

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**  
**COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

**VERSÃO PRELIMINAR**

**Os Artigos serão renumerados**

RESOLUÇÃO Nº \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_ DE NOVEMBRO DE 2014

**Regulamenta os requisitos mínimos do programa de  
residência médica em Medicina Geral de Família e  
Comunidade- R1 e R2.**

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica -CNRM, no uso de suas atribuições descritas no Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011, e:

Considerando a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que regulamenta a Residência Médica no país;

Considerando a necessidade de alteração da Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006, que dispõe sobre requisitos mínimos dos programas de residência médica e dá outras providências, diante do novo contexto relacionada à mudança da formação médica do país;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que trata do Programa Mais Médicos e propõe a expansão de residências médicas no Brasil até 2018, mudanças nos mecanismos de acesso aos programas de Residência Médica e dá centralidade à Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade na organização dos Programas de Residência Médica do País.

Considerando a Portaria Conjunta SGTES/SESu nº 02/2014, que estabelece a equivalência entre as áreas de Medicina Geral de Família e Comunidade, e Medicina de Família e Comunidade, para fins de formação;

Considerando a Resolução da CNRM nº4/2014, de 30 de setembro de 2014, que estabelece as Câmaras Técnicas Temáticas;

Considerando a Portaria nº 2488/2011, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando o Decreto 7508/2011, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080/1990, e estabelece as portas de entrada para as Redes de Atenção à Saúde (RAS);

Considerando a Resolução CES/CNE nº 03/2014, que estabelece as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, e as mudanças previstas no acesso à Residência Médica a partir do ano de 2018.

RESOLVE

## **TÍTULO I DA DEFINIÇÃO**

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

Art. 2º Considera-se como sendo a mesma área de conhecimento e a mesma especialidade a Medicina Geral de Família e Comunidade e a Medicina de Família e Comunidade, sendo assim os termos equivalentes para fins de assuntos relacionados à Residência Médica.

## **TÍTULO II DOS FUNDAMENTOS DA ESPECIALIDADE**

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

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

II - Manejar condições crônicas e estáveis, com momentos de agudização e problemas que configurem situações de urgência e emergência, sendo capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde.

III – Comprometer-se com o cuidado integral às pessoas sob sua responsabilidade sanitária, não restringindo sua atuação à existência de uma doença, bem como não terminando sua responsabilidade com a resolução desta.

IV – Desenvolver a coordenação do cuidado do paciente independentemente do percurso deste pela rede de serviços de saúde, ou mesmo quando este é encaminhado a outro especialista.

Art. 4º A Medicina Geral de Família e Comunidade deve atuar o mais próximo do contexto de vida das pessoas, com vistas à:

§1º Atuar invariavelmente junto aos indivíduos, sua família e comunidade/coletividade, para assim melhor compreender a relação entre tal contexto, o adoecimento e a produção social da saúde.

§ 2º Proporcionar encontros contínuos entre as pessoas e o especialista da área, sendo estes momentos oportunidades para a resolução de problemas clínicos no âmbito individual, familiar e comunitário/coletivo, para prevenção de doenças, para promoção da saúde e para a educação em saúde.

Art. 5º A atuação do médico de família e comunidade é parte integrante de uma rede de serviços e ações, cabendo a este, em conjunto com a equipe de trabalho multiprofissional em que está inserido, articular e coordenar rede e ações, em prol das pessoas sob sua responsabilidade.

Art. 6º O médico de família e comunidade deve ter como competência o manejo racional de recursos disponíveis para a sua prática, de forma efetiva e equânime.

### **TÍTULO III DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA**

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

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

II - Atuar de forma qualificada, voltada ao cuidado integral de pessoas, famílias e coletividades em que estão inseridos;

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

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

I – Atenção Básica

II - Urgência e Emergência;

III- Atenção Domiciliar;

IV - Saúde Mental;

V - Educação Popular em Saúde e Participação social;

VI - Saúde Coletiva;

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

PARÁGRAFO ÚNICO – Deverão os programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade garantir a diversidade de espaços de formação, que envolvam ambientes ambulatoriais, comunitários, domiciliares, hospitalares, de pronto-atendimento, de gestão em saúde, de atenção psicossocial e de acesso a meios diagnósticos para a garantia do aprendizado e treinamento em serviço dos participantes dos mesmos.

## **TÍTULO IV**

### **Das Competências**

Art. 9. Define-se, conforme o parecer do relator relacionado à Resolução CES/CNE nº 03/2014, competência, para os fins da formação médica, “como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Assim, a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras promove uma combinação de recursos que se expressa em ações, frente a um problema”.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: A orientação dos currículos por competência implica a inserção do médico residente em cenários da prática profissional com a realização de atividades educacionais e assistenciais, preservados o equilíbrio na relação entre os princípios da autonomia profissional do médico residente e da relação aprendiz-preceptor, que promovam o desenvolvimento dos desempenhos (capacidades em ação), segundo contexto e critérios.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A multiprofissionalidade com interdisciplinaridade na formação por competência deve ser considerada, tendo por objetivo melhorar a qualidade do treinamento conferido ao pós-graduando de forma que este esteja sendo bem preparados para assegurar atenção integral de qualidade às pessoas sob cuidados.

Art. 10 O aprendizado do médico residente deve ser progressivo no domínio das áreas de competência, através da abordagem de situações reais em serviço, problematização teórica, crítica e praxiológica sobre as mesmas, além de responsabilização e vínculo desenvolvidos junto às pessoas sob cuidado, às equipes de saúde e com a própria organização e avaliação dos serviços prestados, que também são considerados elementos constitutivos de competência.

Art. 11º - São considerados os seguintes níveis de domínios de competência para organização dos projetos pedagógicos dos programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I – Competências prévias **REVER**: são conhecimentos, atitudes e habilidades que necessitam ser adquiridas pelo aprendiz durante o âmbito dos cursos de graduação, respeitando-se as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina em vigência;

II – Competências essenciais – são conhecimentos, atitudes e habilidades que necessitam ser adquiridas predominantemente durante o primeiro ano dos programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade;

III – Competências desejadas – são conhecimentos, atitudes e habilidades que devem ser abordados, principalmente, durante o segundo ano dos programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade;

IV – Competências avançadas – são conhecimentos, atitudes e habilidades que podem ser trabalhados durante o primeiro ou segundo ano dos programas, mediante o respeito à prioridade das competências essenciais e desejadas; ou durante período complementar do programa posterior aos dois anos regulares (áreas de atuação), que são marcadores importantes para avaliação de excelência dos mesmos.

PARÁGRAFO ÚNICO – a avaliação dos programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, institucional e do residente, deve estar organizada considerando-se o desenvolvimento níveis de domínio de competência acima descritos.

## **CAPÍTULO I**

### **DO PRIMEIRO ANO DOS PROGRAMAS – R1**

#### **Das Áreas de Competências do Primeiro Ano**

Art. 1 – O primeiro ano dos programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade devem abordar, prioritariamente, os níveis de domínio de competência essenciais.

PARÁGRAFO ÚNICO – podem ser abordados níveis de competência desejáveis e avançados no primeiro ano dos programas, desde que não haja prejuízo do aprendizado das competências essenciais fundamentais.

Art. 11. Consideram-se, como áreas de competência os seguintes Fundamentos Teóricos:

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

Art. 12. Consideram-se como áreas de competência os seguintes Fundamentos da Prática:

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

PARÁGRAFO ÚNICO – define-se como Medicina Rural a prática voltada à garantir excelência na atenção à população do campo, dos cenários interioranos, em municípios de pequeno porte e populações que vivem em áreas interioranas. com dificuldade de fixação do profissional médico, sendo assim relacionada à interiorização da Medicina Geral de Família e Comunidade. Tem como especificidades para a atuação dos profissionais nos serviços de saúde:

I - serem necessárias habilidades diferentes por profissionais de saúde em áreas rurais como, por exemplo, realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, os quais, em áreas urbanas, comumente seriam encaminhados para outros locais do sistema e outros profissionais;

II - serem necessárias competências específicas para lidar com condições de saúde tipicamente rurais. Em geral, deve haver uma ampliação da escala de habilidades no que diz respeito ao manejo integral e sócio-familiar da pessoa, incluindo competência dialógica intercultural;

III - o tempo e ritmo de manejo de problemas de saúde costumam ser diferentes, como no caso das emergências, que necessitam estabilização inicial antes do transporte para outros pontos do sistema de saúde ou outros profissionais;

IV - o profissional de saúde rural costuma agir mais em situações de relativo “isolamento” ou com equipes menores e recursos restritos. Isto torna o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade ainda mais importantes;

Art. 13. Consideram-se as seguintes áreas de competência relacionadas aos temas da gestão e da organização de serviços de saúde:

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

Art. 14. Consideram-se como áreas de competências relacionadas à clínica aquelas que tratam de temas mais prevalentes sobre:

- I - Abordagem a problemas gerais e inespecíficos;
- II - Abordagem a problemas respiratórios;
- III - Abordagem a problemas digestivos;
- IV - Abordagem a problemas infecciosos;
- V - Abordagem a problemas relacionados aos olhos e visão;
- VI - Abordagem a problemas de saúde mental;
- VII - Abordagem a problemas do sistema nervoso;
- VIII - Abordagem a problemas cardiovasculares;
- IX - Abordagem a problemas dermatológicos;
- X - Abordagem a problemas hematológicos;
- XI - Abordagem a problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta;
- XII - Abordagem a problemas metabólicos;
- XIII - Abordagem a problemas relacionados aos rins e vias urinárias;
- XIV - Abordagem a problemas musculoesqueléticos;
- XV - Cuidados paliativos;
- XVI - Cuidado domiciliar;
- XVII - Rastreamento;
- XVIII - Urgência e emergência;
- XIX - Realização de procedimentos ambulatoriais e pequenas cirurgias

Art. 15. Consideram-se como áreas de competências relacionadas à clínica voltadas a situações específicas e ciclos de vida aquelas que tratam de temas mais prevalentes através da seguinte distribuição:

- I - Atenção à saúde da criança e adolescente;
- II - Atenção à saúde do idoso;
- III - Atenção à saúde da mulher;
- IV - Atenção à saúde do homem;

- V - Atenção à sexualidade;
- VI - Atenção ao ciclo gravídico-puerperal;
- VII - Atenção às situações de violência e outras vulnerabilidades
- VIII - Atenção à saúde do trabalhador.

## **CAPÍTULO II**

### **DO SEGUNDO ANO DO PROGRAMA – R2**

#### **Seção I**

##### **Das Competências do Segundo Ano**

Art. 16. O segundo ano da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverá abordar as mesmas áreas de competência descritas em relação ao primeiro ano de residência, porém compreendendo nível de complexidade e profundidade na agregação de saberes relacionados, e apontando no sentido do desenvolvimento de competências desejáveis e avançadas para a formação do médico de família e comunidade.

## **TÍTULO V**

### **DA PROGRAMAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA**

Art. 17. Para fins desta regulamentação divide-se a carga horária do programa em:

I - Atividades em serviços de atenção primária que devem ser realizadas necessariamente em Unidades de Atenção Básica (Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família) – mínimo de 55% da carga horária total do PRM, distribuídas entre consultas, realização de pequenos procedimentos, atenção domiciliar, abordagem familiar e comunitária, atividades coletivas e escuta qualificada por ocasião do acolhimento.

§ 1º Para fins dessa portaria, os serviços de atenção básica devem ser caracterizados pela presença e extensão dos atributos essenciais da atenção primária (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural).

§2º o treinamento na realização de pequenos procedimentos devera ser feito preferencialmente nas unidades de atenção básica e quando não for possível, devera ser garantido em outros níveis de atenção. II - Atividades em outros níveis de atenção (secundário e terciário) – mínimo de 25% da carga horária total do PRM, distribuídos nos estágios em unidades de urgência e emergência,

enfermarias, atividades de gerenciamento, atendimentos em ambulatórios de atenção secundária e terciária, com a participação de outras especialidades, mas fazendo interface com a atenção primária.

PARÁGRAFO ÚNICO - estão contempladas as atividades que são realizadas na atenção primária com caráter de atenção secundária, sob supervisão ou matriciamento de outras especialidades (NASFa saúde da Família , dentre outros).

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

Art.18. A atuação conjunta de preceptor e médico residente, a supervisão direta dos atendimentos e ações, a discussão de casos e o estudo imediato dos casos em atendimento são consideradas modalidades de ensino em serviço, não computando para a carga horária teórica dos programas.

Art. 19. A problematização, as aulas expositivas e seminários; o ensino-aprendizado em pequenos grupos; outras modalidades, tais com, oficinas, estudo orientado por necessidades, sessões clínicas, simulação de consultas (*role-play*) e análise de vídeos de consultas no formato *problem-based interviewing* (PBI) são consideradas atividades de formação teórica.

## **TÍTULO VI DOS RECURSOS HUMANOS**

Art. 20. O supervisor e os preceptores do PRM deve ser preferencialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade com certificado de Residência Médica na área e/ou Título de Especialista (TEMFC), mas também estando habilitado para esta função especialistas com titulação acadêmica compatível, com notório saber na área e atuação profissional comprovada e em curso; ou médico docente de instituição de educação superior desta área.

Art. 22. Os preceptores de estágios em Atenção Primária deverão integrar a equipe da unidade de saúde que receberá o residente, e ser preferencialmente da mesma equipe de saúde da família ou responsável pelo mesmo território no qual o residente irá atuar.

§1º O médico residente também poderá compor uma equipe de saúde da família, desde que resguardadas as condições de infraestrutura dispostas a seguir, as condições de aprendizagem e a supervisão permanente.

§2º Nos casos em que o médico residente compor a equipe de saúde da família, ele deve ser cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como médico daquela equipe.

§ 3º - Nos casos onde o médico preceptor não é o médico responsável por nenhuma equipe de saúde da família da unidade, apesar de participar da equipe, deve-se destacar o registro cadastral do mesmo junto aos sistemas de informação em saúde como médico preceptor.

Art. 23. A preceptoría em todos os campos de estágio deve ser realizada por médicos qualificados para a função.

Art. 24. Poderão fazer parte do processo de ensino-aprendizagem do médico de família e comunidade outros especialistas com formação acadêmica ou experiência que os qualifique a prestar preceptoría ou facilitação do processo de ensino-aprendizagem em sua área de atuação.

## **TÍTULO VII DA INFRAESTRUTURA**

Art. 25. Deve ser garantida a infraestrutura física da unidade de saúde da família seguindo o preconizado pela Portaria em vigor que normatize a Política Nacional de Atenção Básica possibilitando o atendimento ambulatorial em pelo menos 06 (seis) turnos semanais por residente, para atendimento de adultos, crianças, gestantes e idosos.

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

Art. 26. Cada equipe de Saúde da Família que receber médico residente, preferencialmente, deverá ter um máximo de 3.000 pessoas adscritas, conforme a especificidade docente-assistencial,

Parágrafo único. Nas situações em que médicos residentes compoem pela equipe de Saúde da Família, recomenda-se que a relação seja de 2.000 pessoas adscritas por médico residente.

Art. 27. A unidade básica de saúde que tiver a presença do médico residente deverá contar com equipes mínimas de Saúde da Família completas.

Parágrafo único. Quando o estágio acontece em um serviço onde não há Estratégia de Saúde da Família, deve-se garantir que a unidade preserve características peculiares de um serviço de Atenção Primária à Saúde, conforme o artigo 17.

Art. 28. É desejável que unidade de saúde disponha de equipamentos e instrumental para um atendimento adequado às urgências e emergências comuns na atenção primária e para a

realização de pequenos procedimentos .

Art. 29. É desejável que a unidade disponha de acesso a tele medicina..

## **TÍTULO VIII DOS PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Art. 30. A avaliação do médico residente deverá respeitar os aspectos previstos nos artigos 13, 14 e 15 da Resolução 02/2006, e podem incluir

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

II - A auto avaliação do médico residente e de seus preceptores;

III - As avaliações estruturadas de supervisão de consultas e procedimentos;

IV - As avaliações de metas previamente combinadas para o período do treinamento, por meio de *feedback*;

V - A inclusão de avaliação pela equipe onde o médico residente está inserido nos aspectos de relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse;

VI - A avaliação dos avanços esperados e correção das dificuldades identificadas para cada médico residente.

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

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

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

Parágrafo único. A frequência mínima das avaliações do residente serão trimestrais.

## **TÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

m a exceção do artigo 30

Art. 34. Esta Resolução entra em vigor a partir do mês de junho de 2015, revogando-se as demais resoluções ou disposições da CNRM em contrário.