <sup>1</sup>	Educação e pesquisa contínuas
		Cuidados de saúde familiar			
		Cuidados de saúde comunitária			
RCGP	Conhecer a si mesmo e se relacionar com os outros	Aplicação de conhecimentos e habilidades clínicas	Conhecer a si mesmo e se relacionar com os outros	Trabalhando bem em organizações e sistemas de atendimento	Trabalhando bem em organizações e sistemas de atendimento
		Cuidando da pessoa como um todo e da comunidade me geral	Gerenciamento de cuidados complexos e de longo prazo		
		Gerenciamento de cuidados complexos e de longo prazo	Trabalhando bem em organizações e sistemas de atendimento		
RACGP	Comunicação e relação médico-paciente	Aplicação de conhecimentos e habilidades profissionais	Papel profissional e ético	Dimensões organizacionais e legais	
		Saúde populacional e o contexto da prática geral			
CFP	Comunicativo	Especialista em Medicina de Família	Profissional	Defensor da Saúde	Estudioso
		Defensor da Saúde		Colaborativo	
				Líder/Gestor	
ACGME	Comunicação	Assistência ao Paciente	Profissionalismo	Prática Baseada em Sistemas (de Saúde)	Aprendizagem e Melhoria Baseada na Prática
		Conhecimento Médico			
SBMFC	Fundamentos da prática	Fundamentos da prática	Fundamentos da prática	Gestão e Organização de Serviços de Saúde	Fundamentos da prática
		Fundamentos teóricos			
		Atenção Individual			
		Atenção a grupos populacionais específicos ou situações específicas			

(continuação)

Entidade	Competências em comum					
	Comunicação	Atenção à Saúde	Ética e Profissionalismo	Gestão	Ensino e Pesquisa	
USP	Competências Centrais	Competências Clínicas	Competências Centrais	Competências Centrais	Formação e Pesquisa	
MEC	Atenção Primária-Princípios	Atenção Primária- Princípios	Trabalho em equipe multidisciplinar	Atenção Primária-Princípios	Pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência	
	Raciocínio Clínico	Abordagem Individual		Saúde Coletiva		
	Pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência	Abordagem Familiar		Pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência		
		Abordagem Comunitária		Gestão e Organização do Processo de Trabalho		
	Trabalho em equipe multidisciplinar	Raciocínio Clínico		Avaliação da qualidade e auditoria		
		Atenção à Saúde		Vigilância em Saúde		
AAFP	Educação do paciente	A saúde dos homens	Ética médica	Bem-estar do médico	Aprendizagem baseada na prática e melhoria	
	Informática médica	Alergia e Imunologia	Gestão de Risco e Responsabilidade Médica	Gestão de Risco e Responsabilidade Médica	Atividade acadêmica e domínio da informação	
	Liderança	Comportamento humano e saúde mental	Segurança do paciente	Gestão de Sistemas de Saúde	Currículo de prática urbana	
	Liderança do médico no lar médico centrado no paciente	Condições da pele				Educação do paciente
		Condições do sistema nervoso				Informática médica
		Condições dos olhos				Residentes como professores e preceptores na prática de pós-graduação
		Condições reumatológicas				
		Cuidado de adulto em estado crítico				
		Cuidado de bebês e crianças				
		Cuidado de idosos				
		Cuidado do paciente cirúrgico				
		Cuidados paliativos				
		Cuidados urgentes e emergentes				
		Genética médica				
Gerenciamento da dor crônica Infecção por HIV/AIDS						

(continuação)

Entidade	Competências em comum				
	Comunicação	Atenção à Saúde	Ética e Profissionalismo	Gestão	Ensino e Pesquisa
AAFP		Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer/Questionadores e Saúde Assexuada			
		Maternidade			
		Medicina cardiovascular			
		Medicina de desastres			
		Medicina laboratorial			
		Medicina musculoesquelética e esportiva			
		Medicina ocupacional			
		Nutrição			
		Promoção da saúde e prevenção de doenças			
		Saúde da Mulher e Cuidados Ginecológicos			
		Saúde do adolescente			
		Saúde global			
		Transtornos por uso de substâncias			
		Tratamento de feridas			
	Ultrassom à beira do leito				

1 - comunicação, raciocínio clínico, gestão dos cuidados de saúde e bioética

ACGME - The Accreditation Council for Graduate Medical Education; CFP - The College of Family Physicians of Canada; MEC – Ministério da Educação; RACGP - Royal Australian College of General Practitioners; RCGP - Royal College of General Practitioners; SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; SemFYC - Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; USP – Universidade de São Paulo; WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians;

Fonte: Elaborado pelo autor



VIII - Matriz de competências para o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC) em Campo Bom – RS.

<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Competências</b>
<b>1 Comunicação</b>	<b>1.1 Consulta médica</b>	1.1.1 Conhece os principais formatos de consulta clínica
		1.1.2 Sabe escutar o paciente sem interromper
		1.1.3 Está atento e compreende comunicação não verbal
		1.1.4 Facilita com que o paciente se expresse na consulta
		1.1.5 Apresenta empatia, procurando entender a como o paciente está vivenciando aquele momento
		1.1.6 Considera aspectos sociais, culturais e econômicos dos pacientes
		1.1.7 Estabelece vínculo com o paciente
		1.1.8 Faz resumo da consulta e verifica entendimento com o paciente
		1.1.9 Comunica-se adequadamente com acompanhantes, familiares e cuidadores durante a entrevista clínica
		1.1.10 Faz um fechamento adequado da consulta
<b>2 Atenção à Saúde</b>	<b>2.1 Princípios gerais</b>	2.1.1 Realiza anamnese e exame físicos adequados e de forma respeitosa
		2.1.2 Formula hipóteses diagnósticas e considera diagnósticos diferenciais
		2.1.3 Indica tratamentos racionais e baseados em evidências
		2.1.4 Fornece cuidados longitudinais
		2.1.5 Elabora planos terapêuticos conjuntos e respeita autonomia do paciente
		2.1.6 Realiza referências adequadas, usando informações relevantes, e mantém a coordenação do cuidado
		2.1.7 Cuida de pacientes com problemas indiferenciados
		2.1.8 Cuida de pacientes com várias comorbidades, com problemas agudos e crônicos
		2.1.9 Identifica os determinantes sociais da saúde
		2.1.10 Identifica situações graves e/ou que necessitam intervenção imediata
		2.1.11 Sabe quando deve realizar notificações (violência, vigilância epidemiológica)
		2.1.12 Fornece cuidados preventivos

(continuação)

Grupo	Subgrupo	Competências
2 Atenção à Saúde	<b>2.2 Medicina Centrada na Pessoa</b>	2.2.1 Presta atendimento centrado na pessoa
		2.2.2 Realiza atendimentos sem distinções - seja de gênero, cor, sexo, idade ou outras
	<b>2.3 Telemedicina</b>	2.3.1 Faz uso da telemedicina para discussão de casos e qualificação do atendimento
		2.3.2 Reconhece as diferenças entre as consultas à distância e as presenciais
		2.3.3 Está atualizado em relação às regras vigentes sobre uso da telemedicina
	<b>2.4 Saúde Individual</b>	2.4.1 Presta cuidados nos seguintes temas em conformidade com as demais competências: <ul style="list-style-type: none"> <li>2.4.1.1 Problemas gerais e inespecíficos</li> <li>2.4.1.2 Problemas infecciosos</li> <li>2.4.1.3 Problemas do sistema cardiovascular</li> <li>2.4.1.4 Problemas do sistema endócrino</li> <li>2.4.1.5 Problemas do sistema respiratório</li> <li>2.4.1.6 Problemas otorrinolaringológicos</li> <li>2.4.1.7 Problemas do sistema nervoso</li> <li>2.4.1.8 Problemas do trato digestivo</li> <li>2.4.1.9 Problemas do sistema urinário</li> <li>2.4.1.10 Problemas do sistema hematológico</li> <li>2.4.1.11 Traumatismos, acidentes e intoxicações</li> <li>2.4.1.12 Urgências e emergências</li> <li>2.4.1.13 Problemas de saúde mental</li> <li>2.4.1.14 Problemas relacionados à drogadição</li> <li>2.4.1.15 Problemas dermatológicos</li> <li>2.4.1.16 Problemas osteomusculares e reumatológicos</li> <li>2.4.1.17 Problemas oculares</li> <li>2.4.1.18 Procedimentos ambulatoriais</li> </ul>
	<b>2.5 Saúde Coletiva</b>	2.5.1 Realiza atendimentos em grupos
		2.5.2 Identifica os principais problemas de saúde da comunidade
		2.5.3 Presta cuidados nos seguintes temas em conformidade com as demais competências:
		2.5.3.1 Atenção à saúde da criança e do adolescente

(continuação)

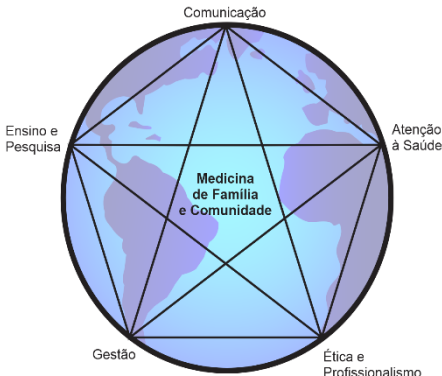
Grupo	Subgrupo	Competências
<b>2 Atenção à Saúde</b>	<b>2.5 Saúde Coletiva</b>	2.5.3.2 Atenção à saúde da mulher (inclui cuidado pré-natal) 2.5.3.3 Atenção à saúde do homem 2.5.3.4 Atenção à saúde do trabalhador 2.5.3.5 Atenção à saúde do idoso 2.5.3.6 Atenção à saúde de pessoas com deficiência, acamados 2.5.3.7 Atenção à saúde da pessoa em cuidados paliativos e sua família 2.5.3.8 Atenção à saúde da família 2.5.3.9 Atenção a situações de risco familiar e social 2.5.3.10 Atenção à saúde da comunidade
	<b>3.1 Princípios gerais</b>	3.1.1 Responsabiliza-se por suas ações
		3.1.2 Tem consciência de suas capacidades e limitações
		3.1.3 Atua como defensor do seu paciente
		3.1.4 Atua de acordo com os códigos éticos e profissionais vigentes
		3.1.5 Maneja eticamente as relações com a indústria farmacêutica
		3.1.6 Sabe manejar conflitos de interesse
		3.1.7 Trata os outros com justiça e respeito
	<b>3.2 Trabalho em equipe</b>	3.2.1 Sabe trabalhar em equipe
		3.2.2 Respeita os demais membros da equipe
3.2.3 Atua para negociar e gerir conflitos		
3.2.4 Desenvolve habilidades de coordenação de equipe e liderança		
3.2.5 Presta assistência ao paciente em conjunto com outros profissionais		
<b>3.3 Segurança do paciente</b>	3.3.1 Trabalha em prol da segurança do paciente	
	3.3.2 Faz uso racional de investigação complementar. Evita danos (prevenção quaternária)	
	3.3.3 Admite erro	

(continuação)

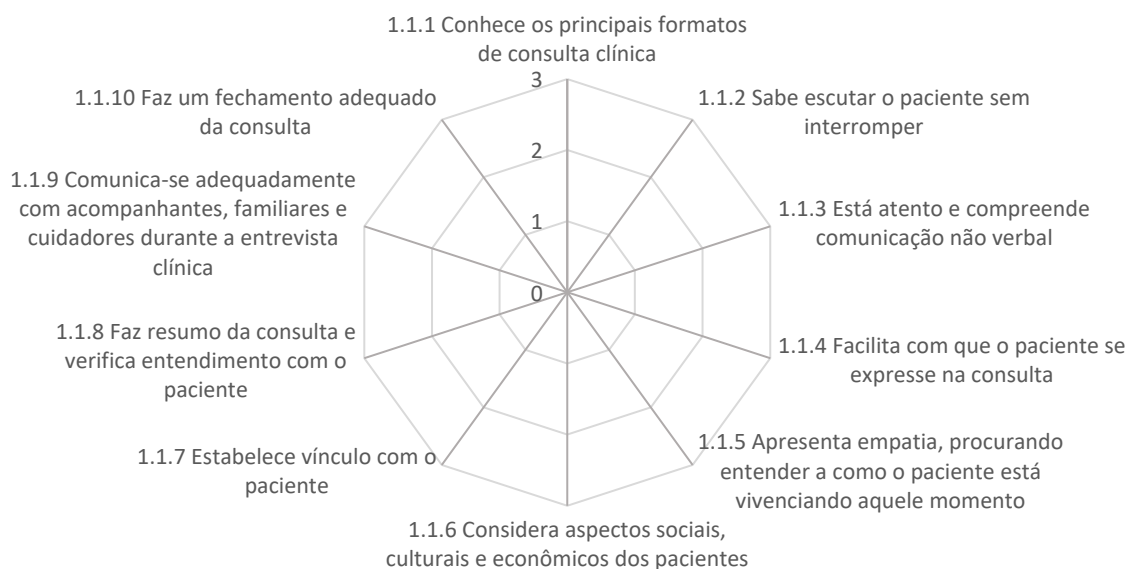
<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Competências</b>
<b>3 Ética e Profissionalismo</b>	<b>3.4 Confidencialidade</b>	3.4.1 Garante o sigilo profissional
		3.4.2 Respeita a ética e a legislação na produção de relatórios, atestados e laudos médicos
	<b>3.5 Registro profissional</b>	3.5.1 Realiza registro organizado e legível
<b>4 Gestão</b>	<b>4.1 Gestão da prática</b>	4.1.1 Tem conhecimento do nível de resolutividade da APS, avalia e procura melhorar o seu nível
		4.1.2 Organiza tempo de consulta, agenda e as demais demandas da APS de acordo com suas capacidades e as necessidades da comunidade
	<b>4.2 Gestão de recursos</b>	4.2.1 Utiliza os recursos públicos disponíveis com custo-efetividade
		4.2.2 Considera os gastos que venham a ser suportados pelos pacientes
	<b>4.3 Gestão Pública</b>	4.3.1 Compreende o funcionamento do sistema de saúde onde está atuando
		4.3.2 Contribui para a melhoria do sistema
<b>5 Ensino e Pesquisa</b>	<b>5.1 Aprimoramento contínuo</b>	5.1.1 Analisa, reflete sobre o seu aprendizado e cria planos de melhoria
		5.1.2 Aponta sugestões para melhoria do processo de aprendizado nos estágios de formação
		5.1.3 Entende que a formação deve ser contínua, após o término da residência
		5.1.4 Está atento a atualidades na sua área de atuação
	<b>5.2 Apoio ao ensino</b>	5.2.1 Apoiar educação e desenvolvimento dos colegas e estudantes
		5.2.2 Realiza ações de educação em saúde
	<b>5.3 Pesquisa clínica</b>	5.3.1 Realiza buscas de conhecimento para sanar seus questionamentos clínicos
		5.3.2 Utiliza recursos tecnológicos (computador, smartphone) de forma adequada
		5.3.3 Avalia a qualidade da evidência encontrada
		5.3.4 Avalia a aplicabilidade da evidência no seu contexto
	<b>5.4 Produção científica</b>	5.4.1 Produz artigo científico, participa de eventos científicos

Fonte: Elaborado pelo autor.

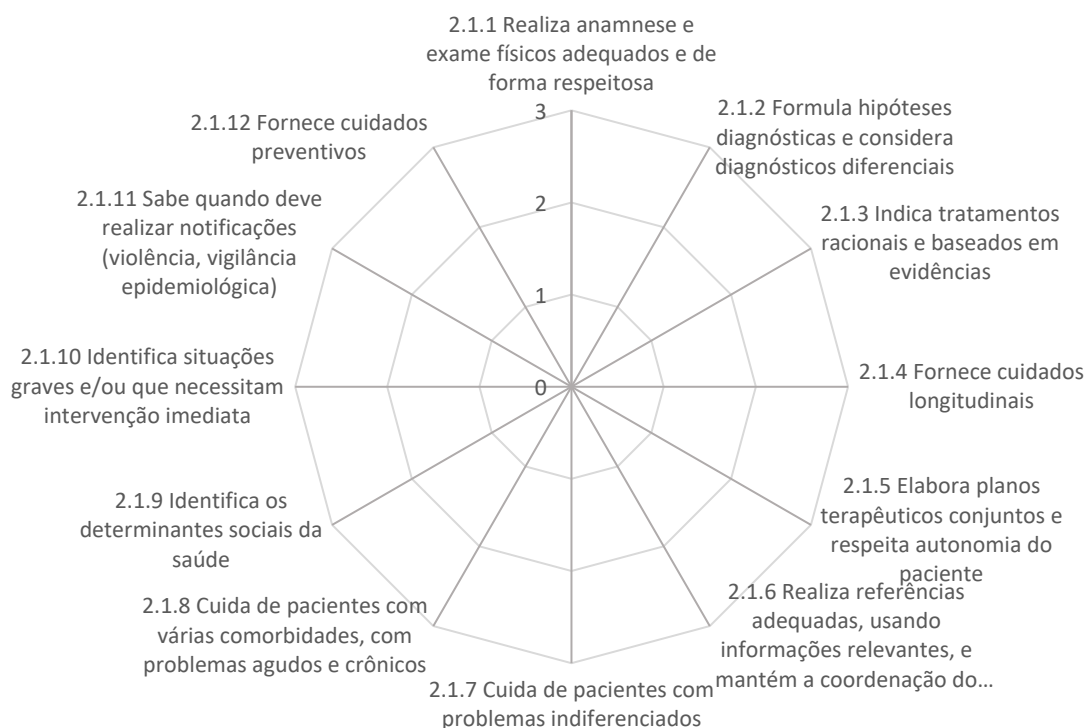
## IX – Ficha de Avaliação de competências

	<p><b>Ficha de Avaliação de Competências</b></p>
Nome do(a) Residente:	Assinatura:
Nome do(a) Avaliador(a):	Assinatura:
Período Avaliativo:	___/___/___ a ___/___/___
Data da Avaliação:	___/___/___
Caráter da Avaliação: ( ) Feedback ( ) Avaliação Formal ( ) Autoavaliação	
<p>Orientações para preenchimento:</p> <p>Para os itens I - Frequência e II - Pontualidade pontuar uma nota entre 0 e 10, onde 0 representa nenhuma presença e 10 nenhuma ausência.</p>	
Para a avaliação das competências, utilizar níveis conforme abaixo:	
Definição dos Níveis:	
Nível 0 – A competência não foi avaliada.	
Nível 1 – A competência não foi adquirida.	
Nível 2 – A competência foi adquirida parcialmente/está em processo de aquisição.	
Nível 3 – A competência foi adquirida satisfatoriamente.	
Espaço para anotações:	

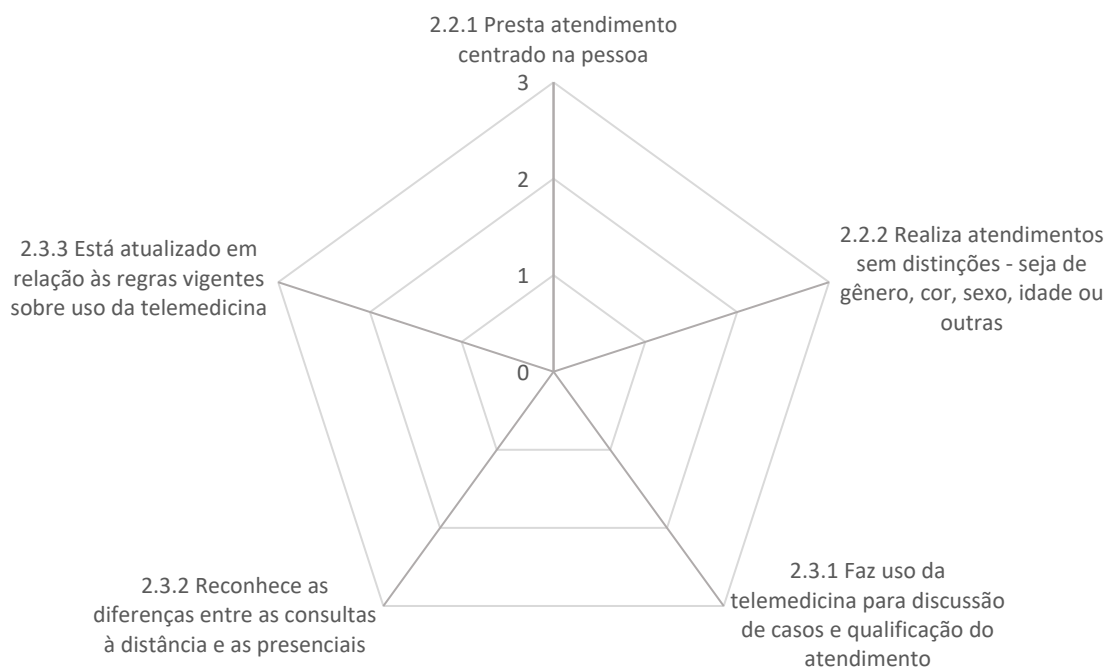
Item avaliado	Nota	Observações
<b>I - Frequência</b>		
<b>II - Pontualidade</b>		
Competências	Nível	Observações
<b>1 Comunicação</b>		
<b>1.1 Consulta médica</b>		
1.1.1 Conhece os principais formatos de consulta clínica		
1.1.2 Sabe escutar o paciente sem interromper		
1.1.3 Está atento e compreende comunicação não verbal		
1.1.4 Facilita com que o paciente se expresse na consulta		
1.1.5 Apresenta empatia, procurando entender a como o paciente está vivenciando aquele momento		
1.1.6 Considera aspectos sociais, culturais e econômicos dos pacientes		
1.1.7 Estabelece vínculo com o paciente		
1.1.8 Faz resumo da consulta e verifica entendimento com o paciente		
1.1.9 Comunica-se adequadamente com acompanhantes, familiares e cuidadores durante a entrevista clínica		
1.1.10 Faz um fechamento adequado da consulta		



Competências	Nível	Observações
<b>2 Atenção à Saúde</b>		
<b>2.1 Princípios gerais</b>		
2.1.1 Realiza anamnese e exame físicos adequados e de forma respeitosa		
2.1.2 Formula hipóteses diagnósticas e considera diagnósticos diferenciais		
2.1.3 Indica tratamentos racionais e baseados em evidências		
2.1.4 Fornece cuidados longitudinais		
2.1.5 Elabora planos terapêuticos conjuntos e respeita autonomia do paciente		
2.1.6 Realiza referências adequadas, usando informações relevantes, e mantém a coordenação do cuidado		
2.1.7 Cuida de pacientes com problemas indiferenciados		
2.1.8 Cuida de pacientes com várias comorbidades, com problemas agudos e crônicos		
2.1.9 Identifica os determinantes sociais da saúde		
2.1.10 Identifica situações graves e/ou que necessitam intervenção imediata		
2.1.11 Sabe quando deve realizar notificações (violência, vigilância epidemiológica)		
2.1.12 Fornece cuidados preventivos		

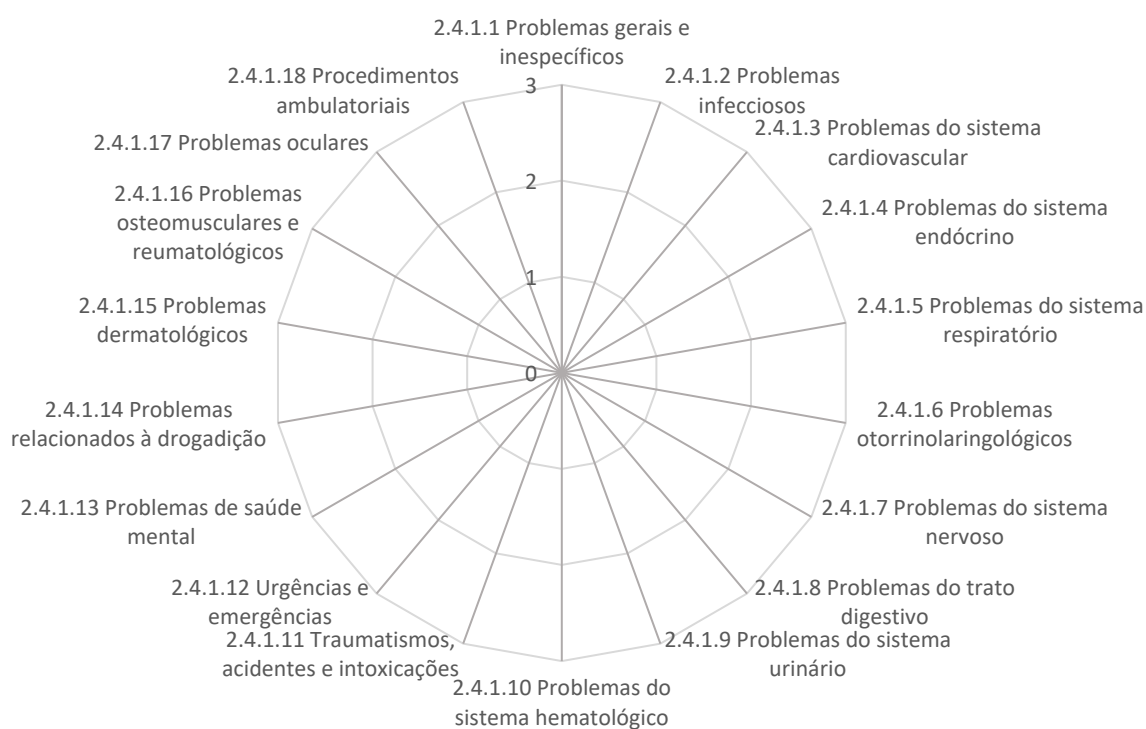


Competências	Nível	Observações
<b>2 Atenção à Saúde</b>		
<b>2.2 Medicina Centrada na Pessoa</b>		
2.2.1 Presta atendimento centrado na pessoa		
2.2.2 Realiza atendimentos sem distinções - seja de gênero, cor, sexo, idade ou outras		
<b>2.3 Telemedicina</b>		
2.3.1 Faz uso da telemedicina para discussão de casos e qualificação do atendimento		
2.3.2 Reconhece as diferenças entre as consultas à distância e as presenciais		
2.3.3 Está atualizado em relação às regras vigentes sobre uso da telemedicina		





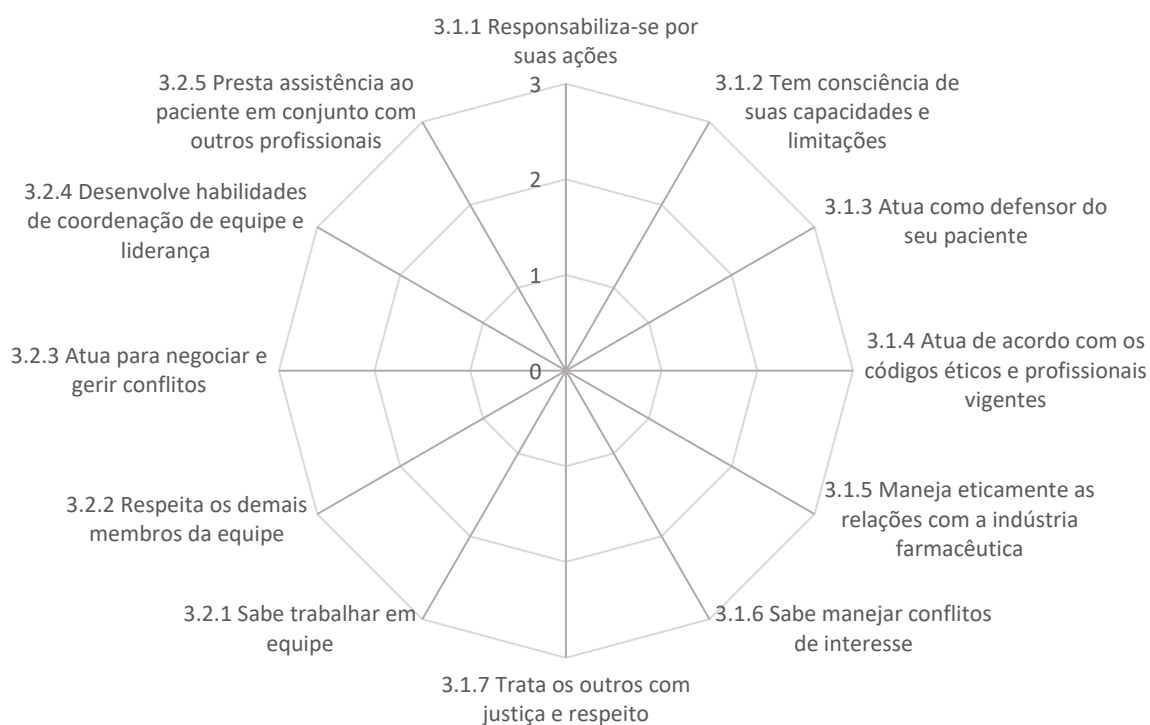
Competências	Nível	Observações
<b>2 Atenção à Saúde</b>		
<b>2.4 Saúde Individual</b>		
2.4.1 Presta cuidados nos seguintes temas em conformidade com as demais competências:		
2.4.1.1 Problemas gerais e inespecíficos		
2.4.1.2 Problemas infecciosos		
2.4.1.3 Problemas do sistema cardiovascular		
2.4.1.4 Problemas do sistema endócrino		
2.4.1.5 Problemas do sistema respiratório		
2.4.1.6 Problemas otorrinolaringológicos		
2.4.1.7 Problemas do sistema nervoso		
2.4.1.8 Problemas do trato digestivo		
2.4.1.9 Problemas do sistema urinário		
2.4.1.10 Problemas do sistema hematológico		
2.4.1.11 Traumatismos, acidentes e intoxicações		
2.4.1.12 Urgências e emergências		
2.4.1.13 Problemas de saúde mental		
2.4.1.14 Problemas relacionados à drogadição		
2.4.1.15 Problemas dermatológicos		
2.4.1.16 Problemas osteomusculares e reumatológicos		
2.4.1.17 Problemas oculares		
2.4.1.18 Procedimentos ambulatoriais		



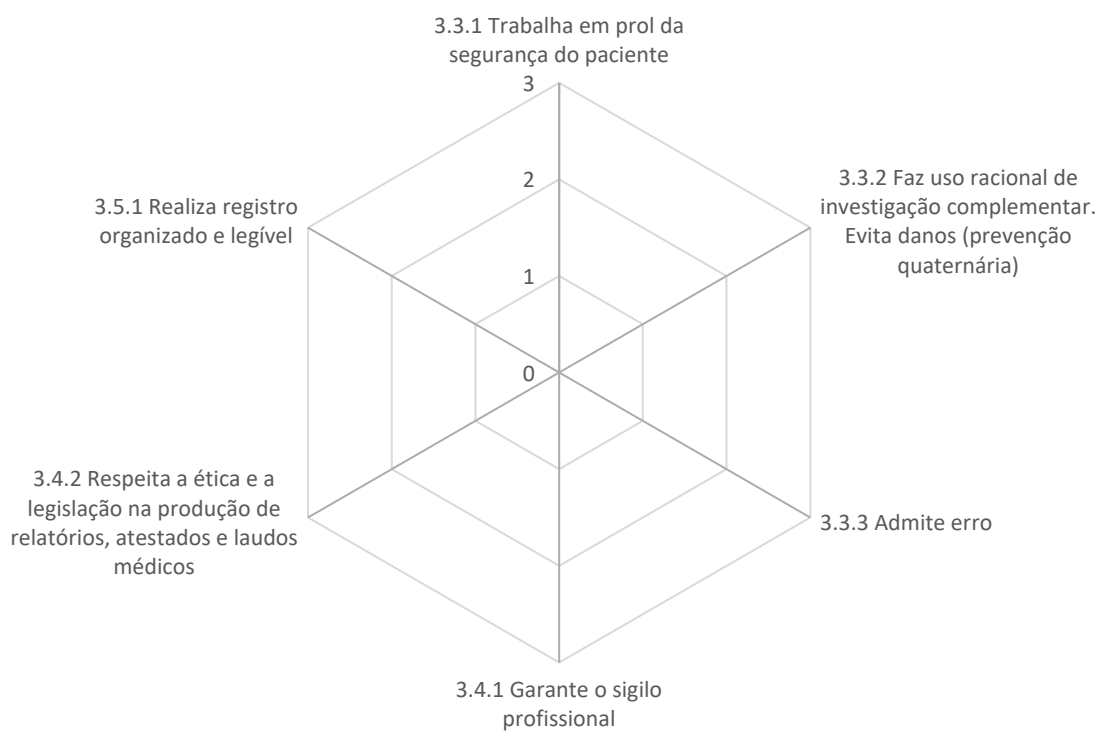
Competências	Nível	Observações
<b>2 Atenção à Saúde</b>		
<b>2.5 Saúde Coletiva</b>		
2.5.1 Realiza atendimentos em grupos		
2.5.2 Identifica os principais problemas de saúde da comunidade		
2.5.3 Presta cuidados nos seguintes temas em conformidade com as demais competências:		
2.5.3.1 Atenção à saúde da criança e do adolescente		
2.5.3.2 Atenção à saúde da mulher (inclui cuidado pré-natal)		
2.5.3.3 Atenção à saúde do homem		
2.5.3.4 Atenção à saúde do trabalhador		
2.5.3.5 Atenção à saúde do idoso		
2.5.3.6 Atenção à saúde de pessoas com deficiência, acamados		
2.5.3.7 Atenção à saúde da pessoa em cuidados paliativos e sua família		
2.5.3.8 Atenção à saúde da família		
2.5.3.9 Atenção a situações de risco familiar e social		
2.5.3.10 Atenção à saúde da comunidade		



Competências	Nível	Observações
<b>3 Ética e Profissionalismo</b>		
<b>3.1 Princípios gerais</b>		
3.1.1 Responsabiliza-se por suas ações		
3.1.2 Tem consciência de suas capacidades e limitações		
3.1.3 Atua como defensor do seu paciente		
3.1.4 Atua de acordo com os códigos éticos e profissionais vigentes		
3.1.5 Maneja eticamente as relações com a indústria farmacêutica		
3.1.6 Sabe manejar conflitos de interesse		
3.1.7 Trata os outros com justiça e respeito		
<b>3.2 Trabalho em equipe</b>		
3.2.1 Sabe trabalhar em equipe		
3.2.2 Respeita os demais membros da equipe		
3.2.3 Atua para negociar e gerir conflitos		
3.2.4 Desenvolve habilidades de coordenação de equipe e liderança		
3.2.5 Presta assistência ao paciente em conjunto com outros profissionais		



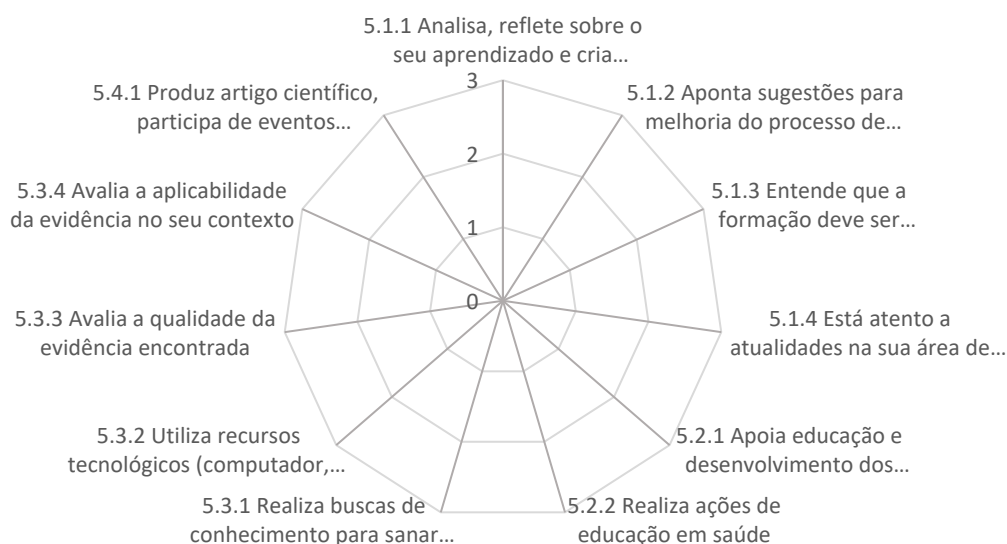
Competências	Nível	Observações
<b>3 Ética e Profissionalismo</b>		
<b>3.3 Segurança do paciente</b>		
3.3.1 Trabalha em prol da segurança do paciente		
3.3.2 Faz uso racional de investigação complementar. Evita danos (prevenção quaternária)		
3.3.3 Admite erro		
<b>3.4 Confidencialidade</b>		
3.4.1 Garante o sigilo profissional		
3.4.2 Respeita a ética e a legislação na produção de relatórios, atestados e laudos médicos		
<b>3.5 Registro profissional</b>		
3.5.1 Realiza registro organizado e legível		



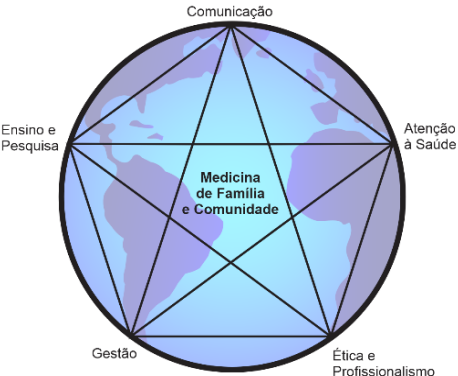
Competências	Nível	Observações
<b>4 Gestão</b>		
<b>4.1 Gestão da prática</b>		
4.1.1 Tem conhecimento do nível de resolutividade da APS, avalia e procura melhorar o seu nível		
4.1.2 Organiza tempo de consulta, agenda e as demais demandas da APS de acordo com suas capacidades e as necessidades da comunidade		
<b>4.2 Gestão de recursos</b>		
4.2.1 Utiliza os recursos públicos disponíveis com custo-efetividade		
4.2.2 Considera os gastos que venham a ser suportados pelos pacientes		
<b>4.3 Gestão Pública</b>		
4.3.1 Compreende o funcionamento do sistema de saúde onde está atuando		
4.3.2 Contribui para a melhoria do sistema		



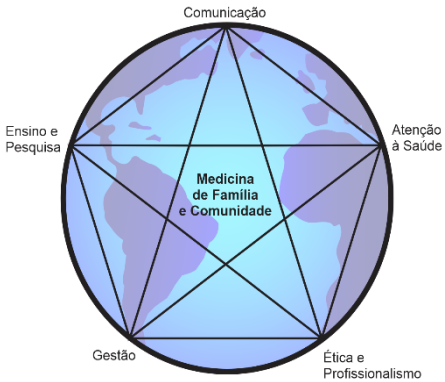
Competências	Nível	Observações
<b>5 Ensino e Pesquisa</b>		
<b>5.1 Aprimoramento contínuo</b>		
5.1.1 Analisa, reflete sobre o seu aprendizado e cria planos de melhoria		
5.1.2 Aponta sugestões para melhoria do processo de aprendizado nos estágios de formação		
5.1.3 Entende que a formação deve ser contínua, após o término da residência		
5.1.4 Está atento a atualidades na sua área de atuação		
<b>5.2 Apoio ao ensino</b>		
5.2.1 Apoiar educação e desenvolvimento dos colegas e estudantes		
5.2.2 Realizar ações de educação em saúde		
<b>5.3 Pesquisa clínica</b>		
5.3.1 Realizar buscas de conhecimento para sanar seus questionamentos clínicos		
5.3.2 Utilizar recursos tecnológicos (computador, smartphone) de forma adequada		
5.3.3 Avaliar a qualidade da evidência encontrada		
5.3.4 Avaliar a aplicabilidade da evidência no seu contexto		
<b>5.4 Produção científica</b>		
5.4.1 Produzir artigo científico, participar de eventos científicos		



## X – Ficha de avaliação do Preceptor

	<p style="text-align: center;">Ficha de Avaliação do Preceptor</p>	
<p>Nome do(a) Preceptor(a) avaliado(a): _____</p> <p>Nome do(a) Residente avaliador(a): _____</p> <p>Período Avaliativo: _____ a _____</p> <p>Data da Avaliação: _____</p> <p>Orientações: _____</p> <p>Preencher cada item com uma nota entre 0 e 10.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Item avaliado</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Nota</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Observações</b></p>
Frequência		
Pontualidade		
Disponibilidade		
Apresentação pessoal		
Habilidades de ensino		
Estímulo ao aprendizado		
Estímulo ao crescimento profissional		
Exemplo profissional		
Conhecimento Técnico		
Relevância para prática na APS		
Uso de evidências científicas		
Conduta ética		
Relação com pacientes/comunidade		
Relação com equipe		
Relação com o residente		
<p>Comentários/sugestões</p>		

## XI – Ficha de avaliação do Estágio

	<p>Ficha de Avaliação do Estágio</p>	
<p><b>Identificação do Estágio:</b>  Nome do(a) Residente: _____  Período Avaliativo: _____ a _____  Data da Avaliação: _____  Orientações:  Preencher cada item com uma nota entre 0 e 10 ou NA caso o item não se aplique ao estágio avaliado.</p>		
<b>Item avaliado</b>	<b>Nota</b>	<b>Observações</b>
Estrutura Física		
Higienização do Ambiente		
Segurança		
Ambiente adequado para os pacientes		
Recursos humanos		
Equipe (Médica)		
Equipe (Multiprofissional)		
Organização da Agenda		
Disponibilidade de insumos (EPIs, medicamentos para uso no local, material para procedimentos, materiais de escritório, ...)		
Recursos educacionais		
Atividades didáticas		
Relevância para prática		
Recursos de comunicação (telefonia, internet)		
Comentários/sugestões		