

NORMAS E FLUXOS PARA SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO

RESIDÊNCIA EM SAÚDE

1. NORMAS GERAIS

- 1.1. O estágio optativo visa à aquisição de competências complementares, úteis ao desempenho da atividade profissional.
- 1.2. Tanto a oferta como a participação em estágio optativo são facultativos.
- 1.3. A carga horária do estágio optativo insere-se no total definido em lei para cada programa de residência.
- 1.4. A não realização de estágio optativo não exime o residente de cumprir outras atividades determinadas pela instituição, de modo a totalizar a carga horária prevista em lei para a conclusão de programa de residência.
- 1.5. Para efeito da presente norma, define-se como:
 - Instituição de origem: a instituição à qual se vincula o programa de residência cursado pelo residente que pretende cursar o estágio optativo;
 - Instituição de destino: a instituição nacional ou estrangeira onde será cumprido o estágio optativo, caso não seja a mesma onde residente se encontra matriculado.
- 1.6. Admite-se a realização de estágio optativo em instituição de saúde no Brasil ou no exterior.
- 1.7. A instituição de origem é responsável pelo acompanhamento pedagógico dos estágios optativos de seus programas de residência.
- 1.8. A formalização do vínculo entre a instituição de ensino de origem e de destino se dará por meio de convênio ou acordo de cooperação que disponha sobre os termos do estágio a ser ofertado.
- 1.9. A instituição de origem arcará, obrigatoriamente, com o pagamento da bolsa-residência, nos termos da lei.
- 1.10. Para cada um de seus programas de residência, a instituição de origem poderá, a seu critério, ofertar um ou mais estágios optativos.
- 1.11. Os estágios optativos são facultados a residentes a partir do 2º ano dos Programas de Residência Profissional em Saúde para as áreas de conhecimento e programas oferecidos.

- 1.12.O período de estágio poderá ser de no mínimo 15 dias e no máximo de 30 dias, exceto em situações sob a apreciação da Comissão de Residência, atendendo às normas do Conselho Regional.
- 1.13.Os estágios optativos poderão ser solicitados à Comissão de Residência ou Instituição parceira que possua Educação Continuada com profissional qualificado para acompanhamento do residente, conforme Regulamento Geral da Residência em Área Profissional do IFF/FIOCRUZ.
- 1.14.O residente deverá estar ciente das normas estabelecidas no Regulamento Geral da Residência em Área Profissional do IFF/FIOCRUZ.
- 1.15.O pedido para solicitação de estágio optativo à Comissão de Residência – IFF deverá ocorrer, no mínimo, com 90 (noventa dias) de antecedência da data prevista para início do pretendido estágio.
- 1.16.Em caso de desistência do estágio optativo, na vigência do mesmo, o residente deverá comunicar imediatamente à SECADEM-IFF, via e-mail para residencia.iff@fiocruz.br, a fim de informar às partes envolvidas.
- 1.17.Não há necessidade de processo seletivo para aceite; devendo, o residente seguir o fluxo de solicitação de estágio optativo de sua instituição de origem, considerando que o quantitativo de vagas dependerá da disponibilidade do programa/área.
- 1.18.Os casos omissos e excepcionais serão resolvidos pela Comissão da Residência correspondente do IFF/ Fiocruz.
- 1.19.A normas de estágio optativo do IFF obedecem às exigências da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS) e entram em vigor a partir da data de sua publicação.

2. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO POR RESIDENTES DO IFF EM OUTRA INSTITUIÇÃO

- 2.1. O residente do IFF deverá submeter o [“Formulário de Solicitação de Estágio Optativo Externo ao IFF”](#) preenchido (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) à apreciação da Coordenação/ Supervisão de seu Programa.
- 2.2. Se deferida a pertinência pela Coordenação/ Supervisão, o residente deverá encaminhar o formulário preenchido à Coordenação da Comissão de Residência - IFF, no prazo referido no item 1.15, através do e-mail residencia.iff@fiocruz.br, para apreciação do pedido, em até 30 dias.
- 2.3. Obtido o aceite pela Coordenação da Comissão de Residência-IFF, a SECADEM-IFF irá solicitar à Comissão de Residência ou setor responsável na instituição de destino, o preenchimento e a concordância do [“Termo de Aceite do Estágio Optativo Externo ao IFF”](#) (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>), contendo o plano (60 horas semanais), período, local e profissional que ficará responsável pelo estágio. A instituição de destino deverá encaminhar este referido termo de aceite, no prazo máximo de 30 (trinta) dias que antecedem o início do estágio.
- 2.4. A SECADEM-IFF disponibilizará ao residente a [“Carta de Apresentação”](#) a ser entregue à instituição de destino no 1º dia do estágio optativo.
- 2.5. O residente terá o compromisso de apresentar ao Coordenador/ Supervisor do Programa, quando do seu retorno, a [Ficha de Avaliação](#) e a [Ficha de Frequência](#) originais e impressas, com assinatura e carimbo do responsável pela coordenação/ supervisão do estágio.
- 2.6. O residente que fizer estágio optativo deverá apresentar seguro contra acidentes pessoais. Caso seja fora do país, o seguro deverá ter cobertura internacional. A instituição de destino poderá, durante o período de realização do estágio, exigir do residente uma apólice de seguros contra acidentes pessoais.
- 2.7. Os custos de transporte, alimentação e moradia serão de inteira responsabilidade do residente.

3. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO POR RESIDENTES DE OUTRA INSTITUIÇÃO NO IFF (QUANDO HOUVER PROGRAMA CORRESPONDENTE OU CONVÊNIO)

- 3.1. O residente externo deverá submeter o “[Formulário de Solicitação de Estágio Optativo no IFF – Quando houver programa ou convênio](#)” (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) à apreciação da Coordenação/Supervisão de seu Programa.
- 3.2. Se deferida a pertinência pela Coordenação, o residente deverá encaminhar o formulário preenchido à Coordenação da Comissão de Residência-IFF, no prazo referido no item 1.15, para o e-mail residencia.iff@fiocruz.br, para apreciação do pedido, em até 30 dias.
- 3.3. Obtido o aceite da Coordenação da Comissão de Residência-IFF e do Coordenador/Supervisor do Programa, a SECADEM-IFF irá encaminhar à Comissão de Residência ou setor responsável na instituição de origem, a concordância com o “[Termo de Aceite do Estágio Optativo no IFF – Quando houver programa ou convênio](#)” (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) preenchido, contendo o plano (60 horas/semanais), período, local e profissional que ficará responsável pelo seu estágio. A SECADEM-IFF deverá encaminhar o referido termo de aceite, no máximo em 30 (trinta) dias.
- 3.4. O residente deverá encaminhar à SECADEM-IFF uma “[Carta de Apresentação](#)” no 1º dia do estágio optativo, contendo o nome do residente, a área e programa de atuação na instituição de origem, a área e programa de estágio no IFF, bem como o período de sua realização. A carta deverá constar os dados do seguro contra acidentes pessoais do residente (nome da seguradora, CNPJ e apólice), declaração de carteira de vacinação atualizada e que o mesmo esteja ciente que os custos de transporte, alimentação e moradia serão de sua inteira responsabilidade. Por fim, deverá ser assinada e carimbada pelo residente e representante da instituição de origem.
- 3.5. Antes do início do estágio o residente externo deverá comparecer na SECADEM-IFF (Av. Rui Barbosa, 716-Flamengo/Rio de Janeiro- 4º andar prédio do Ensino) para efetuar seu cadastro institucional, junto com os seguintes documentos:
 - [Formulário de Matrícula](#) preenchido com 1 (uma) foto 3x4;
 - [Carta de Apresentação](#) (de acordo com o item 3.4);
 - Cópia simples da Carteira do Conselho Regional;
 - Ficha de Avaliação e Ficha de Frequência da instituição de origem – que deverá ser entregue ao Coordenador/ Supervisor do Programa no IFF/ Fiocruz.
- 3.6. A SECADEM-IFF somente emitirá declaração de conclusão do estágio optativo mediante apresentação da [Ficha de Avaliação](#) e da [Ficha de Frequência](#) originais com assinatura e carimbo do responsável pela coordenação/supervisão do estágio no IFF.

4. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO POR RESIDENTES DE OUTRA INSTITUIÇÃO NO IFF (QUANDO NÃO HOVER PROGRAMA CORRESPONDENTE E CONVÊNIO)

4.1. Quando não houver programa correspondente sob responsabilidade das Coordenações de Residência do IFF, as demandas deverão ser encaminhadas para fins de elaboração de convênio interinstitucional através da Cogeplan/ Fiocruz.

4.2. Excepcionalmente, enquanto não houver a celebração do convênio citado e com o objetivo de não restringir o acesso, nem impedir o início do rodízio de residentes, encaminhar-se-á pela formalização de acordo entre as instituições, ressalvando que nova demanda deverá aguardar a celebração do respectivo convênio.

4.3. O referido acordo deverá ser formalizado, no mínimo, através do seguinte fluxo entre as seguintes instâncias e respectivas responsabilidades:

- O residente externo deverá submeter o **[“Formulário de Solicitação de Estágio Optativo no IFF – Quando não houver programa e convênio”](http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms)** (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) à apreciação da Coordenação/ Supervisão de seu Programa.

- Se deferida a pertinência pela Coordenação/ Supervisão de seu Programa, o residente deverá encaminhar o formulário preenchido à Coordenação da Comissão de Residência-IFF, no prazo referido no item 1.15, para o e-mail residencia.iff@fiocruz.br, que procederá contato com as instâncias para apreciação do pedido, em até 30 dias, conforme a seguir:

4.3..1. Coordenação de Ensino: recebe a demanda, avalia e encaminha para Colegiado da respectiva Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica e Terapêutica para avaliação e deliberação.

4.3..2. Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica e Terapêutica: encaminha para a UP respectiva, caso houver, que avaliará a demanda a partir de critérios mínimos e requisitos necessários para acolhimento. Nesse caso, a UP respectiva deverá submeter sua decisão para deliberação no Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica Terapêutica.

4.3..2.1. Critérios mínimos para avaliação da demanda de intercâmbio pela UP, quando houver, ou pelo Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica Terapêutica:

- Disponibilidade/titulação mínima de supervisão e preceptoria na área da especialidade pretendida;
- Não interferência com as atividades de outros programas de qualquer nível de Ensino do Instituto (capacitação, especialização, residência) que eventualmente compartilham desse mesmo cenário de prática;

- Capacidade de absorção pelo cenário prática de mais uma demanda de atividades (recursos humanos, de infraestrutura, materiais e espaço físico);
- Especificamente em relação às demandas oriundas de Programas de Residência, inviabilidade de imputação de ônus para o IFF na oferta aos alunos/residentes visitantes de outros programas de alguns direitos/facilidades disponibilizados aos residentes do IFF (refeições/ alojamento/ estacionamento).

4.3..2.2. Requisitos necessários para acolhimento da demanda de intercâmbio pela UP, quando houver, ou pelo Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica Terapêutica:

- Quantitativo máximo de alunos/residentes por rodízio;
- Escala mensal e da semana-padrão (treinamento em serviço e canal teórico);
- Meses do ano que serão disponibilizados para o rodízio;
- Sistemática de avaliação e frequência dos residentes.

4.3..3. Coordenações de Ensino e Atenção: recebem deliberação do Colegiado da Área de Atenção ou Coordenação Diagnóstica Terapêutica e avaliam e encaminham parecer para Direção.

4.3..4. Direção: recebe parecer das Coordenações de Ensino e Atenção e encaminha ofício em resposta à instituição demandante.

- Obtido o aceite da Direção-IFF, a SECADEM-IFF irá encaminhar à Comissão de Residência ou setor responsável na instituição de origem, a concordância com o **“Termo de Aceite do Estágio Optativo no IFF – Quando não houver programa e convênio”** (disponível em: <http://ensino.iff.fiocruz.br/index.php/docsforms>) preenchido, contendo o plano (60 horas/semanais), período, local e profissional que ficará responsável pelo seu estágio. A SECADEM-IFF deverá encaminhar o referido termo de aceite, no máximo em 30 (trinta) dias.
- O residente deverá encaminhar à SECADEM-IFF uma **“Carta de Apresentação”** no 1º dia do estágio optativo, contendo o nome do residente, a área e programa de atuação na instituição de origem, a área de estágio no IFF, bem como o período de sua realização. A carta deverá constar os dados do seguro contra acidentes pessoais do residente (nome da seguradora, CNPJ e apólice), declaração de carteira de vacinação atualizada e que o mesmo esteja ciente que os custos de transporte, alimentação e moradia serão de sua inteira responsabilidade. Por fim, deverá ser assinada e carimbada pelo residente e representante da instituição de origem.

- Antes do início do estágio o residente externo deverá comparecer na SECADEM-IFF (Av. Rui Barbosa, 716-Flamengo/Rio de Janeiro- 4º andar prédio do Ensino) para efetuar seu cadastro institucional, junto com os seguintes documentos:
 - [Formulário de Matrícula](#) preenchido com 1 (uma) foto 3x4;
 - [Carta de Apresentação](#) (de acordo com o item 4.3.4);
 - Cópia simples da Carteira do Conselho Regional;
 - Ficha de Avaliação e Ficha de Frequência da instituição de origem – que deverá ser entregue ao Coordenador/ Supervisor do Programa.

4.4.A SECADEM-IFF somente emitirá declaração de conclusão do estágio optativo mediante apresentação da [Ficha de Avaliação](#) e da [Ficha de Frequência](#) originais com assinatura e carimbo do responsável pela coordenação/ supervisão do estágio no IFF.

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO EXTERNO AO IFF
(RESIDENTE IFF PARA OUTRA INSTITUIÇÃO)**

Nome do Residente: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Matricula: _____ Ano da admissão: _____

Modalidade: Médica Uniprofissional Multiprofissional

Programa: _____

Coordenador/ Supervisor do Programa: _____

Instituição de Destino: _____

Programa da Instituição de Destino: _____

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Destino: _____

Período: ____/____/20____ a ____/____/20____.

Justificativa e objetivos:

Rio de Janeiro, _____ de 20____.

Residente/assinatura

De acordo

Coordenação/ Supervisão do Programa-IFF/assinatura/carimbo

Coordenação da Comissão de Residência-IFF/assinatura/carimbo

MODELO DE CARTA DE APRESENTAÇÃO
(RESIDENTE IFF PARA OUTRA INSTITUIÇÃO)

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apresento o/a residente _____
da área _____ matriculado (a) no Programa de Residência
_____ – R_ para realização de Estágio Externo junto à equipe da
área _____ da Instituição _____,
no período de ___/___/20_____ a ___/___/20_____.

Informamos que o residente apresentou carteira de vacinação, seguro de
acidentes pessoais da seguradora _____, CNPJ
_____ e apólice nº _____. E
está ciente de que os custos de transporte, alimentação e moradia serão de sua inteira
responsabilidade.

Rio de Janeiro, ___/___/20_____.

Residente
IFF/Fiocruz

Gestão Acadêmica
IFF/Fiocruz

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF
(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF – QUANDO HOUVER PROGRAMA OU CONVÊNIO)

Nome do Residente: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Matricula: _____ Ano da admissão: _____

Modalidade: Médica Uniprofissional Multiprofissional

Instituição de Origem: _____

Programa/ Área da Instituição de Origem: _____

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Origem: _____

Programa do IFF: _____

Coordenador/ Supervisor do Programa do IFF: _____

Período: ___/___/20___ a ___/___/20___.

Justificativa e objetivos:

Rio de Janeiro, _____ de 20___.

Residente/assinatura

De acordo

Coordenação/ Supervisão do Programa/assinatura/carimbo

Coordenação da Comissão de Residência /assinatura/carimbo

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF
(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF – QUANDO NÃO HOUVER PROGRAMA E CONVÊNIO)

Nome do Residente: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Matricula: _____ Ano da admissão: _____

Modalidade: Médica Uniprofissional Multiprofissional

Instituição de Origem: _____

Programa/ Área da Instituição de Origem: _____

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Origem: _____

Área do IFF: _____

Coordenador/ Supervisor da Área do IFF: _____

Período: ____/____/20____ a ____/____/20____.

Justificativa e objetivos:

Rio de Janeiro, _____ de 20____.

Residente/assinatura

De acordo

Coordenador/ Supervisor do Programa/assinatura/carimbo

Coordenação da Comissão de Residência /assinatura/carimbo

TERMO DE ACEITE DE ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF
(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF – QUANDO NÃO HOUVER PROGRAMA E CONVÊNIO)

Nome do Residente: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Matricula: _____ Ano da admissão: _____

Modalidade: Médica Uniprofissional Multiprofissional

Instituição de Origem: _____

Programa da Instituição de Origem: _____

Coordenador/ Supervisor responsável da Instituição de Origem: _____

Área do IFF: _____

Coordenador/ Supervisor da Área do IFF: _____

Período: ____/____/20____ a ____/____/20____.

Plano de Trabalho (60h/ semanais):

Atividades Propostas

Coleg. da Atenção ou Coord. Diag. e Terap.
Assinatura/carimbo

Coordenação do Ensino
assinatura/carimbo

Coordenação da Atenção
assinatura/carimbo

Direção
assinatura/carimbo

**FORMULÁRIO DE MATRÍCULA
ESTÁGIO OPTATIVO NO IFF**
(RESIDENTE DE OUTRA INSTITUIÇÃO PARA IFF)

FOTO
3X4

Exercício em _____

Nome: _____

Filiação: _____

Endereço: _____

Cep: _____ / Bairro: _____ Município: _____

Telefones para contato: _____ E-mail: _____

Dados Pessoais:

Identidade: _____ Emitido em: ____ / ____ / ____ Órgão: _____

CPF: _____ Emitido em: ____ / ____ / ____

Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____

Certif. Militar: _____

Dados Acadêmicos:

Instituição de Ensino: _____

Ano em curso: _____ Diplomado em : _____

Carteira Regional: _____ Número: _____

Estado: _____

Idioma(s): _____

Entrada na Secretaria: ____ / ____ / ____

Início das Atividades: ____ / ____ / ____

Término das Atividades: ____ / ____ / ____

Assinatura do Coordenador

Assinatura do(a) Residente(a)

FICHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Preceptor/ Supervisor: _____

Residente: _____

Área de atuação: _____

Local de inserção: _____

Período: ____/____/____ a ____/____/____.

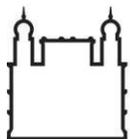
CRITÉRIOS	CONCEITO
Assiduidade/pontualidade	
É assíduo	
É pontual	
Cumprir com eficiência a carga horária exigida	
Cumprir regularmente as atividades previstas	
Desempenho de atividades (descrever as atividades)	
Desempenho individual	
Iniciativa	
Habilidade nos procedimentos técnicos	
Confiabilidade	
Responsabilidade	
Visão crítica do processo de aprendizagem	
Criatividade	
Interesse pelo trabalho	

CRITÉRIOS	CONCEITO
Interesse e conhecimento científico	
Capacidade de aplicar, de forma prática, a teoria inerente a sua área de atuação	
Participa assiduamente das atividades teóricas	
Busca informações complementares	
Procura atualizar-se com a produção científica	
Manifesta interesse na participação em atividades de pesquisa	

Relacionamentos	
Em relação ao paciente/família	
É sempre solícito	
É sempre atencioso	
Demonstra interesse no relacionamento com o paciente e sua família	
Apresenta controle emocional adequado	
Em relação à equipe de saúde	
É sempre cooperativo	
É sempre solícito	
Demonstra adaptabilidade e entrosamento com a equipe	
Em relação à instituição	
Utiliza adequadamente o material de consumo e os equipamentos	
Zela pela preservação e manutenção dos equipamentos	
Preocupa-se com a relação custo/benefício ao utilizar material, equipamentos e insumos	
MÉDIA FINAL	
CONCEITO FINAL	

OS CONCEITOS REPRESENTAM AS SEGUINTE NOTAS:

- I – Conceito A – Excelente (equivalente a notas entre 9,0 e 10,0)
- II – Conceito B – Bastante suficiente (equivalente a notas entre 7,5 e 8,9)
- III – Conceito C – Suficiente (equivalente a notas entre 6,0 e 7,4)
- IV – Conceito D – Insuficiente (equivalente a notas menores que 6,0)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



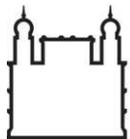
FICHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO OPTATIVO – RESIDÊNCIA MÉDICA

Departamento de Ensino – ano _____.

Programa de Residência Médica: _____.

Residente: _____.

Avaliação de desempenho	Pontuação	Nota do Residente	
		Período: / / a / / Setor:	Período: / / a / / Setor:
Cuidado do paciente	1		
Conhecimento e habilidades práticas	2		
Habilidade de relacionamento interpessoal e de comunicação	1		
Profissionalismo	1		
Conhecimento do sistema de saúde	1		
Conhecimento médico	4		
Frequência: atividades específicas do Programa	100%		
Soma total	10		
Média final	10		
Assinatura e Carimbo do Preceptor/Supervisor do Programa			
Assinatura do Médico Residente			



Avaliação do residente – baseada em competências *

Competência		Habilidades esperadas	Onde/como avaliar	Avaliação/ Nota
Cuidado do paciente	Cuidado apropriado e efetivo para o tratamento dos problemas de saúde e promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> Obtenção de dados e informações essenciais e acuradas sobre seu paciente; fazer uma anamnese completa e exame físico; e solicitar exames e providências apropriadas. Registrar decisões diagnósticas e de tratamento; analisar e sintetizar informações; saber qual o seu limite de conhecimento e expertise e solicitar auxílio se necessário. Desenvolver o cuidado de pacientes ambulatoriais, prescrevendo e realizando procedimentos e aconselhando pacientes e familiares. Diagnóstico e manejo da afecção clínica ou cirúrgica Aconselhamento ao paciente e família Efetivo uso da informação e tecnologia disponível Sensibilidade no manejo das situações socioculturais 	Análise do prontuário, rounds, apresentação do caso do paciente, uso dos recursos adequado	
Conhecimento e habilidades práticas	Conhecimento e habilidades práticas e aprimoramento que envolve avaliação do cuidado de seu próprio paciente e assimilação das evidências científicas	<ul style="list-style-type: none"> Investigação e evolução de seu paciente Assimilação das evidências científicas e seu uso para o cuidado de seu paciente Participação em sua melhora contínua através de autoavaliação e educação continuada. Saber aprender com os erros Desempenho em plantões 	Observação nos Rounds, beira do leito, ambulatório, situações de emergência	
Habilidade de relacionamento interpessoal e de comunicação	Que resulte em efetiva troca de informações com a equipe de saúde, com os pacientes e seus familiares	<ul style="list-style-type: none"> Efetiva troca de informações com a equipe de saúde, com os pacientes e seus familiares Adequação no registro de documentação médica Interação com os outros membros da equipe de saúde Habilidade de trabalhar em grupo com pacientes, colegas e outros profissionais Organização Iniciativa 	Observação da interação com pacientes e família e com colegas e dos documentos produzidos pelo MR	
Profissionalismo	Manifestado pelo comprometimento em assumir responsabilidades profissionais, aderência aos princípios éticos e sensibilidade em lidar com a diversidade da população.	<ul style="list-style-type: none"> Comprometimento em assumir responsabilidades profissionais Aderência aos princípios éticos Sensibilidade em lidar com a diversidade da população. Relação médico-paciente respeitosa Comportamento ético adequado Controle emocional Assiduidade/pontualidade Cuidado com o material e equipamentos da instituição 	Observação de preceptores, colegas, outras categorias profissionais, pacientes e familiares. Registro de ponto	
Conhecimento do sistema de saúde	Manifestado por ações que demonstrem atenção e responsabilidade em relação ao contexto geral da saúde e habilidade de utilizar os recursos do sistema para providenciar melhor cuidado ao seu paciente	<ul style="list-style-type: none"> Atenção e responsabilidade em relação ao contexto geral da saúde Habilidade de utilizar os recursos do sistema para providenciar melhor cuidado ao seu paciente Estar atento ao custo-benefício e risco-benefício em todas suas ações Atenção à promoção e prevenção em saúde Eficiência no manejo do tempo, o que reflete qualidade no cuidado 	Observação nos Rounds, beira do leito, ambulatório, na conversa com preceptores, colegas, pacientes e outras categorias profissionais	
Conhecimento médico	Envolvendo conteúdo biomédico, clínico e ciências correlatas (ex. epidemiologia e comportamento social) e a aplicação desse conhecimento no cuidado do paciente	<ul style="list-style-type: none"> Compreensão e habilidade na aplicação dos conhecimentos ao lado descritos Manejo de banco de dados Avaliação crítica de novas informações Saber, avaliar criticamente e utilizar a melhor evidência científica para o cuidado de seu paciente Participação em atividades teóricas 	a) Prova escrita, prova oral b) Observação da participação nos rounds ou reuniões clínicas ou de discussão de casos	

*- Baseada nas seis competências que o Residency Review Committees do Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) julga serem necessárias a todos os médicos.

FICHA DE FREQUÊNCIA DAS ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PRÁTICAS

NOME: _____

ÁREA PROFISSIONAL: _____ PROGRAMA: _____

MÊS: _____ ANO: _____

UNIDADE: _____

Dia	Hora de Entrada	C.H./Dia	Atividades	Rubrica residente	Rubrica preceptor
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Total de horas no mês: _____ h

Assinatura do Responsável pelo serviço _____ Carimbo: