



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**COMPLEMENTAÇÃO ESPECIALIZADA
“GESTÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA e COMUNIDADE”**

RIBEIRÃO PRETO, SP

2024

IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA

Nome do Programa: Gestão em Medicina de Família e Comunidade

Área Temática

Área Prioritária: **Gestão**

Área de Concentração

Medicina de Família e Comunidade

Público-alvo: Médicos com Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Vagas: 6 vagas anuais.

Duração: 1 ano (12 meses)

Carga horária: 36 horas semanais, sendo 30 horas semanais de atividades teórico-práticas em estágios específicos e em aulas teóricas em grupo, e 06 horas semanais de estudo teórico individual.

Seleção: Análise Curricular e Entrevista

Coordenação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade HC FMRP USP

Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Formação: Residência em Psiquiatria HC FMRP USP. Título de Especialista em Estratégia de Saúde da Família.

Contatos: jmaq@usp.br

Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos

Formação: Residência em Medicina de Família e Comunidade HC FMRP USP.

Contato: luloures@fmrp.usp.br

Responsável Geral pela Complementação Especializada “Gestão em Medicina de Família e Comunidade”

Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Supervisores dos estágios que compõem o Programa de Complementação Especializada “Gestão em Medicina de Família e Comunidade”

Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora

Responsável pelo estágio de Atenção Terciária à Saúde na Unidade Campus do HC-FMRP-USP

Dra. Maisa Cabete Pereira Salvetti

Responsável pelo estágio de Atenção Secundária à Saúde (Hospitalar e Ambulatorial): Hospital Estadual de Américo Brasiliense, incluindo seu Ambulatório Médico de Especialidades.

Prof. Dra Janise Braga Barros Ferreira

Corresponsável pelo estágio de Atenção Primária e Secundária (Ambulatorial) à Saúde: Núcleo de Saúde da Família 5 (seu serviço de saúde de referência), Unidade de Saúde da Família “César Augusto Arita” e Centro de Saúde Escola “Prof. Dr. Joel Domingos Machado”.

Profa. Dra. Luciane Loures dos Santos

Corresponsável pelo estágio de Atenção Primária e Secundária (Ambulatorial) à Saúde: Núcleo de Saúde da Família 5, Unidade de Saúde da Família “César Augusto Arita” e Centro de Saúde Escola “Prof. Dr. Joel Domingos Machado” (seu serviço de saúde de referência).

Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Corresponsável pelo estágio de Atenção Primária e Secundária (Ambulatorial) à Saúde: Núcleo de Saúde da Família 5, Unidade de Saúde da Família “César Augusto Arita” (seu serviço de saúde de referência) e Centro de Saúde Escola “Prof. Dr. Joel Domingos Machado”.

Corresponsável pelo estágio de Rede Municipal de Atenção à Saúde: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Corresponsável pelo estágio de Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis e Marginalizadas e Pessoas com Necessidades Complexas (incluindo Multimorbidades) de Cuidados: CAPS IV, Consultório de Rua e Penitenciária de Ribeirão Preto.

Enfermeira Geciane Oliveira Silva

Corresponsável pelo estágio de Atenção Primária e Secundária (Ambulatorial) à Saúde: Núcleo de Saúde da Família 5, Unidade de Saúde da Família “César Augusto Arita” (seu serviço de saúde de referência) e Centro de Saúde Escola “Prof. Dr. Joel Domingos Machado”.

Dr. Alcion Sponholz Junior

Corresponsável pelo estágio de Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis e Marginalizadas e Pessoas com Necessidades Complexas (incluindo Multimorbidades) de Cuidados: CAPS IV (seu serviço de saúde de referência).

Enfermeiro Mario Cangemi Júnior

Corresponsável pelo estágio de Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis e Marginalizadas e Pessoas com Necessidades Complexas (incluindo Multimorbidades) de Cuidados: Penitenciária de Ribeirão Preto (seu serviço de referência).

Enfermeira Jane Aparecida Cristina

Corresponsável pelo estágio de Rede Municipal de Atenção à Saúde: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (é a atual Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto).

Corresponsável pelo estágio de Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis e Marginalizadas e Pessoas com Necessidades Complexas (incluindo Multimorbidades) de Cuidados: CAPS IV, Consultório de Rua e Penitenciária de Serrana.

Ministrantes de aulas teóricas (gravadas e/ou em grupo online), além dos responsáveis pelos estágios (outros ministrantes poderão ser convidados):

Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster – FMRP/USP

Prof. Dr. Amaury Lellis Dal Fabro – FMRP/USP

Prof. Dr. João Paulo Dias de Souza - FMRP/USP

Prof. Dr. Paulo Mazzoncini de Azevedo Marques – FMRP/USP

Prof. Dr. Erasmo José Gomes – FEA-RP/USP

Prof. Dr. André Lucirton Costa – FEA-RP/USP

Profa. Dra. Márcia Mazzeo Grande – FEA-RP/USP

Profa. Dra. Gabriela Assis Ferreira – FATEC Sertãozinho

Prof. Dr. Ildeberto Aparecido Rodello – FEA-RP/USP

Prof. Dr. Roni Cleber Bonizio – FEA-RP/USP

Profa. Dra. Roseli da Silva – FEA-RP/USP

Prof. Dr. Alexandre Chibebe Nicolella – FEA-RP/USP

Profa. Dra. Fabiana Alexandre Ferreira – Instituto Federal de São Paulo (IFSP)/Campus Sertãozinho

APRESENTAÇÃO

Instituições e pesquisadores ligados à Organização Mundial da Saúde recomendam que os Sistemas de Saúde sejam organizados e avaliados - ou seja, o seu “valor” seja medido - conforme a sua contribuição para o bem-estar da sociedade (representado como um agregado de medidas de satisfação com a vida expressadas pelos seus cidadãos). Para isso, devem perseguir objetivos gerais de: a) melhoria da saúde; b) equidade; c) eficiência; d) capacidade de resposta; e) proteção financeira^{1,2}.

Dentre os componentes dos Sistemas de Saúde, é recomendado que pagadores e provedores de serviços (incluindo os profissionais de saúde) utilizem a proposta de “*Serviços de Saúde Integrados e Centrados nas Pessoas*” (“*Integrated and People-Centered Health Services*”, “IPCHS”, em inglês)³⁻⁵.

“*Serviços de Saúde Centrados nas Pessoas*” são descritos como (tradução livre)⁵:

a) “... *uma abordagem que adota explicitamente as perspectivas dos indivíduos, dos cuidadores, das famílias e das comunidades como participantes e beneficiários de sistemas de saúde confiáveis, que são organizados conforme as necessidades abrangentes das pessoas em vez de doenças individuais e respeita as preferências individuais...*”;

b) que “... *requer que os pacientes tenham a educação e suporte que necessitam para tomar decisões e participar do seu próprio cuidado e que seus cuidadores consigam atingir o melhor desempenho dentro de um ambiente de trabalho apoiador...*”;

c) e “... *inclui não somente atendimentos clínicos, mas também a atenção para a saúde das pessoas nas suas comunidades e seu papel fundamental em dar forma tanto para as políticas como para os serviços de saúde*”.

“*Serviços de Saúde Integrados*” são descritos como (tradução livre)⁵:

“... *gerenciados e oferecidos de modo que as pessoas recebem um continuum de serviços de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, gerenciamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, coordenados através dos diferentes níveis e locais de cuidado dentro e além do setor saúde, e de acordo com suas necessidades ao longo da vida.* “

A “*Coprodução de Saúde*” é a estratégia mais ampla para desenvolver essa proposta, e pode ser conceitualizada como (tradução livre)⁵:

“...Cuidado que é fornecido dentro de uma relação de reciprocidade e igualdade entre profissionais, pessoas usando serviços, suas famílias e suas comunidades. Implica uma relação de longo prazo entre pessoas, provedores de serviços e sistemas de saúde, na qual informações, decisões e fornecimento de serviços tornam-se compartilhados...”.

Essa proposta:

“...Apela a reformas para reorientar os serviços de saúde, colocando os indivíduos, as famílias, os prestadores de cuidados e as comunidades no seu centro, apoiados por serviços ágeis que respondam melhor às suas necessidades e que sejam coordenados dentro e fora do setor saúde, independentemente da situação do país ou do estado de desenvolvimento. Estas reformas também incorporam uma abordagem de direitos humanos, consagrando o acesso aos cuidados de saúde como um direito básico, sem distinção de etnia, religião, gênero, idade, deficiência, crença política e condição econômica ou social...” (tradução livre)⁵.

A reorientação dos sistemas de saúde para sua organização com base em uma Atenção Primária à Saúde (APS) expandida, resolutive e coordenadora dos cuidados oferecidos individualmente e para populações específicas, é também fortemente recomendada:

- *“... serviços de atenção primária sólidos são essenciais para atingir toda a população e garantir o acesso universal aos serviços ... Esta abordagem promove a coordenação e o cuidado contínuo ao longo do tempo de pessoas com problemas de saúde complexos e facilita a ação intersetorial na saúde... exige equipes interprofissionais para garantir o fornecimento de informações abrangentes e serviços para todos. Prioriza modelos de cuidado baseados na comunidade e na família...” (tradução livre)⁵;*

- *“...estudos recentes mostram que um relacionamento contínuo com um profissional de cuidados primários é uma plataforma sólida para a colaboração e comunicação eficazes, o que é necessário para coordenar o cuidado e melhorar a experiência do paciente e os seus desfechos.... Consultar com alguém que tenha tempo para ouvir e que já tenha informações sobre a história clínica anterior de um paciente é particularmente importante para aqueles com doenças crônicas ou condições complexas, que precisam consultar profissionais com mais frequência e, portanto, valorizam a continuidade do cuidado....” (tradução livre)⁶;*

Evidências mostram que a implementação da proposta IPCHS:

“...tem o potencial de gerar benefícios significativos para a saúde e os cuidados de saúde de todas as pessoas, incluindo melhor acesso aos cuidados, melhor saúde e melhores desfechos clínicos, melhor literacidade em saúde e autocuidado, maior satisfação com os cuidados, maior satisfação no trabalho para os profissionais de saúde, melhor eficiência dos serviços e redução dos custos globais ...” (tradução livre)⁵.

As Políticas Nacionais do Ministério da Saúde brasileiro, de Humanização (Brasil, 2010)⁷, de Atenção Básica (Brasil, 2017)⁸ e de Atenção Especializada (Brasil, 2023)⁹, enfatizam também a importância dos profissionais, equipes e serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS), do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalharem dentro de uma abordagem centrada na pessoa e integrada, fortemente baseada na APS:

- a) *“...Princípios da PNH... Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos... As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar...”⁷;*

- b) *“...A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede... considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural... deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes... Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade... Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na*

- c) *busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado...⁸;*
- d) *“...Art. 4º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde...IV - promoção de um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde das pessoas e no cuidado ao usuário, que engaje a pessoa na produção de seu cuidado e favoreça o compartilhamento de decisões e a atuação interprofissional, interdisciplinar e integrada das diferentes equipes e serviços... V - fortalecimento da Atenção Primária, por meio do adensamento da sua capacidade clínica, ampliação da sua resolubilidade, da sua capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado, de forma articulada com a Atenção Especializada, por meio da promoção da comunicação, corresponsabilização do cuidado, compartilhamento das decisões clínicas e de gestão de recursos necessários entre profissionais, equipes e serviços...⁹.”*

A formação obrigatória, de dois anos de residência, em Medicina de Família e Comunidade, engloba competências e habilidades para o cuidado integrado e centrado nas pessoas, a liderança de equipes de saúde e a educação médica. É voltada ao desenvolvimento de profissionais capazes de manejar adequadamente casos clínicos individuais, abordagens de famílias e cuidados coletivos de populações¹⁰⁻¹⁴.

Faz isso a partir da co-criação, com as pessoas que usam ou colaboram com os serviços de saúde, de planos e intervenções (condutas) de cuidados de saúde, usando habilidades clínicas (incluindo aquelas de comunicação, baseadas na empatia/compaixão), ancoradas na Medicina e na Saúde Pública com Suporte em Evidências e no Método Clínico Centrado na Pessoa¹⁰⁻¹². A aplicação dessas habilidades clínicas – além de serem indicadas do ponto de vista ético e moral - aumenta as chances de aderência às condutas assim criadas, e, portanto, de desfechos favoráveis quanto à saúde física, saúde mental e problemas sociais^{3,15-27}.

A Medicina de Família e Comunidade procura avaliar e intervir sobre as complexidades dos cuidados de saúde, considerando não apenas as doenças e condições de saúde (sintomas e sinais associados, e multimorbidade), mas também as necessidades funcionais, biológicas, psicológicas, sociais e de interação com profissionais e serviços de saúde (ou seja, os determinantes sociais em saúde)¹⁵⁻²⁷.

A especialidade também fornece uma formação para um perfil de liderança em equipes multiprofissionais para o trabalho cotidiano¹⁰. Atua principalmente na interface mais frequente entre as pessoas e os sistemas de saúde – os Cuidados Primários de Saúde (ou Atenção Primária à Saúde, ou ainda, como é também nomeada no Brasil, Atenção Básica) – mas, cada vez mais, é chamada para atuar em outras situações, por exemplo, em enfermarias de hospitais, como profissionais responsáveis pela organização da transição do cuidado hospitalar para o comunitário, como gestores de serviços, e outras. Estudos tem mostrado como a atuação do Médico de Família e Comunidade é benéfica para SUS e para seus usuários²⁸⁻³³.

Portanto, em acordo com as propostas da OMS e do MS, é necessária uma ampliação da formação obrigatória dos dois anos de residência, que seja voltada para os Médicos de Família e Comunidade trabalharem mais incisivamente com :

- 1) a gestão dos chamados casos complexos e/ou com multimorbidades – os quais compõem os maiores desafios, demandas e gastos dentro dos sistemas de saúde - frequentemente associados aos cuidados de populações historicamente vulneráveis e marginalizadas (como a população de rua, prisional, LBGTQIAN+, com problemas de saúde mental, com incapacidades importantes, etc);
- 2) a gestão de serviços de saúde;
- 3) a gestão de redes de saúde.

A formação durante os dois anos obrigatórios da residência estabelece um patamar inicial de habilidades e competências ideal para o desenvolvimento dessa capacitação adicional. Sistemas de saúde com uma atenção primária forte e resolutiva, como base da coordenação do cuidado, possuem uma maior eficiência, facilitam o acesso aos atendimentos, economizam custos ambulatoriais e hospitalares (por exemplo, evitando internações desnecessárias), manejam melhor os casos complexos e com multimorbidades, e trazem maior satisfação dos usuários com a assistência prestada, inclusive no Brasil.

Assim sendo, cria-se a Complementação Especializada em “Gestão em Medicina de Família e Comunidade” para Médica(o)s de Família e Comunidade, pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP). Com foco na ampliação e aprofundamento da formação teórico-prática em Medicina de Família e Comunidade, no trabalho cotidiano de gestão da clínica, de serviços e de redes de saúde. De modo a capacitar adequadamente profissionais para liderar equipes, serviços e redes de saúde, tanto para a saúde pública como para a saúde suplementar no Brasil.

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Objetiva uma formação de médicos de família e comunidade, especializados em gestão, com conhecimentos e habilidades teórico-práticas e capacidade de liderança, para realizar a administração e o gerenciamento do cuidado integrado e centrado nas pessoas, nas esferas individual e coletiva, participando de equipes multiprofissionais e multidisciplinares.

Busca capacitar esses médicos para desenvolver, implementar, avaliar, gerenciar e modificar quando necessário, protocolos, fluxos e planos de cuidado, nas esferas individual, familiar e de populações. Para trabalhar em equipes tanto no setor público como no setor privado (saúde suplementar). Essas equipes podem ser de um único serviço (de nível primário, secundário ou terciário de saúde), de um conjunto de serviços, de uma rede de serviços de saúde, ou de serviços que abrangem o setor saúde e outros setores, como assistência social, educação e outros.

Através de uma visão ampla das necessidades individuais e coletivas de cuidados de saúde e do funcionamento das redes de serviços existentes para atendê-las. Através de um conhecimento teórico-prático das dinâmicas do cuidado individual, familiar e comunitário e dos determinantes sociais em saúde; embasado na Medicina e na Saúde Pública Baseada em Evidências e no Método Clínico Centrado na Pessoa. E através de um conhecimento teórico-prático do trabalho em grupos e em equipes multiprofissionais/ multidisciplinares de tamanhos, diferenciação de capacidades técnicas e níveis de hierarquia diversos.

Especificamente, espera-se, com esta Complementação Especializada, que os médicos de família e comunidade possam adquirir o conhecimento teórico-prático para trabalhar com mais eficiência:

- 1) na gestão do cuidado dos casos complexos e/ou com multimorbidades, frequentemente associado ao cuidado de populações vulneráveis e marginalizadas;
- 2) na gestão de serviços de saúde (de nível primário, secundário ou terciário);
- 3) na gestão de redes de saúde locais ou regionais.

GRADE DE ATIVIDADES

Descrição Geral

Compõem sua organização:

- 1) estágios em serviços do complexo acadêmico de serviços de saúde FMRP-USP/HCFMRP-USP/FAEPA (abrangendo serviços de nível primário; ambulatoriais e hospitalares de nível secundário; ambulatoriais e hospitalares de nível terciário), da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e da Penitenciária de Ribeirão Preto, além de um período de estágio optativo e de férias, realizadas de segunda a quinta-feira (segunda a quarta-feira das 08-12hs e das 13-17hs, e na quinta-feira das 08-14hs) sob supervisão e autorização do responsável pelo local de estágio (vide “Responsáveis/tutores pelos estágios...”, na página 04 desse documento) Abaixo, detalhamos os locais de estágio;
- 2) aulas teóricas realizadas pelos responsáveis pelos estágios e por outros ministrantes já convidados (vide “Ministrantes de aulas teóricas...”, na página 06) ou a convidar, gravadas ou síncronas online, ou ainda presenciais, com duração máxima de 03 horas, realizadas de segunda a quinta-feira (segunda a quarta-feira das 08-12hs e das 13-17hs, e na quinta-feira das 08-14hs). São previstas até duas dessas aulas por semana, conforme cronograma a ser disponibilizado posteriormente.
- 3) Projetos, Protocolos Clínicos, Educação Permanente, Seminários, Artigos, Palestras ou outras atividades deverão ser desenvolvidas e entregues aos supervisores responsáveis, conforme solicitação dos mesmos, de forma a agregar valor, implementar ideias e auxiliar em produções inovadoras para os locais de estágio, tendo como foco um problema central observado durante os estudos teórico-práticos e de inserção no rodízio;
- 4) estudo teórico individual e em grupo, de 06 horas por semana, organizado conforme as possibilidades e conveniência dos alunos; serve para estudo de textos escritos, vídeos (e outros), discussões/reflexões, reuniões com o coordenador da Complementação Especializada, Clube de Estudos, e para a confecção de relatórios e/ou outras tarefas solicitadas durante as atividades nos estágios e/ou aulas teóricas;

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO CURRICULAR

ESTÁGIOS

Serão 7 grandes grupos de estágios, descritos brevemente a seguir.

- 1) Atenção Terciária à Saúde na Unidade Campus do HC-FMRP-USP e Unidade de Emergência, com duração de 08 semanas, incluindo:
 - a) Gestão Organizacional de Hospital Terciário;
 - b) Qualidade e Segurança do Paciente;
 - c) Gestão Financeira;
 - d) Suprimentos e Logística;
 - e) Gestão da Infraestrutura;
 - f) Gestão de Pessoas;
 - g) Hotelaria e Segurança Institucional;
 - h) Gestão do Cuidado (Gestão: do Acesso ao Hospital Terciário, dos Leitos, da Agenda Ambulatorial e Cirúrgica, da Humanização, da Biossegurança e do Controle/Prevenção de Infecções).

- 2) Atenção Secundária à Saúde (Hospitalar e Ambulatorial) no Hospital Estadual de Américo Brasiliense, em 08 semanas, incluindo:
 - a) Gestão Organizacional de Hospital Secundário (incluindo Ambulatório Médico de Especialidades);
 - b) Gestão da Melhoria Contínua da Qualidade e de Projetos Estratégicos Institucionais, incluindo auditorias;
 - c) Redes de Atenção à Saúde: Gestão de Acesso em um Departamento Regional de Saúde, incluindo vivências nos vários fóruns e reuniões no HEAB e no DRS-III para realizá-la;
 - d) Redes de Atenção à Saúde: Gestão do Matriciamento, tanto individual como coletivamente;
 - e) Gestão da Humanização, incluindo vivências em grupos de co-gestão com pacientes e trabalhadores e nas ações de ouvidoria;
 - f) Gestão do Cuidado Centrado na Pessoa junto às equipes das enfermarias, do bloco cirúrgico e do AME;
 - g) Gestão da Segurança do Paciente.

- 3) Atenção Primária e Secundária (Ambulatorial) à Saúde, incluindo o Núcleo de Saúde da Família 5, Unidade de Saúde da Família “César Augusto Arita” e Centro de Saúde Escola “Prof. Dr. Joel Domingos Machado”, com duração de 08 semanas, incluindo:
 - a) Gestão Organizacional de Unidades de Saúde da Família com uma única equipe (Núcleo de Saúde da Família 5) e com quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família (USF “César Augusto Arita”);

- b) Gestão Organizacional de Serviço Secundário Ambulatorial de Atenção à Saúde (Centro de Saúde Escola “Prof. Dr. Joel Domingos Machado”);
 - c) Gestão do Planejamento Estratégico e Melhoria Contínua da Qualidade, incluindo Gestão do Acesso, da Agenda e da Segurança do Paciente, em Serviços de Nível Primário e Secundário Ambulatoriais;
 - d) Gestão de Pessoas em Serviços de Nível Primário e Secundário Ambulatoriais;
 - e) Gestão de Infraestrutura em serviços de Nível Primário e Secundário Ambulatoriais;
 - f) Gestão da Humanização, incluindo vivências em Conselhos Locais de Saúde e Ações de Ouvidoria;
 - g) Gestão do Cuidado Centrado na Pessoa, particularmente de casos complexos e/ou com multimorbidades, incluindo o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares, sem e com a participação de outros serviços de saúde (níveis secundário e terciário) e de serviços em outros setores (assistência social, educação e outros);
 - h) Gestão da Vigilância em Saúde em Serviços de Nível Primário e Secundário Ambulatoriais.
- 4) Rede Municipal de Atenção à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, com duração de 08 semanas, incluindo:
- a) Gestão Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto;
 - b) Gestão da Atenção à Saúde das Pessoas: vivências nas atividades/ações do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas (DASP), incluindo Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia de Saúde da Família (ESF), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Saúde do Trabalhador e Serviço de Exames Laboratoriais, e Gestão de Pessoal (médico, de enfermagem, odontológico e de farmácia);
 - c) Gestão da Regulação: vivências nas atividades/ações do Departamento de Avaliação, Regulação, Controle e Auditoria (DERACA), incluindo regulação eletiva e de urgência;
 - d) Gestão da Vigilância: vivências nas atividades ações do Departamento de Vigilância (DEVISA), incluindo Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

5) Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis e Marginalizadas e Pessoas com Necessidades Complexas (incluindo Multimorbidades) de Cuidados, com duração de 12 semanas, incluindo:

- a) Gestão do Cuidado Centrado na Pessoa, particularmente de casos complexos e/ou com multimorbidades, incluindo o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares, sem e com a participação de outros serviços de saúde (níveis primário, secundário e terciário) e de serviços em outros setores (assistência social, educação e outros);
- b) Gestão Organizacional de CAPS;
- c) Gestão Organizacional de Consultório de Rua;
- d) Gestão Organizacional de Serviço de Saúde para População Privada de Liberdade (Penitenciária).

6) Estágio Optativo, com duração de 4 semanas.

7) Férias, com duração de 4 semanas.

ATIVIDADES TEÓRICAS

As atividades teóricas poderão ser realizadas com docentes da FMRP-USP, da FEARP-USP, da FATEC/Sertãozinho, Instituto Federal de São Paulo/Campus Sertãozinho, e com os responsáveis pelos diferentes estágios; além de outros palestrantes convidados ao longo do ano, conforme necessário. As atividades poderão ser presenciais ou online, síncronas ou assíncronas. Será realizado semanalmente um Clube de Estudos, com o Coordenador da Complementação Especializada, e com outros convidados conforme necessidade e disponibilidade, com discussões sobre textos, resolução de problemas, debates de casos e tutoria para realização de projetos ou outras demandas dos locais de estágio, assim como estudo teórico direcionado.

TEMAS GERAIS DAS ATIVIDADES TEÓRICAS (outros poderão ser adicionados conforme houver necessidade; em todos os temas serão abordados aspectos específicos do Brasil e do SUS):

- 1) Saúde Baseada em Valor: conforme o modelo aplicado nos EUA e conforme o modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde/European Observatory of Health Systems and Policies;
- 2) Cuidados de Saúde Integrados e Centrados nas Pessoas, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde: na Clínica Cotidiana, em Serviços e em Redes (incluindo Modelo Biopsicossocial, Método Clínico Centrado na Pessoa e Co-criação dos Cuidados de Saúde);
- 3) Determinantes Sociais da Saúde e Processo Saúde-Doença (incluindo Impactos na Funcionalidade/Incapacidade, Qualidade de Vida, Morbidade, Mortalidade e Acesso e Satisfação com Serviços de Saúde);
- 4) Ética, Direitos Humanos e Equidade na Gestão da Clínica Cotidiana, de Serviços e de Redes de Saúde (incluindo Aspectos das Políticas de Gestão Participativa e Humanização do SUS);
- 5) Introdução à Economia, Regulação e Tipos de Governança Econômica (incluindo Aspectos da Gestão e Governança da Administração Pública, e do Financiamento dos Cuidados de Saúde);
- 6) Gestão do Planejamento em Saúde: Redes de Atenção à Saúde e Organização dos Cuidados para Pessoas, Famílias e Populações/Territórios Específicos;
- 7) Gestão Organizacional (incluindo Gestão de Projetos, de Informação, de Processos, de Logística, de Infraestrutura (incluindo Hotelaria), de Qualidade (incluindo Segurança do Usuário do Serviço), de Pessoas (incluindo de Reuniões, Trabalho em Equipe e Liderança), de Custos (incluindo de Contabilidade e Governança), de Assistência Farmacêutica, e de Monitoramento/Avaliação): Aspectos na Gestão da Atenção Primária, Secundária, Terciária, Urgências/Emergências e Redes de Saúde;
- 8) Saúde Digital: Sistemas de Informações, Estratégias e Inteligência Artificial na Gestão da Atenção Primária, Secundária, Terciária, Urgências/Emergências e Redes de Saúde;
- 9) Vigilância em Sistemas de Saúde: Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica;
- 10) Acesso e Regulação em Sistemas de Saúde: na Atenção Primária, Secundária, Terciária, Urgência/Emergência e Redes de Saúde;

- 11) Gerenciamento dos Cuidados de Saúde na Clínica Cotidiana do Médico de Família e Comunidade: no Cuidado da Pessoa, de Famílias e de Populações (incluindo o trabalho em equipe multidisciplinar/multiprofissional no mesmo serviço de saúde no qual trabalha, e com profissionais de outros serviços – do setor saúde ou de outros setores – que atendem a mesma Pessoa ou Coletivos);
- 12) Complexidade nos Cuidados de Saúde das Pessoas, das Famílias e das Populações (incluindo Perspectivas Sistêmicas e Propriedades Emergentes, Projeto Terapêutico Singular, a importância fundamental da Atenção Primária à Saúde e da Medicina de Família e Comunidade, e os Cuidados de Populações Vulneráveis/Negligenciadas);
- 13) Comunicação Clínica com a Pessoa, com a Família e com Populações, através da Empatia/Compaixão: Entrevistas e Escalas, Método Clínico Centrado na Pessoa, Entrevista Motivacional e Abordagem CARE (CARE Approach);
- 14) Outros Instrumentos e Estratégias para auxiliar no Gerenciamento, na Comunicação Clínica e no Manejo da Complexidade: Escalas para Monitoramento/Avaliação dos Cuidados de Saúde pela Pessoa que Usa os Serviços de Saúde, Genograma, Ecomapa, Escala de Coelho, INTERMED, Escalas de Funcionalidade/Incapacidade, Outras Escalas e Entrevistas para Condições de Saúde Específicas;
- 15) Saúde Pública e Medicina com Suporte em Evidências Científicas: Aspectos Conceituais, Aspectos Metodológicos Qualitativos e Quantitativos, Revisão/Avaliação de Artigos Científicos e de Protocolos/Diretrizes.

AValiação DO MÉDICO

Ocorrerá uma avaliação em cada estágio, realizada por um supervisor do programa (modelo abaixo). Após o fim de cada estágio, o médico poderá ser solicitado a realizar um projeto, palestra, oficina ou outra atividade necessária ao seu local de estágio, tendo em vista a solução de algum problema identificado ou necessidade do serviço em saúde.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE PROGRAMA

Deverá ser elaborado um Trabalho de Conclusão de Programa em formato completo de monografia ou artigo. A entrega final do Trabalho de Conclusão de Programa deve ser realizada no último mês de término da complementação especializada e o encaminhamento do trabalho deve ser entregue em formato digital, por email.

MODELO AVALIATIVO

Avaliação realizada pelo supervisor do estágio sobre desempenho do médico. A avaliação é referente às observações feitas durante o estágio. Deverá ser construído um plano de ações, junto com o Coordenador da Complementação Especializada para a superação dos desafios identificados e melhorias das habilidades que necessitam ser desenvolvidas.

- 1) Nome do médico:
- 2) Supervisor:
- 3) Local de Estágio:
- 4) Período de Avaliação:
- 5) Identifica problemas locais a serem solucionados e propõe ativamente soluções viáveis para a resolução ao nível individual e coletivo?
() Sim () Não () Um pouco
- 6) Formula questionamentos coerentes e busca ativamente evidências em literatura científica para respaldar respostas e embasar teorias?
() Sim () Não () Um pouco
- 7) É pontual e assíduo?
() Sim () Não () Um pouco
- 8) Tem boa relação com a equipe?
() Sim () Não () Um pouco
- 9) Tem habilidade de mediar conflitos?
() Sim () Não () Um pouco
- 10) Tem proatividade?
() Sim () Não () Um pouco
- 11) Propõe Soluções para Problemas?
() Sim () Não () Um pouco
- 12) É Visto como Referência?
() Sim () Não () Um pouco
- 13) Cria Planos de Intervenções junto à Coordenação Local do Estágio?
() Sim () Não () Um pouco
- 14) Aplica Plano de Intervenções e Avalia Resultados Finais?
() Sim () Não () Um pouco

- 15) Possui Habilidades Comunicacionais em Equipe?
 Sim Não Um pouco
- 16) Tem Boa Oratória e Poder Argumentativo?
 Sim Não Um pouco
- 17) Organiza Atividades Coletivas e Discussões?
 Sim Não Um pouco
- 18) É Criativo Durante Planejamento e Execução de Atividades?
 Sim Não Um pouco
- 19) Tem Boa Gestão de Tempo e Agenda, Cumprindo Prazos e Atividades no Tempo Estabelecido?
 Sim Não Um pouco
- 20) Fundamenta Cientificamente suas Atividades e Produções?
 Sim Não Um pouco
- 21) Possui Habilidades em Planejar Tarefas Prioritárias, Focando em Atividades Solicitadas de Acordo com a Urgência?
 Sim Não Um pouco
- 22) Aceita críticas, realiza feedbacks de forma construtiva e promove a reflexão ao opinar sobre condutas e ideias dos membros da equipe?
 Sim Não Um pouco
- 23) Possui bom relacionamento com a equipe?
 Sim Não Um pouco
- 24) Demonstra Interesse em Conhecer Todas as Atividades de Administração e Coordenação?
 Sim Não Um pouco
- 25) Possui Perfil de Liderança?
 Sim Não Um pouco
- 26) Consegue Implementar ou Idealizar algum Projeto Relevante às Necessidades Locais?
 Sim Não Um pouco

BIBLIOGRAFIA

1. Smith PC, Sagan A, Siciliani L, Panteli D, McKee M, Soucat A, Figueras J. Building on value-based health care: Towards a health system perspective [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. PMID: 33844486.
2. Smith PC, Sagan A, Siciliani L, Figueras J. Building on value-based health care: Towards a health system perspective. Health Policy. 2023 Sep 23;138:104918. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104918. Epub ahead of print. PMID: 37797445.
3. WHO. 2015a. Service Delivery and Safety. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report.
4. WHO. 2015b. Service Delivery and Safety. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report
5. WHO. 2016. Framework on integrated, people-centred health services Report by the Secretariat. Sixty-ninth world health assembly A69/39 Provisional agenda item 16.1 15 April 2016.
6. WHO. 2018. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
8. Brasil, Ministério da Saúde. 2017. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
9. Brasil, Ministério da Saúde. 2023. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.
10. SBMFC, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. 2015. Disponível em:

[http://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wpcontent/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

11. Stewart MA, Belle-Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. (2013) Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico, Terceira Edição. 2017. Artmed Porto Alegre. Brasil.

12. Kidd M (Organizador). A Contribuição da Medicina de Família e Comunidade para os Sistemas de Saúde: um guia da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA). Brasil. 2016. Artmed Porto Alegre. Brasil.

13. Freeman TR. McWhinney's Textbook of Family Medicine. 4th edition. Oxford University Press. 2016.

14. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC (Organizadores). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Segunda Edição. 2019. Artmed Porto Alegre. Brasil.

15. Entwistle VA, Cribb A, Mitchell P, Walter S. Unifying and universalizing Personalised Care? An analysis of a national curriculum with implications for policy and education relating to person-centred care. Patient Educ Couns. 2022 Dec;105(12):3422-3428. doi: 10.1016/j.pec.2022.07.003. Epub 2022 Jul 5. PMID: 35965218.

16. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. Am J Bioeth. 2013;13(8):29-39. doi: 10.1080/15265161.2013.802060. PMID: 23862598; PMCID: PMC3746461.

17. Trzeciak S, Roberts BW, Mazzeilli AJ. Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. Med Hypotheses. 2017 Sep;107:92-97. doi: 10.1016/j.mehy.2017.08.015. Epub 2017 Aug 12. PMID: 28915973.

18. Hardman D, Howick J. The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centred care. European Journal for Person Centered Care, 2019. vol.7(2), 351-57

19. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? Patient Educ Couns. 2003 Nov;51(3):197-206. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00194-5. PMID: 14630376.

20. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Fam Pract. 2004 Dec;21(6):699-705. doi: 10.1093/fampra/cmh621. Epub 2004 Nov 4. PMID: 15528286.

21. Bikker AP, Cotton P, Mercer SW. Embracing Empathy in Primary Care: A Universal Approach to Person-Centred, Empathic Healthcare Encounters. 2014. Radcliffe Publishing.
22. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista Motivacional No Cuidado da Saúde: Ajudando Pacientes a Mudar o Comportamento. 2009. Tradução Brasileira. Artmed Porto Alegre. Brasil.
23. Alvarez C, Greene J, Hibbard J, Overton V. The role of primary care providers in patient activation and engagement in self-management: a cross-sectional analysis. BMC Health Serv Res. 2016 Mar 11;16:85. doi: 10.1186/s12913-016-1328-3. PMID: 26969293; PMCID: PMC4788946.
24. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S, Roberts BW. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. PLoS One. 2019 Aug 22;14(8):e0221412. doi: 10.1371/journal.pone.0221412. PMID: 31437225; PMCID: PMC6705835.
25. Greene J, Wolfson D. Physician Perspectives on Building Trust with Patients. Hastings Cent Rep. 2023 Sep;53 Suppl 2:S86-S90. doi: 10.1002/hast.1528. PMID: 37963052.
26. Oliveira CA, Weber B, Dos Santos JLF, Zucoloto ML, de Camargo LL, Zanetti ACG, Rzewuska M, de Azevedo-Marques JM. Health complexity assessment in primary care: A validity and feasibility study of the INTERMED tool. PLoS One. 2022 Feb 18;17(2):e0263702. doi: 10.1371/journal.pone.0263702. PMID: 35180262; PMCID: PMC8856552.
27. Sturmberg JP, Martin CM, Katerndahl DA. Systems and complexity thinking in the general practice literature: an integrative, historical narrative review. Ann Fam Med. 2014 Jan-Feb;12(1):66-74. doi: 10.1370/afm.1593. PMID: 24445105; PMCID: PMC3896540.
28. Jantsch AG, Burström B, Nilsson GH, Ponce de Leon A. The impact of residency training in family medicine on hospital admissions due to Ambulatory-care Sensitive Conditions in Rio de Janeiro. PLOS Glob Public Health. 2023 Oct 18;3(10):e0000547. doi: 10.1371/journal.pgph.0000547. PMID: 37851646; PMCID: PMC10584098.
29. Jantsch AG, Burström B, Nilsson GH, Ponce de Leon A. Residency training in family medicine and its impact on coordination and continuity of care: an analysis of referrals to secondary care in Rio de Janeiro. BMJ Open. 2022 Feb 15;12(2):e051515. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051515. PMID: 35168968; PMCID: PMC8852675.

30. Jantsch AG, Burström B, Nilsson G, de Leon AP. Detection and follow-up of chronic health conditions in Rio de Janeiro - the impact of residency training in family medicine. *BMC Fam Pract.* 2021 Nov 13;22(1):223. doi: 10.1186/s12875-021-01542-5. PMID: 34773996; PMCID: PMC8590285.
31. Moscovici L, Balco EM, Degani NC, Bolsoni LM, Marques JMA, Zuardi AW. Associations between primary health care strategies and outcomes of mental disorders. *Braz J Psychiatry.* 2020 Aug;42(4):360-366. doi: 10.1590/1516-4446-2019-0659. Epub 2020 Apr 3. PMID: 32267338; PMCID: PMC7430389.
32. Rzewuska M, Carolina Guidorizzi Zanetti A, Skea ZC, Moscovici L, Almeida de Oliveira C, Mazzoncini de Azevedo-Marques J. Mental-physical multimorbidity treatment adherence challenges in Brazilian primary care: A qualitative study with patients and their healthcare providers. *PLoS One.* 2021 May 13;16(5):e0251320. doi: 10.1371/journal.pone.0251320. PMID: 33983998; PMCID: PMC8118469.
33. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira AA. Prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cadernos de Saude Publica*, v. 35, n. 1, e00170917, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BFkkdsWhgPyMjhSg84DVDnP/>