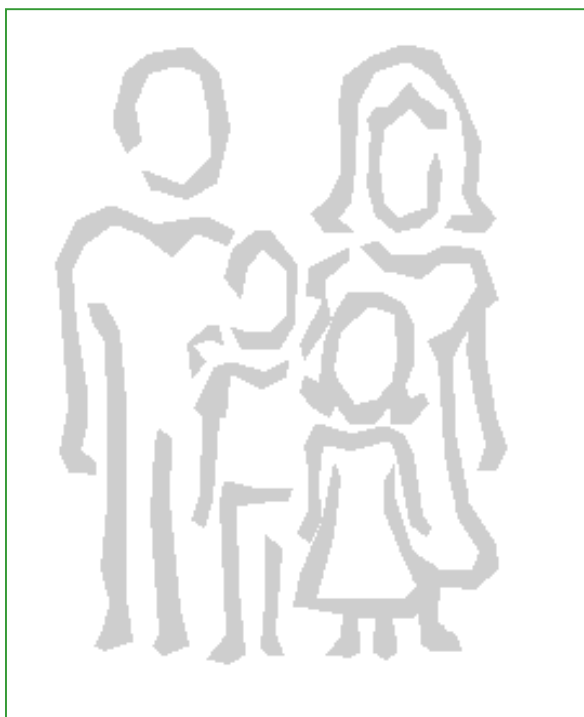




**Grupo Hospitalar Conceição
Gerência de Saúde Comunitária**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE**



Porto Alegre, RS

2010 - 2011

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

2010 / 2011

PRECETORES:

Unidade Conceição:

- Flávio Dias da Silva
- José Mauro Ceratti Lopes
- Luiz Felipe Cunha Mattos

Unidade Vila Floresta

- Lúcia Naomi Takimi
- Marcos Vinicius da Rosa Ropke

Unidade Divina Providência (Valão)

- César Augusto de Freitas e Ratcke
- Ricardo Melnick

Unidade SESC

- Roberto Nunes Umpierre

Unidade Barão de Bagé

- Carmen Luiza Correa Fernandes
- Martha Farias Collares

Unidade Santíssima Trindade (Dique)

- André Klafke de Lima

Unidade Jardim Leopoldina

- Geny Glock Volquind
- Lígia Neulmann Strauch Souza

Unidade Parque dos Maias

- Cláudio Luiz Müller

Unidade Jardim Itu

- Diogo Luís Scalco
- Rodrigo Caprio Leite de Castro

Unidade Coinma

- Lêda Chaves Dias Curra
- Ricardo Augusto Lopes Fagundes

Unidade Costa e Silva

- Eduardo José Somenzi Castro
- Raul Miguel Alles

Unidade de Internação

- Carlos Gonçalves Munhoz

REPRESENTANTE DOS MÉDICOS-RESIDENTES

- Marcel Yukio Kamonseki (R1)
- Caroline Carvalho Abrantes (R2)

SUPERVISOR

Felipe Anselmi Corrêa

felipeanselmi@gmail.com

SECRETÁRIO

João Batista Ramos

rjoao@ghc.com.br

1. INTRODUÇÃO

1.1 – O Grupo Hospitalar Conceição

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição pública vinculada ao Ministério da Saúde. Constitui um dos maiores complexos de saúde do país, responsável por uma parcela significativa da atenção à saúde na cidade de Porto Alegre e do estado do Rio Grande do Sul. É por composto de quatro hospitais e o Serviço de Saúde Comunitária:

- Hospital Nossa Senhora da Conceição - HNSC (hospital geral)
- Hospital Cristo Redentor – HCR (trauma e especialidades cirúrgicas)
- Hospital da Criança Conceição - HCC (saúde infantil)
- Hospital Fêmina - HF (saúde materno-infantil)
- Serviço de Saúde Comunitária

1.2 – O Serviço de Saúde Comunitária

Além dos cuidados hospitalares, o GHC também desenvolve ações na área de Atenção Primária à Saúde (APS), através do Serviço de Saúde Comunitária (SSC).

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é formado por uma rede de doze unidades de saúde, localizadas na Zona Norte de Porto Alegre abrangendo cerca de 125.000 pessoas. Sua origem remonta à criação do Programa de Residência Médica em Medicina Geral em 1980. O Serviço, em si, foi criado em 1982, através da instalação da sua primeira unidade – a Unidade de Medicina de Família no HNSC, formalmente inaugurada em 1983. Ela tinha como objetivo principal aperfeiçoar a formação de recursos humanos na área de "Medicina de Família" e prestar cuidados à população moradora dos arredores do HNSC.

A abertura das demais unidades ocorreu pela demanda de outras comunidades por serviços nos moldes da Unidade de Medicina de Família do HNSC. Buscou-se adequar a estrutura física e de pessoal às necessidades das comunidades, desenvolvendo atividades conjuntas no acolhimento das solicitações, diagnóstico, organização e implantação das unidades.

As doze Unidades do SSC foram abertas na seguinte ordem:

- 1982 – Unidade de Medicina de Família do HNSC (Unidade Conceição)
- 1985 – Unidade da Vila Floresta
- 1986 – Unidade Divina Providência (Valão)
- 1990 – Unidade da Vila SESC
- 1991 – Unidade Barão de Bagé
- 1992 – Unidade Santíssima Trindade (Vila Dique)
Unidade Jardim Leopoldina
Unidade Parque dos Maias
Unidade Jardim Itú
- 1993 – Unidade Nossa Senhora Aparecida
- 1994 – Unidade Coinma
- 1995 – Unidade Costa e Silva

Conforme diagnóstico de demanda realizado em 1999, o SSC presta mais de 50.000 atendimentos por mês, com uma resolutividade em torno de 92% das consultas ambulatoriais. Aproximadamente 5% das consultas são atendimentos domiciliares, sendo que, desses, 0,5% resultam em internações domiciliares. O índice de internações hospitalares é de cerca de 0,8% das consultas (média de 200 internações por mês).

O planejamento e avaliação das ações do SSC contam com as assessorias de:

- Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação;
- Apoio Técnico em Planejamento e Gestão e
- Apoio Técnico em Educação e Saúde e Participação Popular

O SSC tem como referência, para as pessoas atendidas nas suas Unidades, uma área de internação dentro do HNSC, o terceiro A. Essa enfermaria de 30 leitos possui equipe própria de médicos que é responsável pela preceptoría dos médicos residentes no estágio de Clínica Médica.

O atendimento de saúde prestado pelo SSC tem como principais características:

- **Universalidade:** atende a todas as pessoas independente de vínculo previdenciário e da situação sócio-econômica;
- **Área geográfica delimitada** para atuação;

- **Acesso** facilitado devido à proximidade das Unidades e ao sistema de marcação de consultas, sejam agendadas com antecedência, sejam agendadas no dia;
- **Atendimento integral** oferecendo cuidados às pessoas em todas as suas necessidades de saúde;
- **Longitudinalidade e Continuidade** do cuidado;
- **Eqüidade** proporcionando atenção à saúde de acordo com a complexidade de cada caso, oferecendo mais cuidados a quem deles mais necessita;
- **Equipe multiprofissional** para o atendimento;
- **Participação comunitária** nos serviços de saúde, através das associações de moradores, comissões e conselhos de saúde.
- **Avaliação** permanente e sistemática das suas ações.

Além da formação de recursos humanos em saúde comunitária e da assistência à saúde, identifica-se outro eixo de ação no SSC: a produção de novos conhecimentos e novas tecnologias em APS.

1.3 - O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade:

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM em MFC) teve sua origem em 1980, com o Programa de Residência Médica em **Medicina Geral** do HNSC. Nesta época, o treinamento era desenvolvido em nível hospitalar e nas quatro áreas básicas: Pediatria, Obstetrícia-Ginecologia, Cirurgia Geral e Clínica Médica.

No ano seguinte, o Programa passou a contar com um período de seis meses de atendimento ambulatorial, desenvolvido em Postos de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente localizados em Porto Alegre e Cachoeirinha.

Em 1982, desenvolveu-se o projeto de implantação da Unidade de Medicina de Família do Hospital Conceição, visando à adaptação às

normas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O programa passou, então, a denominar-se **Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária (PRM-MGC)**, conforme o estabelecido na Resolução nº 07/81 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Em dezembro de 1982, iniciaram-se as atividades da Unidade de Medicina de Família do Hospital Conceição (atualmente denominada Unidade Conceição)

Em 2002, atendendo as determinações da Resolução 005/2002 da CNRM, houve a modificação do nome do programa para **Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM em MFC)**.

2. OBJETIVOS DO PRM EM MFC

2.1 Objetivo Geral

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade tem por objetivo formar médicos para a Atenção Primária à Saúde, qualificados e resolutivos, com uma prática integradora e continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades sob seus cuidados, voltada à construção da cidadania, desenvolvendo suas ações com base no modelo de Vigilância à Saúde e nos princípios da Atenção Primária à Saúde.

Para tal, entende-se que é preciso capacitar médicos com domínio no Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), com conhecimentos e habilidades de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação dos agravos mais frequentes, buscando altos índices de resolutividade. Sua atitude deve ser integral, com enfoque na família e nos núcleos sociais que constituem a comunidade, bem como na promoção de sua participação e autonomia.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Habilidades para a Prática Médica em MFC

- Estar capacitado para cuidar das pessoas, das famílias e da comunidade.
- Dominar a prática clínica com conhecimentos que incluam os problemas de saúde prevalentes, respeitando as especificidades de

cada área geográfica e/ou região, atuando principalmente em cuidados primários de saúde com alta resolutividade.

- Integrar-se às rotinas das Ações Programáticas em Saúde do SSC, participando das fases de planejamento e avaliação, incluindo Programa de Imunizações e ações de Vigilância.
- Realizar visitas domiciliares de características clínicas, de vigilância e de trabalho preventivo.
- Planejar, organizar e conduzir grupos, conhecendo as principais técnicas de sua dinâmica.
- Executar os procedimentos cirúrgicos mais freqüentes no nível de cuidados primários.
- Desenvolver habilidades para o atendimento de problemas de saúde mais prevalentes em APS.
- Desenvolver atividades de educação em saúde em instituições e/ou grupos formais e informais na comunidade.
- Reconhecer e assistir às crises e disfunções familiares.
- Desenvolver técnicas adequadas de registro orientado por problemas utilizando o prontuário de família.
- Integrar-se à equipe de saúde buscando desenvolver ações multiprofissionais e interdisciplinares.

2.2.2 Habilidades em Gerenciamento em MFC

- Compreender e intervir nos determinantes do processo saúde-doença, buscando a eleição e solução de prioridades em conjunto com a população em que atua.
- Dominar conceitos e habilitar-se para a execução de diagnósticos de demanda, de comunidade e institucionais.
- Participar e habilitar-se para planejar e avaliar as ações de saúde e gerenciar os serviços em nível local.

- Dominar conceitos de epidemiologia, e exercer atividades na perspectiva do modelo da Vigilância à saúde.
- Promover atividades multiprofissionais e interdisciplinares nas ações de saúde

2.2.3 Habilidades em Ensino e Pesquisa em MFC

- Desenvolver habilidades para exercer preceptoria.
- Desenvolver o hábito de estudo imediato e continuado orientado à solução de problemas, para promover o autoaprendizado e a atualização de conhecimentos.
- Desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal de vários níveis e de educação continuada para a equipe de saúde.
- Realizar pesquisa na área de atenção primária à saúde como forma de integrar o conhecimento teórico com a prática do método científico.
- Conhecer e dominar a metodologia científica para adequada aplicação em nível individual e coletivo.

2.2.4 Habilidades relativas a Sistemas de Saúde

- Dominar conceitos básicos necessários à compreensão e à análise crítica de sistemas de saúde, especialmente do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Integrar-se e participar nas instâncias do SUS em que sua Unidade atua.

3. METODOLOGIA DO PRM EM MFC

A capacitação do médico-residente será desenvolvida fundamentalmente em serviço nas Unidades de Saúde do SSC-GHC, através do atendimento ambulatorial, do trabalho nos programas de saúde, no envolvimento com os trabalhos comunitários realizados pelas equipes e através dos estágios em áreas complementares.

A estas se somam atividades teóricas: os denominados conhecimentos de núcleo e de campo.

3.1 Conhecimentos de Núcleo

O eixo curricular do PRM em MFC como categoria e prática norteadora está definido no **Cuidado**. Esse como exercício de compreensão, colocar-se no lugar do outro, abrangente, continuado e contextualizado, preferentemente no âmbito de equipe multiprofissional e resolutivo. Atividade desenvolvida em pequenos e grandes grupos com facilitadores. Está dividida em quatro semestres: no primeiro o Encontro entre sujeitos: o médico e a pessoa – Método Clínico Centrado na Pessoa; no segundo O cuidado do sujeito e seu contexto: a família/comunidade/território/trabalho; no terceiro O cuidado e a vigilância em saúde e no último A síntese da subjetividade e o contexto.

3.2 Conhecimentos de Campo

Aprofundar os conhecimentos de conceitos fundamentais para a prática em APS, para que o residente se aproprie de ferramentas e instrumentos para tal prática e construa uma visão interdisciplinar sobre os problemas de saúde e sobre as intervenções sobre eles.

Os métodos de ensino e aprendizagem a serem utilizados estão listados abaixo:

3.3 Observação de atendimentos

- Residente observa preceptor em atendimento
- Preceptor observa residente em atendimento
- Visitas domiciliares em conjunto

3.4 Análise dos atendimentos

- Discussão de casos clínicos
 - Análise de casos-problema
 - Análise de caso aleatoriamente escolhido
 - Discussão de casos clínicos mensais do PRMFC.
- Análise dos registros em prontuário.

3.5 Seminários

- Tópicos que constem do PRM em MFC

- Tópicos que venham a ser sugeridos para o bom desempenho clínico MFC ou que se façam necessários durante a formação.

3.6 Elaboração de trabalho científico

A experiência de elaboração de um projeto de pesquisa completo, da concepção à conclusão, é parte do PRM em MFC. Com o objetivo de associar a pesquisa à prática cotidiana das equipes de saúde, a questão de pesquisa a ser estudada deverá estar relacionada a APS e a uma linha ou tema de pesquisa identificado como relevante pelo SSC ou pela Unidade.

Para assegurar boa qualidade ao trabalho por parte do médico-residente, o PRM em MFC garante carga horária de 2 horas semanais ao longo de toda a residência, exceto nos meses em que o residente estiver em estágios fora do âmbito do GHC.

No anexo 01, Roteiro para redação do projeto de pesquisa (aspectos éticos).

4. ATIVIDADES DO PRM EM MFC

As atividades desenvolvidas ao longo dos dois anos serão as seguintes:

- Atividades na Unidade de Saúde: ambulatório em Atenção Primária à Saúde (consultas programadas e não programadas “do dia”; atividades em grupo; reuniões de equipe; acompanhamento e coordenação de programas de vigilância à saúde.
- Atividades na Comunidade: atendimentos domiciliares, atividades em domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer.
- Atividades em níveis Secundário e Terciário: estágios e plantões em outros níveis de atenção à Saúde.
- Atividades teóricas:
 1. Discussão clínica e seminários nas Unidades;
 2. Atividades de núcleo e
 3. Atividade do currículo integrado (médicos residentes do PRM em MFC e os residentes da RIS/SFC).

Obs.: no primeiro ano essa atividade será desenvolvida durante todo o ano; no segundo ano, os médicos residentes serão divididos em dois grupos, com dezesseis encontros de 3 horas de duração semestral.

4. Outras atividades: atividades de pesquisa; reuniões de equipe; reunião de preceptoria e dos residentes; avaliação dos

residentes; dos preceptores e do PRM em MFC. A participação nas Campanhas Nacionais de Vacinação, dentro das escalas de trabalho das respectivas equipes, é parte integrante do PRM em MFC e tem caráter obrigatório para os médicos residentes ao longo dos dois anos.

4.1 Simulação de grade de horários – R1

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU
9h	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU
10h	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU
11h	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU
12h	Almoço				
13h	Reunião Unidade	Disc. Caso	Reunião Unidade	Seminário Campo	Seminário Clínico
14h		AMBU	Comuni- dade	Comuni- dade	VD
15h		AMBU	Comuni- dade	Comuni- dade	VD
16h		CI	Comuni- dade	Pr. teórico Núcleo	Pesq.
17h		CI	Comuni- dade	Pr. teórico Núcleo	Pesq.
18h		CI	Comuni- dade	Pr. teórico Núcleo	

Descrição:

- **Ambulatório:** 24 horas por semana.
- **Programa Teórico de Núcleo:** 2h 30 por semana. Dia variável por R1 a ser comunicado no final de fevereiro. O início das atividades em março. Não há atividades em Julho, Dezembro, Janeiro e Fevereiro.
- **O Currículo integrado:** 2h 30 por semana. Dia variável por R1 a ser comunicado no final de fevereiro. O início das atividades em março. Não há atividades em Julho, Dezembro, Janeiro e Fevereiro.
- **Urgência:** Pediátrica: três semanas, no turno da manhã, no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, sob a supervisão do Dr Eduardo; Cirúrgica: um turno por semana, manhã ou tarde; durante 02 meses, na Emergência Cirúrgica do HNSC; Ginecológica: um turno por semana, manhã ou tarde; durante 02 meses, Emergência Ginecológica e Clínica; um turno por semana, manhã ou tarde; durante 02 meses, na sala amarela da Emergência do HNSC.
- **Plantões:** durante o primeiro ano é obrigatória a realização de plantões de 04 horas na Emergência Clínica, no CO e na Pediatria, semanalmente, conforme escala.
- **Horário de Pesquisa:** 02 horas por semana. Retirada da carga horária de ambulatório.
- **Visitas Domiciliares:** Carga horária semanal de 4 horas durante todo o primeiro ano. Escala dos contratados para acompanhar e supervisionar as visitas domiciliares dos residentes
- **Comunidade:** 07 horas por semana durante todo o primeiro ano . As atividades comunitárias incluem: vigilância e programas, trabalho em instituições, grupos, participação popular, campanhas de vacinas e outras.

Ao longo do segundo ano da Residência os residentes seguirão, em rodízio, pelos seguintes estágios, com as respectivas distribuições de carga horária e especificações colocadas logo a seguir:

4.2 Estágio em Gerenciamento

4.2.1 Objetivo

Propiciar que os residentes vivenciem e participem ativamente do cotidiano gerencial da sua Unidade de Saúde, no contexto em que esta se insere, isto é, do SSC, GHC e SUS. Com apoio nesta experiência

prática e nos conteúdos teórico-metodológicos e operacionais trabalhados ao longo do período de estágio, os residentes deverão desenvolver habilidades e competências para a gestão de serviços de APS/SUS.

4.2.2 Local: nas Unidades

4.2.3 Responsável: Assistente de Coordenação da Unidade.

4.2.4 Simulação de grade de horários

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h	AMBU	AMBU	AMBU	Gerenciamento	Gerenciamento
9h	AMBU	AMBU	AMBU	Gerenciamento	Gerenciamento
10h	AMBU	AMBU	AMBU	Gerenciamento	Gerenciamento
11h	AMBU	AMBU	AMBU	Gerenciamento	Gerenciamento
12h			Almoço		
13h	Reunião Unidade	Disc. Caso	Reunião Unidade	Seminário Campo	Seminário
15h	AMBU	Gerenciamento	VD	Pr. teórico Núcleo	AMBU
16h	AMBU	Gerenciamento	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	AMBU
17h	AMBU	Pesquisa	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	AMBU
18h		Pesquisa	Comunidade		

Descrição:

- Estágio de Gerenciamento será realizado somente nos meses de fevereiro a novembro. A carga horária específica para este estágio é de 12 horas semanais. Duração: 02 meses.
- As atividades de terça-feira à tarde são as atividades fixas deste estágio, portanto não podem ser substituídas por outras atividades. Os outros dois turnos do estágio são variáveis a serem combinados na Unidade.

- Programa teórico de núcleo: 2h 30 por semana. Dia variável por R2 a ser comunicado em final de Fevereiro. Início das Atividades em março. Não há atividades em Julho, Dezembro, Janeiro e Fevereiro.
- Carga horária para visita domiciliar (VD): 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória.
- Carga horária de comunidade: carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.
- Carga horária de pesquisa: 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória.
- Carga Horária Ambulatorial: carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.

4.3 Estágio Materno-Infantil

4.3.1 Objetivo

Abordar a saúde da mulher e seus principais agravos, conhecendo os métodos anticoncepcionais, incluindo a inserção de DIU.

Acompanhar a rotina em patologia Cervical. Acompanhar o trabalho de parto e suas intercorrências, nos plantões do CO.

Conhecer a rotina de atendimento aos neonatos, bem como a importância da amamentação, aprimorando a puericultura. Incorporar o Programa De Volta para Casa como ferramenta de prevenção de novas internações a crianças e adolescentes.

4.3.2 Local: no ambulatório de Ginecologia do HNSC.

4.3.3 Responsável: Dra Carmen Fernandes, Dra Leda Curra e Dr Raul Alles.

4.3.4 Simulação de grade de horários

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h	DIU	AMBU	AMBU	AMBU	Pesquisa
9h	DIU	AMBU	AMBU	AMBU	Pesquisa
10h	PAT CERV	AMBU	AMBU	AMBU	De volta
11h	PAT CERV	AMBU	AMBU	AMBU	De volta
12h	Almoço				
13h	Reunião Unidade	Disc. Caso	Reunião Unidade	Seminário Campo	Seminário Clínico
14h	AMBU	AMBU	Comunidade	Comunidade	VD
15h	AMBU	AMBU	Comunidade	Comunidade	VD
16h	AMBU	AMBU	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	AMBU
17h	AMBU	AMBU	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	AMBU
18h	AMBU	AMBU	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	AMBU

Descrição:

- Estágio em Atenção à Saúde Materno-Infantil: A carga horária específica para este estágio é de 12 horas semanais, mais um plantão de 12 horas quinzenal. Duração: 02 meses.
- Acompanhamento do ambulatório de Patologia Cervical, quartas e quintas-feiras pela manhã, responsável Dr Damiani.
- Colocação de DIU: duas opções: segunda pela manhã das 8 às 10 ou quinta: 12 às 14 horas. Quatro encontros durante o estágio. Um residente em cada horário. Estágio realizado com Dra. Joceni, ambulatório Gineco.
- De Volta para Casa: Horário fixo às sexta-feira das 10 às 12 horas. Não há De Volta para Casa em Fevereiro.

- Programa teórico de núcleo: 2h 30 por semana. Dia variável por R2 a ser comunicado em final de Fevereiro. Início das Atividades em março. Não há atividade em julho, dezembro, janeiro e fevereiro.
- Carga horária para Visita Domiciliar (VD): 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória
- Carga horária de Comunidade: Carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.
- Carga horária de Pesquisa: 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória.
- Carga Horária Ambulatorial: carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.

4.4 Estágio em Dermatologia Sanitária

4.4.1 Objetivo

Acompanhar as atividades desenvolvidas no Ambulatório de Dermatologia Sanitária com vistas a aprofundar o manejo de pessoas vivendo com o vírus HIV e com AIDS.

4.4.2 Responsável: Dr Ney Gyrão

4.4.3 Local: Ambulatório de Dermatologia Sanitária, na Rua Luiz Afonso.

4.4.4 Simulação de grade de horário

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h	DS	DS	DS	AMBU	AMBU
9h	DS	DS	DS	AMBU	AMBU
10h	DS	DS	DS	AMBU	Pesquisa
11h	DS	DS	DS	AMBU	Pesquisa
12h	Almoço				
13h	Reunião Unidade	Disc. Caso	Reunião Unidade	Seminário Campo	Seminário Clínico
14h	AMBU	AMBU	Comunidade	Comunidade	VD
15h	AMBU	AMBU	Comunidade	Comunidade	VD
16h	AMBU	AMBU	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	AMBU
17h	AMBU	AMBU	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	AMBU
18h	AMBU	AMBU	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	AMBU

Descrição:

- **Estágio em Dermatologia Sanitária:** a carga horária específica para este estágio é de 12 horas semanais. Duração: 1 mês. Não há estágio no mês de Janeiro.
- **O turno é sempre pela manhã, nos dias especificados na grade.**
- **Programa teórico de núcleo:** 2h 30 por semana. Dia variável por R2 a ser comunicado em final de Fevereiro. Início das Atividades em março. Não há atividade em julho, dezembro, janeiro e fevereiro.
- **Carga horária para Visita Domiciliar (VD):** 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória

- **Carga horária de Comunidade:** Carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.
- **Carga horária de Pesquisa:** 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória.
- **Carga Horária Ambulatorial:** Carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.

4.5 Estágio em Clínica Médica

4.5.1 Objetivo

Acompanhar as pessoas aguda e/ou cronicamente enfermas que necessitam cuidados hospitalares.

4.5.2 Local: posto 3ºA do HNSC

4.5.3 Responsável: Dr Carlos Munhoz

4.5.4 Simulação de grade de horário

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h	3º A	3º A	3º A	3º A	3º A
9h	3º A	3º A	3º A	3º A	3º A
10h	3º A	3º A	3º A	3º A	3º A
11h	3º A	3º A	3º A	3º A	3º A
12h			Almoço		
13h	Reunião Unidade	Seminário Clínico	Reunião Unidade	Seminário Campo	Seminário
14h	AMBU	3º A	VD		Clínico
15h	AMBU	3º A	VD	Pr. teórico Núcleo	AMBU
16h	AMBU	3º A	AMBU	Pr. teórico Núcleo	AMBU
17h	Comunida- de	3º A	AMBU	Pr. teórico Núcleo	Pesquisa
18h	Comunida- de	3º A	AMBU		Pesquisa

Descrição:

- **Estágio no 3º A:** Internação de Adultos; a carga horária específica para este estágio é em torno de 24 horas semanais. Duração: 02 meses.
- O estágio são todas as manhãs. A escolha do turno da tarde é feito pelo grupo de residentes.
- **Programa teórico de núcleo:** 2h 30 por semana. Dia variável por R2 a ser comunicado em final de Fevereiro. Início das Atividades em março. Não há atividade em julho, dezembro, janeiro e fevereiro.
- **Carga horária para Visita Domiciliar (VD):** 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória.
- **Carga horária de Comunidade:** Carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.

- **Carga horária de Pesquisa:** 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória.
- **Carga Horária Ambulatorial:** carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.

4.5 Estágio em Saúde Mental

4.5.1 Objetivo

Identificar, tratar, acompanhar e encaminhar as pessoas com sofrimento psíquico que são atendidas nas Unidades do SSC, fazendo a interface com os médicos de família e comunidade e/ou psiquiatras do serviço.

4.5.2 Locais: nas Unidades do SSC

4.5.3 Responsáveis: Dr Marco Aurélio Albuquerque e Luiz Ziguelman

4.5.4 Simulação de grade de horários

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU
9h	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU
10h	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU	Pesquisa
11h	AMBU	AMBU	AMBU	AMBU	Pesquisa
12h			Almoço		
13h	Reunião Equipe	Seminário Clínico	Reunião Equipe		
14h	S.Mental	S.Mental	VD	Pr. teórico Núcleo	S.Mental
15h	S.Mental	S.Mental	VD	Pr. teórico Núcleo	S.Mental
16h	S.Mental	S.Mental	Comunidade	Pr. teórico Núcleo	S.Mental
17h	S.Mental	S.Mental	Comunidade		S.Mental
18h			Comunidade		

Descrição:

- **Estágio em Saúde Mental :** A carga horária específica para este estágio é de 12 horas semanais. Duração: 02 meses. Não há estágio nos meses de Janeiro e Fevereiro.
- **Os turnos do estágio estão assim distribuídos:** um turno acompanha o psiquiatra na sua Unidade e nos outros dois acompanham esse mesmo psiquiatra em outras Unidades, durante um mês. No mês seguinte, acompanharão o outro psiquiatra nas Unidades onde ele atende.
- **Programa teórico de núcleo:** 2h 30 por semana. Dia variável por R2 a ser comunicado em final de Fevereiro. Início das Atividades em março. Não há atividade em julho, dezembro, janeiro e fevereiro.
- **Carga horária para Visita Domiciliar (VD):** 02 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória
- **Carga horária de Comunidade:** Carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.
- **Carga horária de Pesquisa:** 2 horas por semana durante todo o segundo ano. Obrigatória.
- **Carga Horária Ambulatorial:** Carga horária variável em cada estágio do segundo ano. A sugerida na grade é a mínima obrigatória para o estágio.

4.6 Carga Horária

A carga horária do PRM em MFC é de 5760 horas (2880 horas anuais), assim distribuídas:

Atividades na Unidade Básica de Saúde: 3220 horas (56% do total)

Atividades na Comunidade: 576 horas (10% do total)

Atividades teóricas: 576 (10% do total)

Atividades em níveis Secundário e Terciário: 1234 horas (22% do total)
Outras atividades: 154 horas (2% do total)

A presença nas atividades teóricas deverá ser de 100%. Ausências por motivos de força maior deverão ser justificadas por escrito pelo residente, assinadas pelo preceptor local e encaminhadas ao Supervisor do PRM em MFC. O residente que incorra em assiduidade inferior a 100% ao Programa Teórico, ao longo de qualquer trimestre, receberá advertência por escrito do Supervisor do PRM em MFC, estando suscetível às demais sanções previstas no regimento do PRM em MFC.

4.7 Plantões

Os plantões do PRM em MFC, mencionados em itens anteriores, ocorrem nos seguintes locais e horários:

4.7.1 Na sala verde da Emergência do HNSC, das 20 às 24 horas, sob supervisão do médico Jair.

4.7.2 No Centro Obstétrico do HNSC, das 20 às 24, na admissão do CO, sob a supervisão dos plantonistas do setor.

4.7.3 Na Emergência Pediátrica

Sobre os plantões, também, cabem as seguintes considerações:

Escalas: os residentes devem remeter as escalas de plantão ao Supervisor do PRM em MFC com três semanas de antecedência. Se este prazo não for cumprido, caberá ao Supervisor defini-las, unilateral e irrevogavelmente.

Faltas e atrasos: faltas e atrasos a plantões do PRM em MFC são considerados faltas graves, que devem ser comunicadas por escrito ao Supervisor do PRM em MFC, ficando o residente suscetível às sanções previstas nos regimentos do PRM em MFC e da COREME/GHC, bem como às do Código de Ética Médica. A responsabilidade em providenciar substituto, no caso de impedimento, é do próprio residente. Somente nos casos de comprovada força maior, para suprir faltas, o Supervisor convocará o próximo residente da escala, sucessivamente, até recompô-la.

Trocas: as eventuais trocas de plantão entre residentes devem ser comunicadas ao secretário do PRM em MFC, por memorando e com

letra legível, em 3 vias, com assinatura dos envolvidos e especificando as datas. Uma das vias deve ser entregue, pelos residentes, no local do plantão. Em causa de faltas e atrasos, as sanções cabíveis só não incidirão sobre o residente inicialmente escalado se houver memorando que comunique a troca.

4.8 Estágios Optativos

Incluem-se no programa no segundo ano da RM. São dois períodos, cada qual de um mês, em que o médico-residente, em conjunto com seu preceptor, escolhe um campo de estágio onde possa ser desenvolvido um treinamento adicional com o objetivo específico de qualificar a sua formação. Este estágio deve ser aprovado formalmente pela preceptoria do Programa da Residência, obedecendo aos seguintes critérios:

Estar ligado à instituição de ensino superior, programa de residência médica credenciado pela CNRM, ou com reconhecido interesse na capacitação de profissionais médicos.

Respeitar as normas da Comissão Nacional de Residência Médica e ter um sistema de avaliação específico.

Ser solicitado com 60 (sessenta) dias de antecedência, através de solicitação em memorando ao supervisor do PRM em MFC, anexando-se cópia do projeto de estágio, já com a aprovação do preceptor local e do responsável pela avaliação do estágio, e que descreva as atividades e carga horária a ser desenvolvidas. Se este prazo de sessenta dias não for atendido, deverá ser prescrito, irrevogavelmente, estágio de 45 horas/semana, integralmente na Unidade de origem.

Para autorização dos estágios optativos, os pedidos serão atendidos por ordem de chegada à Secretaria do PRM em MFC.

A preceptoria pode indicar, de forma unilateral, o local de estágio optativo nos casos em que deficiências na formação do médico-residente justificarem o treinamento em habilidades e áreas específicas.

Ao final do estágio, o residente deverá elaborar um relatório sobre as atividades desenvolvidas, independentemente da área do estágio. Sem o relatório, a nota do estágio não será computada.

4.9 Participação nas Reuniões de Preceptoría:

Os médicos residentes escolherão seus representantes, um titular e outro suplente, do primeiro e segundo ano para participar das Reuniões de Preceptoría. Terão direito a voto um representante de cada ano.

4.10 Férias:

Os médicos residentes têm direito a 30 (trinta) dias de férias por ano. Poderão ser 30 dias corridos; fracionados em 15 dias ou 10 e 20 dias, conforme acerto feito com o preceptor local.

A solicitação só será atendida após aprovação do Supervisor do PRM em MFC, que poderá modificar a escala para atender às necessidades do Programa.

5. AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES

5.1 Avaliação na unidade de saúde

A avaliação é feita de maneira contínua, destacando-se os momentos relacionados abaixo. A média para aprovação, tanto no primeiro quanto no segundo ano, é de 7,0 (sete).

5.1.1 Avaliação inicial

No período de familiarização são desenvolvidas atividades visando integrar os residentes à equipe e propiciar-lhes um maior conhecimento do SSC e do PRM em MFC. Nas semanas seguintes, o médico-residente acompanha as atividades do preceptor (em trabalho conjunto) e da Equipe, e é acompanhado pelos mesmos. Assim, possibilita-se uma avaliação inicial e a elaboração de um plano de trabalho para os meses seguintes.

5.1.2 Avaliações trimestrais

A avaliação formal é realizada através de instrumentos específicos, aplicados trimestralmente.

Além de envolver toda a Equipe de saúde, a avaliação deve ser realizada com a participação do médico-residente, que deve fazer sua auto-avaliação e manifestar-se, por escrito, sobre a avaliação realizada e sobre a preceptoria que está recebendo.

A partir dessa avaliação, deve ser elaborado um plano de trabalho para os próximos 90 dias, objetivando corrigir as eventuais deficiências detectadas.

5.1.3 Avaliações semestrais

A cada seis meses ocorre o chamado Conselho de Classe, onde cada preceptor apresenta como está se desenvolvendo a RM em sua Unidade e como está (ão) o (s) residente (s) em relação a capacitação em MFC. Paralelamente, os médicos residentes avaliam a RM nas Unidades, os preceptores e todos àqueles que fazem supervisão.

5.1.4 Avaliação dos Estágios

A Avaliação será feita no final de cada estágio através de ficha de avaliação específica, a ser preenchida pelo preceptor responsável pelo estágio com participação do médico residente. Ela será ponderada e incluída na avaliação trimestral.

6. CONTRATO DE ENSINAGEM E CONVIVÊNCIA

6.1 O que é um Contrato Didático de Ensino?

Antes de tratarmos do contrato faz-se necessário alguns comentários sobre alguns termos fundamentais:

Ensinar – o verbo ensinar, do latim *insignare*, significa marcar com um sinal, que deveria ser de vida, busca e despertar conhecimento.

Ensinação – expressão inicialmente explicitada por Anastasiou¹ em sua tese de doutorado, para indicar uma prática social complexa efetivada entre sujeitos, professor e aluno, englobando tanto a ação de ensinar quanto a de apreender, em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para o enfrentamento na construção do conhecimento escolar, decorrente de ações efetivadas na sala de aula e fora dela.

São denominados contratos didáticos os aspectos norteadores do Programa de Aprendizagem. São combinados, desde o início, sobre as formas de atuação, os objetivos a serem alcançados, as metodologias e

¹ ANASTASIOU, Léa da Graça Camargos e ALVES, Leonir Pessate. **Processo de Ensino na Universidade.**

as formas de avaliação. Deve ser objetivo, verdadeiro, crítico e comprometido. Um processo de construção participativo, que deve ser interiorizado.

Portanto, o significado de Contrato Didático de Ensino é o estabelecimento de um processo dinâmico e comprometido de ensino e aprendizagem estabelecido entre o médico residente em Medicina de Família e Comunidade e o seu preceptor com o objetivo da especialização como Médico de Família e Comunidade, no final de dois anos.

6.2 Avaliação

É um instrumento de orientação do médico residente, do seu preceptor e do colegiado do PRM em MFC dos avanços alcançados e das dificuldades a serem transpostas em determinado espaço de tempo. As avaliações são trimestrais, com a participação do médico residente e da equipe onde está inserido. O médico residente avalia todos os médicos da equipe que fazem supervisão. A cada seis meses ocorre o Conselho de Classe, no Colegiado dos preceptores sem a participação dos médicos residentes, em que é discutido o desempenho de cada médico residente nas diversas atividades da RM e posteriormente o(s) preceptor (es) comunicará (ão) os resultados e as medidas sugeridas neste conselho. Paralelamente os médicos residentes realizarão uma avaliação do desempenho dos preceptores e dos médicos que realizam a supervisão nas Unidades.

É necessário, inicialmente, conhecermos os objetivos da aprendizagem. Como fazer isto?

Em primeiro lugar conhecer o PRM em MFC do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

6.3 Objetivo

Formar médicos para a Atenção Primária à Saúde, qualificados e resolutivos na área clínica, com uma prática integradora e continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades sob seus cuidados, voltada à construção da cidadania, desenvolvendo suas ações com base no modelo de Vigilância à Saúde e nos princípios da Atenção Primária à Saúde.

6.4 Objetivos Específicos

- Habilidades para a Prática Médica
- Habilidades em Gerenciamento
- Habilidades em Ensino e Pesquisa

- Habilidades relativas a Sistemas de Saúde

6.5 Competências

- Competências clínicas em nível da Atenção primária: áreas: Pré-Natal, puerpério e assistência ao parto normal; saúde da mulher; saúde do homem; saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso.
- Competências clínicas em nível secundário da atenção à saúde.
- Competências clínicas em nível terciário.
- Abordagem Sistêmica da Família.
- Abordagem Comunitária.

A seguir, gostaríamos de conhecer as suas expectativas em relação ao PRM em MFC, suas áreas fortes, suas dificuldades e quais há necessidade de aprimoramento.

Expectativas:

Pontos fortes:

Dificuldades e pontos a aprimorar:

6.6 O que é um Contrato de Convivência?

Pensamos que todo grupo de pessoas que pretenda e deseje trabalhar de maneira harmoniosa necessita estabelecer regras que permitam, desde o início, o bom funcionamento do local, em nosso caso a Unidade.

Lembrar que todos estão envolvidos em cuidar de pessoas e para que isso aconteça precisamos nos cuidar e respeitar os limites impostos pelos grupos já estabelecidos e que já tem um modo de funcionar peculiar. Portanto, estar atento ao que está estabelecido nos parece ser uma boa regra inicial a ser seguida.

Os mandamentos dos médicos residentes:

- I Ser receptivo às críticas
- II Ser pontual
- III Supervisionar todos os casos atendidos
- IV Cuidar da apresentação pessoal
- V Ser responsável por suas atividades
- VI Assiduidade
- VII Estabelecer objetivos e Estudar
- VIII Trabalhar em equipe
- IX Participar de todas as atividades da equipe
- X Estar disponível

Bibliografia

1. ANASTASIOU, Léa da Graça Camargos e ALVES, Leonir Pessate. **Processo de Ensino na Universidade**. Joinville, SC: UNIVILLE, 2003.
2. RUBENSTEIN, Warren e TALBOT, Yves. **Medical Teaching in Ambulatory Care: A practical guide**. New York, NY, 1992.
3. **Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade**, produzido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

Todas as omissões deste Programa serão avaliadas pela reunião do colegiado da preceptoria do PRM em MFC, que é o foro máximo para a discussão do mesmo, respeitando-se as disposições dos regimentos do PRM em MFC e da COREME/GHC, bem como às resoluções normativas da CNRM.

Anexo 01

Roteiro para redação do projeto de pesquisa (aspectos éticos)

Sugerimos ler todas as orientações com calma e até o final.

No primeiro ano, o residente tomará como base, o seguinte cronograma:

	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Conhecer a realidade local											
Pensar num tema de pesquisa											
Aula sobre como definir a questão de pesquisa											
Definição da provável questão de pesquisa											
Aula sobre pesquisa bibliográfica											
Realização da pesquisa bibliográfica sobre a questão de pesquisa, para ver se não está suficientemente respondida											
Definição da questão de pesquisa											
Aula sobre metodologias de pesquisa											
Escolha do orientador e da metodologia básica											
Revisão da Literatura											
Construção da proposta de projeto de pesquisa											
Aula para cada um apresentar para os colegas sua proposta de projeto de pesquisa											
Apresentação da proposta de projeto para a equipe											
Construção e apresentação do projeto para a equipe											
Entrega do projeto para o CEP e PRM-MFC											
Elaboração das modificações sugeridas e novo envio ao CEP (se aprovado com pendências)											

Conforme o cronograma acima, **nos três primeiros meses**, o residente terá tempo para conhecer a realidade da comunidade em que estará inserido, a Unidade de Saúde onde fará seu treinamento, as ações programáticas desenvolvidas e os problemas sentidos pela equipe no cotidiano, levando isso em conta para definir o tema de sua pesquisa. **No período de maio a julho**, terá uma aula sobre como definir a questão de pesquisa e outra sobre pesquisa bibliográfica, quando definirá sua provável questão de pesquisa, fará busca na literatura para ver se essa questão já não foi respondida e, então, definirá sua questão de pesquisa.

Em julho e agosto, o residente terá uma aula sobre as diferentes metodologias de pesquisa, para ver qual responde melhor à sua questão

de pesquisa e, conforme a metodologia a ser utilizada, escolherá o orientador. Neste período, inicia a construção da proposta de projeto de pesquisa e revisão da literatura, podendo esta seguir até o período de redação do trabalho final. **Em setembro**, ocorrerá a apresentação da proposta de projeto de pesquisa para a equipe e para os colegas, para que o projeto esteja pronto para a apresentação para a equipe e entrega ao Comitê de Ética em Pesquisa e à secretaria do PRM **em novembro**.

No segundo ano, o residente tomará como base, o seguinte cronograma:

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out
Coleta, entrada e limpeza de dados										
Revisão da Literatura										
Análise dos resultados										
Redação do trabalho final (na forma de artigo para revista científica)										
Apresentação do trabalho para as equipes										
Entrega do trabalho										
Inscrição Salão de Pesquisa – AGMFC										

De janeiro a maio, o residente utilizará a carga horária de pesquisa para a coleta de dados, entrada dos dados no computador e limpeza dos dados. **De abril a julho**, realizará as análises de seu banco de dados e a complementação da revisão bibliográfica. **De junho a setembro**, fará a redação do trabalho final, **na forma de artigo para uma revista científica, para divulgação dos mesmos fora do âmbito do SSC. Até o final de setembro**, o residente deverá entregar seu trabalho na secretaria do Programa de Residência em MFC e apresentá-lo para a equipe e no Salão de Pesquisa Científica da Sociedade Gaúcha de Medicina de Família e Comunidade ou em evento similar.

A conclusão do projeto de pesquisa do R1, como descrito acima, é condição indispensável para a continuidade no programa do primeiro ano de residência. Da mesma forma, a conclusão da pesquisa pelo R2 é requisito fundamental para a aprovação final do residente e o encaminhamento de suas notas a COREME. Sem o cumprimento do estabelecido, em nenhuma hipótese será expedido o certificado de conclusão da residência. Não há, no PRM em MFC, alternativa ao não cumprimento do trabalho de conclusão da pesquisa.

Anexo I – Modelo para redação do projeto de pesquisa para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC

Disponível

em:

<http://www2.ghc.com.br/GepNet/pesquisacomoescrever.pdf>

ROTEIRO PARA REDAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA (ASPECTOS ÉTICOS)

Este texto tem como finalidade orientar e preparar os pesquisadores que encaminham seus Projetos de Pesquisa a serem analisados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC, conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS nº 196/96 e suas complementares). É importante que o pesquisador realize a leitura destas Resoluções para se familiarizar com as exigências. O Projeto de Pesquisa deverá conter detalhes suficientes para permitir o entendimento e a avaliação de todos os itens que descrevem a pesquisa a ser desenvolvida. Deverá conter os fundamentos teóricos, as informações relativas aos sujeitos de pesquisa, as instituições envolvidas e a qualificação dos pesquisadores. A redação deverá ser em Português (mesmo nos projetos multinacionais). As informações devem ser claras, concisas e não repetitivas. Os protocolos devem conter:

PROJETO DE PESQUISA (NÃO ENCADERNADO)

CAPA

- Título do projeto
- Nome completo dos pesquisadores e orientadores (se houver). Vale lembrar que nos projetos de cursos de pós-graduação o/a pesquisador(a) responsável é o aluno. Já nos casos de trabalhos de final de curso de graduação ou de iniciação científica, ou seja, quando o aluno ainda não for graduado(a), o/a pesquisador(a) responsável é o docente orientador
- Finalidade: Monografia de Conclusão de Curso de Graduação, Dissertação de Mestrado, Tese de Doutorado, Pesquisa de Iniciação Científica, Pesquisa Institucional (Incluindo RIS e PRM), Outra.
- Local onde será realizado (Instituição, Unidade, Setor);
- Patrocinador (se houver).

SUMÁRIO

- Relacionar todos os itens e subitens indicando o número de página em que cada um começa. A numeração se inicia no item Introdução. Anexos e Apêndices devem ser incluídos no índice e suas páginas numeradas em seqüência;

INTRODUÇÃO

- Neste item deverão ser colocados:
 - Breve revisão da literatura para nivelar o conhecimento daqueles que lêem o projeto;
 - Explicitação das motivações que levaram os autores a realizar o estudo;
 - O objetivo principal do estudo;

OBJETIVOS

- Neste item, descreve-se sucintamente o que se espera obter com a pesquisa e cita-se o objetivo geral (formulação da hipótese em estudo) e os objetivos específicos (como o pesquisador irá verificar a associação entre as variáveis estudadas).

JUSTIFICATIVA

- Qual a importância da realização dessa pesquisa, considerando três níveis de relação: população envolvida, instituição Grupo Hospitalar Conceição e crescimento científico do Serviço. Neste subitem, está(ão) incluída(s) a(s) meta(s) que a pesquisa pode alcançar com seus resultados - definição de rotinas, mudança de condutas, formação de um serviço especializado, implantação de uma nova técnica científica (procedimento, manejo médico), etc. Vale lembrar que a justificativa está relacionada com os benefícios esperados e com as conseqüências do conhecimento advindo da pesquisa (para os sujeitos de pesquisa e para a ciência em geral).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Realizar uma abordagem com temas e definições de conceitos que permita entender melhor o desenvolvimento do projeto de pesquisa.

METODOLOGIA

- Descrever como será feita a pesquisa. Este item deve ser detalhado e explicitar claramente:

PARA PESQUISA QUANTITATIVA:

Local da pesquisa: Descrever claramente o(s) local(is) onde será realizada a pesquisa. Citar o tempo necessário aproximado para a realização da aplicação dos instrumentos, local, tempo para preenchimento ou devolução. É necessário o responsável pelo(s) local(is) onde será realizada a pesquisa assinar o Termo de Ciência do Coordenador do CRs (veja em Documentos Necessários);

Universo e Amostragem: Descrever o procedimento de amostragem, definindo os critérios de inclusão (casos elegíveis) e de exclusão (casos não-elegíveis); justificar o tamanho da amostra escolhida, bem como a sua origem (internação, ambulatório, laboratório, prontuários, etc.);

Tipo de estudo: Definir se o trabalho é um relato de caso, um estudo transversal, uma coorte, um estudo de caso-controle ou um experimento;

Instrumentos: As variáveis a serem estudadas devem ser listadas e devem estar de acordo com os objetivos específicos. Uma cópia do protocolo, escala ou questionário deverá ser anexada ao projeto. A(s) técnica(s) de coleta de dados deve(m) ser detalhada(s) (citar se houver dados clínicos, exames laboratoriais, etc.);

Processamento e Análise de Dados: Informar como e onde os dados serão codificados, analisados e corrigidos, especificando as etapas do estudo e o suporte de informática que será utilizado (computador, programas). Colocar a análise estatística a ser aplicada (teste(s) estatístico(s), nível de significância).

PARA PESQUISA QUALITATIVA:

Local da pesquisa: Descrever claramente o(s) local(is) onde será realizada a pesquisa. Citar o tempo necessário aproximado para a realização da entrevista, observação ou outros instrumentos, local, tempo para realização. O responsável pelo(s) local(is) onde será realizada a pesquisa deverá assinar o Termo de Ciência do Coordenador do CRs (veja em Documentos Necessários);

Sujeitos ou Participantes: Descrever o procedimento de amostragem, definindo os critérios de inclusão (casos elegíveis) e de exclusão (casos não-elegíveis); justificar o tamanho da amostra escolhida, bem como a sua origem (internação, ambulatório, laboratório, prontuários, etc.);

Tipo de estudo: Definir se o trabalho é um estudo de caso, um estudo transversal, etc;

Instrumentos: Devem estar de acordo com os objetivos específicos. Uma cópia do roteiro de entrevista, por ex., deverá ser anexada ao projeto. A(s) técnica(s) de coleta de dados deve(m) ser detalhada(s) (citar se for entrevista, observação participante, grupo focal, e fundamentar esta escolha);

Processamento e Análise de Achados: Informar como e onde os dados serão categorizados, analisados e interpretados, especificando as etapas do estudo.

ASPECTOS ÉTICOS

- Descrever que o projeto de pesquisa será apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC e que o mesmo será iniciado somente após a sua aprovação;
- Estabelecer se os participantes envolvidos no estudo estarão submetidos a algum grau de risco; se presente, o projeto de pesquisa será submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa científica com seres humanos;
- Deixar clara a garantia de sigilo de dados pessoais confidenciais ou que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos ao sujeito de pesquisa;
- Deixar clara a intenção de tornar anônimo o material ou dados obtidos;
- Deixar claro que TCLE será apresentado em duas vias e será entregue uma cópia ao sujeito de pesquisa ou seu responsável (se for o caso), após a assinatura. Vale lembrar que caso não seja possível aplicar o TCLE, deverá ser explicitado quais as causas para não obtê-lo;
- Explicitar que os dados serão utilizados apenas para esta pesquisa (se for o caso) e descrever qual será o tempo de armazenamento e destino. Pela Resolução 196/96 IX.2."e", os dados deverão ser guardados durante cinco anos e após deverão ser destruídos.

DIVULGAÇÃO

- É importante definir, já na elaboração do projeto, como os dados serão divulgados e utilizados. Baseado na finalidade do projeto de pesquisa, citar qual o evento (banca examinadora, seminário, Dissertação de Mestrado, Tese de Doutorado, entre outros) ou revista que o(s) autor(es) pretende(m) publicar o estudo, e de que forma o pesquisador se comprometerá em divulgar os resultados aos sujeitos de pesquisa e/ou setor no GHC (palestra, relatórios, outros). Incluir a entrega de um exemplar da pesquisa concluída ao Centro de Documentação do GHC para consulta de interessados.

ORÇAMENTO

- Deverá ser incluído de forma detalhada qual a previsão de gastos com a pesquisa, descrevendo material a ser utilizado, exames complementares e outros custos que exijam suporte adicional de verba. Este item não deverá ser preenchido por mera formalidade, mas explicitar claramente o custo da pesquisa para que o Setor de Pesquisa possa avaliar a sua exeqüibilidade dentro do GHC.
- Para financiamento de projetos de pesquisa pelo Fundo de Fomento à Pesquisa (FFP), destinado a pesquisadores funcionários do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), os projetos deverão ser encaminhados primeiro para apreciação do CEP-HNSC/GHC, devendo constar no orçamento que o mesmo pretende ser financiado pelo FFP. Para maiores informações consulte o Regimento e o Edital do FFP.

CRONOGRAMA

- O cronograma da pesquisa deverá estar atualizado com início e término da pesquisa (a coleta de dados não poderá ser antes da avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa)

REFERÊNCIAS

- As referências devem ser listadas em ordem alfabética única de autor(es) e/ou títulos. Como atualmente utilizam-se outras fontes de informação, não se utiliza mais “Referências Bibliográficas” e sim apenas “Referências”.

TERMO DE COMPROMISSO (Deverá ser anexado ao projeto de pesquisa)

- “Declaro que tenho conhecimento da Resolução 196/96, normatizadora da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa”.

Obs.: Deverá ser datado e assinado pelo pesquisador responsável.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Documento que presta esclarecimentos que permitirão ao sujeito da pesquisa tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre a sua participação em um projeto de pesquisa. É a proteção legal e moral do pesquisador, posto que seja a manifestação clara de concordância com a participação na pesquisa. Deve conter, de forma didática e bem resumida, as informações mais importantes do protocolo de pesquisa. Deve estar escrito em linguagem acessível aos sujeitos da pesquisa em questão, ou seja, deve ser simples o suficiente para que o sujeito de pesquisa realmente consiga entender o que está escrito. Em algumas pesquisas, não é possível aplicar o TCLE. Nestes casos, a justificativa da não aplicação do TCLE deve ser explicitada no item “Aspectos éticos da pesquisa” do protocolo. Não é adequado apenas citar que o TCLE “não é aplicável”.

- O TCLE deve contar com, no mínimo, as informações abaixo descritas:
 - Título completo da pesquisa.
 - O responsável pela pesquisa, quem fará a apresentação do TCLE e a obtenção do consentimento.
 - A justificativa para a realização da pesquisa;
 - Os objetivos da realização da pesquisa;
 - Os procedimentos (método) detalhados que serão utilizados; em especial os que possam gerar desconforto ou risco aos sujeitos da pesquisa. Deve evitar descrições muito detalhadas de técnicas, em particular daquelas que não afetarão os sujeitos da pesquisa, bem como o nome do equipamento;
 - Os desconfortos e riscos previsíveis de forma clara e simples. Se não houver riscos previsíveis, apenas dizer que não há riscos previsíveis;
 - Os benefícios esperados;
 - A forma de acompanhamento e assistência ao sujeito durante a realização da pesquisa, bem como seus responsáveis. Deve ficar claro

como o pesquisador fará o acompanhamento do desenrolar da pesquisa, em particular como e quem será o responsável pelos eventuais contatos com os sujeitos da pesquisa;

- A garantia de esclarecimentos antes, durante ou após a realização da pesquisa;

- A garantia de que os eventuais sujeitos da pesquisa podem se recusar a participar em qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade e não cause prejuízo para a sua vida pessoal, sua atuação profissional (nos casos de funcionários) e para seu tratamento na instituição (nos de pacientes);

- A garantia de sigilo de dados confidenciais ou que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos ao voluntário. Deve deixar clara a intenção de tornarem anônimos o material ou dados obtidos do paciente;

- A garantia de que as eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente. O ressarcimento inclui apenas as despesas que o voluntário tem com a participação na pesquisa e que não teria se não participasse. Se a participação na pesquisa não gerar despesas ao voluntário, deve deixar isto claro (“Não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto”);

- A entrega de uma cópia do TCLE ao voluntário;

- A utilização dos dados apenas para esta pesquisa;

- O endereço, telefone, e-mail ou outra forma de contato com o pesquisador responsável (não há necessidade de endereços residenciais; prefira endereços profissionais);

- O telefone e o nome do Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC. Deixar claro que, caso o sujeito de pesquisa queira questionar algum aspecto ético da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC;

- Nos casos de projetos de pesquisa que envolvem crianças/adolescentes, será necessário o consentimento do pai/mãe ou seu responsável. É importante descrever que as mesmas informações que estão sendo fornecidas para o seu/sua pai/mãe ou responsável serão repassadas à criança ou ao adolescente, e a pesquisa somente será realizada se a mesma concordar. Na possibilidade da criança/adolescente assinar, é necessário prever um campo para assinatura;

- A assinatura do voluntário não pode ser colocada em papel à parte do corpo do TCLE. É importante discriminar no espaço para assinatura o sujeito que irá assinar o TCLE, por exemplo: assinatura do paciente (ou seu responsável) ou profissional ou usuário, conforme o caso. Nos casos em que o voluntário for analfabeto, será necessário descrever que

este documento foi lido pelo pesquisador, data, nome do participante e será necessário campo de assinatura da testemunha;

- O TCLE é um documento único e deve ser sempre apresentado integralmente. Nunca o apresente inserido como parte de outro texto ou apenas parte do mesmo. Esta regra vale para apresentação de correções do TCLE (o mesmo deve ser apresentado integralmente, como será entregue ao paciente).

TERMO DE CIÊNCIA DO COORDENADOR DE CRs ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Este termo será fornecido ao médico residente após a entrega de uma cópia do Projeto de Pesquisa, com o de acordo preceptor local e o orientador. Essa cópia deverá ser entregue ao secretário do PRM.

**ANEXO 02 – LISTA DE UNIDADES DO SERVIÇO DE SAÚDE
COMUNITÁRIA**

UNIDADE	ENDEREÇO	RAMAL	TELE FONE	TRANSPORTE
Barão de Bagé	Araruama, 487 Vila Jardim	2476	3334- 7196	Ônibus Chácara das Pedras, 2ª rua paralela ao HNSC
Conceição	Álvares Cabral, 429 Cristo Redentor	2334	3345- 0543	Mesma rua do Hospital da Criança Conceição
Coinma	República do Peru, 380 Coinma	2467	3381- 1173	Ônibus Itu- Coinma ou Av. do Forte na Assis Brasil
Costa e Silva	Dante Angelo Pilla, 365 Costa e Silva	2469	3344- 1152	Ônibus Costa e Silva na Assis Brasil
Divina Providência	Cananéia, 220 Vila Jardim	2478	3338- 2275	Lotação Hospital Conceição – Via Iguatemi
Jardim Itu	Biscaia, 39 Jardim Itu	2473	3348- 1288	Ônibus Itu/Coinma ou Av. do Forte na Assis Brasil
Jardim Leopoldina	Orlando Aita, 130 Jardim Leopoldina	2474	3348- 7070	Ônibus ou lotação J. Leopoldina na Assis Brasil

Nª Sª Aparecida	Senhor do Bom Fim, 954 Sarandi	2468	3364-1428	Ônibus São Borja na Assis Brasil
Parque dos Maias	Francisco Galecki, 165 P. dos Maias	2475	3338-0188	Ônibus Parque dos Maias na Assis Brasil
Santíssima Trindade	Dique, 457 São João	2472	3371-1880	Ônibus Aeroporto-Iguatemi na frente do HNSC
SESC	Aldrovando Leão, 331 Vila Jardim	2477	3334-8383	Lotação Hospital Conceição – Via Iguatemi
Vila Floresta	Conselheiro D'Ávila, 111 Vila Floresta	2471	3362-6727	Ônibus Aeroporto-Iguatemi na frente do HNSC

ANEXO 03

EXTRATO DA RESOLUÇÃO 05/2002 DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

“24 – MEDICINA DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

O Programa de Residência Médica (PRM) na área de Medicina de Família e Comunidade, tem como objetivo formar um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo. Esse especialista deverá ser capaz de: priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; desenvolver habilidades docentes e a capacidade de auto aprendizagem; desenvolver a capacidade de crítica da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais.

As atividades de treinamento em serviço devem ser programadas por meio dos seguintes meios e formas:

- atividades na comunidade: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer – um mínimo de 10% da carga horária total;
- atividades em unidades de cuidados primários de saúde: postos de saúde em áreas rurais e/ou urbanas; centros de saúde ou unidades mistas de saúde e unidades básicas situadas em centros de referência – um mínimo de 50% da carga horária total;
- atividades em unidades de cuidados secundários e terciários: hospitais gerais, de especialidades ou especializados – um mínimo de 10% da carga horária total.

As atividades a que se referem os itens acima incluem os cuidados médico individuais, familiares e comunitários.

As atividades de prática integral à saúde incluem habilidades:

1. Em nível individual:

- a) implementar ações de promoção e proteção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador e do idoso;
- b) identificar as fases evolutivas e assistir aos transtornos adaptativos da infância, da adolescência, da idade adulta e da velhice;
- c) prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes tipos de risco;
- d) assistir ao parto e ao puerpério normais;
- e) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes do ciclo gravídico-puerperal;
- f) proporcionar cuidados ao recém-nascido normal e realizar puericultura;
- g) diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na infância, na adolescência, na idade adulta e na velhice;
- h) reconhecer e proporcionar os primeiros cuidados às afecções graves e urgentes;
- i) examinar e constatar anormalidades em exames complementares e de apoio ao diagnóstico relacionado com a complexidade de sua atividade clínica;
- j) diagnosticar e tratar distúrbios psicológicos mais comuns, encaminhando para assistência psicológica ou psiquiátrica os pacientes que dela necessitarem;
- k) diagnosticar patologia cirúrgica frequente e encaminhar à sua resolução;
- l) executar cirurgia ambulatorial de pequeno porte;
- m) encaminhar, para serviços adequados, pacientes que necessitarem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados;
- n) orientar o pré e pós-operatórios das intervenções mais simples;
- o) diagnosticar e tratar os problemas mais frequentes de saúde do trabalhador, encaminhando para a assistência especializada sempre que se fizer necessário.

2. Em nível familiar e coletivo:

- a) conhecer o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar;
- b) reconhecer e assistir, quando necessário, às crises familiares, evolutivas e não evolutivas;
- c) reconhecer e assistir às disfunções familiares, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica as famílias que dela necessitarem;

- d) conhecer e utilizar as técnicas de dinâmica de grupo;
- e) conhecer e promover ações de educação em saúde, bem como participar de ações em parceria com a comunidade, buscando desenvolvimento simultâneo e mútuo;
- f) identificar os problemas e necessidades de saúde da comunidade, particularizando grupos mais vulneráveis, e implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de caráter coletivo e no âmbito da atenção primária;
- g) desenvolver ações de caráter multiprofissional e interdisciplinar;
 - h) realizar cadastro familiar e estabelecer o perfil de saúde de grupos familiares.

As atividades de administração e planejamento incluem habilidades para:

- a) chefiar ou apoiar à chefia da unidade em questão de gerência;
- b) realizar programação quantificada das atividades da unidade e criação de parâmetros para medir o atingimento de metas propostas;
- c) montagem e operação do sistema de informação para acompanhamento da prestação de atividades finais e de produtividade, visando à avaliação da unidade quanto a eficácia, a eficiência e a efetividade;
- d) orientação da organização e funcionamento de um arquivo médico da unidade;
- e) montagem, orientação e avaliação do sistema de referência e contra-referência dentro e fora da unidade, visando promover a complementaridade da atenção médica sanitária;
- f) atuação intersetorial, acionando secretarias municipais, entidades, instituições e outras organizações sempre que se fizer necessário.

As atividades na área do ensino e pesquisa incluem habilidades para:

- a) promover estudos de incidência e prevalência de morbi-mortalidade e de indicadores de saúde na população sob sua responsabilidade;
- b) participar da realização de investigações operacionais como estudos de demanda e estudos de setores específicos da unidade, visando à melhoria no funcionamento da mesma e sua adequação às necessidades de saúde da população a que serve;
- c) desenvolver e implementar novas tecnologias na assistência e atenção no âmbito da medicina geral, de família e da comunidade, baseadas no paradigma biopsicossocial;

- d) participar da implementação, controle e avaliação do programa de imunização da unidade, de acordo com a norma vigente na Instituição e de acordo com o Programa Nacional de Imunizações;
- e) participar das atividades de vigilância epidemiológica na área de referência da unidade, acionando o sistema de vigilância epidemiológica sempre que necessário; desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal de vários níveis e de educação continuada para a equipe de saúde;
- f) promover o auto-aprendizado e a atualização de conhecimentos na área da medicina geral, familiar e comunitária”

ANEXO 04

REGIMENTO INTERNO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- Art. 1º - O presente Regimento Interno estabelece direitos e deveres dos médicos-residentes e preceptores do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM em MFC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), estando subordinado ao Regulamento da Residência Médica do Grupo Hospitalar Conceição (COREME/GHC), das normas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e do Regimento Interno da Gerência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.
- Art. 2º - O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição tem por objetivo proporcionar treinamento médico em serviço, sob regime de tempo integral, no Serviço de Saúde Comunitária (SSC), orientado por profissionais reconhecidos pela sua qualificação técnica, ética e profissional.

CAPÍTULO II DAS ATRIBUIÇÕES DOS PRECEPTORES E SECRETARIA

- Art. 3º - Os preceptores deverão obrigatoriamente ter RM em Medicina de Família e Comunidade, possuindo atributos éticos, morais e científicos reconhecidos.
- Parágrafo Único. Poderão ser utilizados, com função de preceptoria, profissionais de outras especialidades para oferecer orientação em estágios específicos, a serem definidos em reunião de preceptoria.
- Art. 4º - Compete aos preceptores:
- a) estar disponível para supervisão dos médicos-residentes no melhor do seu conhecimento, de acordo com a legislação vigente, em todos os campos de atuação do médico de família e comunidade;

- b) realizar avaliações periódicas dos médicos-residentes, segundo as normas da COREME/GHC, e discutir os seus resultados com os médicos-residentes envolvidos;
- c) controlar a frequência dos médicos-residentes sob seus cuidados às atividades previstas no PRM;
- d) servir de elo de ligação entre os médicos-residentes e as Equipes de Saúde, facilitando a integração do médico-residente nas ações desenvolvidas pela Unidade;
- e) evitar que o médico-residente seja utilizado, por períodos prolongados, em substituição aos recursos humanos permanentes das Unidades;
- f) participar das atividades de ensino previstas no Programa;
- g) auxiliar o supervisor no desenvolvimento das atividades do PRM em MFC.

Art. 5º - Compete ao Supervisor:

- a) convocar e coordenar as reuniões de preceptoria;
- b) coordenar e acompanhar as atividades dos preceptores e médicos-residentes, assegurando o fiel cumprimento do PRM, deste Regimento Interno e do Regulamento da COREME/GHC;
- c) representar o PRM frente à COREME/GHC, Chefias da DSC e SSC, outros Programas de Residência, demais setores do GHC e instituições externas;
- d) promover reuniões periódicas para avaliação do PRM, dos médicos-residentes e dos preceptores;
- e) promover a integração do PRM em MFC com os demais Programas de Residência e instituições dedicadas ao ensino médico no GHC, no país e no exterior;
- f) participar das Reuniões de Coordenação da DSC e da COREME/GHC.

Art. 6º - Compete ao Supervisor Substituto:

- a) substituir o preceptor-chefe nos seus impedimentos;
- b) coordenar o Programa de Internato em Medicina de Família e Comunidade do GHC, organizando a distribuição dos internos nas Unidades do SSC, estruturando a realização das aulas teóricas e demais atividades de ensino, supervisionar a realização das avaliações, encaminhando-as à COREME/GHC;

Art. 7º - Compete ao Secretário do PRM:

- a) manter arquivos individuais com os documentos pertinentes de cada médico-residente;
- b) manter histórico escolar atualizado de cada médico-residente;

- c) redigir e distribuir circulares, memorandos e demais comunicações dirigidos aos preceptores, médicos-residentes e COREME/GHC;
- d) manter registro de presença às atividades obrigatórias do PRM;
- e) auxiliar o preceptor-chefe no desenvolvimento dos processos seletivos para ingresso de médicos-residentes no PRM.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS-RESIDENTES

Art. 8º - Compete aos médicos-residentes:

- a) conhecer, cumprir e fazer cumprir o estabelecido no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e neste Regimento Interno;
- b) desempenhar as atividades da residência com respeito e dedicação, contribuindo para o fortalecimento permanente do Programa;
- c) encaminhar à Secretaria do PRM, com o “de acordo” do preceptor local e/ou chefe da Unidade, os memorandos de afastamento por motivo de doença, congressos, férias e outros;
- d) apresentar à Secretaria do PRM cópia dos certificados de participação em congressos e outras atividades científicas para os quais solicitou liberação;
- e) buscar cartas de apresentação e as fichas de avaliação antes do início dos estágios nas especialidades;
- f) ao final dos estágios nas especialidades, entregar na Secretaria do Programa as fichas de avaliação dos estágios preenchidas e assinadas pelo preceptor da área;
- g) registrar diariamente o seu comparecimento no local de estágio, com horário de entrada e saída, encaminhando o relatório específico, ao final do mês, ao preceptor da Unidade de Saúde;
- h) apresentar relatório de atividades ao final dos estágios optativos;
- i) zelar pelo patrimônio do GHC.

CAPÍTULO IV DAS REUNIÕES DE PRECEPTORIA

Art. 9º - A reunião de preceptoria é o fórum máximo para deliberação de assuntos relativos ao PRM em MFC.

Art. 10º - Compete às reuniões de preceptoria:

- a) propor à COREME o número de vagas para médicos-residentes no PRM em MFC, respeitando as disposições da CNRM; organizar a seleção de candidatos do PRM em MFC;

- b) deliberar sobre modificações no programa de residência e neste Regimento Interno;
- c) acompanhar o desenvolvimento do PRM;
- d) propor e implementar formas de avaliação dos médicos-residentes e preceptores do PRM em MFC;
- e) resolver os casos omissos neste Regimento Interno.

Art. 11º - As reuniões de preceptoria ocorrerão semanalmente, as sexta-feira, das 12h30 às 14 horas, com exceção da última sexta-feira que é destinada ao Caso Clínico mensal. reunindo todos os preceptores e obedecendo a seguinte seqüência:

- a) leitura da ata anterior;
- b) relatos;
- c) discussão dos pontos de pauta;
- d) assuntos gerais.

Art. 12º - Os representantes dos médicos-residentes de primeiro, segundo e terceiro anos terão presença assegurada nas reuniões de preceptoria, com direito a voz e voto.

Parágrafo Único. Os representantes dos médicos-residentes não participarão dos pontos de pauta relacionados à avaliação de outros médicos-residentes ou preceptores.

Art. 13º - O preceptor que faltar, sem justificativa, à reunião de preceptoria mais de 03 (três) vezes consecutivas ou 05 (cinco) no decorrer do ano, perderá a sua função de preceptoria.

Art. 14º - As decisões das reuniões de preceptoria deverão ser tomadas por maioria simples dos votos.

Parágrafo Único. Em caso de empate, o preceptor-chefe terá direito ao voto qualificado.

Art. 15º - As reuniões de preceptoria terão um quorum mínimo de 1/3 (um terço) do total de preceptores e representantes dos médicos-residentes.

CAPÍTULO V DOS PLANTÕES

Art. 16º - Os médicos-residentes cumprirão plantões conforme estabelecido em escala específica.

Parágrafo 1º. É responsabilidade do médico-residente conseguir substituto em caso de impossibilidade de cumprir o plantão.

Parágrafo 2º. As trocas de plantão deverão ser oficializadas previamente, através de memorando em 03 (três) vias, assinadas por ambos residentes, sendo uma via entregue pelo residente no local do plantão e as outras duas na Secretaria do PRM.

Parágrafo 3º. As trocas não poderão preceder o período de dois meses da realização do plantão.

Parágrafo 4º. Falta ao plantão é considerada falta grave, sujeita às penalidades previstas neste Regimento Interno.

CAPÍTULO VI DAS ELEIÇÕES

Art. 17º - Haverá 01 (um) representante dos médicos-residentes de primeiro ano, 01 (um) dos médicos-residentes de segundo ano e 01 (um) dos médicos-residentes de terceiro ano, escolhidos por eleição direta entre os médicos-residentes do mesmo ano até o final do mês de janeiro de cada ano.

Parágrafo único. Cada representante terá um suplente, que substituirá o titular nos seus impedimentos.

Art. 18º - A eleição do Supervisor seguirá o estabelecido pelo Regulamento da COREME/GHC.

Art. 19º - Os preceptores do Programa serão escolhidos por votação direta e secreta dos médicos-residentes e médicos de cada Unidade do Serviço de Saúde Comunitária, seguindo a seguinte sistemática:

1. será constituída uma comissão que coordenará a escolha, composta pelo Supervisor, a secretária do PRM e 01 (um) representante dos médicos-residentes de primeiro ano;
2. os candidatos devem proceder à sua inscrição, por escrito, na Secretaria do PRM;
3. a cédula de votação será dividida em campos específicos para cada Unidade do SSC que servir de campo de estágio para a residência, sendo que os preceptores e médicos-residentes votam em até o número de vagas de preceptoría previsto por Unidade.

CAPÍTULO VII DAS PENALIDADES

Art. 20º - As faltas não justificadas às atividades obrigatórias do PRM deverão ser compensadas pelo médico-residente, de acordo com o plano de recuperação estabelecido pelo Supervisor.

Parágrafo Único. As eventuais justificativas deverão ser realizadas, através de memorando em 02 (duas) vias e com o visto do preceptor da Unidade, ao Supervisor, que analisará a sua pertinência.

Art. 21º - As penalidades para faltas cometidas pelos médicos-residentes serão as seguintes, de acordo com a sua natureza, gravidade e/ou reincidência, sem a necessária seqüência em que se acham dispostas neste artigo:

- a) advertência verbal
- b) advertência escrita
- c) suspensão
- d) exclusão

Art. 22º - As advertências verbais poderão ser impostas pelo preceptor da Unidade ou pelo Supervisor.

Art. 23º - As advertências escritas, assim como o início dos processos de suspensão e exclusão, antes de serem enviadas à COREME, serão decididas nas Reuniões de Preceptoria, tendo o médico-residente envolvido, amplo direito de defesa.

Art. 24º - Todas as infrações deverão ser registradas no arquivo individual de cada médico-residente, comunicadas à COREME e deverão constar no seu Histórico Escolar.

Art. 25º - A Gerência do Serviço Saúde Comunitária garantirá os recursos materiais e humanos para o bom funcionamento do PRM em MFC.