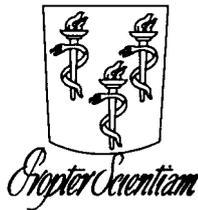


ISSN 1806-5031

CADERNOS DA ABEM

Residência Médica

VOLUME 7
OUTUBRO / 2011



Copyright Associação Brasileira de Educação Médica
Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida
por qualquer meio, sem a prévia autorização deste órgão.

Diretorial Nacional

PRESIDENTE – Prof^ª. Jadete Barbosa Lampert
1º VICE-PRESIDENTE – Prof. Nildo Alves Batista
2º VICE-PRESIDENTE – Prof. Fernando Antônio Menezes da Silva
TESOUREIRO – Prof. Francisco Barbosa Neto
SECRETARIA – Prof. José Mauricio Carvalho Lemos
DIRETOR EXECUTIVO – Prof^ª. Derly da Silva Streit

Coordenadores Regionais

NORTE:

Prof. Itágores Hoffman I Lopes Sousa Coutinho;
Acad. Amanda Araújo de Moura

NORDESTE:

Prof^ª. Tereza Helena Tavares Mauricio
Acad. Nayron Veloso Resende

SÃO PAULO:

Prof^ª. Márcia Rodrigues Garcia Tamosauskas
Acad. Ana Luiza Borges Sá

MINAS GERAIS:

Prof^ª. Eliane Dias Gontijo
Acad. Josué Geraldo Lessa

SUL I:

Prof. Elizabeth de Carvalho Castro
Acad. Rafaela Wagner

SUL II:

Prof. Roberto Zonato Esteves
Acad. Amanda Maria Bittencourt Geraldi

CENTRO-OESTE:

Prof. Vardeli Alves de Moraes
Acad. Willian Pegoraro Kus

RIO DE JANEIRO/ESPÍRITO SANTO:

Prof^ª. Rosana Alves
Acad. Leandro Odone Bertelli

SECRETARIA

Rozane Landskron Gonçalves

EDITOR

Prof^ª. Derly Silva Streit
Prof. João José Neves Marins

Assistente Editorial:

Angélica Sodré dos Santos

Revisão de texto:

Arinalva Paula dos Santos

Capa Ideação:

Roberto Gomes da Silva

Diagramação e formatação:

Abreus's System

Impressão:

Mangava Comercial Ltda

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca da Associação Brasileira de Educação Médica

Cadernos da ABEM

Associação Brasileira de Educação Médica. – Vol. I (maio
2004)- . – Rio de Janeiro : Associação Brasileira de Educação
Médica, 2004-.

Anual
ISSN 1806-5031

I. Educação Médica. II. Associação Brasileira de Educação
Médica.

Aceita-se permuta

Tiragem 1000 exemplares

Indexada em:

Sumários.org – Sumários de Revistas Brasileiras
<<http://www.sumarios.org>>

Texto completo em:

<<http://www.abem-educmed.org.br>>

Apoio



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Ministério
da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

APRESENTAÇÃO

A série *Cadernos Abem*, que teve início em 2004, dedica esta sétima edição, integralmente, à Residência Médica. Ela reúne seis artigos de autores com grande experiência e vivência no tema, que nos trazem uma visão abrangente e detalhada da Residência Médica no Brasil, um dos maiores e mais completos (e complexos) programas de formação profissional em serviço de todo o mundo.

O artigo “Residência Médica no Brasil” apresenta um relato histórico da Residência Médica desde sua criação em 1848, nos Estados Unidos da América, e passando pelas primeiras residências no País, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1944, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948. Passa também pela regulamentação da Residência Médica a partir de discussões pela Associação Nacional de Médicos Residentes e nos Congressos da Abem de 1974 e 1975, através do decreto presidencial que criou a Comissão Nacional de Residência Médica em 1977. São descritos, em sequência, os processos de supervisão e regulação, bem como a criação das Comissões Estaduais de Residência Médica.

O segundo artigo apresenta o Sistema de Residência Médica de maneira didática, definindo número e tipos de especialidades e subespecialidades, áreas de acesso direto, áreas com pré-requisitos, áreas de atuação e especialidades-mães, duração dos programas, distribuição dos programas de acordo com o caráter jurídico da entidade, custos e distribuição dos programas por Estado.

O terceiro artigo aborda a distribuição de vagas de Residência Médica nas diversas regiões do País, comentando repetidos estudos que mostram a alta concentração de programas e de instituições que oferecem Residência Médica nas regiões Sudeste e Sul. Apresenta gráficos comparativos que mostram a distribuição de

vagas de Residência Médica e de médicos especialistas no País, bem como a distribuição de vagas por área. Por meio de gráficos, mostra também o aumento do percentual de bolsas ofertadas nas regiões Norte e Nordeste após o programa Pró-Residência.

O quarto artigo, “A Residência Médica e a Preceptorial, a Supervisão e a Coordenação”, analisa aspectos fundamentais desses profissionais, sua qualificação e capacitação adequada ao exercício de suas funções, além de abordar o perfil e questões como remuneração e necessidade de um plano de carreira para sua valorização. Também aborda a relação da Residência Médica com a graduação em Medicina e a importância da consonância de suas políticas, diretrizes e competências. Também contempla uma importante discussão sobre os aspectos do processo seletivo para o ingresso na Residência Médica, inclusive do bônus de 10% ou 20% na nota aos participantes do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Primária.

O quinto artigo trata da “Avaliação da Residência Médica: da Instituição, dos Programas, do Médico Residente e do Corpo Docente”. São discutidos os critérios dos processos avaliativos em seus diversos aspectos e a importância da utilização de múltiplos processos avaliativos, suas vantagens e desvantagens. É dada ênfase à avaliação prática e à utilização de instrumentos padronizados nas avaliações.

No último artigo, “Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde: Conceitos e Possibilidades”, os autores apresentam os conceitos de “área de conhecimento” e de “campo de atuação profissional” para embasar uma discussão sobre a necessidade da criação do mestrado profissional associado a Residências em Saúde. Com argumentação clara e convincente, mostram as

vantagens do mestrado profissional, especialmente em reduzir o longo percurso para qualificação dos profissionais de saúde nos moldes atuais, reduzindo também os custos de formação, seja para os governos, seja para a iniciativa privada. Delineiam o perfil do egresso desse mestrado, bem como os critérios para sua implementação em programas de Residência Médica com qualidade para isto, enfatizando a necessidade da avaliação continuada dos programas. Sugerem a necessidade de um trabalho conjunto da Capes e das Comissões Nacionais das Residências em Saúde, somando esforços para implementar e avaliar os programas.

Por fim, vale ressaltar a importância da edição deste volume dos *Cadernos da Abem*, que demonstra a preocupação da Associação, no passado mais voltada às discussões sobre o ensino de graduação em Medicina, em ampliar o debate e difundir conhecimento nos diversos níveis da formação médica.

José Guido Corrêa de Araújo
Professor Emérito da Universidade de Pernambuco (UPE)
Presidente da Abem, gestão 2002 a 2004

SUMÁRIO

ARTIGOS/ARTICLES

Residência Médica no Brasil.....	7
<i>Jeanne Liliane Marlene Michel, Ricardo Alexandre Batista de Oliveira, Maria do Patrocínio Tenório Nunes</i>	
Residência Médica no Brasil: Panorama Geral das Especialidades e Áreas de Atuação Reconhecidas, Situação De Financiamento Público e de Vagas Oferecidas.....	13
<i>Jeanne Liliane Marlene Michel, Ademir Lopes Junior, Renato Antunes dos Santos, Ricardo Alexandre Batista de Oliveira, José Rubens Rebelatto, Maria do Patrocínio Tenório Nunes</i>	
Distribuição de Vagas de Residência Médica e de Médicos nas Regiões do País	28
<i>Maria do Patrocínio Tenório Nunes, Jeanne Liliane Marlene Michel, Sigisfredo Luís Brenelli, Ana Estela Haddad, Denise Mafra, Eliana Claudia Otero Ribeiro, Helena Lemos Petta</i>	
A Residência Médica, a Preceptoria, a Supervisão e a Coordenação	35
<i>Maria do Patrocínio Tenório Nunes, Jeanne Liliane Marlene Michel, Ana Estela Haddad, Sigisfredo Luís Brenelli, Ricardo Alexandre Batista de Oliveira</i>	
Avaliação do Sistema RM: Instituição, Programa, Residente, Corpo Docente	41
<i>Maria do Patrocínio Tenório Nunes, Antonio Carlos Sansevero Martins, Veruska Ribeiro Machado</i>	
Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde: Conceitos e Possibilidades.....	57
<i>José Rubens Rebelatto, Jeanne Liliane Marlene Michel, Ana Estela Haddad, Maria do Patrocínio Tenório Nunes</i>	

Residência Médica no Brasil

Jeanne Liliane Marlene Michel*, Ricardo Alexandre Batista de Oliveira**,
Maria do Patrocínio Tenório Nunes***

SURGIMENTO E REGULAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

A residência médica (RM) é um modelo educacional, em nível de pós-graduação, no qual os aprendizes aprofundam conhecimentos e melhoram habilidades e atitudes; ou seja, desenvolvem competências específicas para um melhor cuidado. O treinamento em serviço articula ensino e aprendizagem de forma coesa.

Em 1848, a Associação Médica Americana manifestou-se a favor de um sistema de instrução com base na utilização da rede hospitalar para o ensino, dando início a uma nova modalidade de formação de recursos humanos na área médica, privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço – a residência médica. O termo *residência* tem sua origem no fato de, na época, era requisito morar na instituição onde o programa seria desenvolvido, com o objetivo de se estar à disposição do hospital em tempo integral.

Há poucos estudos sobre RM em nosso meio, sendo clássica e atual a dissertação de mestrado de Paulo Mangeon Elias, intitulada *Residência Médica no Brasil; a institucionalização da ambivalência*.

No Brasil, deu-se início aos programas de RM na década de 1940, mais precisamente em 1944, quando foram implementados, no Hospital das Clínicas da Fa-

culdade de Medicina da USP, os primeiros programas nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Física Biológica Aplicada. Inicialmente, os programas eram chamados de internato, em vez de residência. Em 1948, no Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, iniciou-se um programa de RM já com o nome e formato clássicos. Uma revisão do assunto mostra que, até a década de 60, os programas de RM se concentravam nos hospitais públicos tradicionais – os hospitais universitários públicos.

José Carlos de Souza Lima, em sua tese de doutorado, busca a articulação entre educação, saúde, a evolução da prática médica e a residência médica no Brasil. Segundo Lima¹: “A residência, em particular, por suas características de treinamento em serviço, responde diretamente aos condicionantes do mundo do trabalho, reproduzindo o modelo de prática hegemônica”.

Lima divide a história da RM no País em períodos: o primeiro período (de 1947-48 a 1977-78), que engloba os primeiros programas e a luta pela regulamentação; e o segundo (de 1977-78 a 2007-08), definido pelo decreto e a institucionalização da residência médica.

A Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) e a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) foram importantes protagonistas desse período. A importância da ANMR se dá por meio de documentos

* Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Coordenadora Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC/SESu/DHR/CGRS).

**Filósofo; Mestrando em Administração Pública; Técnico em Assuntos Educacionais da Coordenação Geral de Residências em Saúde; Supervisor de implantação do SisCNRM (MEC/SESu/DHR/CGRS).

***Médica; Doutora em Clínica Médica; Professora Livre Docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP); Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação- CNRM/MEC.

abordando as distorções do ensino de graduação e da organização da prática médica e seus reflexos sobre a residência. Já a Abem se destaca pelos congressos realizados em 1974 e 1975, os quais possibilitaram a discussão e o encaminhamento de decisões que resultaram na institucionalização da RM. A Associação de Médicos Residentes do Estado de São Paulo apresentou, nessa época, estudo consolidado sobre a situação da RM no estado¹.

Em 5 de setembro de 1977, o decreto presidencial 80.281² criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com o objetivo de regulamentar essa modalidade de ensino no País. O decreto 91.364³, de 21 de junho de 1985, redefine a composição e o modo de funcionamento da CNRM, que é uma comissão assessora da Secretaria de Ensino Superior (Sesu) do Ministério da Educação.

Em 7 de julho de 1981, a lei 6.932⁴ define a residência médica como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, com a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

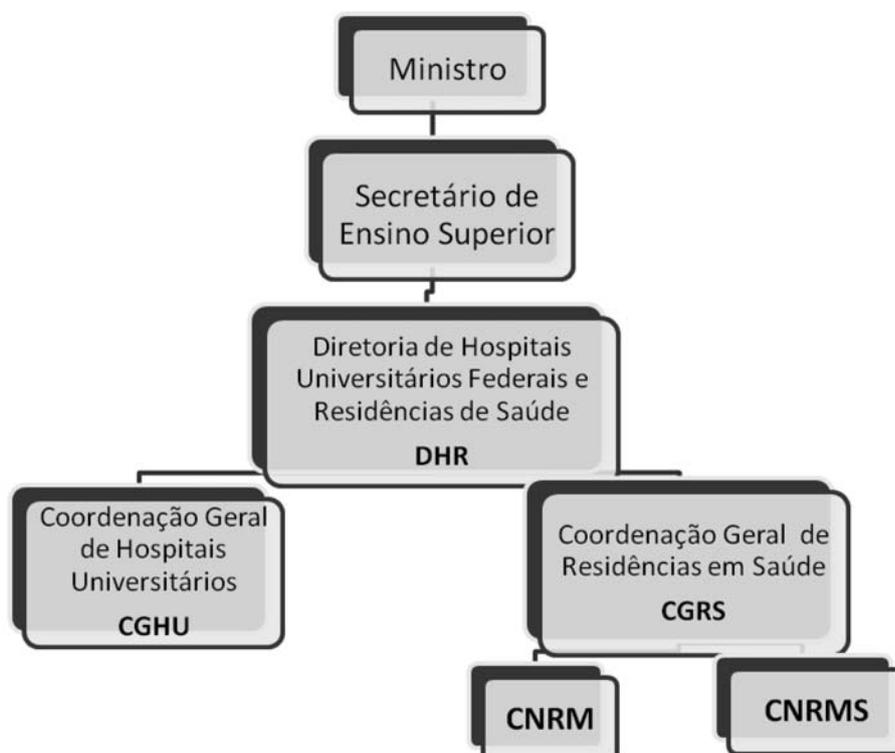
Essa lei, em seu artigo 1º, estabelece que: “o uso da expressão ‘residência médica’ é restrito aos programas delineados para graduados em Medicina”; e, no artigo 6º, que a conclusão de um programa credenciado garante o título de especialista na área⁴.

Os programas de residência médica, desde então, devem ser credenciados pela CNRM, após atender aos pré-requisitos vigentes e outorgar bolsa de estudo com valor mínimo estabelecido por lei.

Em 1987, a CNRM estabeleceu as Comissões Estaduais de RM com o atributo de assessorar a CNRM. Nos locais de funcionamento dos programas, devem-se constituir as Comissões de Residência Médica (Coreme), formadas por representantes dos médicos residentes, supervisores dos programas. As Coreme devem ter regimento próprio, porém desenhados e com funcionamento de acordo com as determinações da CNRM.

A RM é consagrada como a melhor forma de inserção de profissionais médicos na vida profissional, sob supervisão, e de capacitação em uma especialidade.

Figura 1 – Situação hierárquica da CNRM.



(CNRMS = Comissão Nacional de Residência Multiprofissional)

REGULAÇÃO E SUPERVISÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

Como segmento de pós-graduação, cabe ao Ministério da Educação (MEC) o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de Instituições e Programas de Residência Médica..

Historicamente a Comissão Nacional de Residência Médica se localizou no Ministério da Educação, em termos geográficos e sempre se reportou ao Secretário de Educação Superior. Recentemente passou a integrar o organograma do MEC, a partir da criação da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde (ver Figura 1)

Essas tarefas são desempenhadas por meio de decretos, leis, resoluções e pareceres elaborados pela CNRM, os quais estão disponibilizados na Internet no endereço: <http://portal.mec.gov.br/index.php>.

O principal marco legal da RM é a lei 6.932/81, proclamada após o decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamentou a residência médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica, a qual foi modificada pelo decreto nº 91.364, de 21 de junho de 1985.

A lei 6.932/81⁴, por meio de seus artigos, estabelece as regras gerais de funcionamento da RM e assegura os direitos dos médicos residentes.

A Presidência da CNRM é exercida pelo secretário da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e, no seu impedimento, pelo secretário executivo

da CNRM, nos termos do art. 2º, § 3º do decreto nº 80.281/77².

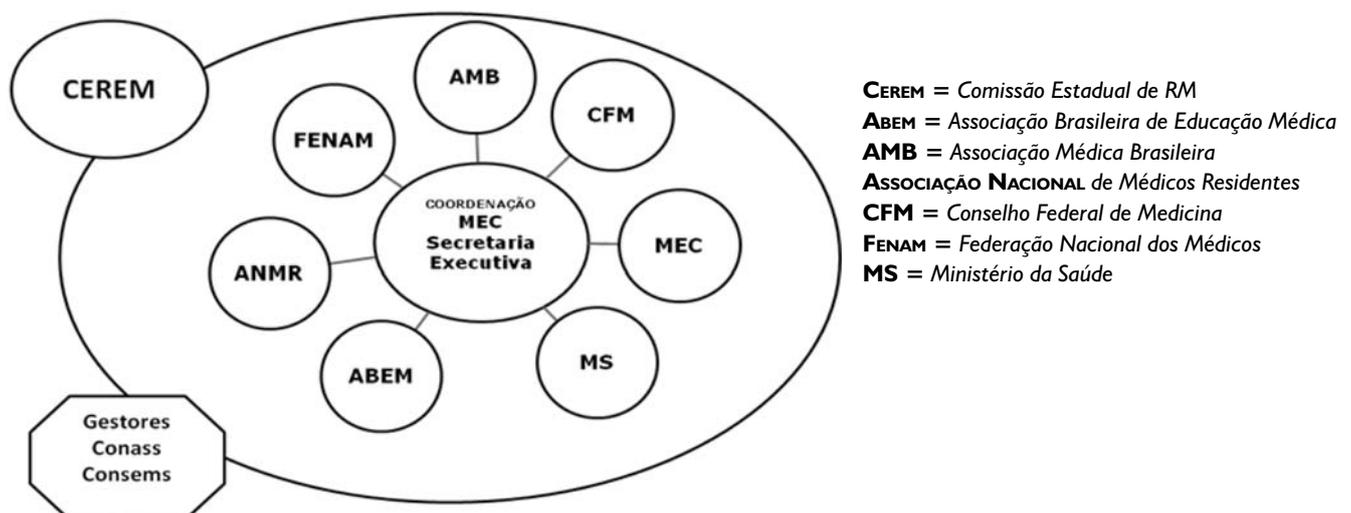
A Secretaria Executiva, órgão auxiliar da Presidência, coordena as atividades de apoio técnico-administrativo da CNRM, operando ações definidas pela plenária.

As decisões e atividades da CNRM ocorrem por meio de sua plenária. Trata-se de um sistema de decisão colegiada, em que o ritmo mais demorado das decisões resulta do debate e da maioria dos votos de seus membros.

No momento da elaboração deste texto está em discussão o novo marco regulatório que deve modificar novamente a composição da CNRM, agregando entre seus membros votantes o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), além da Federação Brasileira das Academias de Medicina. O Ministério da Previdência Social deixa de compor a CNRM.

A RM passa por mais uma fase em sua história. Originalmente criada a partir do movimento médico, a CNRM carece do reconhecimento institucional do MEC para fins legais e orçamentários. A destinação orçamentária é fundamental para desempenho mais apropriado das funções da CNRM. Não se discute a necessária base legal para esteio das decisões e funções da CNRM. No momento a CNRM é composta por 09 membros votantes. A figura a seguir representa tais membros, excetuando o Ministério da Previdência Social que não comparece há anos, naquele plenário. Além dos membros

Figura 2 – Composição atual da plenária da CNRM. Membros votantes (2011), segundo decreto em vigor.



votantes, participam com direito a voz, sem direito a voto, os presidentes das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM) e representantes dos gestores públicos de saúde. Aguarda-se publicação de novo marco regulatório que incorpore os últimos citados entre membros votantes. (Figura 2)

O reconhecimento institucional da CNRM tem gerado reações negativas por se considerar sob risco a participação efetiva das entidades médicas nas decisões. Por seu turno, o governo questiona a maioria dos votos da sociedade civil organizada em um processo de responsabilidade governamental.

Talvez o processo de construção da RM em nosso meio, resultado dos debates e diferentes pontos de vista dos componentes da CNRM, represente a consolidação dos preceitos democráticos e não deva ser temido, mas valorizado.

A CNRM conta com as Comissões Estaduais de Residência Médica e da Câmara Técnica para executar suas funções.

A Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem), subordinada à CNRM, foi criada a partir da resolução CNRM/Sesu/MEC nº 15, de 6 de abril de 1987, tendo com principal atribuição recepcionar e syndicar os assun-

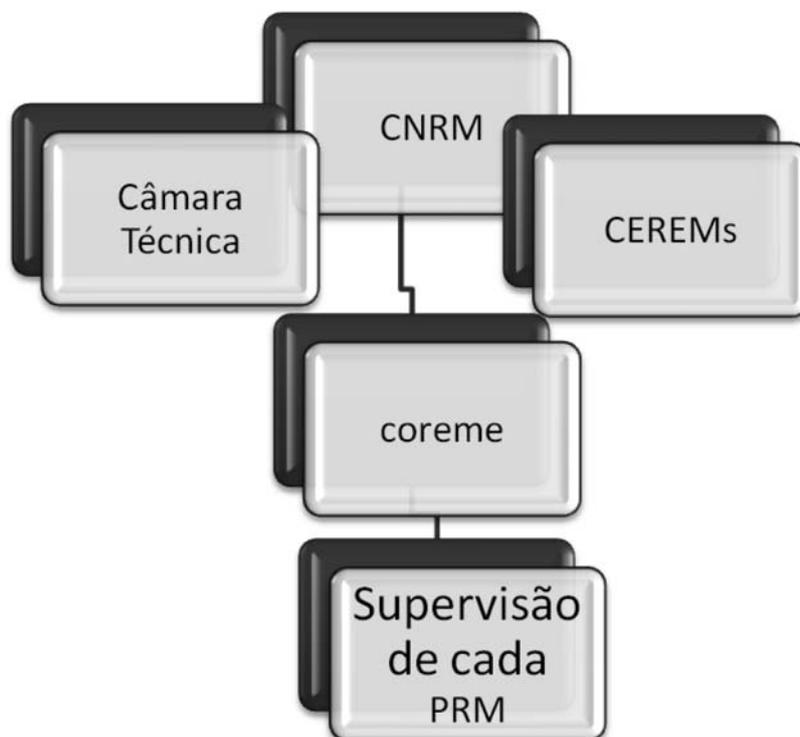
tos de residência médica nos estados. Ela, portanto, facilita o trânsito de informações e o controle da RM. Idealmente, busca identificar as especificidades da formação médica especializada em cada unidade da federação.

As Comissões de Residência Médica (Coreme) representam a unidade institucional de controle e desenvolvimento da RM no sistema.

Em todos os níveis de regulação e controle deve haver representação das diferentes partes que compõem esse sistema de pós-graduação. As Cerems, representante da CNRM nos estados, são instâncias de referência das Comissões de Residência Médica das instituições e todos se reportam à CNRM. A Câmara técnica da CNRM auxilia na revisão e acompanhamento dos processos de avaliação dos PRMs. O esquema a seguir representa as relações hierárquicas entre as três instâncias. (Figura 3)

Formada por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, além do Conass e do Conasems, a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (Ciges) foi instituída como órgão consultivo na formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, tendo por objetivo identificar a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais para o SUS e, finalmente, pos-

Figura 3 – Hierarquia de regulação, supervisão e avaliação da Residência Médica no Brasil.



sibilitou ações conjuntas dos Ministérios da Saúde e da Educação na elaboração de projetos de ordenação dos recursos humanos na área médica, conforme define a Constituição Federal, por meio do artigo 200^{6,7}.

A RESIDÊNCIA MÉDICA: ESPAÇO DE ENSINO E POLÍTICA DE SAÚDE

A compreensão da natureza da RM não pode ser limitada a uma concepção de projeto educacional de especialização isolado. A RM também não pode ser vista como um processo de trabalho somente. A complexidade de sua natureza e a indissociabilidade desses dois aspectos apontados marcam uma característica singular e extremamente interessante da RM: o reconhecimento e a valorização do papel do trabalho como instrumento fundamental da aprendizagem de um profissional.

“Ao associar a aquisição de conhecimentos ao treinamento prático em serviço, a RM proporciona uma diversidade de experiências que permitem a sistematização do conhecimento e a conquista de níveis crescentes de autonomia”⁸.

Por um lado, a RM ainda se relaciona diretamente com a graduação em Medicina, influenciando-a fortemente, especialmente ao conformar conteúdo e desenvolvimento programático por meio do processo de seleção de ingresso aos programas de residência médica. Por ou-

tro, a RM relaciona-se com o mundo do trabalho. Nesse aspecto, parece mais sofrer do que influenciar ações.

Dado esse posicionamento estratégico da RM na cadeia de ensino e serviço, Borell identifica que, na América Latina, ela carece de um adequado acompanhamento tutorial, de formação e atualização docente em unidades bem organizadas e de correção de distorções de ensino e aprendizagem. (dados apresentados no COBEM 2010)

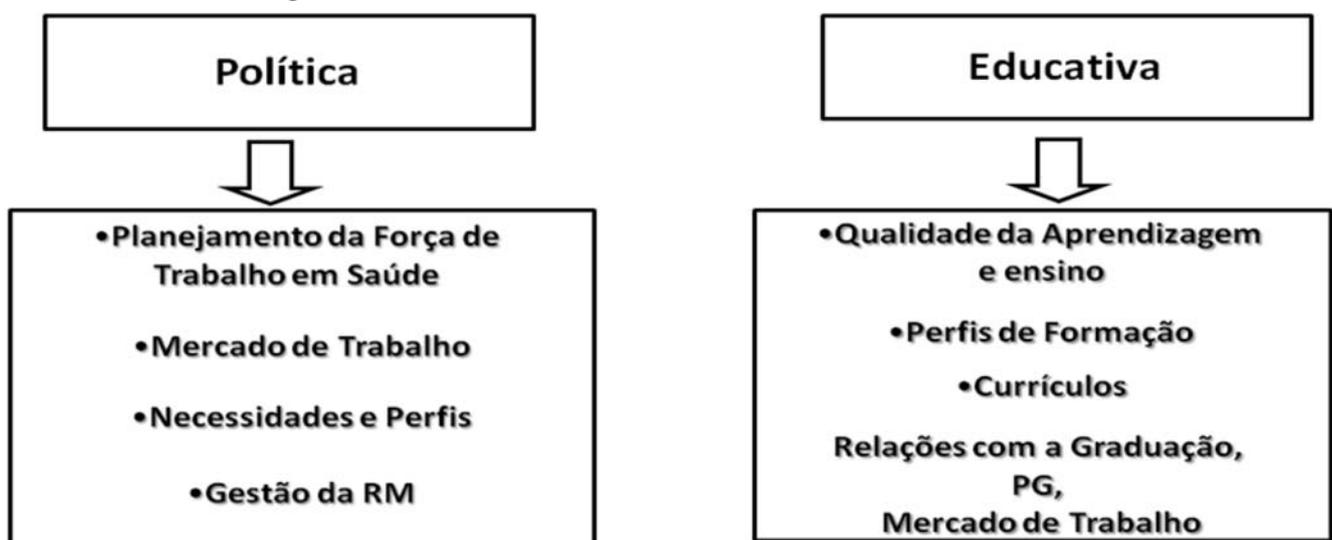
Seja como for, conforme a a estudiosa definiu em sua palestra no Congresso Brasileiro de Educação Médica em 2010, a RM, na América Latina, necessita de uma definição educativa e política da saúde. (Figura 4)

Para a saudável evolução desse sistema de educação em saúde, é imprescindível que ambas as dimensões, pilares que sustentam a formação e a prática, desenvolvam-se de forma harmoniosa, a fim de evitar o conhecimento descolado das necessidades ou o abuso do trabalho em detrimento do aprimoramento sob supervisão.

O planejamento da RM depende, essencialmente, do estabelecimento de:

1. políticas e planejamento sobre o número e tipos de especialistas necessários;
2. estudos das necessidades de especialistas para diferentes populações;
3. estudos sobre a força de trabalho médico especializado em curso;
4. reorientação dos perfis de especialistas, de acordo com as necessidades atuais.

Figura 4 - Dimensões da Residência Médica – Política e Educativa



Para dar conta dessa importante tarefa, a Secretaria de Ensino Superior do MEC (Sesu) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) deverão atuar em perfeita sinergia como executoras das propostas provenientes da Ciges.

A CNRM, por meio de seus membros votantes, define, portanto, a regulação da formação e supervisão de processos de aprendizagem, assim como a gestão e o planejamento em saúde. Certamente, trata-se de uma tarefa complexa e de alta demanda de energia.

REFERENCIAS

1. Lima JCS. A Residência médica: articulações entre a prática e o ensino. Rio de Janeiro: 2008. Doutorado [Tese] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
2. Brasil. Decreto Presidencial nº. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, de 6 set. 1977.
3. Brasil. Decreto nº. 91.364, de 21 de junho de 1985. Altera a redação do § 1º, do artigo 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica.
4. Brasil. Lei nº. 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 9 jul. 1981.
5. Brasil. Resolução CNRM/Sesu/MEC nº1, de 6 de abril de 1987.
6. Brasil. Portaria interministerial nº. 2.118, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 4 nov. 2005; Seção 1; p. 112.
7. Brasil. Decreto Presidencial, de 20 de junho de 2007. institui a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde.
8. Associação Brasileira de Educação Médica. Residência Médica: porque e como mudar. Boletim Virtual da ABEM [online]. 2006 [acesso em 13 ago. 2011];10. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/boletim_virtual/volume_10/texto_residencia.pdf

Residência Médica no Brasil: Panorama Geral das Especialidades e Áreas de Atuação Reconhecidas, Situação De Financiamento Público e de Vagas Oferecidas

Jeanne Liliane Marlene Michel*, Ademir Lopes Junior**, Renato Antunes dos Santos***, Ricardo Alexandre Batista de Oliveira****, José Rubens Rebelatto*****, Maria do Patrocínio Tenório Nunes*****

INTRODUÇÃO

A Residência Médica é um programa de treinamento em serviço de longa duração reconhecido mundialmente como o melhor mecanismo de capacitação de médicos para o exercício profissional especializado responsável e de qualidade.

Tendo em vista a necessidade diagnosticada de expansão de residência médica para atender às demandas de especialistas em áreas e regiões estratégicas para o Sistema Único de Saúde – SUS, os Ministérios da Saúde e da Educação vêm desenvolvendo um esforço conjunto de financiamento de novos programas para promover esta expansão de forma ordenada, em consonância com as Re-

soluções emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

A publicação do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011, que dispõe sobre a CNRM e sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica, veio estabelecer com clareza as competências desse colegiado, no desempenho do seu papel fundamental de assessoramento do Ministério da Educação para o cumprimento da função de Estado de gestão desta modalidade de ensino fundamental para a saúde do país.

Para o exercício de tais atribuições, *entretanto*, a CNRM necessita de uma infraestrutura crescente. Além

* Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Coordenadora Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC/SESu/DHR/CGRS).

** Médico; Especialista em Medicina de Família e Comunidade; Preceptor da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP); Consultor Técnico do Programa Pró-Residência do Departamento de Gestão da Educação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS/SGTES/DEGES).

*** Médico; Especialista em Psiquiatria; Preceptor de Residência Médica do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP; consultor Técnico da Coordenação Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC/SESu/DHR/CGRS).

**** Filósofo; Mestrando em Administração Pública; Técnico em Assuntos Educacionais da Coordenação Geral de Residências em Saúde; Supervisor de implantação do SisCNRM (MEC/SESu/DHR/CGRS).

***** Fisioterapeuta; Doutor em Educação; Pós-Doc em Fisioterapia Geriátrica; Professor Associado da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Diretor de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC/SESu/DHR).

***** Médica; Doutora em Clínica Médica; Professora Livre Docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP); Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação- CNRM/MEC.

da logística operacional oferecida pela Coordenação Geral de Residências em Saúde, pertencente à Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, onde está alocada a CNRM, vem sendo desenvolvido e implementado um sistema de informações, denominado SisCNRM, que para além de funcionar como uma base de dados, permite o gerenciamento e operacionalização de todo o processo de avaliação de instituições e programas, que dá sustentação às funções de regulação e supervisão. Desde a sua implantação, o SisCNRM vem sofrendo ajustes para acomodar da melhor forma os fluxos e processos de trabalho da CNRM, com vista a otimizar as atividades da Comissão e a sua interface com a sociedade. Embora esta interface ainda não possa ser considerada totalmente satisfatória, já é possível reunir os primeiros subsídios para se construir um panorama da situação da residência médica no Brasil.

Esse artigo apresenta a situação atual da Residência Médica no país a partir de dados extraídos do SisCNRM e das resoluções da CNRM.

PANORAMA GERAL DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

II. I. Número e tipo de especialidades médicas reconhecidas atualmente.

No Brasil, são reconhecidas atualmente 53 especialidades e 54 sub-especialidades, denominadas oficialmente Áreas de Atuação, vinculadas aos programas-mãe.

As 53 especialidades estão divididas segundo a modalidade de ingresso aceita para a área. Assim, existem 29 especialidades nas quais é facultado o acesso direto, após a graduação em Medicina, e 37 especialidades nas quais é exigida a formação prévia nas áreas básicas de conhecimento como pré-requisito ao ingresso, a saber:

II. I. I. Especialidades de acesso direto - total de 29 especialidades (28 especialidades regulamentadas pela Resolução CNRM nº 02/2006 e Cirurgia de Mão*, regulamentada pela Resolução CNRM nº 02/2007)

1. Acupuntura
2. Anestesiologia
3. Cirurgia Geral

4. Cirurgia da Mão *
5. Clínica Médica
6. Dermatologia
7. Genética Médica
8. Homeopatia
9. Infectologia
10. Medicina de Família e Comunidade
11. Medicina do Tráfego
12. Medicina do Trabalho
13. Medicina Esportiva
14. Medicina Física e Reabilitação
15. Medicina Legal
16. Medicina Nuclear
17. Medicina Preventiva e Social
18. Neurocirurgia
19. Neurologia
20. Obstetrícia e Ginecologia
21. Oftalmologia
22. Ortopedia e Traumatologia
23. Otorrinolaringologia
24. Patologia
25. Patologia Clínica / Medicina Laboratorial
26. Pediatria
27. Psiquiatria
28. Radiologia e Diagnóstico por Imagem
29. Radioterapia

II. I, 2. Especialidades que exigem pré-requisito:

Com pré-requisito em clínica médica: Regulamentadas pela Resolução CNRM nº 02/2006 e Cancerologia Clínica**, regulamentada pela Resolução CNRM nº 01/2007.

1. Alergia e Imunologia
2. Angiologia
3. Cancerologia Clínica **
4. Cardiologia
5. Endocrinologia
6. Endoscopia

7. Gastroenterologia
8. Geriatria
9. Hematologia e Hemoterapia
10. Nefrologia
11. Pneumologia
12. Reumatologia

Com pré-requisito em cirurgia geral: Regulamentadas pela Resolução CNRM nº 02/2006.

1. Cirurgia Geral – Programa Avançado
2. Cancerologia Cirúrgica
3. Cirurgia Cardiovascular
4. Cirurgia de Cabeça e Pescoço
5. Cirurgia do Aparelho Digestivo
6. Cirurgia Pediátrica
7. Cirurgia Plástica
8. Cirurgia Torácica
9. Cirurgia Vascular
10. Coloproctologia
11. Urologia

Com pré-requisito em obstetria e ginecologia ou cirurgia geral: Regulamentada pela Resolução CNRM nº 02/2006.

1. Mastologia

Com pré-requisito em anestesiologia ou clínica médica ou cirurgia geral: Regulamentada pela Resolução CNRM nº 02/2006.

1. Medicina Intensiva

Com pré-requisito em pediatria: Regulamentada pela Resolução CNRM nº 02/2006.

1. Cancerologia Pediátrica

Com pré-requisito em clínica médica ou cirurgia geral: Regulamentada pela Resolução CNRM nº 02/2006.

1. Nutrologia

II. 1. 3. Áreas de atuação (De acordo com a Resolução CFM 1845/2008)

Área de atuação	Especialidade-mãe
1. Administração em Saúde	Qualquer programa de Residência
2. Alergia e Imunologia Pediátrica	Alergia e Imunologia Pediatria
3. Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular	Radiologia Cirurgia Vascular Angiologia
4. Atendimento ao Queimado	Cirurgia Plástica
5. Cardiologia Pediátrica	Cardiologia Pediatria
6. Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial	Cirurgia da Cabeça e Pescoço Cirurgia Plástica Otorrinolaringologia
7. Cirurgia da Coluna	Neurocirurgia Ortopedia e Traumatologia
8. Cirurgia Dermatológica	Dermatologia
9. Cirurgia do Trauma	Cirurgia Geral
10. Cirurgia Videolaparoscópica	Cirurgia Geral Cirurgia do Aparelho Digestivo Coloproctologia
11. Citopatologia	Patologia
12. Densitometria Óssea	Endocrinologia e Metabolismo Ginecologia e Obstetria Medicina Nuclear Ortopedia e Traumatologia Reumatologia
13. Dor	Anestesiologia Neurologia
14. Ecocardiografia	Cardiologia
15. Ecografia Vascular com Doppler	Radiologia Cirurgia Vascular Angiologia Pediatria com área de atuação em Cardiologia Pediátrica
16. Eletrofisiologia Clínica Invasiva	Cardiologia
17. Endocrinologia Pediátrica	Endocrinologia Pediatria
18. Endoscopia Digestiva	Endoscopia Cirurgia Geral Cirurgia do Aparelho Digestivo Coloproctologia Gastroenterologia

19. Endoscopia Ginecológica	Ginecologia e Obstetrícia
20. Endoscopia Respiratória	Endoscopia Pneumologia Cirurgia Torácica
21. Ergometria	Cardiologia
22. Foniatria	Otorrinolaringologia
23. Gastroenterologia Pediátrica	Gastroenterologia Pediatria
24. Hansenologia	Dermatologia Clínica Médica Infectologia Neurologia Medicina de Família e Comunidade Medicina Preventiva e Social
25. Hematologia e Hemoterapia Pediátrica	Hematologia e Hemoterapia Pediatria
26. Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	Cardiologia
27. Hepatologia	Gastroenterologia
28. Infectologia Hospitalar	Infectologia
29. Infectologia Pediátrica	Infectologia Pediatria
30. Mamografia	Ginecologia e Obstetrícia Mastologia
31. Medicina de Urgência	Clínica Médica
32. Medicina do Adolescente	Pediatria
33. Medicina Fetal	Ginecologia e Obstetrícia
34. Medicina Intensiva Pediátrica	Medicina Intensiva Pediatria
35. Nefrologia Pediátrica	Nefrologia Pediatria
36. Neonatologia	Pediatria
37. Neurofisiologia Clínica	Neurologia Medicina Física e Reabilitação Pediatria com área de atuação em Neurologia Pediátrica
38. Neurologia Pediátrica	Neurologia Pediatria
39. Neurorradiologia	Radiologia e Diagnóstico por Imagem Neurologia Neurocirurgia

40. Nutrição Parenteral e Enteral	Nutrologia Pediatria Medicina Intensiva Cirurgia do aparelho Digestivo Gastroenterologia Cirurgia Geral
41. Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica	Nutrologia Pediatria
42. Nutrologia Pediátrica	Nutrologia Pediatria
43. Pneumologia Pediátrica	Pneumologia Pediatria
44. Psicogeriatría	Psiquiatria
45. Psicoterapia	Psiquiatria
46. Psiquiatria da Infância e Adolescência	Psiquiatria
47. Psiquiatria Forense	Psiquiatria
48. Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia	Angiologia Cirurgia Vascular Radiologia e Diagnóstico por Imagem
49. Reprodução Humana	Ginecologia e Obstetrícia
50. Reumatologia Pediátrica	Reumatologia Pediatria
51. Sexologia	Ginecologia e obstetrícia
52. Transplante de Medula Óssea	Hematologia e Hemoterapia
53. Ultra-Sonografia em Ginecologia e Obstetrícia	Ginecologia e Obstetrícia

II. 1. 4. Ano adicional para capacitação em transplantes: em 2009, foi apresentada à Comissão Nacional de Residência Médica, pelo Ministério da Saúde, uma demanda com o objetivo de se oferecer ao país um programa de capacitação de médicos para a realização de transplantes. Assim, a CNRM aprovou, em caráter provisório, até que se definam as características dessa sub-especialidade junto à Comissão de Especialidades que congrega as entidades médicas, a sua criação na forma de um ano adicional para algumas especialidades, conforme quadro abaixo. (Resolução CNRM nº 01, de 08 de abril de 2010).

1. Modalidade de transplante	Especialidades envolvidas
2. Transplante de Coração	Cirurgia Cardiovascular Cardiologia

3. Transplante de Fígado	Gastroenterologia Cirurgia do Aparelho Digestivo
4. Transplante de Pâncreas	Gastroenterologia Cirurgia do Aparelho Digestivo Endocrinologia
5. Transplante de Pulmão	Cirurgia Torácica Pneumologia
6. Transplante de Rim	Nefrologia Urologia Cirurgia Vascular;
7. Transplante de Ossos	Ortopedia
8. Transplante de Pele e Anexos:	Cirurgia Plástica
9. Transplante de Córnea:	Oftalmologia
10. Transplantes em Crianças e Adolescentes	Pediatria Cirurgia Pediátrica

III. 2. Duração de cada programa de residência (especialidade)

Especialidade	Duração
1. Acupuntura	02 anos
2. Anestesiologia	03 anos
3. Cirurgia Geral	02 anos
4. Cirurgia da Mão	02 anos
5. Clínica Médica	02 anos
6. Dermatologia	03 anos
7. Genética Médica	03 anos
8. Homeopatia	02 anos
9. Infectologia	03 anos
10. Medicina de Família e Comunidade	02 anos
11. Medicina do Trabalho	02 anos
12. Medicina Esportiva	03 anos
13. Medicina Física e Reabilitação	03 anos
14. Medicina Legal e Perícias Médicas	03 anos
15. Medicina Nuclear	03 anos
16. Medicina Preventiva e Social	02 anos
17. Neurocirurgia	05 anos
18. Neurologia	03 anos
19. Obstetrícia e Ginecologia	03 anos
20. Oftalmologia	03 anos

21. Ortopedia e Traumatologia	03 anos
22. Otorrinolaringologia	03 anos
23. Patologia	03 anos
24. Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	03 anos
25. Pediatria	02 anos
26. Psiquiatria	03 anos
27. Radiologia e Diagnóstico por Imagem	03 anos
28. Radioterapia	03 anos
29. Alergia e Imunologia	02 anos
30. Angiologia	02 anos
31. Cancerologia Clínica	03 anos
32. Cardiologia	02 anos
33. Endocrinologia	02 anos
34. Endoscopia	02 anos
35. Gastroenterologia	02 anos
36. Geriatria	02 anos
37. Hematologia e Hemoterapia	02 anos
38. Nefrologia	02 anos
39. Pneumologia	02 anos
40. Reumatologia	02 anos
41. Cirurgia Geral–Programa Avançado	02 anos
42. Cancerologia Cirúrgica	02 anos
43. Cirurgia Cardiovascular	04 anos
44. Cirurgia de Cabeça e Pescoço	02 anos
45. Cirurgia do Aparelho Digestivo	02 anos
46. Cirurgia Pediátrica	03 anos
47. Cirurgia Plástica	03 anos
48. Cirurgia Torácica	02 anos
49. Cirurgia Vascular	02 anos
50. Coloproctologia	02 anos
51. Urologia	03 anos
52. Mastologia	02 anos
53. Medicina Intensiva	02 anos
54. Cancerologia Pediátrica	02 anos
55. Nutrologia	02 anos

II. 3. Distribuição das instituições que oferecem programas de residência médica segundo a sua caracterização de acordo com o tipo de serviço e esfera de gestão a que estão vinculadas.

Tipo de instituição	Esfera de gestão	Quantidade
Saúde Pública	Federais	50
	Estaduais	151
	Municipais	61
Saúde Privada		365
Hospitais Universitários	Federais	37
	Estaduais	15
	Privados	7
Total		676

II. 4. Investimento governamental no financiamento de residência médica

As informações fornecidas pelo SisCNRN até o momento não oferecem subsídios suficientes para a obtenção de um diagnóstico preciso a respeito da distribuição exata do financiamento das bolsas de residência médica no país. Entretanto, as estimativas apontam que, das cerca de 22.000 bolsas de residência médica pagas em 2010, o equivalente a um terço receberam financiamento pelo sistema federal, sendo o Ministério da Educação o maior agente financiador, respondendo por uma média de 5.800 bolsas/mês, e o Ministério da Saúde por cerca de 1.100 bolsas. As demais foram divididas em partes similares entre os sistemas Estadual e Municipal e a rede privada de instituições.

Setor		Custo anual estimado - R\$
Público	Federal (MEC + MS)	185 milhões
	Estadual e Municipal	200 milhões
Privado		Não temos este dado

II. 5. Distribuição de vagas de RI em Programas de Residência Médica de acesso direto e número de residentes matriculados em 2011, segundo Região do Brasil.

Uma das questões fundamentais que determinaram a implementação do SisCNRN foi a necessidade de que fossem gerados dados confiáveis sobre a residência médi-

ca no país, que permitissem a avaliação da situação atual, o planejamento de políticas de indução do crescimento das áreas de especialidades estratégicas para o sistema de saúde e a concepção de um modelo de regulação para o país. A expectativa em relação a esse sistema é que ele possa vir a fornecer relatórios sobre a distribuição de vagas autorizadas e ocupadas em cada especialidade, por estado, de forma que se possa monitorar a eficácia das políticas de fomento que vêm sendo implementadas.

Ações conjuntas, a partir de estudos dos Ministérios da Educação e da Saúde, determinaram o lançamento do Programa Pró-Residência, voltado à abertura de vagas ou expansão de programas de residência médica nas especialidades e regiões prioritárias para o SUS. Prevê também projeto de matriciamento, por instituições de reconhecida experiência na área, para a criação de novos programas em regiões atualmente carentes dos mesmos ou onde existem programas que necessitam de desenvolvimento.

Dados preliminares do SisCNRN mostram que em 2011 havia um total de 10.196 vagas disponíveis, 2.340 PRMs de acesso direto, e apenas 7.739 dessas vagas preenchidas. A taxa de ocupação de vagas ocorre de forma bastante homogênea em todas as regiões (média = 76%), variando de 80% na região Norte a 70% na região Centro-Oeste (nesse caso, diminuído pelo Distrito Federal que tem a menor taxa de ocupação ao redor de 63%).

Região Centro-Oeste				
UF	Especialidade	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas
DF	ACUPUNTURA	1	2	0
	ANESTESIOLOGIA	6	23	12
	CIRURGIA GERAL	9	48	34
	CLÍNICA MÉDICA	9	83	61
	DERMATOLOGIA	2	5	3
	GENÉTICA MÉDICA	1	2	0
	INFECTOLOGIA	1	2	2
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	2	9	2
	NEUROCIRURGIA	1	3	1

	NEUROLOGIA	2	6	1
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	10	46	30
	OFTALMOLOGIA	9	21	5
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5	26	17
	OTORRINOLARINGOLOGIA	4	6	6
	PATOLOGIA	2	5	2
	PEDIATRIA	10	69	45
	PSQUIATRIA	4	12	8
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	5	20	14
	TOTAL DF	83	388	243
GO	ANESTESIOLOGIA	2	6	6
	CIRURGIA GERAL	5	19	15
	CLÍNICA MÉDICA	5	37	30
	DERMATOLOGIA	1	4	4
	INFECTOLOGIA	2	3	1
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	1	6	0
	MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	1	3	2
	NEUROCIRURGIA	1	1	1
	NEUROLOGIA	5	7	6
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	4	15	9
	OFTALMOLOGIA	3	8	8
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4	13	12
	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1	1
	PATOLOGIA	1	2	2
	PEDIATRIA	4	18	13
	PSQUIATRIA	3	4	4
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	1	2	2
	RADIOTERAPIA	1	1	1
	TOTAL GO	45	150	117
MS	ANESTESIOLOGIA	2	10	7

	CIRURGIA GERAL	4	28	21
	CLÍNICA MÉDICA	5	27	26
	DERMATOLOGIA	1	2	2
	INFECTOLOGIA	1	3	3
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	2	7	0
	NEUROCIRURGIA	1	1	1
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	5	19	11
	OFTALMOLOGIA	2	4	3
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	4	4
	PEDIATRIA	4	22	19
	PSQUIATRIA	2	5	5
	TOTAL MS	30	132	102
MT	ANESTESIOLOGIA	2	7	7
	CIRURGIA GERAL	4	13	11
	CLÍNICA MÉDICA	2	8	8
	DERMATOLOGIA	1	2	2
	INFECTOLOGIA	1	3	3
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	1	8	4
	NEUROCIRURGIA	1	1	1
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	2	8	8
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	5	3
	PEDIATRIA	3	12	8
	TOTAL MT	19	67	55
	TOTAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE	177	737	517

Região Norte				
UF	Especialidade	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas
AC	ANESTESIOLOGIA	1	2	2
	CIRURGIA GERAL	1	6	6

	CLÍNICA MÉDICA	1	6	6
	INFECTOLOGIA	1	3	2
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	1	6	1
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1	4	4
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	3	3
	PEDIATRIA	1	5	5
	TOTAL AC	8	35	29
AM	ANESTESIOLOGIA	3	7	6
	CIRURGIA GERAL	4	14	13
	CLÍNICA MÉDICA	3	21	18
	DERMATOLOGIA	3	6	6
	INFECTOLOGIA	1	5	4
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	1	6	1
	NEUROCIRURGIA	1	2	2
	NEUROLOGIA	1	2	1
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	4	20	12
	OFTALMOLOGIA	1	3	0
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	10	8
	OTORRINOLARINGOLOGIA	3	3	2
	PATOLOGIA	1	2	2
	PEDIATRIA	2	6	5
	PSIQUIATRIA	1	5	5
	TOTAL AM	31	112	85
AP	CIRURGIA GERAL	1	4	4
	CLÍNICA MÉDICA	1	4	4
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1	4	3
	PEDIATRIA	1	4	2
	TOTAL AP	4	16	13
PA	ANESTESIOLOGIA	3	10	10
	CIRURGIA GERAL	4	25	22
	CLÍNICA MÉDICA	4	31	31

	DERMATOLOGIA	2	4	4
	INFECTOLOGIA	1	5	2
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	2	20	7
	NEUROCIRURGIA	1	1	1
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1	10	5
	OFTALMOLOGIA	1	4	4
	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	4	3
	PEDIATRIA	2	11	9
	PSIQUIATRIA	1	5	4
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	2	7	5
	TOTAL PA	25	137	107
RO	CIRURGIA GERAL	1	4	4
	CLÍNICA MÉDICA	1	4	4
	INFECTOLOGIA	1	3	3
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1	4	4
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	3	2
	PEDIATRIA	1	4	4
	TOTAL RO	6	22	21
RR	ANESTESIOLOGIA	1	3	3
	CIRURGIA GERAL	1	5	4
	CLÍNICA MÉDICA	1	6	6
	INFECTOLOGIA	1	3	3
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	1	8	8
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1	4	0
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	3	3
	PEDIATRIA	1	4	3
	TOTAL RR	8	36	30
TO	CIRURGIA GERAL	1	6	4
	CLÍNICA MÉDICA	1	6	6

	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1	4	3
	PEDIATRIA	1	6	5
	PSIQUIATRIA	1	1	1
	TOTAL TO	5	23	19
TOTAL DA REGIÃO NORTE		87	381	304

Região Nordeste				
UF	Especialidade	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas
AL	ANESTESIOLOGIA	2	8	6
	CIRURGIA GERAL	3	8	6
	CLÍNICA MÉDICA	2	8	8
	DERMATOLOGIA	1	2	2
	INFECTOLOGIA	1	2	1
	NEUROCIRURGIA	1	2	2
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	4	15	3
	OFTALMOLOGIA	1	4	2
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	4	3
	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	2	2
	PATOLOGIA	1	1	1
	PEDIATRIA	3	9	6
	PSIQUIATRIA	2	4	4
	TOTAL AL	24	69	46
	BA	ACUPUNTURA	1	2
ANESTESIOLOGIA		7	34	31
CIRURGIA GERAL		13	50	45
CLÍNICA MÉDICA		13	67	61
DERMATOLOGIA		1	4	4
INFECTOLOGIA		3	7	7
MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE		4	27	1
MEDICINA DO TRABALHO		1	7	7
NEUROCIRURGIA		3	4	3

	NEUROLOGIA	3	6	6
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	8	32	28
	OFTALMOLOGIA	5	16	10
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7	18	15
	OTORRINOLARINGOLOGIA	3	8	8
	PATOLOGIA	1	2	2
	PEDIATRIA	9	51	47
	PSIQUIATRIA	3	9	9
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	2	5	5
	TOTAL BA	87	349	290
CE	ANESTESIOLOGIA	4	19	19
	CIRURGIA GERAL	10	35	33
	CLÍNICA MÉDICA	9	59	58
	DERMATOLOGIA	4	9	8
	INFECTOLOGIA	2	6	0
	MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	5	62	18
	NEUROCIRURGIA	2	1	1
	NEUROLOGIA	3	7	7
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	7	31	25
	OFTALMOLOGIA	5	8	6
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5	13	13
	OTORRINOLARINGOLOGIA	3	4	4
	PATOLOGIA	2	4	1
	PEDIATRIA	9	48	37
	PSIQUIATRIA	4	17	16
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	4	11	9
	RADIOTERAPIA	1	2	1
TOTAL CE	79	336	256	
MA	ANESTESIOLOGIA	1	2	2
	CIRURGIA GERAL	2	16	12
	CLÍNICA MÉDICA	2	13	11

	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	2	3	0
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	2	14	9
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	6	2
	PEDIATRIA	2	15	14
	TOTAL MA	12	69	50
PB	ANESTESIOLOGIA	3	4	4
	CIRURGIA GERAL	3	10	10
	CLÍNICA MÉDICA	5	24	22
	INFECTOLOGIA	2	4	3
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	3	10	6
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	3	6	5
	OFTALMOLOGIA	2	4	4
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	2	2
	PEDIATRIA	4	13	10
	PSIQUIATRIA	2	2	2
	TOTAL PB	28	79	68
	PE	ACUPUNTURA	1	2
ANESTESIOLOGIA		5	19	19
CIRURGIA DA MÃO		2	4	3
CIRURGIA GERAL		11	54	53
CLÍNICA MÉDICA		11	68	60
DERMATOLOGIA		3	8	8
INFECTOLOGIA		2	8	5
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE		4	28	12
NEUROCIRURGIA		4	6	5
NEUROLOGIA		4	9	9
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA		6	54	34
OFTALMOLOGIA		7	28	11
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		8	37	28

	OTORRINOLARINGOLOGIA	3	6	6	
	PATOLOGIA	1	2	1	
	PEDIATRIA	6	50	43	
	PSIQUIATRIA	2	4	4	
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	4	17	13	
	RADIOTERAPIA	1	1	1	
	TOTAL PE	85	405	315	
PI	CIRURGIA GERAL	3	8	8	
	CLÍNICA MÉDICA	3	7	7	
	INFECTOLOGIA	2	4	3	
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	3	12	6	
	OFTALMOLOGIA	2	3	3	
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	2	2	
	PEDIATRIA	2	5	5	
	PSIQUIATRIA	2	3	3	
	TOTAL PI	18	44	37	
	RN	ANESTESIOLOGIA	1	2	2
		CIRURGIA GERAL	2	11	11
	CLÍNICA MÉDICA	2	14	14	
	DERMATOLOGIA	1	2	2	
	INFECTOLOGIA	2	6	2	
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	4	29	5	
	NEUROCIRURGIA	1	1	1	
	NEUROLOGIA	1	2	1	
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1	8	8	
	OFTALMOLOGIA	1	4	4	
	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	2	2	
	PATOLOGIA	1	2	2	
	PEDIATRIA	5	23	11	
	PSIQUIATRIA	3	7	5	
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	1	2	2	

	RADIOTERAPIA	1	1	1
	TOTAL RN	28	116	73
SE	CIRURGIA GERAL	2	8	8
	CLÍNICA MÉDICA	2	8	6
	DERMATOLOGIA	1	2	2
	INFECTOLOGIA	1	2	0
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1	2	0
	PEDIATRIA	2	4	0
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	1	2	2
	TOTAL SE	10	28	18
TOTAL DA REGIÃO NORDESTE		371	1495	1153

Região Sul				
UF	Especialidade	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas
PR	ANESTESIOLOGIA	14	41	33
	CIRURGIA DA MÃO	2	4	1
	CIRURGIA GERAL	20	91	68
	CLÍNICA MÉDICA	17	101	73
	DERMATOLOGIA	5	9	6
	INFECTOLOGIA	3	7	6
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	8	42	17
	MEDICINA DO TRABALHO	1	2	2
	NEUROCIRURGIA	7	10	6
	NEUROLOGIA	8	14	7
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	13	59	41
	OFTALMOLOGIA	7	21	15
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13	39	27
	OTORRINOLARINGOLOGIA	6	11	9
	PATOLOGIA	4	7	4
	PEDIATRIA	9	64	46
	PSIQUIATRIA	8	18	16

	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	10	22	15	
	RADIOTERAPIA	1	2	1	
	TOTAL PR	156	564	393	
RS	ANESTESIOLOGIA	10	37	30	
	CIRURGIA GERAL	24	122	102	
	CLÍNICA MÉDICA	21	156	148	
	DERMATOLOGIA	6	14	13	
	GENÉTICA MÉDICA	2	3	2	
	INFECTOLOGIA	7	12	10	
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	13	91	26	
	MEDICINA DO TRABALHO	1	3	3	
	MEDICINA ESPORTIVA	1	2	1	
	MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	3	4	1	
	MEDICINA NUCLEAR	1	1	1	
	MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	3	7	2	
	NEUROCIRURGIA	8	10	8	
	NEUROLOGIA	6	15	10	
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	16	87	56	
	OFTALMOLOGIA	8	15	10	
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	36	27	
	OTORRINOLARINGOLOGIA	7	12	9	
	PATOLOGIA	6	12	4	
	PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	1	1	1	
	PEDIATRIA	18	107	75	
	PSIQUIATRIA	15	53	39	
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	14	35	27	
	RADIOTERAPIA	2	2	2	
	TOTAL RS	205	837	607	
	SC	ACUPUNTURA	2	2	2
		ANESTESIOLOGIA	5	22	22

CIRURGIA DA MÃO	1	1	0
CIRURGIA GERAL	12	46	43
CLÍNICA MÉDICA	13	75	72
DERMATOLOGIA	1	2	2
INFECTOLOGIA	1	2	1
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	6	30	6
NEUROCIRURGIA	2	2	2
NEUROLOGIA	4	7	7
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	5	20	19
OFTALMOLOGIA	4	10	9
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7	19	17
PATOLOGIA	2	4	2
PEDIATRIA	5	27	23
PSIQUIATRIA	4	11	7
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	4	9	8
TOTAL SC	78	289	242
TOTAL DA REGIÃO SUL	439	1690	1242

Região Sudeste				
UF	Especialidade	Nº PRMs	Vagas Existentes	Vagas Preenchidas
ES	ANESTESIOLOGIA	2	7	6
	CIRURGIA GERAL	3	16	14
	CLÍNICA MÉDICA	3	25	23
	DERMATOLOGIA	2	4	4
	INFECTOLOGIA	1	2	2
	MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	1	2	2
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	2	14	12
	OFTALMOLOGIA	1	3	3
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	2	2
	PATOLOGIA	1	2	2

	PEDIATRIA	2	20	20
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	1	4	4
	TOTAL ES	20	101	94
MG	ANESTESIOLOGIA	21	69	61
	CIRURGIA DA MÃO	1	2	2
	CIRURGIA GERAL	38	136	118
	CLÍNICA MÉDICA	39	208	173
	DERMATOLOGIA	8	14	14
	GENÉTICA MÉDICA	1	2	1
	INFECTOLOGIA	6	15	10
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	18	91	30
	MEDICINA DO TRABALHO	2	5	5
	MEDICINA NUCLEAR	1	2	0
	NEUROCIRURGIA	13	17	12
	NEUROLOGIA	9	18	16
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	28	100	80
	OFTALMOLOGIA	13	28	20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	21	46	38	
	OTORRINOLARINGOLOGIA	12	17	13
	PATOLOGIA	7	10	8
	PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	1	4	4
	PEDIATRIA	31	127	106
	PSIQUIATRIA	16	35	25
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	11	27	25
TOTAL MG	297	973	761	
RJ	ANESTESIOLOGIA	29	111	91
	CIRURGIA DA MÃO	3	6	6
	CIRURGIA GERAL	44	194	133
	CLÍNICA MÉDICA	40	256	210
	DERMATOLOGIA	8	30	25
	GENÉTICA MÉDICA	3	6	3

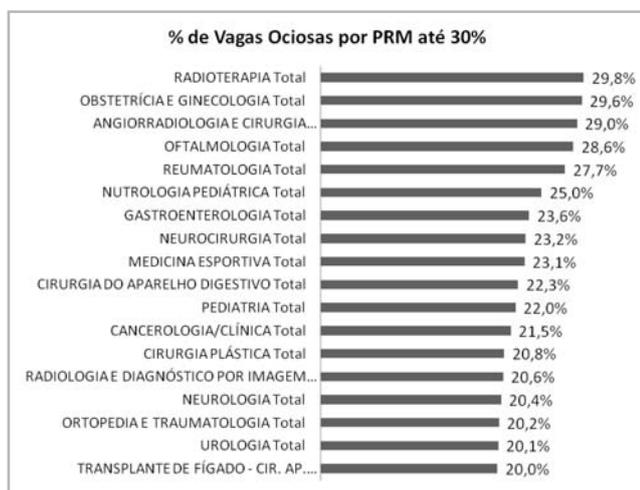
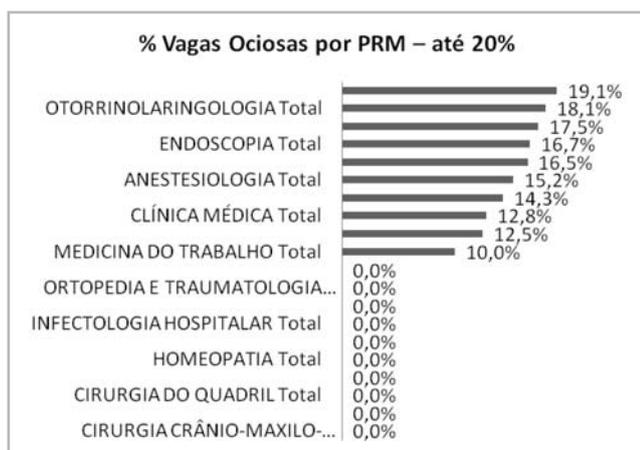
	HOMEOPATIA	1	2	2
	INFECTOLOGIA	11	29	11
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	13	75	17
	MEDICINA DO TRABALHO	1	2	2
	MEDICINA DO TRÁFEGO	1	2	2
	MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	3	6	4
	MEDICINA NUCLEAR	4	6	5
	MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	8	7	0
	NEUROCIRURGIA	20	26	14
	NEUROLOGIA	13	30	24
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	40	129	91
	OFTALMOLOGIA	20	64	55
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27	119	87
	OTORRINOLARINGOLOGIA	15	27	25
	PATOLOGIA	12	21	14
	PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	4	3	1
	PEDIATRIA	41	214	158
	PSIQUIATRIA	8	44	32
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	16	61	47
	RADIOTERAPIA	2	6	6
	TOTAL RJ	387	1476	1065
SP	ACUPUNTURA	4	12	2
	ANESTESIOLOGIA	31	201	167
	CIRURGIA DA MÃO	8	19	13
	CIRURGIA GERAL	60	448	388
	CLÍNICA MÉDICA	50	571	504
	DERMATOLOGIA	17	77	64
	GENÉTICA MÉDICA	3	11	6
	INFECTOLOGIA	14	66	50
	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	22	153	45

	MEDICINA DO TRABALHO	5	11	8
	MEDICINA ESPORTIVA	2	11	9
	MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	4	25	16
	MEDICINA LEGAL	1	8	2
	MEDICINA NUCLEAR	5	22	14
	MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	8	34	10
	NEUROCIRURGIA	28	50	45
	NEUROLOGIA	19	73	61
	OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	51	310	220
	OFTALMOLOGIA	28	154	115
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	37	205	176
	OTORRINOLARINGOLOGIA	27	96	73
	PATOLOGIA	13	48	35
	PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	7	21	4
	PEDIATRIA	50	414	335
	PSIQUIATRIA	28	122	103
	RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	29	149	118
	RADIOTERAPIA	11	32	20
	TOTAL SP	562	3343	2603
	TOTAL REGIÃO SUDESTE	1266	5893	4523

II. 6. Análise da taxa de ociosidade de vagas por Programa de Residência Médica no Brasil

Os dados do quadro anterior permitem realizar uma avaliação do percentual de vagas ociosas em cada especialidade, e assim estabelecer um indicador, aqui denominado **Taxa de Ociosidade por PRM**.

A partir da análise desse indicador, será possível iniciar junto aos gestores da residência médica em todo o país uma discussão concreta a respeito de questões até então pouco abordadas e enfrentadas, no que tange à regulação da oferta de vagas, à viabilidade técnica e operacional da fragmentação do conhecimento em especialidades e sub-especialidades e à própria sobrevivência de algumas áreas de especialidade.



FONTE: CNRM/SGTES

III. CONCLUSÃO

A formação de recursos humanos deve ser uma política central na construção de um sistema de saúde equitativo, universal e integral. O médico é um profissional que tem um papel fundamental para a assistência à saúde da população, mas o país ainda enfrenta a questão da desassistência em muitas regiões, em quantidade desses profissionais e em qualificação específica para o atendimento de especialidades prioritárias.

Nesse sentido, a CNRM/MEC e a SGTES/MS devem promover ações conjuntas com vista a qualificar a formação de médicos especialistas de acordo com as necessidades de saúde e distribuir a oferta desses profissionais por todo o país.

O Sis-CNRM torna-se assim um instrumental fundamental para fornecer dados que subsidiem as decisões dessa política pública e monitorar a sua implantação.

Apesar de estar em fase de implantação, alguns dados já podem ser extraídos do Sis-CNRM, como o número de vagas de residência médica existentes e ocupadas nas especialidades de acesso direto. A partir de uma análise inicial, verificamos a distribuição de um número maior de vagas na região Sudeste, e uma alta taxa de ociosidade (ao redor de 20 a 30%) em todas as regiões do país.

Esse panorama sinaliza que é necessário estudar os motivos pelos quais essas vagas não são ocupadas no país, comparando os diferentes coeficientes entre as especialidades. Algumas hipóteses já podem ser levantadas, como o fato de especialidades de maior interesse de mercado apresentarem uma taxa menor (Dermatologia com apenas 13%), enquanto outras têm acima dos 50% de ociosidade (Medicina de Família e Comunidade, por exemplo, com 71% de vagas ociosas). Conhecer esses motivos pode auxiliar na elaboração de diretrizes políticas mais eficientes e eficazes.

Os dados apresentados reafirmam a necessidade de se estabelecer uma política clara de regulação da residência médica para o país, que busque, entre outras ações possíveis: 1) ampliar os mecanismos de fortalecimento e fomento de programas de residência médica nos estados em que há maior carência de profissionais, de forma a viabilizar a permanência dos egressos dos cursos de graduação nesses estados; 2) priorizar as especialidades estratégicas para os gestores do SUS em cada região, de acordo com o perfil epidemiológico identificado e o quadro de recursos humanos existente, sem prejuízo das demais áreas de especialidade; 3) buscar estratégias de estímulo, durante a graduação, para incentivar o ingresso em programas de residência de interesse para o sistema; 4) discutir com os gestores do SUS as estratégias de estímulo para ingresso à carreira nas especialidades consideradas prioritárias.

Distribuição de Vagas de Residência Médica e de Médicos nas Regiões do País

*Maria do Patrocínio Tenório Nunes**, *Jeanne Liliane Marlene Michel***, *Sigisfredo Luís Brenelli****,
*Ana Estela Haddad*****, *Denise Mafra******, *Eliana Claudia Otero Ribeiro******, *Helena Lemos Petta******

Em 1977, também através do Decreto 80.281, a CNRM cita como especialidades médicas, passíveis de formação via residência médica, preferencialmente as seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva e Social, denominadas até hoje como especialidades “básicas”. Ao longo dos anos, esse número se expandiu consideravelmente. Embora com assento na CNRM, a Associação Médica Brasileira reconhecia um número diferente de especialidades em processo diverso e não ajustado àquele realizado pela CNRM. Apenas em 2002, é celebrado um convênio pela CNRM, AMB e CFM visando a estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão

e registros de títulos de especialistas. Ao todo, hoje 53 especialidades médicas e 52 áreas de atuação são reconhecidas, conforme Resolução CFM nº 1.951¹, de 10 de junho de 2010 e Helena Lemos Petta². (Gráfico 1)

Estudos de 2005, repetidos em 2006 e 2008, revelaram alta concentração de programas e instituições que oferecem residência médica nas regiões Sudeste e Sul, respectivamente. (Gráfico 2)

A concentração de vagas e bolsas de RM na região Sudeste coincide com a concentração de outros indicadores de saúde. Os estudos nacionais mostravam a sobreposição percentual de médicos em atividade sobre a oferta de vagas-bolsas de Residência Médica por região do Brasil. (Gráfico 3)

* Médica; Doutora em Clínica Médica; Professora Livre Docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP); Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação- CNRM/MEC.

** Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Coordenadora Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC/ SESu/DHR/CGRS).

*** Médico; Doutor em Clínica Médica; Professor Assistente Doutor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde – MS/SGTES/DEGES

**** Cirurgiã-Dentista; Doutora em Odontologia; Professora do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP); Diretora de Programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS/SGTES).

***** Doutora em Comunicação e Especialista em Educação Continuada e a Distância pela Universidade de Brasília. Consultora Nacional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS), Representação no Brasil, em Educação Superior na Saúde (junho de 2008 a agosto de 2011), responsável pelo acompanhamento técnico do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e do Programa Nacional de Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRO-RESIDÊNCIA.

***** Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mestrado em Saúde Pública - Harvard University e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente trabalha no laboratório de currículo e ensino do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Recursos Humanos em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: educação médica, formação de recursos humanos em saúde, formação docente, educação permanente em saúde

***** Médica infectologista, mestre em Políticas Públicas pelo IPEA/ENSP e consultora da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

A oferta de novos locais de residência com qualidade contribui para a fixação de médicos nas regiões em que cursaram tais programas. Um estudo publicado³ em abril de 2010 no *New England Journal of Medicine*, confirma alguns dados coletados entre 2004 e 2008 no Brasil. (Gráfico 4)

Estudos conduzidos pelo Observatório de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo revelou que, dos médicos formados em outras unidades da federação e que fizeram residência médica em São Paulo entre os anos de 1995-2002, apenas 40% retornaram aos seus estados de origem. Oitenta e dois por cento dos médicos residentes daquele período, quando consultados, responderam que atuam como médico na mesma unidade da federação onde cumpriu programa de residência médica.

Apreciação de egressos dos curso de Medicina das universidades federais de Roraima indica que 48% nasceram em Roraima. Estudo de coorte de 10 anos de egressos do curso de Medicina no Acre revela que apenas 22% são acreanos. Análise da origem dos profissionais que atuam nesses dois estados contribui de forma interessante para a compreensão da RM como um dos fatores de fixação de médicos. No Acre e em Roraima, a RM se revela como fator independente de crescimento de especialistas. Os médicos que cumpriram PRM em

Obstetrícia e Ginecologia, Medicina da família e Comunidade e Pediatria e que não nasceram naqueles estados alcançam taxas de fixação em torno de 100%. Em Roraima, o mesmo aconteceu com o PRM de Infectologia. Taxas inferiores a 50% foram detectadas para os que fizeram Cirurgia Geral e Clínica médica. Cabe destacar que nesses estados não há PRM em especialidades clínicas ou cirúrgicas*

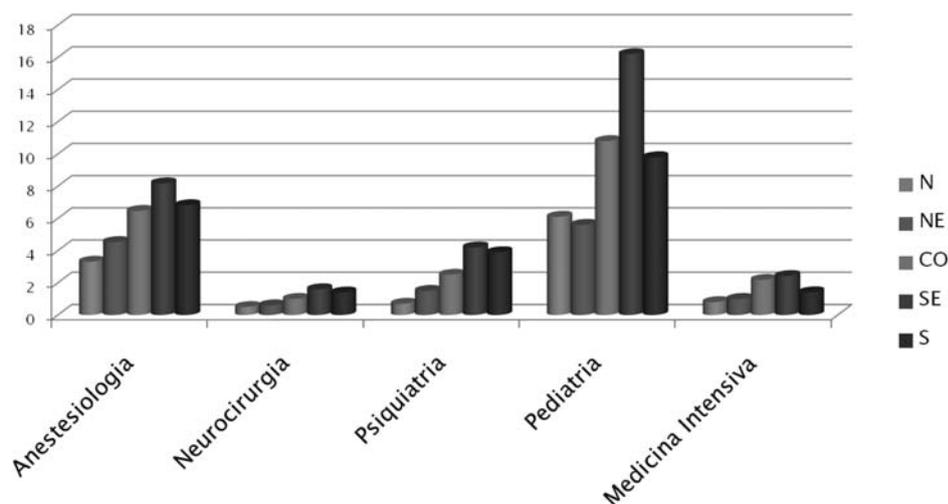
Estudos realizados no Canadá confirmam a RM como fator de fixação de médicos, mesmo em regiões mais distantes daquele país⁴.

Desde 2004, a Comissão Interministerial (Saúde e Educação) vem, finalmente, possibilitando a ação conjunta dos dois ministérios na definição e encaminhamento de propostas relativas à formação de recursos humanos para a saúde, incluindo a RM.

Portanto, pode-se afirmar que a RM, e não a escola médica, é capaz de possibilitar a redistribuição de médicos. Claro que outras ações devem ser desenvolvidas e muitas áreas podem participar para a solução desse desafio, entre elas as de Economia, Estatística, Administração, Segurança Pública, Educação, Planejamento, Comunicação e Informática

A formação médica especializada, presente no País há mais de 30 anos, nunca havia sido objeto de políti-

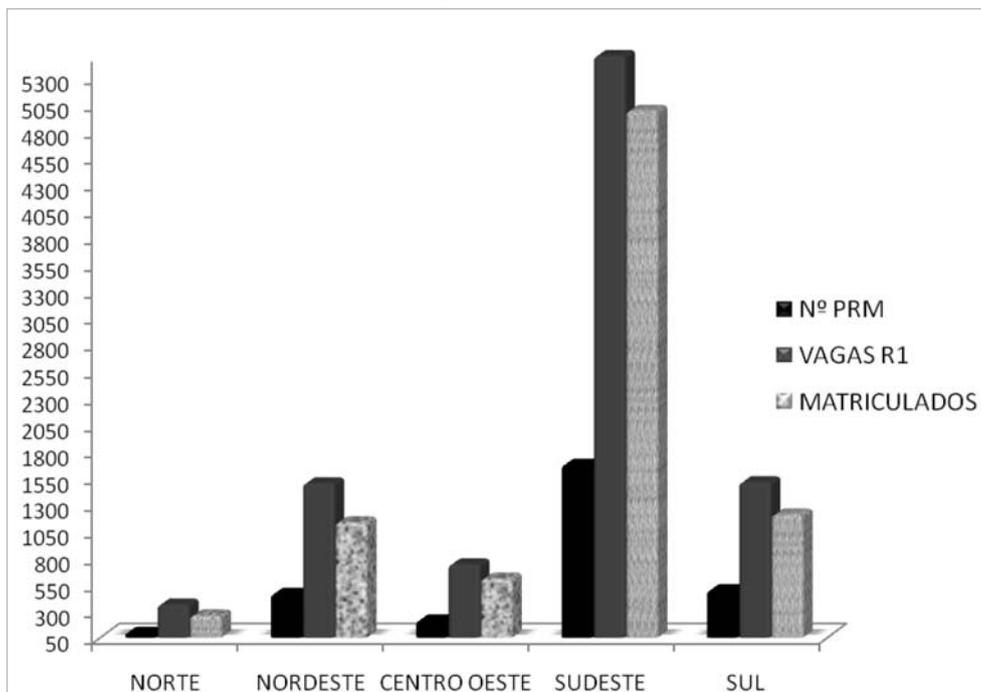
GRÁFICO I - NÚMERO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS OCUPADOS NAS ESPECIALIDADES POR 100.000 HABITANTES, 2008



Fonte: CNES/DATASUS. Brasil, 2008.

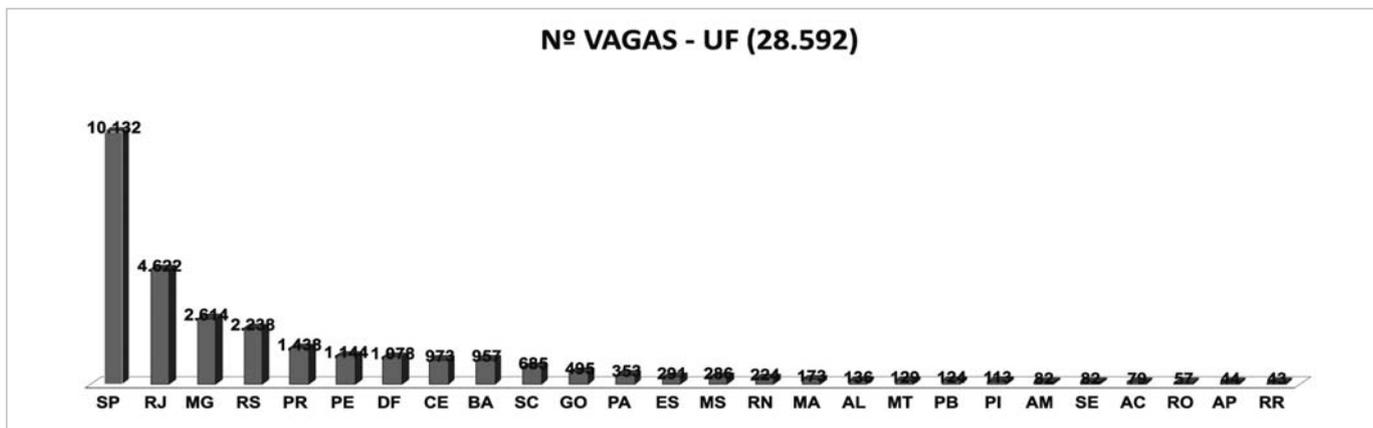
* Dados da Comissão Nacional de Residência Médica, Secretaria de Educação Superior/Ministério da Educação em fase de estudo ainda não publicado.

GRÁFICO 2



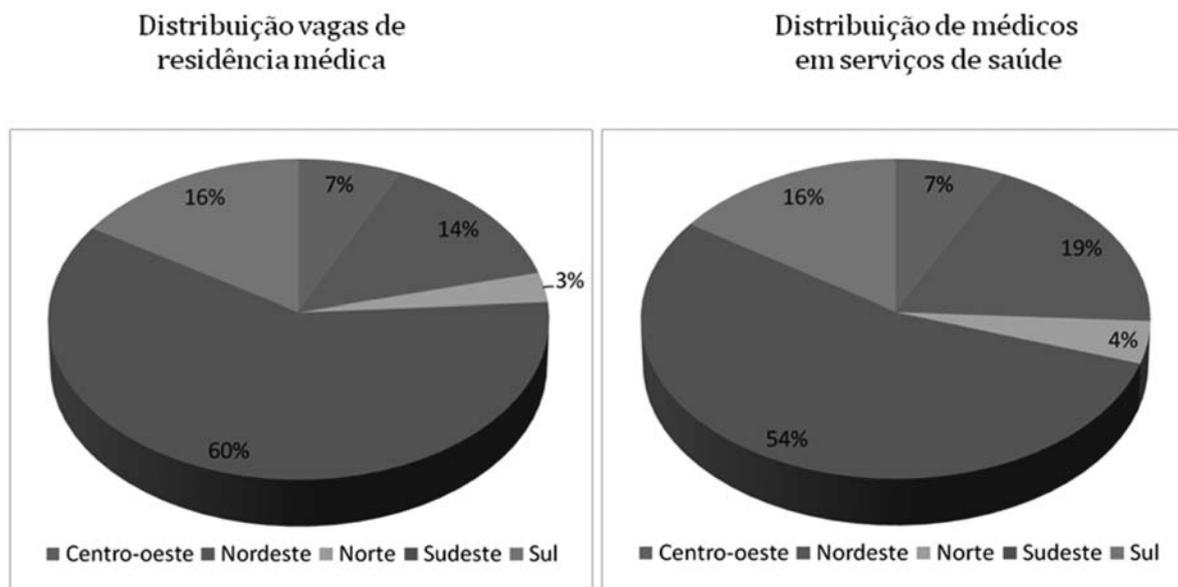
NOTA: NÚMERO de Programas de Residência Médica (preto), Vagas de R1 (cinza escuro) e matriculados (hachurado) em cada região do País.

Gráfico 3 – Número de Vagas – UF (28.592)



Fonte: MEC/CNRM – 2010.

Gráfico 4



FONTES: CNES/DATASUS/MS, 2008; CNRM/MEC, 2008.

cas públicas específicas. O Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas – Pró-Residência, lançado em outubro de 2009, constitui-se um marco de construção e implementação de uma política pública destinada a fomentar a formação médica especializada, a partir das necessidades de saúde no País. Essa política, embora recente, tem produzido resultados².

Assim, projetos, como a expansão de vagas e bolsas, são desenvolvidos com base na lógica das necessidades de gestores públicos e privados, preferencialmente – mas não exclusivamente – em regiões prioritárias do País. Essas ações reduzirão, em parte, o impacto da distribuição de médicos.

QUADRO I - ÁREA DE INTERVENÇÃO E ESPECIALIDADES CORRESPONDENTES

Área de intervenção	Especialidade/área de atuação
Atenção Básica	Medicina da Família e Comunidade
Urgência	Medicina Intensiva, Anestesiologia, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia/ Medicina de Urgência e Cirurgia do Trauma
Área Básica	Clínica Médica e Cirurgia Geral
Criança	Pediatria/ Neonatologia
Outras	Outras especialidades que não são prioritárias, porém com escassez na região proponente.

Mulher	Ginecologia e Obstetrícia
Mental	Psiquiatria/ Psiquiatria da Infância e Adolescência
Câncer	Cancerologia Clínica, Cancerologia Cirúrgica, Radioterapia e Patologia
Idoso	Geriatria

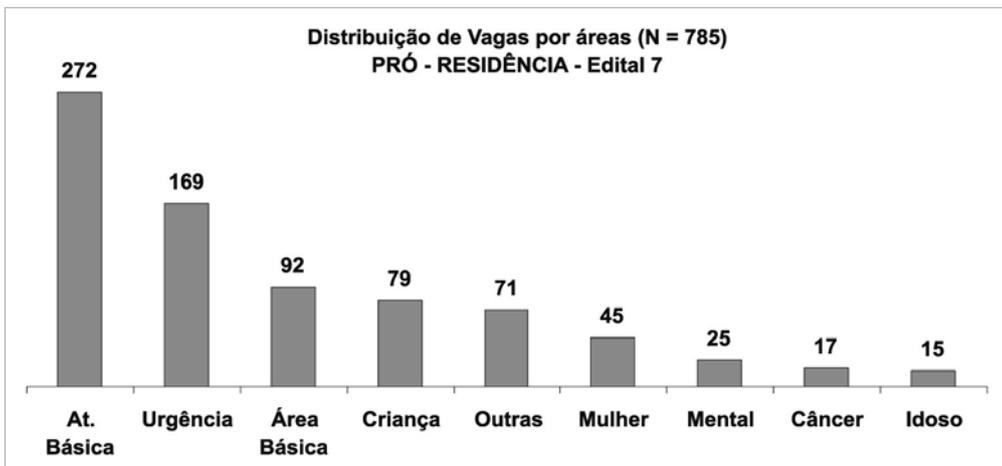
FONTE: DEGES/MS.

O Pró-Residência 7⁵ (expansão de bolsas às instituições com vagas já credenciadas e carentes, e aos novos programas em locais com infraestrutura e recursos humanos) e o Edital 8⁶ (criação de infraestrutura para credenciamento de novos programas) iniciaram o projeto de melhor distribuição.

O apoio matricial consiste em um arranjo complementar, sendo construído a partir da constituição de uma retaguarda especializada de apoio às equipes de referência, no próprio ambiente hospitalar ou do hospital, para os demais níveis de assistência. Tem o propósito de uma corresponsabilização dos casos, com uma função técnico-pedagógica, com transferência de tecnologias para a qualificação das equipes. (Gráfico 5)

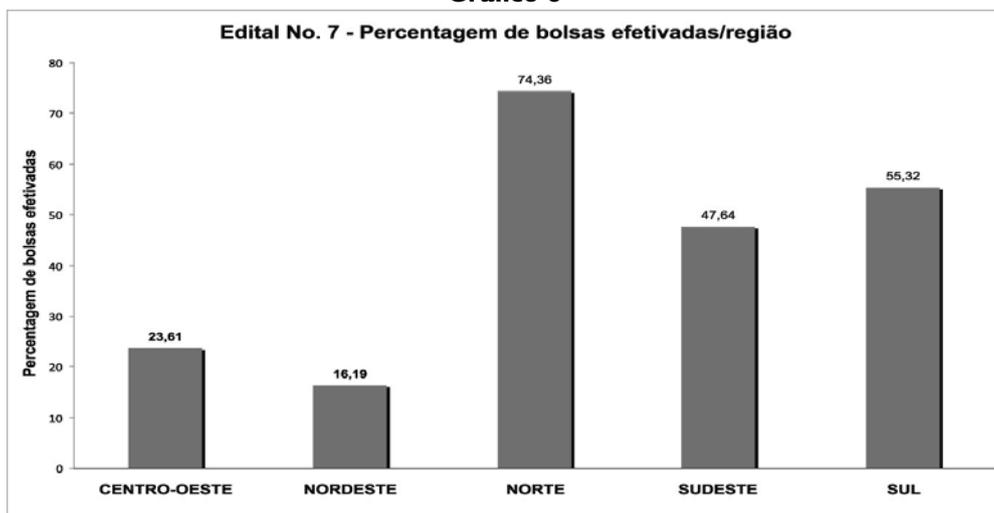
No momento, trabalha-se para conseguir garantir uma vaga de RM para cada egresso do curso médico. Avaliando *in loco*, observa-se como principais fatores limitantes a essa expansão a insuficiência física dos locais de prática, tanto de espaço como de manutenção, e a re-

Gráfico 5



FONTE: DEGES/MS

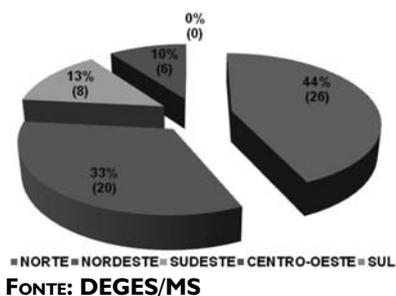
Gráfico 6



FONTE: DEGES/MS

Gráfico 7- Aprovação percentual de projetos por região do País, para o Edital 8.

Nº TOTAL - REGIÃO (60)



FONTE: DEGES/MS

duzida oferta de recursos humanos, não só de docentes, mas de toda uma equipe de saúde capaz de recepcionar adequadamente a assistência e o ensino, especialmente nas regiões que carecem de maior expansão, o que naturalmente exigirá também o desenvolvimento de pesquisa. (Gráfico 6 e 7)

Quadro 2

Especialidade/Área de atuação apoiada	Estado em que não havia formação via residência médica
Clínica Médica	Tocantins
Cirurgia Geral	Tocantins
Pediatria	Tocantins
Ginecologia e Obstetrícia	Tocantins
Anestesiologia	Acre, Roraima
Cancerologia Cirúrgica	Bahia
Cancerologia Clínica	Acre
Geriatría	Maranhão, Pernambuco
Medicina da Família e Comunidade	Amazonas, Tocantins e Rondônia
Medicina Intensiva	Alagoas, Maranhão, Sergipe
Neonatologia	Acre

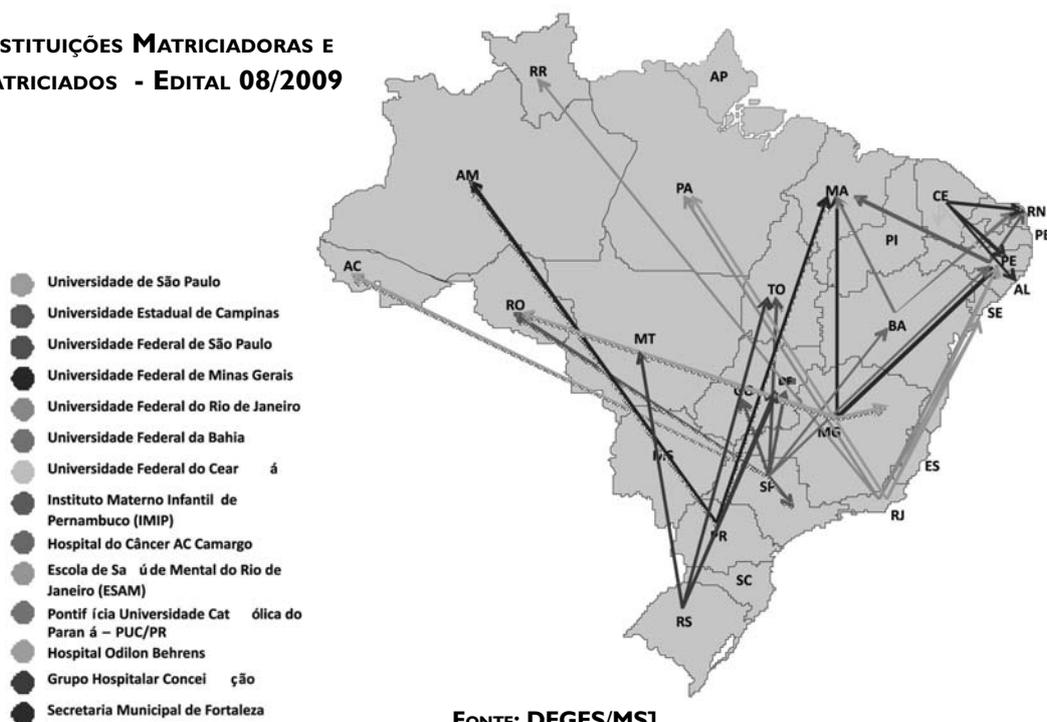
Psiquiatria	Tocantins, Sergipe, Maranhão
Psiquiatria Infantil e da Adolescência	Distrito Federal
Radioterapia	Acre

FONTE: DEGES/MS

QUADRO 3 - ESPECIALIDADES REQUERIDAS PARA MATRICIAMENTO E NECESSIDADES DE SAÚDE LOCAIS CITADAS NOS PROJETOS APROVADOS

Especialidade e/ou área de atuação requerida para apoio matricial	Necessidades de saúde local citadas
Medicina da Família e Comunidade	Ampla cobertura da ESF, baixo número de profissionais.
Psiquiatria	Baixo número de profissionais na rede assistencial da saúde mental.
Clínica Médica	Baixo número de profissionais generalistas na rede ambulatorial.
Ginecologia e Obstetrícia	Mortalidade materna elevada.
Pediatria/Neonatologia	Mortalidade infantil elevada.
Geriatría	Alto índice de envelhecimento populacional.
Cancerologia Clínica	Mortalidade por neoplasias elevada.

FIGURA - INSTITUIÇÕES MATRICIADORAS E ESTADOS MATRICIADOS - EDITAL 08/2009



FONTE: DEGES/MS]

Medicina Intensiva	Aumento no número de leitos e falta de profissionais qualificados.
Medicina de Urgência	Constituição de rede de urgências integrada enfrenta falta de profissionais.

FONTE: DEGES/MS

A ampliação de bolsas de residência médica por meio das necessidades da saúde, privilegiando as regiões com maior carência de vagas, possibilitará resolver as demandas e contribuir para distribuição melhor de médicos nas diferentes partes do País. Observa-se que, para isso, deve-se ampliar os locais de assistência e aprendizagem, bem como qualificar e formar instrutores.

O apoio matricial tem-se revelado o melhor meio de ampliação de vagas-bolsas de RM em nosso meio, por contar com a experiência de instituições bem-sucedidas no desenvolvimento de PRMs.

Os Ministérios da Saúde e da Educação programam ampliar mais 4.000 bolsas, prioritariamente distribuídas em regiões com menor número de vagas de RM e em especialidades necessárias para aquelas populações.

Considera-se que a RM assim gerada poderá significar melhor organização regional da assistência em saúde. Dados ainda não publicados revelam que, em Viçosa (MG), o desenvolvimento de PRMs modificou positivamente o fluxo de pacientes naquela região, favorecendo a hierarquia da organização de atendimento.

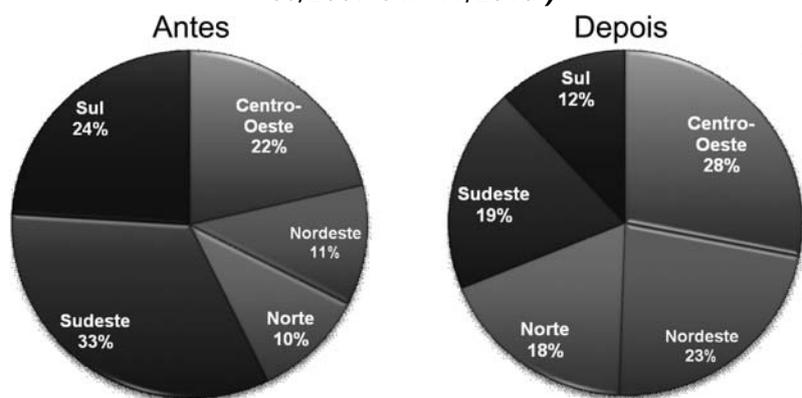
Assim como a assistência, aparentemente a graduação em Medicina é favorecida pelo desenvolvimento de

PRMs, representando melhor base para o desenvolvimento dos cursos médicos, devendo esse fato ser melhor estudado. Pelo observado até aqui, parece muito mais interessante para assistência em saúde, e secundariamente para a graduação em Medicina, o investimento em residência médica. (Gráfico 8)

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.951, de 10 de junho de 2010. Modifica a Resolução CFM nº 1.845/08 quanto à criação da área de atuação da Medicina Aeroespacial. Diário Oficial da União. Brasília, 7 de jul. 2010; Seção 1, p. 132-133.
2. Helena Lemos Petta. Formação de Médicos Especialistas no SUS: Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRO-RESIDÊNCIA). Rio de Janeiro; 2011. Mestrado [Dissertação] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - IPEA.
3. Michael E Whitcomb. New Medical Schools in the United States. N Engl J Med. 2010;362:1255-58.
4. Mathews M, Rourke JTB, Park A. Canadian Medical Association Journal. 2006;175(4):357-60.
5. Brasil. Edital de convocação nº 7, de 22 de outubro de 2009. Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2009.
6. Brasil. Edital de convocação nº 8, de 22 de outubro 2009. Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Edital convocatório nº. 19, de 21 de julho de 2010. Diário Oficial da União. Brasília, 22 jul. 2010; Seção 3, p. 95.

Gráfico 8 - Percentual de oferta de bolsas de residência médica por regiões antes e depois do Pró-Residência (Editais nº 07/2009⁵ e nº 19/2010⁹)



A Residência Médica, a Preceptoria, a Supervisão e a Coordenação

Maria do Patrocínio Tenório Nunes*, Jeanne Liliane Marlene Michel**, Ana Estela Haddad***, Sigisfredo Luís Brenelli****, Ricardo Alexandre Batista de Oliveira*****

Não existe melhor maneira de inserir o jovem médico no mercado de trabalho do que a residência médica, pois esta é uma experiência que fornece visão prática da Medicina e dos problemas que o setor da saúde enfrenta. Durante sua realização, o aprendizado é consolidado pela prática em serviço¹.

Conforme apontado por Elias² (2000) em sua tese de mestrado, devido a suas ambiguidades, deve-se cuidar continuamente para que a estratégia de ensino-aprendizagem na Residência Médica (RM) não se confunda apenas com trabalho. A supervisão adequada é o ponto-chave dessa estratégia de capacitação para a profissão médica. Por isso, ela deve e precisa ser profissionalizada.

Inacreditavelmente, a RM, adotada por todos como padrão ouro para formação de especialistas, não inclui programa e táticas de reconhecimento, qualificação, certificação e remuneração da supervisão. A carreira acadêmica docente, na imensa maioria das universidades brasileiras, ainda desconsidera as atividades relacionadas à RM.

Os preceptores e, conseqüentemente, os supervisores de programas de RM, além dos coordenadores das Comissões de Residência Médica (Coreme), carecem de capacitação, reconhecimento e remuneração adequadas à função. O preceptor devidamente habilitado auxilia na solução da maior parte dos desafios do setor. Antes, e acima de tudo, deve esse preceptor reconhecer a RM como etapa da educação em serviço, e não mera prestação de serviço, como se tem observado. A razão da distância entre o que *deve* e o que é feito pelo preceptor decorre do fato de se considerar que, para exercer essa função, basta apenas ser um bom médico. Ocorre que formação pedagógica e didática são essenciais para exercer a preceptoria. Esse profissional precisa desenvolver as potencialidades de médico, professor, supervisor e pessoa.

Os residentes, conforme dados coletados pelo professor Jorge Guedes*****, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), esperam que o preceptor possua conhecimentos técnico, teórico e prático amplos, profundos e

* Médica; Doutora em Clínica Médica; Professora Livre Docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP); Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação- CNRM/MEC.

** Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Coordenadora Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC/SESu/DHR/CGRS)

*** Cirurgiã-Dentista; Doutora em Odontologia; Professora do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP); Diretora de Programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS/SGTES).

**** Médico; Doutor em Clínica Médica; Professor Assistente Doutor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde – MS/SGTES/DEGES

***** Filósofo; Mestrando em Administração Pública; Técnico em Assuntos Educacionais da Coordenação Geral de Residências em Saúde; Supervisor de implantação do SisCNRM (MEC/SESu/DHR/CGRS).

***** diapositivo de uma aula dada pelo Prof. Jorge Guedes da UFBA) durante seminário para residentes da Bahia, em 2010, promovido pela CEREMBA e SES-BA.

atualizados; compromisso com a função, demonstrando disponibilidade, acessibilidade, organização, disciplina, disposição para a melhoria contínua; capacidade didática para transmissão de conhecimentos; boa relação com residentes, com flexibilidade, paciência, simpatia e respeito; ética, humanismo e capacidade relacional com o paciente, com a equipe de saúde, evidenciando postura e profissionalismo.

A supervisão é responsável pela aprendizagem e verificação do ganho de habilidades e atitudes que garantam a segurança e o cuidado com o paciente (ACGME).

Um programa de valorização da preceptoría deve contemplar diferentes categorias de preceptores a saber:

- dos serviços da comunidade: *unidades de saúde, consultórios, clínicas;*
- dos serviços ligados ao ensino: *hospitais secundários e terciários, ambulatórios, clínicas;*
- docentes em regime de tempo parcial;
- docentes em regime de tempo integral.

Cada categoria exigirá conteúdos de capacitação diferentes quanto às metas a serem atingidas, oportunidades de aprendizagem, desenvolvimento de potencialidades e reconhecimento pelo desempenho, a partir das experiências acumuladas e das exigências para a atual função*

De acordo com estudo conduzido por Susana Wuilliaume³ em 2000, exige-se do preceptor conhecimento, sensibilidade, bom-senso, criatividade, capacidade de improvisação e compreensão da dinâmica do processo de ensino-aprendizagem com base na prática das especificidades que caracterizam o trabalho médico, tendo em vista as transformações do mundo do trabalho e do exercício profissional.

Em resumo, o preceptor é aquele que dá suporte e ajuda o novo profissional a adquirir prática, confiança e segurança em suas atividades diárias. Ensina, aconselha, inspira e influencia no desenvolvimento dos menos experientes. Serve de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados, auxiliando na formação ética dos novos profissionais.

* Aula proferida em 2006 pela Profa. Dra. Maria de Lourdes Pires Bianchi Presidente da Comissão de Gestão de Qualidade e Produtividade da USP. - PROGRAMA PERMANENTE DE QUALIDADE PRODUTIVIDADE DA USP

As pessoas envolvidas nesse processo, para desempenho adequado da função precisam:

1. entender a metodologia de ensino-aprendizagem proposta;
2. possuir as habilidades necessárias e estar apto a avaliá-las continuamente;
3. entender e dominar os princípios da Medicina baseada em evidências;
4. saber que avaliar é parte integrante de ensinar. O preceptor deve avaliar e dar retornos habituais, face a face, ao longo dos estágios e ao término destes;
5. utilizar técnicas de retorno (*feedback*) para promover o desenvolvimento do residente;
6. desempenhar a função de modelo de médico, que equilibra vida profissional e pessoal;
7. receber certificação.

Estímulos como jalecos institucionais com nome e função são bem-vindos e promovem interesse na carreira.

Como remuneração pela função, ressalta-se que um dos maiores benefícios de ensinar é a oportunidade de trabalhar com jovens entusiasmados que podem auxiliar a estimular e manter o interesse pela prática médica.

Experiências de instituição canadense revelam que os candidatos à função reconhecem como positivo ser designado oficialmente instrutor clínico, passando a possuir endereço eletrônico da universidade, acesso pleno à biblioteca, incluindo a virtual, participar de programa de desenvolvimento docente e dispor de apoio psicopedagógico individual para função. Evidentemente que a remuneração financeira precisa ser considerada. Cabe ponderar que as horas de trabalho médico habitual deverão ser contadas quando da consideração do percebimento mensal para a preceptoría, sendo obviamente defensável a agregação de valor para aquele que executa a função de médico e preceptor.

Para valorização da preceptoría, além do já citado, cabe destacar a necessidade de se estabelecer e exigir requisitos (conhecimentos, habilidades, atitudes e antecedentes éticos) na seleção para o cargo; equidade e justiça na aplicação desses requisitos e o estabelecimento de um plano de trabalho e carreira. Em alguns estados e municípios brasileiros, começam a funcionar planos de carreiras públicas, valorizando a preceptoría.

A falta de requisitos institucionalizados para a função traz frequentes anormalidades para o sistema de RM, sendo comum médicos plantonistas serem computados como preceptores em algumas instituições, na maior parte das vezes, sem sequer terem sido consultados e orientados para a função. Evidentemente, todo médico prometeu que, diante da necessidade de aprender a profissão, fazê-lo “sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes”⁴. Porém, a arte e a ciência de ensinar devem ir além, garantindo profissionalismo.

Segundo regras em vigor, que certamente precisam ser melhoradas, o preceptor deve ter, no mínimo, certificado de conclusão de residência médica reconhecido na área em que atua ou título de especialista pela AMB. A proporção de preceptores por médico residente é de dois médicos residentes por preceptor com contrato de 20 horas semanais de trabalho ou de seis médicos residentes por preceptor com contrato de 40 horas semanais de trabalho. Obviamente que essas proporções devem acompanhar as especificidades da situação de ensino, devendo o número de docentes (pessoas experientes) disponíveis para a realização dos procedimentos variar de acordo com a gravidade e a urgência dos casos, a fim de que se garanta do ensino e, sobretudo, o cuidado e a segurança do paciente, como já salientado.

Nos tempos atuais, situação impensável em outras eras tem ocorrido: verifica-se a atuação de médicos não qualificados, alguns ainda residentes, como plantonistas e preceptores de residentes e alunos de graduação (internos de 5º ou 6º ano).

Consulta específica, respondida pela assessoria jurídica do MEC, assegura o direito do médico residente de concorrer a cargo de médico, desde que o edital do processo seletivo o habilite para a função, conforme direito constitucional. Nessas circunstâncias, cabe aos preceptores, supervisor do PRM e Coreme o zelo na verificação do cumprimento das obrigações daquele médico para com a RM, conforme definido e acordado na época da matrícula.

Ressalta o consultor, diante desse direito, que “[...] o médico residente não pode ministrar preceptoria a si

próprio e aos demais residentes, por duas relevantes razões: de um há um imperativo de ordem lógica a obstar tal atividade; de outro fica inviabilizada a função de transmissão idônea de conhecimento[...]”⁴.

Segundo as regras em vigor, do conjunto de preceptores derivam os supervisores de programas de residência médica, os quais têm a responsabilidade de que tudo se faça de forma correta e segura no âmbito de um PRM. Exercem a ampla tarefa de planejar e executar, devendo ser médicos designados com autoridade e responsabilidade sobre o PRM. Preferencialmente devem possuir qualificação diferenciada em educação médica e noções de gestão para melhor execução das tarefas. Precisam de tempo protegido e dedicado para capacitação e exercício da função, devendo ser também certificados, reconhecidos e remunerados.

O coordenador de Residência Médica, em alguns casos chamado de presidente, procede do conjunto de supervisores, conforme normas de funcionamento das Coreme. O coordenador da Coreme é aquele que dirige, controla, vigia, cuida de tudo e se responsabiliza para que tudo se faça corretamente e de maneira segura no âmbito da instituição. Desenvolve a vasta tarefa de fazer com que a comissão planeje e execute o desenvolvimento e avaliação contínua dos residentes, dos PRMs e da Instituição, em busca do aperfeiçoamento do processo de formação. É a pessoa com autoridade e responsabilidade sobre os PRMs e, assim como os supervisores, deve preferencialmente ser qualificado ou buscar qualificação em educação médica e noções de gestão.

O despreparo e a falta de atualização para as funções descritas implicam no não cumprimento adequado da supervisão dos médicos residentes e dos PRMs, transformando o processo de ensino-aprendizagem em trabalho não apropriadamente remunerado. Pior ainda, por serem modelos de médicos e cidadãos, muitos residentes futuramente imitarão tais atitudes, replicando procedimento inadequado.

O preceptor, os supervisores e os coordenadores de RM devem conhecer a legislação em vigor, organizar e participar de fóruns de capacitação de acordo com suas necessidades, opinar e encaminhar mudanças que julgarem necessárias, participando, assim, ativamente dos processos na área de educação e gestão da formação médica.

Há poucos estudos sobre preceptores, supervisores e coordenadores de RM em nosso meio. Um

* Juramento de Hipócrates que os médicos fazem no dia de sua formatura

censo do estado de São Paulo aponta que 18% dos médicos se identificam como preceptores. Na faixa etária de 40-70 anos, 33% são mulheres e 67% são homens. A maioria mantém atividade profissional no local onde realizou seu programa de residência médica, e não onde nasceu ou se graduou médico. Sessenta e quatro por cento são casados, dos quais 30% com profissionais da saúde. Trabalham muito, mas em geral sentem-se satisfeitos com sua vida. Setenta por cento completaram residência médica e 40% também fizeram pós-graduação *stricto sensu*. (www.cremesp.org.br; Cadernos de Saúde Pública – RJ, 2006; RBEM, 2002)

Em todos os recentes encontros de RM, os participantes apontam a qualificação para a preceptoría como estratégia emergente e essencial para o processo de evolução da RM no Brasil.

Recentemente, os Ministérios da Saúde e da Educação estabeleceram com a Abem uma proposta de capacitação para a preceptoría. O projeto da Abem inclui aspectos pedagógicos e de gestão.

Considera-se, portanto, que a compreensão da função, a capacitação, a qualificação, a certificação, o reconhecimento e a remuneração do preceptor, por meio de um plano de carreira, representarão monumental avanço para a educação médica no Brasil. (Tabela)

A RESIDÊNCIA MÉDICA E A GRADUAÇÃO EM MEDICINA

A relação com a graduação torna a RM estratégica dentro do processo de mudança na educação médica, não podendo suas políticas, diretrizes e competências serem dissonantes.

Por sua interface e ação direta com o sistema de saúde e o mundo do trabalho, a residência se confunde e

deve guardar consonância com as políticas públicas de saúde e as necessidades da sociedade.

A RM enfrenta desafios para os quais exige ações planejadas de maneira responsável pelas entidades médicas, escolas, gestores e governantes.

O primeiro dos desafios refere-se ao acesso aos programas. Nas últimas décadas, pouco se investiu em ampliação de vagas e bolsas de residência médica. Em contrapartida, houve expansão de cursos de graduação em todo o País.

Nos últimos anos, observa-se incremento de vagas e bolsas de RM como política da Secretaria de Ensino Superior do MEC e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2009 foram inscritos cerca de 14 mil novos médicos no País, indicando incremento de 10% ao ano no cadastro de profissionais. Apesar desse aumento, há um déficit de bolsas de estudos capazes de dar vazão ao número de vagas credenciadas na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), o que exige ações dos ministérios citados e dos gestores, públicos e privados, do setor da saúde.

A discrepância entre egressos de cursos médicos e vaga-bolsa disponível torna-se ainda maior pelo acúmulo de candidatos em especialidades como Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Radiologia, Diagnóstico por Imagem e Dermatologia (nas especialidades de acesso direto); Cirurgia Plástica e Endocrinologia (nas especialidades com pré-requisito em Cirurgia Geral ou Clínica Médica). Embora pareça paradoxal, há bolsas não ocupadas em todo o País (vide dados em capítulo...).

Uma proposta para solucionar o problema é ampliar a oferta de vagas e bolsas na RM para todos os egressos nas áreas gerais – Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Medicina da Família e Comunidade, Medicina Preventiva e Social e, quiçá, Psiquiatria.

Diferentes competências	Significados
Competências sobre processos.	Conhecimento do processo de trabalho.
Competências técnicas.	Conhecimentos específicos sobre o trabalho que deve ser realizado.
Competências sobre a organização.	Saber organizar os fluxos de trabalho.
Competências de serviço.	Impacto da ação ou omissão sobre a pessoa (paciente), comunidade.
Competências sociais.	Saber ser: autonomia, responsabilização, comunicação.

NOTA: MODIFICADO de Maria Tereza Leme Fleury, Afonso Fleury (2001)⁵.

Oferecer treinamento em especialidades com base em necessidades é imperativo do mundo moderno, que exige profissionais com amplitude de habilidades e competências, capazes de atuar com precisão nos níveis primário, secundário e terciário.

O médico superespecializado encontrará espaço nos grandes centros, enquanto que o multi-habilitado será muito útil aos municípios de médio e pequeno porte.

O ingresso em programas de RM precisa ser revisto. Os processos seletivos atuais, desconectados da realidade da graduação, centrados em excentricidades e testes de múltipla escolha, além da avaliação pouco séria ao longo da graduação, devastam o curso médico – que hoje representa praticamente apenas uma ponte obrigatória para o “vestibular da residência médica”.

A compreensão da diferenciação entre avaliação e verificação de conhecimentos é essencial para compreender e implementar mudanças necessárias ao ingresso nos PRMs. Valorizar o desempenho curricular ao longo dos anos, por meio de processo avaliativo somativo sério, realizado de maneira justa e igualitária, impõe-se como meio de valorização do curso médico.

Rever o ingresso, utilizando avaliações sucessivas ao longo do curso como parte do processo de seleção, e a aplicação de provas que avaliem habilidades e atitudes pode significar muito em favor da formação e da prática médica, por conseguinte da assistência médica mais qualificada.

O processo seletivo atualmente admite que 90-100% da nota de ingresso resulte da análise da verificação de desempenho do candidato quanto ao conhecimento (mínimo de 50% da nota), habilidades e atitudes (máximo de 40% da nota).

Um limite máximo de 10% da nota final do candidato pode incidir na análise e arguição de currículo. Essencialmente na etapa de arguição do currículo do candidato paira o maior número de recursos de pessoas insatisfeitas.

As razões que mobilizam os recursos são várias, havendo aspectos negativos relacionados à insatisfação dos candidatos quanto aos critérios estabelecidos e não questionados em momento devido (fase de publicação do edital). Acumulam-se, no entanto, situações em que os examinadores não conseguem justificar devidamente as notas aplicadas aos diferentes candidatos. Esses equívocos derivam de critérios não bem estabelecidos e,

principalmente, seguidos nas fases de análise. De modo agravante surgem denúncias de discriminação na fase da arguição.

A análise de currículo é essencial como sinalizadora da valorização do transcorrido nos seis anos de graduação, como fruto do processo de aquisição de habilidades e competências, conforme definidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso médico.

A simples verificação de conhecimentos no ato da seleção transforma os cursos de Medicina em “cursinhos preparatórios para os processos de seleção para a RM”, tendo sua importância e significado menosprezados, inclusive, pelos próprios estudantes, como fruto do modelo advindo da natureza da educação fundamental e média em nosso país, que ainda prioriza o desfecho no vestibular de acesso aos cursos superiores, em detrimento da formação do cidadão e do desenvolvimento do raciocínio e da crítica.

A supervalorização da produção científica, de horas extraordinárias de treinamento prático, da versatilidade em línguas estrangeiras, também enviesa o processo, opondo-se ao disposto nas citadas diretrizes e nas necessárias e longas horas dedicadas ao curso médico.

Deve-se empreender esforços no sentido de modificar práticas que descontroem o arcabouço médico e a ética social. Simplesmente abolir etapas por não serem devidamente empregadas pode ser a saída menos custosa na perspectiva emocional e financeira, mas devastadora do ponto de vista moral, científico e assistencial.

Portanto, o preparo docente deve recair também na responsabilidade e capacidade de avaliar devidamente o estudante (e o médico residente), ao longo do processo de formação, e das consequências sociais e éticas de seus atos nos diferentes momentos.

No momento em que se elabora o presente texto, grande apreensão ocorre quanto aos procedimentos de análise de ingresso aos PRMs. O sr. ministro da Saúde propôs o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, que selecionará jovens egressos dos cursos de Medicina do País para prestar serviço sob orientação presencial e a distância em municípios sem médicos. Iniciará com 2.000 vagas em municípios a serem definidos a partir da rede de saúde instalada. O programa prevê a tutoria por parte de escolas médicas já comprometidas, tanto de origem do candidato, como da região onde se localiza o município onde atuará. Haverá

bolsas de estudos para os médicos participantes do projeto, bem como para os preceptores. O citado programa deve ter o mínimo de um ano e o máximo de dois anos de duração. Como meio de valorização, propôs-se bonificação de 10% a ser adicionada à nota final de ingresso por ano dedicado ao Programa de Valorização, desde que o médico apresente uma boa avaliação nessa fase.

Os membros votantes da CNRM demonstraram preocupação quanto às normas e critérios de funcionamento do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Primária, em especial quanto ao procedimento de bonificação de ingresso aos PRMs, sendo acordado que o procedimento será acompanhado como estudo piloto para as devidas correções de percurso, por meio de uma coordenação formada com representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e de entidades médicas.

Não deve ser essa a única e substancial mudança a ser desenvolvida. Avaliação es sucessivas e externas à escola

médica, ao longo do curso, precisam ser pensadas, implementadas e avaliadas, como forma de composição de parte da nota de ingresso, sem esquecer que a RM é um dos fatores de fixação de médicos na região onde desenvolvem sua pós-graduação *lato sensu*.

REFERÊNCIA

1. Nunes MPT. Os 3 grandes desafios da Residência Médica. Rev. Ser Médico. 2010;53:18.
2. Elias PEM. Residencia Medica no Brasil: a institucionalização da ambivalencia. Sao Paulo: s.n. 1987;155
3. Wuillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na Residência Médica em Pediatria: uma análise. Rio de Janeiro; 2000. Doutorado [Tese] - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher IFF/FIOCRUZ.
4. Parecer CONJUR 1459/2002
5. Fleury MTL, FleuryA. Construindo o conceito de competência. Revista de Administração Contemporânea. 2001;(Nº Esp):183-96.

Avaliação do Sistema RM: Instituição, Programa, Residente, Corpo Docente

Maria do Patrocínio Tenório Nunes*, Antonio Carlos Sansevero Martins**, Veruska Ribeiro Machado***

Um dos maiores desafios da RM diz respeito à avaliação dos Programas de Residência Médica (PRM), das instituições que os oferecem, do corpo docente (supervisores e preceptores) e dos médicos residentes.

Trata-se aqui de um sistema de avaliação de RM no Brasil. O quê, por quê, para quê, por quem, como se avaliar? Estas são as questões norteadoras de um projeto e processo de avaliação.

Certamente que o objetivo derradeiro da avaliação do sistema de RM procura demonstrar se habilidades clínicas, raciocínio médico, ética, ciência, técnica, conhecimento e comprometimento com o sistema de saúde e outros atributos essenciais para o desempenho evoluíram conforme o necessário para o exercício da profissão e de uma especialidade médica.

Joaquim Edson Vieira**** (CEDEM-FMUSP), comenta que a mais importante função da avaliação é preparar o analisado para avaliar a si próprio, contribuindo para o crescimento individual e institucional.

Acrescente-se que, diferentemente do que pensam alguns, a avaliação é uma oportunidade que se oferece de

análise de processos em curso, trazendo para o avaliado medidas de acerto e erro em sua trajetória, possibilitando reflexão e projeções sobre rotas a serem cumpridas, tendo-se por meta o objetivo inicialmente traçado.

No meio médico, a avaliação desde sempre gera desconforto e insegurança, sendo pouco ou nunca vislumbrada como oportunidade oferecida de análise do percurso que se seguiu para alcançar outros objetivos que não apenas o de obter êxito na aferição.

Os sentimentos negativos em relação à avaliação possivelmente derivam dos processos equivocados a que os profissionais de Medicina são submetidos ao longo de sua vida, em que verificações cognitivas são apresentadas de maneira ameaçadora, ou são pouco esclarecidas quanto aos seus objetivos e planejamento. Em outras palavras, quase nunca é explicado como, por quê, por quem e para que se avalia. No máximo sabe-se que faz parte do processo de formação e que notas inferiores a certos limites impõem medidas de recuperação ou reprovação; portanto, a avaliação serve como uma medida da falha de cada um. Mas, resta perguntar: e o processo? Não seria fundamental com-

* Médica; Doutora em Clínica Médica; Professora Livre Docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP); Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação- CNRM/MEC.

** Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia. Professor e ex coordenador do Curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima. Especialista em Cirurgia Pediátrica pela UFU, Mestre em Educação de Profissionais de Saúde pela Universidade de Maastricht, Holanda. Atualmente desenvolve suas atividades em Cirurgia Pediátrica e Educação Médica, com enfoque em Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem. Desenvolve pesquisa educacional com ênfase no uso de ferramentas cognitivas como mapas conceituais, no aprendizado em pequenos grupos, ensino baseado na comunidade e em desenvolvimento curricular em Saúde.

*** Graduada em Letras pela Universidade de Brasília. É especialista em língua portuguesa pelo Uniceub. Mestre e Doutora em Educação pela Universidade de Brasília. Atuou como docente nas séries finais do ensino fundamental, no ensino médio e em cursos de licenciatura de Letras e de Pedagogia. Exerceu a função de técnica em assuntos educacionais na Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e hoje atua como docente de Língua Portuguesa de Ensino Básico, Técnico e Tecnológico no Instituto Federal de Brasília. Atualmente investiga as concepções de leitura subjacentes a avaliações de larga escala.

****Apresentação de Joaquim Edson Vieira disponível em <http://www.fm.usp.br/cedem>.

prender, na cadeia processual de ensino e aprendizagem, onde pode ter havido falhas ou acertos que contribuíram para determinados desfechos? Possivelmente ninguém falha ou acerta sozinho nas situações de ensino e aprendizagem.

Os frequentes e mais conhecidos procedimentos de medida de resultados na área médica corresponde à Verificação, uma medida estática, formal, quantitativa, com foco na constatação e mensuração, sendo pontual, explícita e final. Servem como exemplos dessa modalidade os testes aplicados nos processos seletivos de ingresso aos PRMs, nos quais, de forma competitiva, predominarão aqueles com melhor capacidade de resposta naquele dia e hora, devido ao melhor desempenho na análise de medida de conhecimentos e, em alguns casos, de habilidades e atitudes.

De acordo com especialistas, como o prof. Nildo Batista, Avaliação é processo que leva a transformações necessárias, servindo de monitoramento do ensino e da aprendizagem, sendo, portanto, dinâmica, tendo como alvo a multiplicidade de medidas que nortearão mudanças oportunas.

A avaliação é classificada, de acordo com os objetivos previamente estabelecidos, em:

- Somativa – como mudaram... [final]
- Formativa – como estão mudando... [meio]

Para ser aceita, a avaliação precisa atender aos critérios de:

- Validade = atender à descrição do(s) objetivo(s); **ou seja, as premissas e as conclusões são verdadeiras;**
- Confiabilidade = atingir a descrição mais precisa. Precisão do método de medição que pode ser averiguada por meio da análise da consistência ou estabilidade desse método, o qual não deve produzir resultados significativamente diferentes se for repetido sobre o mesmo indivíduo;
- Eficiência = alcançar todo o assunto em uma amostra de itens (questões);
- Frequência = capaz de atender à proposta de reatualização da aprendizagem.

Na área médica, muitos dos docentes não são capacitados para o exercício da função de professor (aquele que ensina, independentemente da carreira que possui).

Uma explicação para isso é encontrada nos critérios para o exercício do ensino nesse setor – ser um bom médico (técnica e cientificamente falando). É evidente que os aspectos éticos e morais também são valorizados. No entanto, nem sempre é ofertada a possibilidade de capacitação e desenvolvimento docente, ou seja, alguém que deve dominar a área de conhecimento em que atua, a disciplina que leciona, além de possuir conhecimentos relativos às ciências da Educação e da Pedagogia, bem como um saber prático oriundo da experiência cotidiana¹

Um equívoco que se repete é a valorização e o reconhecimento de apenas um perfil docente, como se fosse possível formar médicos sem a devida exposição a médicos exímios assistentes, educadores e pesquisadores.

Para o exercício da docência nas escolas, faculdades e universidades, o aspecto valorizado é a produção científica, inquestionavelmente determinante de autonomia científica e (desejável) da prática. Contudo, para o correto exercício da função docente é preciso ser além de um excelente médico, no sentido científico, técnico, moral e ético, também possuir ferramentas pedagógicas de ensino e avaliação e, preferencialmente, ser um bom e competitivo pesquisador em qualquer das áreas temáticas: ensino, assistência e conhecimento técnico. Evidentemente que devem ser resguardadas as características individuais e desejos do docente, que pode não se sentir à vontade para ensinar alunos de graduação, residência médica ou pós-graduação. No entanto, o equívoco da valorização da pesquisa como a mais importante referência, senão a única, para a carreira, contribui para o atraso e desinteresse de desenvolvimento na metodologia de ensino e aprendizagem.

O médico preceptor, ao desconhecer o mecanismo de ensino e aprendizagem de adultos, as técnicas desenvolvidas para esse fim, a metodologia e conhecimento existente de avaliação, deixa de melhor exercer a sua honrosa função com o mesmo requinte com que realiza pesquisa e exercita a profissão. Qual médico foi estimulado a planejar programas de residência médica, tendo em vista a reflexão e elaboração de projetos pedagógicos que contemplem conteúdos a serem desenvolvidos e estratégias a serem empregadas para que os objetivos pretendidos sejam alcançados, da mesma maneira como pensa uma pergunta e elabora metodologia científica para respondê-la? Qual médico, assim como prescreve para determinada situação, sabe planejar avaliações su-

cessivas que contemplem a multiplicidade de atributos a serem aperfeiçoados ao longo daquele estágio ou PRM? Onde se desenvolve as necessárias habilidades de gestão para o devido cumprimento das tarefas de supervisão, coordenação, que tão bem se faz no desenvolvimento de habilidades clínicas e cirúrgicas?

A fragilidade desse conjunto de saberes é mais notada no momento da avaliação. Assim como na profissão médica, – repetem-se modelos que foram previamente apresentados, sem capacidade crítica e de evolução.

Para garantir a competência do professor, os saberes pedagógicos que caracterizam a profissão – fundamentos didático-pedagógicos, epistemológicos e filosóficos – cooperam com o professor na clarificação de sua visão de homem, de mundo e de sociedade, fortalecem os referenciais em que se baseia a docência e ajudam na consolidação da identidade profissional¹.

A supervisão é responsável pela aprendizagem e verificação do ganho de habilidades e atitudes que garantam segurança e cuidado com o paciente (www.acgme.org .) Portanto, avaliação é demanda ética.

Antigos e importantes conceitos, como a Pirâmide de Miller, que trata da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, fundamentam os diferentes procedimentos de avaliação².

Um bom procedimento de avaliação exige um grupo de pessoas dedicado e pautado nas melhores evi-

dências sobre o tema, preferencialmente orientado por especialistas.

O processo de avaliação deve ser planejado e se basear, prioritariamente, em situações clínicas reais, com conteúdo necessário para aquele nível, fundamentado nas evidências científicas, analisado quanto à pertinência do tema e grau de dificuldade exigido, centrado na aplicação do conhecimento, priorizando raciocínio clínico e condutas.

O médico residente deve ser avaliado quanto ao(à):

- cuidado para com o paciente;
- conhecimento médico;
- desempenho prático nos diferentes locais de treinamento;
- habilidade de comunicação com pacientes, familiares, equipe de saúde;
- responsabilidade, ética, comprometimento social;
- conhecimento e comprometimento com o sistema e políticas de saúde.

Os procedimentos de avaliação devem ser múltiplos, como prova oral, testes de múltipla escolha, questões abertas discursivas, de respostas curtas, exercícios de avaliação clínica no dia a dia (mini-CEX, diário de campo, portfólio), testes de julgamento moral, minimúltiplas entrevistas centradas em habilidades de relacionamento, ética, bioéti-

FIGURA I - Pirâmide de Miller modificada e sugestões de procedimentos de avaliação para cada nível.



ca, entre outros, cujas indicações variam de acordo com o propósito. Todos possuem vantagens e desvantagens bem estabelecidas por pesquisadores. (Figura 1)

Questões objetivas do tipo múltipla escolha (TME) predominam na área médica desde 1950³, com a vantagem de um menor custo (especialmente pela correção mecânica). Como crítica, tem-se que uma única resposta correta e alternativas incorretas suggestionam inapropriadamente os examinandos, atuando como “dicas” que podem favorecer principalmente os despreparados^{4,5}). Acrescente-se que, para elaborar um bom TME na área médica, é preciso preparo pedagógico e tempo de elaboração e revisão suficientes para evitar mais de uma resposta possível (em Medicina nem sempre há apenas uma conduta defensável) e alternativas discrepantes (sem relação com a situação em análise).

As questões discursivas exigem a construção de um instrumento padronizado de correção, correção amostral preliminar e correção em duplicata ou mais. A correção prévia de uma amostra de provas, estatisticamente significativa para cada questão, é fundamental a fim de evitar vieses de correção. Baseia-se no fato de que uma pergunta pode gerar diferentes formas de interpretação e, conseqüentemente, variações possíveis e corretas de respostas, nem sempre previstas pelos elaboradores, mas identificadas pelos respondedores⁶.

Questões dissertativas são de grande valor quando se pretende julgar a capacidade de formular diagnósticos e diagnósticos diferenciais, de utilizar racionalmente os exames subsidiários e a terapêutica. Permitem ao examinador medir a criatividade e diferentes habilidades dos examinandos⁶. A obrigatoriedade de elaborar gabaritos possíveis antes da aplicação da prova implica um maior cuidado por parte do examinador.

A avaliação prática testa habilidades e atitudes, tais como: comunicação, capacidade de realizar exame clínico, procedimentos, prescrição e interpretação dos resultados. Exigem sistematização e padronização de instrumentos de avaliação, possibilitando comparação mais equilibrada entre pares e, na dependência do modo empregado, a realização de procedimentos complexos, sem riscos para a saúde das pessoas. Pode ser efetivada por meio de versões diversas, como avaliação clínica estruturada com pacientes simulados (em inglês, *objective structured clinical evaluation* – Osce); com pacientes reais em unidades básicas de saúde, ambulatorios, enferma-

rias e outras unidades de internação; por meio da projeção de trechos de filmes ou diapositivos.

É claro que provas práticas nunca poderão ser totalmente padronizadas e objetivas como os testes de múltipla escolha. Diferentes examinadores oferecerão diferentes critérios de aplicação, especialmente quando diversas instituições estão envolvidas. Os instrumentos padronizados de avaliação (IPA) precisam ser bem elaborados, pois reduzem a diversidade de critério de avaliação e o subjetivismo.

A literatura especializada demonstra que o fato do examinador conhecer os examinandos e vice-versa não afeta a integridade do processo, embora promova um viés favorável. A preparação e os custos, evidentemente, exigem maiores investimentos. Como nem tudo pode ser simulado, há uma limitação dos problemas que podem ser abordados e a maior crítica é apontada em relação à não avaliação do estudante em condições reais. Entretanto, a experiência demonstra que esse tipo de prova avalia melhor os aspectos técnicos e éticos da profissão. Quanto ao nervosismo, que acomete o avaliando e sensibiliza os avaliadores, ele é, na verdade, mais um ponto favorável, pois no cotidiano possibilita trabalhar com os avaliandos as razões possíveis para aquele comportamento e também meios para melhor controle ou superação.

O miniexercício de avaliação clínica (do inglês, *mini clinical evaluation exercise* – mini-CEX) substitui os clássicos exercícios de avaliação de competência. Produz escores mais confiáveis, oferece maior oportunidade aos residentes/internos de serem observados e receber o devido retorno (devolutiva, avalia competência por meio das tarefas habituais, como história clínica, exame físico, comunicação com paciente, com a equipe de saúde e familiares; elaboração diagnóstica, elaboração de plano de cuidados (aconselhamento) e organização). É realizado durante as atividades cotidianas, sem exigir maiores preparos de cenários e intervenção direta. Requer a elaboração de um instrumento de observação/avaliação e o preparo prévio e consentimento dos pacientes⁷.

Os diários de campo (portfólios) são ferramentas de avaliação contínua, que podem auxiliar a proporcionar uma percepção mais ampla e detalhada da aprendizagem e do desenvolvimento cognitivo e afetivo. Possibilita a aproximação com a identidade do aluno e deste

com seu professor na construção dos conhecimentos. Talvez seja a modalidade de avaliação que mais empenho exija do avaliador e do avaliado. Permite diferentes estratégias de registro, como escrita, fotos, vídeos, colagens.

As rodas de conversa representam uma maneira de ativar aprendizagem ou efetivar o conteúdo por meio do “diálogo organizado”, gerando conhecimento para residentes e preceptores.

Conforme visto, a avaliação requer além de um grupo dedicado a pensar, aprender e trabalhar sobre o tema, evidentemente após oportunidade de exposição e capacitação. Requer construção conjunta, por meio da qual se possa debater objetivos e escolher os métodos mais apropriados. A experiência, não sistematizada, mostra que esse processo demanda a quebra dos limites de áreas de saber médico. O retorno, por exemplo, de um cirurgião sobre metodologia e questões de clínica médica e vice-versa, a participação de profissionais da saúde e pedagogos auxiliam, sobretudo, a promover melhorias no procedimento.

AValiação DO MÉDICO RESIDENTE (MR) NO BRASIL – ESTADO ATUAL

A avaliação do MR é orientada pela Resolução CNRM 2⁸, de 17 de maio de 2006, que em seu artigo 13 institui que

“na avaliação periódica do médico residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da Coreme da Instituição, com frequência mínima trimestral; a critério da instituição poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento e os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do MR”.

O artigo 14 da mesma resolução estabelece que

“a promoção do MR para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, dependem de:

- a) cumprimento integral da carga horária do programa;*
- b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida pelo Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.*

O artigo 15 impõe que “o não cumprimento do disposto no art.14 [será] motivo de desligamento do MR do PRM”.

Certamente precisa-se avançar em termos de definição de procedimentos de avaliação dos MRs aplicando os conceitos e experiências dos especialistas nesse tema.

Não se pode limitar a avaliação às clássicas provas de conhecimento, monografias e testes conceituais, excessivamente subjetivos e heterogêneos. A avaliação deve ser dinâmica, com múltiplos meios e instrumentos, devendo ocorrer em serviço, considerando conhecimento, habilidades e atitudes. Deve, ainda, contemplar o desenvolvimento das clássicas competências gerais, como comunicação, tomada de decisão, liderança, administração e gerenciamento, ética e sistema de saúde. Pode ocorrer na forma de simulações, de avaliação das habilidades e atitudes no dia a dia, por meio de instrumentos padronizados, de diários de campo, de reflexões sobre a prática, sempre com o conhecimento prévio de todos e com a oportunidade de conversas entre avaliador e avaliado (devolutivas), a fim de se concluir pela devida capacitação do residente e sua ação benéfica à sociedade. Deve ser sequencial, com avaliadores externos em determinados momentos, os quais podem perfeitamente pertencer às sociedades de especialidades, de modo que a somatória das diferentes modalidades de avaliação, em diversos momentos, aplicadas pela supervisão do PRM, sob supervisão da Coreme com a contribuição das sociedades de especialidades obedecendo diretrizes estabelecidas pela CNRM, possam culminar com a titulação conjunta e única dos egressos.

Também devem ser aprimorados os mecanismos e instrumentos de avaliação dos PRMs. Nesse sentido, isso implica a capacitação e constituição de um banco de avaliadores, para implementação da prática e cultura de avaliação, sob a responsabilidade e controle do Ministério da Educação, com a contribuição de todos os envolvidos.

O processo determina ainda que preceptores e supervisores de PRM e coordenadores de Coreme sejam

avaliados de forma ampla e apropriada, sendo, assim, mais valorizados.

AVALIAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES E DOS PRMS – ESTADO ATUAL

Segundo Decreto Presidencial nº. 7.562^º de 15 de setembro de 2011, a CNRM é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do Ministério da Educação que tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica.

Segundo o referido Decreto Presidencial, “o funcionamento de instituições e a oferta de programas de residência médica dependem de atos autorizativos da CNRM”, nos termos daquele decreto.

“ § 1^º São modalidades de atos autorizativos:

I – quanto ao funcionamento de instituições para oferta de residência médica:

- a) de credenciamento de instituições; e
- b) de reconhecimento de instituições.

II – quanto ao funcionamento de programas de residência médica:

- a) de autorização de programas;
- b) de reconhecimento de programas; e
- c) de renovação de reconhecimento de programas.

§ 2^º Os atos autorizativos fixam os limites da atuação das instituições públicas e privadas em matéria de residência médica e devem indicar, no mínimo:

I – quanto ao funcionamento de instituições para oferta de residência médica:

- a) nome da instituição responsável pela elaboração e pelo desenvolvimento dos projetos pedagógicos dos programas oferecidos;
- b) endereço de funcionamento da Coreme da instituição, com a indicação do município e do estado; e
- c) prazo de validade do ato.

II – quanto ao funcionamento de programas de residência médica:

- a) identificação do programa de residência médica a ser oferecido;
- b) número de vagas anuais autorizadas; e
- c) prazo de validade do ato.

§ 3^º Os atos autorizativos terão prazos limitados, sendo renovados, periodicamente, após processo regular de avaliação.

§ 4^º A instituição interessada deverá solicitar modificação do ato autorizativo, conforme disposto no art. 18, no caso de promover qualquer alteração nas condições de oferta de residência médica [...]”

“ [...] Art. 16. O funcionamento de instituições ou a oferta de programas sem o devido ato autorizativo configura irregularidade administrativa, sem prejuízo dos efeitos da legislação civil e penal vigente.

§ 1^ºFica vedada a admissão de novos residentes pelas instituições na ausência de quaisquer dos atos autorizativos, sem prejuízo da aplicação das medidas cabíveis.”

“[...] Art. 17. A validade dos atos autorizativos obedecerá às seguintes regras [e os prazos contam-se da publicação do ato autorizativo:]

I – o credenciamento de instituições terá prazo igual a seis anos;

II – o reconhecimento de instituições terá validade definida pelo ciclo avaliativo da instituição, nos termos do art. 39 [do referido decreto;]

III – a autorização de programas terá prazo igual ao período de duração do respectivo programa;

IV – o reconhecimento de programas será válido até o ano que antecede o ingresso da instituição em seu ciclo avaliativo, nos termos do art. 39 [do decreto;]

V – a renovação de reconhecimento de programas terá validade definida pelo ciclo avaliativo da instituição, nos termos do art. 39.”

O procedimento de avaliação das instituições e PRMs é feito por meio da aplicação de instrumentos padronizados de verificação de dados, entrevistas sistemáticas com dirigentes, coordenador da Coreme, supervisores do PRM, preceptores, residentes e profissionais da saúde, complementados por visita *in loco* dos locais de treinamento e atendimento, onde são verificadas a estrutura física e de recursos materiais. Habitualmente, esse procedimento não considera a opinião do conjunto de funcionários, pacientes e familiares.

Os atuais instrumentos em uso (www.siscnrm.gov.br) objetivam, para além da verificação de dados, a indução de reflexão para revisão de procedimentos necessários que promovam a melhoria de qualidade do processo de formação no nível da residência médica.

Figura 2 - Exemplos de Trechos do Instrumento de Coleta de Dados da Instituição e Supervisor do PRM

Nome da Instituição				
Natureza da Instituição				
PRM / Especialidade				
Período	Total de Vagas Credenciadas	Total de Vagas Oferecidas	Total de Vagas Ocupadas	Observações
R1				
R2				
R3				
R4				
R5				

Supervisor do PRM

Nome Completo									
CPF/MF nº									
Principal Especialidade Médica que exerce									
Número de Horas semanais que dedica à Supervisão do PRM									
	Sim	Não	NA	xx		Marque opções			
Possui Título de Especialista?					Mestrado				
< 5 anos					Doutorado				
5 – 10 anos					Livre Docência				
> 10 anos					Especialista				
						Sim	Não	NA	
Possui substituto devidamente constituído (em casos de férias, afastamentos etc.?)									

FONTE: WWW.SISCRNM.GOV.BR

III - Avaliação das Atividades Educativas

IIIA - Coerência do Projeto Pedagógico (PP)

	Sim	Não	NA
Há coerência entre o PP apresentado, as condições em que se dá o processo de formação e o perfil desejado para os egressos?			
As condições em que se dá o processo de formação está claramente explicitado no PP?			
A carga horária das atividades programadas permite a formação desejada pelo o PP apresentado?			
Há espaços de conceitualização prática?			
Se sim, responda ao próximo item			
Sessão anátomo – clínica	D () S () Q () M () Bi () Tri () Sem ()		
Sessão de Discussão de Casos	D () S () Q () M () Bi () Tri () Sem ()		
Discussão de Artigos Científicos	D () S () Q () M () Bi () Tri () Sem ()		
Discussão de Protocolos de Conduta	D () S () Q () M () Bi () Tri () Sem ()		
Discussão Clínico-Radiológica	D () S () Q () M () Bi () Tri () Sem ()		
Discussão de Pacientes Internados	D () S () Q () M () Bi () Tri () Sem ()		
Discussão em Ambulatórios	D () S () Q () M () Bi () Tri () Sem ()		

D = diária; S=semanal; Q=quinzenal;M=men sal;Bi=bimestral;Tri=trimestral;Sem=semestral

As dimensões da avaliação consideram⁸:

- i. condições de infraestrutura de acordo com o PRM em avaliação;
- ii. o projeto pedagógico;
- iii. o corpo docente.

Pretende-se com esses procedimentos traçar um perfil dos PRMs no Brasil, sem necessariamente estabelecer juízo de valor. Observa-se que a maior tarefa dos avaliadores é transmitir esses conceitos e reduzir as sensações negativas e por vezes persecutórias que a visita de avaliação traz.

Cabe lembrar a dinâmica de elaboração e revisão de instrumentos de verificação. A CNRM está executando processo pioneiro de avaliação de PRMs em conjunto com sociedade de especialidade. Nesse processo, fizeram-se necessários ajustes de protocolos de instrumentos de avaliação. Certamente, para a devida coleta de dados nas diferentes 53 especialidades, ajustes semelhantes deverão ser executados.

Observando os dados a serem verificados, é possível refletir sobre procedimentos e fluxos que facilitem e principalmente otimizem o tempo do avaliador e da instituição avaliada, conforme as regras em vigor. O quadro a seguir é utilizado a título de exemplo:

Quadro

Ter conhecimento da legislação pertinente ao assunto.	Envio prévio do Regimento/Regulamento da Instituição, inclusão da RM na missão da Instituição. Apresentar atas das reuniões da Coreme no ato da visita.
Definir em regulamento interno os requisitos de qualificação e as atribuições dos profissionais da área de da saúde em exercício na Instituição, sendo exigido de todos elevado padrão ético, bem como padrão técnico e científico compatível com as funções exercidas.	Enviar planilha com nome e qualificação do coordenador da Coreme, ata de sua eleição. Enviar planilha com conjunto de supervisores, com nome e qualificação. Entrevista aleatória com amostras de supervisores e preceptores sobre a RM na instituição, bem como sobre legislação em vigor. Verificar a existência de Programa de Desenvolvimento Docente, regularmente oferecido aos preceptores e supervisores.

3. Ser legalmente constituída e idônea, obedecendo às normas legais aplicáveis quanto a seus recursos humanos, planta física, instalações e equipamentos.	Envio prévio da documentação com planilha de recursos humanos (preceptores, equipe de saúde), em que conste nome completo, profissão, titulação, jornada de trabalho conforme em contrato, número real de horas dedicado ao PRM e à graduação quando for o caso. Enviar resumo de planta física, instalações e equipamentos destinados ao treinamento de médicos residentes. Garantia de oferta de alimentação, alojamento, licença maternidade e paternidade, de acordo com regras.
Prever em regimento a existência e manutenção do Programa de Residência Médica , garantindo ao residente o disposto na Lei 6.932, de 7 de julho de 1981.	Verificar localmente se é oferecido ou há condição de infraestrutura e recursos humanos. Entrevistar médicos residentes dos diferentes PRMs ofertados para confirmação do disposto na Lei 6.932.
Disponer de serviços básicos e de apoio com pessoal adequado, em número e qualificação, para atendimento ininterrupto das necessidades dos pacientes. 5.1. Disponer de meios para a prática de necropsia, sempre que cabível tal prática, em face da natureza da área ou especialidade.	Enviar documentação quanto ao serviço de apoio diagnóstico, SVO, Radiologia, Laboratório de Habilidades, Apoio ao Médico e Psicopedagógico ao Residente. Comprovar a existência de tais serviços e modo de funcionamento, no momento da visita.
Disponer dos serviços complementares necessários ao atendimento ininterrupto dos pacientes e aos requisitos mínimos do programa, de acordo com cada PRM.	Enviar documentação comprobatória da existência de serviços complementares, como UTI, Ambulatórios, Referência e Contrarreferência, Técnica Cirúrgica, Treinamento em Atenção Primária, etc. Verificação da existência dos serviços documentados no ato da visita.
Disponer de Serviço de Arquivo Médico e Estatística, com normas atualizadas para elaboração de prontuários.	Enviar documentação comprobatória. Verificação da existência dos serviços documentados no ato da visita.

Demonstrar integração com a Rede de Serviços.	Enviar ofícios dos gestores locais de saúde contextualizando a relação dos PRMs em curso na Instituição, com as políticas de saúde local e as devidas contrapartidas.
Possuir programação educacional e científica em funcionamento regular para o seu corpo clínico.	Enviar documentação comprobatória da ocorrência regular de reuniões para aprimoramento profissional e científico do corpo clínico. Verificar a ocorrência dessa programação no momento da entrevista com representantes dos preceptores e médicos residentes.
Possuir biblioteca atualizada com um acervo de livros e periódicos adequado ao Programa de Residência Médica, bem como ter acesso à bibliografia por meio eletrônico (Internet).	Enviar documentação comprobatória, nomeando o bibliotecário(s) responsável(is). Verificar localmente com visita à biblioteca e nas entrevistas com preceptores e residentes.
Possuir processo de seleção pública de acordo com normas em vigor.	Enviar resumo com relação candidatos/vaga, nota mínima de aprovação por PRM, nos últimos 5 anos. Verificar as informações na entrevista com médicos residentes.
Assegurar à Comissão Nacional de Residência Médica condições para avaliação periódica do Programa de Residência Médica.	Providenciar documentação 15 dias antes da vistoria, no caso de vistoria programada e posteriormente para vistoria deflagrada por denúncia. Disponibilizar local, computadores, telefones, funcionários para assessoria dos visitantes designados pela CNRM Providenciar deslocamento na cidade, refeições e alojamento para os visitantes indicados pela CNRM.

AVALIAÇÃO DOCENTE – ESTADO ATUAL

Não há um procedimento instituído de avaliação do corpo docente da RM. Certamente, essa lacuna é consequência da inexistência de reconhecimento formal dessa atividade, conforme já comentado.

Nos demais segmentos da Educação, encontram-se múltiplos procedimentos de avaliação docente. Habitualmente esses processos se dividem em avaliação interna e externa.

Segundo o relatório da Unesco, *O Desafio da Profissionalização Docente no Brasil e na América Latina*, “falar de docente, geralmente, é falar de capacitação, salários e avaliação de desempenho. A formação em serviço tem sido a estratégia das reformas para melhorar o desempenho. A docência é uma profissão com profundo sentido e compromisso humano, porém uma profissão em toda a extensão da palavra”.

Ainda de acordo com esse relatório, a carreira docente abrange quatro aspectos: acesso à profissão; promoção horizontal; promoção vertical; aposentadoria e afastamento.

No aspecto acesso à carreira, deve-se contar com um sistema de seleção capaz de escolher os melhores, e a carreira deve proporcionar a satisfação e a motivação do professor ao longo da sua vida funcional (<http://unesdoc.unesco.org>).

No tópico promoção, no nível horizontal, o docente deve ser reconhecido pelo trabalho, segundo critérios estabelecidos, e deve fazer jus a um incremento salarial, acessando ou não um novo patamar, sem nenhuma alteração de função. Já a promoção vertical representa acesso a uma escalada hierarquizada de funções de magistério, assumindo funções de coordenação, supervisão ou direção, com o devido incremento salarial. Implica selecionar os melhores docentes para funções de gestão educacional (direção, supervisão, etc).

Os instrumentos e procedimentos mais verificados nos países estudados foram provas, concurso de méritos, seleção democrática e por sistema livre. Os critérios ou requisitos para promoção mais frequentes são: experiência profissional (exigência de tempo mínimo), títulos ou formação específica, resultados da avaliação de desempenho (<http://unesdoc.unesco.org>).

A maioria dos países da América Latina desenvolve um sistema de avaliação docente, o que é menos frequente nos países europeus.

Países que contam com um sistema de avaliação externa de desempenho possuem como propósitos da avaliação melhorar e assegurar a qualidade do ensino e utilizar as informações colhidas para classificar e selecionar docentes.

Há uma grande variação de modelos de avaliação empregados entre os países estudados.

As experiências internacionais endossam as seguintes recomendações: um sistema de avaliação de desempenho deve ser construído com a participação de professores, sindicatos e comunidade educacional; deve atender princípios de equidade, transparência e justiça para ter credibilidade; é necessário criar uma imagem construtiva da avaliação a favor do professor e de sua atuação profissional; a avaliação docente deve articular-se com a avaliação da escola; a avaliação deve concorrer para a melhoria da qualidade da docência. O modelo de avaliação deve ainda considerar qualidade e custos, sem esquecer de que certamente contribuirá de forma determinante para a atuação dos professores.

No Brasil, a avaliação docente ainda se estabelece e deve ter como objetivos a análise completa, com ênfase nos alunos avaliando o professor, e na integração da avaliação de desempenho docente com a avaliação da escola e do estudante*.

Os instrumentos de avaliação disponíveis atualmente pela CNRM procura desenhar o perfil dos preceptores a exercitar a honrosa tarefa de formar novos especialistas, a despeito de reconhecimento e valorização. É urgente estabelecer política na direção de revisão dessas lacunas, fato que se esboça em alguns locais do País.

É preciso criar um sistema de avaliação do corpo docente relacionada à RM, com base nas experiências acumuladas em outros segmentos da educação.

O Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes) prevê três dimensões de análise e propõe a integração de instrumentos de avaliação. As dimensões correspondem à organização didático-pedagógica, perfil do corpo docente e instalações físicas. Indica a autoavaliação institucional conduzida por comissão própria e a avaliação externa.

Na dimensão docente, considera-se o núcleo docente estruturante e a titulação, formação acadêmica e experiência do coordenador; a formação acadêmica e pro-

fissional dos docentes; o regime de trabalho; tempo de dedicação ao ensino superior; tempo de experiência no exercício da Medicina; responsabilidade docente pela supervisão da assistência médica; pesquisa e produção

Total de Preceptores	
Titulação	Quantidade (n ^o)
Mestrando	
Mestre	
Doutorando	
Doutor	
Livre Docente	
Especialista na área do PRM	
Especialista em área afim	
Carga horária semanal	Quantidade (n ^o)
< 20 h	
20 h	
40 h	
Dedicação exclusiva	
Tempo de exercício na especialidade	Quantidade (n ^o)
< 5 anos	
5 – 10 anos	
> 10 anos	

FONTE: SisCNRM

* Wanderley Codo, Coordenador do Laboratório de Psicologia do Trabalho, Universidade de Brasília (UnB).

científica. Também se verifica a existência de um núcleo de apoio pedagógico e capacidade docente. Todas as categorias de análise possuem cinco níveis de desempenho, chamados conceitos, variando de I (pior desempenho) a 5 (melhor desempenho).

No momento o MEC, por meio da Coordenação de Residências em Saúde e CNRM, busca estabelecer um Programa Nacional de Desenvolvimento da Preceptoria, em parceria com Associação Brasileira de Educação Médica, Escolas Médicas e a SGTES.

O projeto procurará atender às necessidades pedagógicas, de gestão da educação e da integração com o Sistema Único de Saúde.

Deve ainda priorizar a construção de indicadores que possibilitem monitorar o desempenho do programa.

Com inspiração no programa do MEC com relação à Educação Básica, com intuito de sedimentar e ampliar estratégias nacionais, faz-se necessário estimular linhas de pesquisa em educação médica, no sentido de elaborar indicadores precisos e procedimentos de avaliação adequados, a fim de fortalecer o ensino e aprendizagem no segmento de RM, cabendo à CNRM e instituições componentes do sistema o papel de protagonista e estimulador.

REFERÊNCIAS

1. Grillo MC, Gessinger RM, Lima VMR, Freitas ALS. A trajetória de um compromisso. In: Freitas ALS, Grillo MC, Gessinger RM, Lima VMR, Orgs. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010.p.9-14.
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990;65:S63-7.
3. Cowles JT, Hubbard JP. J Med Educ. 1952; 27: 14.
4. McCarthy WH. An assessment of the influence of cueing items in objective examinations, Academic Medicine, 1966.
5. Anderson SB. "The Role of the Teacher-Made Test in Higher Education." In D. Bray and M. J. Blecher (eds.), Issues in Student Assessment. New Directions for Community Colleges, no. 59. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
6. Ward. A Comparison of Free-Response and Multiple-Choice Forms of Verbal Aptitude. Tests Applied Psychological Measurement January. 1982;6:1-11,
7. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The Mini-CEX: A Method for Assessing Clinical Skills, Annals of Internal Medicine. 2003;138(6):476-81.
8. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº. 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe
9. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 19 maio 2006; Seção I, p. 23-36
10. Brasil. Decreto Presidencial nº. 7562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Diário Oficial da União. Brasília, 16 set. 2011.

Anexos

ANEXO I

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO PELO MÉDICO RESIDENTE

NÃO IDENTIFICAR O RESIDENTE pelo nome, apenas referir o ano da Residência (R1, R2 e R3)

Identificar o Programa de Residência Médica e o Estágio (Ex.: PRM de Clínica Médica, Estágio de Pré-operatório, etc.

Programa de Residência Médica em: _____

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

Avaliação do estágio de treinamento em: _____

1) Você foi informado a respeito dos objetivos no início do estágio/ ou programa?

() Não.

() Sim. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

2) Os objetivos do estágio foram atingidos?

Não.

Sim. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

3) Ao longo desse estágio você sofreu qualquer tipo de constrangimento?

Não.

Sim. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

4) Em caso de resposta positiva ao item anterior, assinale o autor (quantos for o caso):

interno assistente do próprio local enfermagem

do próprio grupo de trabalho assistente de outro local psicologia

residente de outra área prof. titular do local nutrição

serviço social serviço de segurança apoio diagnóstico

médicos da radiologia funcionários da radiologia laboratório

Same coordenador do estágio

outros Especifique: _____

5) Em relação ao acesso ou disponibilidade de apoio multiprofissional:

a. Funcionários: adequado inadequado

Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

b. Profissionais da saúde: adequado inadequado

Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

c. Relacionamento multiprofissional: adequado inadequado

Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

6) A supervisão docente foi adequada:

(Considere a quantidade, a qualidade e a resolubilidade.)

Não.

Sim. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

7) A rede mundial de computadores para consulta científica está disponível?

(Considere a agilidade, qualidade do material disponível e franqueamento de acesso.)

Não.

Sim. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

24h horário comercial 8h-22h

8) Há acesso facilitado e qualidade a uma biblioteca médica?

(Considere a agilidade, qualidade do material disponível e franqueamento de acesso.)

Não.

Sim. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

9) Quanto às estratégias de ensino:

(Considere: visitas, supervisão nos diferentes locais, reuniões, clubes de revista, etc.)

inadequada.

adequada. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

10) Em relação à estrutura do serviço, o volume de atendimento estava adequado aos objetivos do estágio?

Excessivo. Insuficiente.

Adequado. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

11) Em relação à estrutura física, considerando o conteúdo programático, em função das habilidades a serem adquiridas: (*Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Enfermaria, etc.*)

Adequada. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Inadequada. Justifique: _____

12) Em relação à estrutura do serviço, o tipo de paciente atendido estava adequado aos objetivos do estágio?

(*Considere habilidades (procedimentos) e a especialidade, nº de vezes que os executou, segurança atual em fazê-los.*)

Não.

Sim. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

13) O programa teórico foi adequado?

(*Considere o horário, a carga horária e a qualidade.*)

Não.

Sim. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

14) Aprendizagem no estágio:

inadequada.

adequada. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

15) O principal agente da resposta do item anterior foi:

motivação e empenho pessoal. características do serviço.

empenho docente. conjunto das anteriores.

adequada. Nota: 1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

16) Descreva os aspectos positivos do programa:

17) Descreva os aspectos negativos do programa:

18) Sugestões para melhorar o estágio:

01- _____

02- _____

- 03- _____
- 04- _____
- 05- _____
- 06- _____
- 07- _____
- 08- _____
- 09- _____
- 10- _____

ANEXO 2

VI – AVALIAÇÃO DOS PRMS PELOS MÉDICOS RESIDENTES DO ÚLTIMO SEMESTRE.

INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Por favor, utilize (N) para INEXISTENTE, (I) para INSUFICIENTE, (R) para RAZOÁVEL, (B) para BOM, (O) para ÓTIMO e (E) para EXCESSIVO.

Que conceito daria ao Programa de Residência Médica que frequenta, quanto à(ao):

01. abrangência do conteúdo teórico ministrado? Use como referência o melhor tratado da especialidade ou o conteúdo teórico exigido na(s) prova(s) para obtenção do título de especialista. (___)
02. distribuição dessa carga teórica nos diversos anos do programa? (___)
03. qualificação e/ou titulação do corpo docente diretamente envolvido? (___)
04. quantidade de docentes diretamente envolvidos? (___)
05. escolha e domínio dos métodos didáticos/pedagógicos mais adequados para a transmissão do conteúdo teórico (por exemplo, conferências, seminários, PBLs, etc.)? (___)
06. duração das sessões teóricas? (___)
07. horários das sessões teóricas? (___)
08. tamanho do(s) ambiente(s) onde são realizadas as sessões teóricas? (___)
09. condições ambientais desse(s) ambiente(s) (por exemplo, privacidade, arejamento, iluminação, temperatura, isolamento acústico)? (___)
10. acomodações desse(s) ambiente(s) (por exemplo, suficiência no número de cadeiras e mesas)? (___)
11. qualidade e quantidade de equipamentos didático/pedagógicos (por exemplo, quadro-negro, projetores, datashows, etc.)? (___)

12. divulgação antecipada do local, assunto e horário do programa teórico para eventual preparo em tempo hábil (por exemplo, em quadro de avisos, *homepages*, etc.)? (___)
13. registro e cumprimento da programação estabelecida (por exemplo, com um livro de presenças)? (___)
14. facilidade de acesso a informações (por exemplo, bibliotecas, computadores, assinatura de revistas eletrônicas, etc.)? (___)
15. disponibilização de tempo para o preparo prévio naquelas técnicas ativas em que o aluno é obrigado a procurar, resumir e transmitir informações como parte de seu próprio aprendizado? (___)
16. avaliação do aprendizado (prova) tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo? (___)
17. diversidade de atendimento nos ambulatórios do HSP adequado para cada ano do programa de residência (preparo do egresso para o mercado de trabalho)? (___)
18. quantidade de atendimento nos ambulatórios do HSP para cada ano do programa de residência (preparo do egresso para o mercado de trabalho)? (___)
19. condições ambientais para o atendimento? (___)
20. condições materiais para o atendimento? (___)
21. harmonia das atividades nos ambulatórios com as outras atividades obrigatórias? (___)
22. preparo/atualização dos preceptores-dias? (___)
23. quantidade de preceptores-dias? (___)
24. adequação do tempo dispendido para o ensino? (___)
25. cobrança do aprendizado? (___)
26. discussão de eventos adversos? (___)
27. diversidade de operações, intervenções ou outros procedimentos especializados no HSP, adequado para cada ano do programa de residência (preparo do egresso para o mercado de trabalho)? (___)
28. quantidade de operações, intervenções ou outros procedimentos especializados no HSP, adequado para cada ano do programa de residência (preparo do egresso para o mercado de trabalho)? (___)
29. condições ambientais para os procedimentos (incluindo proteção)? (___)
30. condições materiais para os procedimentos? (___)
31. harmonia das atividades para aprendizado e prática de procedimentos (nos PSs, centros cirúrgicos, obstétricos, unidades diagnósticas ou afins) com outras atividades obrigatórias? (___)
32. preparo técnico e didático dos preceptores-dias no ensino dos procedimentos? (___)
33. quantidade de preceptores-dias para o ensino dos procedimentos? (___)
34. cobrança do aprendizado dos procedimentos? (___)
35. atividade específica para discussão de eventos adversos? (___)
36. desempenho dos egressos do programa no mercado de trabalho? (___)
37. clareza deste instrumento para o propósito de monitoramento? (___)

Sugestões/Criticas/Observações _____

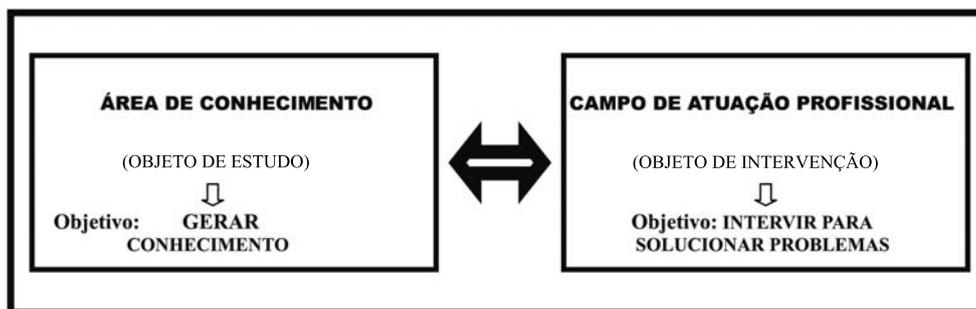
Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde: Conceitos e Possibilidades

*José Rubens Rebelatto**, *Jeanne Liliane Marlene Michel***, *Ana Estela Haddad****,
*Maria do Patrocínio Tenório Nunes*****

Ao nos referirmos a “mestrado” e “profissão”, parece importante ter claro que estamos abordando dois conceitos ao mesmo tempo distintos e complementares. Dessa forma, dois outros conceitos, já estudados na literatura, podem (ou devem) ser lembrados para auxiliar em uma análise mais aprofundada: os conceitos de “área de conhecimento” e de “campo de atuação profissional” (Figura 1).

Área de conhecimento se caracteriza por um conjunto de atividades voltadas ao objetivo de “produzir o conhecimento em relação a determinado assunto, objeto ou conjunto de objetos”. Possui, portanto, um “objeto de estudo” ou conjunto de objetos, em relação aos quais produz o conhecimento (no caso da academia, em geral, o conhecimento produzido é o científico).

Figura 1
Representação esquemática dos conceitos de campo de atuação profissional e de área de conhecimento e da interdependência existente entre eles



* Fisioterapeuta; Doutor em Educação; Pós-Doc em Fisioterapia Geriátrica; Professor Associado da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Diretor de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC/SESu/DHR).

** Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Coordenadora Geral de Residências em Saúde da Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC/SESu/DHR/CGRS).

*** Cirurgiã-Dentista; Doutora em Odontologia; Professora do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP); Diretora de Programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS/SGTES).

**** Médica; Doutora em Clínica Médica; Professora Livre-Docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP); Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação – CNRM/MEC.

Campo de atuação profissional, por sua vez, se caracteriza por um conjunto de atividades voltadas para “intervir na sociedade com o objetivo de solucionar problemas”. Nessa direção, possui um (ou mais) “objeto de intervenção” ou de trabalho.

A interdependência entre esses dois conceitos (e das respectivas formas de atuação que exigem) se dá na medida em que, para “intervir na sociedade” de maneira eficiente e eficaz, os campos profissionais utilizam o conhecimento produzido nas diferentes áreas de conhecimento. Por exemplo, para que um profissional da saúde – médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, dentista – possa intervir adequadamente nos problemas que caracterizam seu **campo de atuação**, são necessários conhecimentos de várias áreas, como Física, Química, Anatomia, Fisiologia e Matemática, entre outras. Além disso, essa interdependência também ocorre quando, no exercício de suas atividades, o profissional se depara com novos problemas (ou com aspectos desconhecidos dos problemas existentes), e estes são transformados em **objetos de estudo** de determinada área, e em relação a eles são gerados novos conhecimentos.

As residências em saúde, de maneira geral, foram concebidas inicialmente para “especializar” profissionais, capacitando-os a atuar com alta eficácia em problemas específicos da população. Para isso, pressupõem treinamento intensivo no trabalho, de maneira a desenvolver habilidades profissionais “especializadas” que permitam a intervenção com alta probabilidade de êxito na solução dos problemas de responsabilidade daquele profissional naquelas “especialidades”. Nessa direção, exigem dedicação intensiva e supervisão de profissionais mais experientes e treinados na formação de novos profissionais.

O mestrado e o doutorado, por sua vez, foram idealizados, em sua gênese, para formar professores em nível superior (para as universidades) e cientistas para gerar o conhecimento necessário ao País, nas diferentes áreas.

Dicotomicamente, pelas concepções apresentadas, é possível inferir que as residências estão mais próximas do conceito de **campo de atuação profissional**, e o mestrado e o doutorado, do de **área de conhecimento**. No entanto, a própria interdependência apontada entre essas concepções indica a necessidade de uma intersecção que, em síntese, justifica o **mestrado profissional associado a residências em saúde**.

Ou seja, para as profissões cuja preparação exige períodos longos e atividades intensivas de treinamento em trabalho, como as profissões do campo da saúde, parece ser conveniente desenvolver um processo que maximize as aprendizagens relativas à intervenção especializada e à geração de conhecimento científico. Associando a isso, ainda, habilidades relativas ao desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem (aprender a formar novos profissionais).

O Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde, portanto, deverá apresentar características que apontem a solução de dois problemas gerais. O primeiro deles se refere à dificuldade na geração de conhecimento científico de qualidade e em quantidade significativa como decorrência das intervenções intrínsecas ao treinamento intensivo no trabalho, exigido pelas residências. Capacitar o residente a identificar os problemas relevantes para pesquisa, planejar a intervenção, coletar os dados sistematicamente, tratá-los e discutí-los frente ao conhecimento produzido resolverá ou minimizará muito esse tipo de problema. A comunicação do conhecimento produzido e sua utilização na formação de futuros profissionais também são habilidades inerentes a essa questão.

O segundo problema está relacionado ao tempo de formação profissional e ao melhor aproveitamento do período de “vida acadêmica” dos profissionais. Geralmente, as profissões de saúde que oferecem residência exigem um período de formação de quatro ou cinco anos, em média. As residências, por sua vez, mais um, dois ou três anos. Se somente após esse período o profissional for realizar sua preparação como professor universitário e cientista, o “custo de resposta” e mesmo o “investimento educacional” (público ou não) podem se tornar contraproducentes. Potencializar a carreira (e a formação acadêmica) desses profissionais parece, no mínimo, racional e conveniente para os profissionais, as universidades e o País.

As perguntas a serem respondidas, considerando os argumentos apontados, são:

Que características deve ter um programa de residência em saúde para pleitear transformar-se em um mestrado profissional?

Que outras características devem ser agregadas às existentes na residência, para construir um projeto consistente de mestrado profissional?

Como deve ser o processo de avaliação das propostas iniciais e do desempenho futuro e que indicadores e referenciais utilizar para operacionalizá-lo?

Para responder, ou pelo menos iniciar o processo de responder a essas questões, é importante ter clareza sobre o perfil do egresso do mestrado profissional, ou seja, o que deverá ser capaz de fazer esse profissional após terminado o Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde?

Parece implícita a necessidade de três capacidades: deverá ser um (bom) **especialista** em seu campo de atuação; um **pesquisador** capaz de gerar conhecimento de qualidade a partir de sua atuação; e um **educador** com competência para formar novos profissionais no campo da saúde. Considerando este perfil do egresso, é possível apontar alguns fatores a observar nas respostas às questões formuladas:

1. Para pleitear tornar-se um mestrado profissional, o programa de residência deve ser reconhecido como de excelência naquilo que já desenvolve: **a especialização dos profissionais**. Este parece ser um requisito básico e fundamental, sob o risco de, ao não garanti-lo, criar-se “algo” que não seja nem uma coisa, nem outra (especialização e mestrado);
2. Garantida a qualidade na formação de especialistas, deverão ser incluídas atividades e condições que gerem competências para a produção de conhecimento científico: (a) identificar e caracterizar um problema relevante de pesquisa (qual o problema, por que é problema, para quem é problema, quem estudou o problema, a que resultados chegaram aqueles que estudaram o problema, o que falta saber sobre o problema, qual o objetivo do estudo); (b) propor e desenvolver um método para estudar o problema; (c) coletar, tratar, analisar e discutir os resultados obtidos; (d) comunicar o trabalho realizado à comunidade científica;
3. Além disso, criar condições para que o egresso seja capaz de analisar, programar e desenvolver condições de ensino para futuros profissionais do campo da saúde.

A resposta à terceira pergunta remete necessariamente a um trabalho conjunto daqueles que já avaliam isoladamente os processos como eles existem hoje: residências e mestrados. Isso implica o trabalho conjunto

da Capes e das Comissões Nacionais das Residências em Saúde, somando esforços, adaptando e adequando suas competências na avaliação das especializações e dos mestrados. Tal encaminhamento parece reunir um conjunto suficiente de *expertise* para avaliar as propostas iniciais e desenhar o processo de avaliação contínua que deverá ocorrer futuramente.

Finalmente, pode ser útil a análise das possíveis influências da criação do mestrado profissional sobre as residências em saúde tais como estão hoje. Parece ser entendimento geral que, de imediato, a implantação do mestrado profissional poderá “qualificar” de forma justa as melhores residências hoje existentes. Mas, além disso, merece destaque o fato de que talvez a avaliação inicial e principalmente o processo de avaliações subsequentes sejam os aspectos mais significativos na direção de guindar a qualidade das residências oferecidas a níveis ainda superiores.

Por outro lado, a implementação de ações desse tipo, embora esperada há décadas pela comunidade acadêmica, gera também posições contrárias e contra-argumentos potentes que devem ser levados em conta. E isso, ao mesmo tempo em que é implícito à natureza da academia, também é essencial para aperfeiçoar o próprio processo.

Em síntese, as ações de avaliação, supervisão e regulação por parte dos órgãos oficiais, a contribuição das corporações e comissões nacionais e o desempenho dos profissionais envolvidos diretamente nesses mestrados é que fornecerão subsídios para uma visibilidade futura sobre sua real contribuição ao País.

LEITURA RECOMENDADA

4. Botomé SP. Pesquisa alienada e ensino alienante: o equívoco da extensão universitária. Petrópolis: Vozes; 1996
5. Breilh J, Granda E. Investigación de la salud en la sociedad. Quito: Ed.CEAS; 1980.
6. Goldberg MAA. As contribuições da Ciência ao ensino: mito e antimito. Cadernos de Pesquisa. 1975;12:55-9.
7. Rebelatto JRR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole; 2004.

