

## **EM DEFESA DA RESIDÊNCIA MÉDICA DE QUALIDADE**

Grupo de Trabalho de Residência Médica da ABEM

Brasília, 16 de julho de 2024

Recentemente, foi publicado o Decreto Nº 11.999 *que dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de programas de residência médica e das instituições que os ofertam*. Esse decreto gerou grande repercussão nacional e suscitou um amplo debate sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e sua composição, mas, sobretudo, uma defesa generalizada da qualidade da residência médica.

O Grupo de Trabalho de Residência Médica da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) foi criado para reunir pessoas para discutir a residência médica para o Brasil e os desafios históricos e contemporâneos que precisamos enfrentar na busca de qualidade. Assim, convidamos todas e todos a pensarem: a residência médica está dando conta de formar os especialistas com a qualidade que o Sistema Único de Saúde (SUS) precisa?

Para responder a essa complexa indagação, é fundamental abordar alguns pontos cruciais: Quais são as demandas de saúde da população brasileira? Quantos especialistas são necessários para atendê-las? Quais são esses especialistas e como podemos distribuí-los de maneira equitativa? O que consideramos qualidade?

Neste debate, é crucial considerar a vasta extensão territorial do Brasil e suas realidades regionais. Uma vez que para garantir uma assistência eficaz, é fundamental contar com dados robustos que orientem a regulação de uma formação médica alinhada com as necessidades sociais específicas de cada localidade. O envolvimento do controle social desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade dos programas de residência. Ao olharmos para a composição da CNRM,

é essencial reconhecer que a participação de entidades médicas e governamentais deve ser complementada pela presença de representantes da sociedade, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde.

Isso assegura a construção democrática do Estado e a inclusão da população na formulação de políticas de saúde. Vale ressaltar que o SUS é ordenador da formação de recursos humanos em saúde e cabe na composição da CNRM os atores que organizam as políticas para os diversos níveis de assistência. A entrada na composição da CNRM da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que hoje é responsável pela gestão dos Hospitais Universitários Brasileiros, bem como a organização do Exame Nacional de Residência (ENARE) que oferta mais de 3.100 vagas em 92 instituições por todo o Brasil nos parece acertado. Bem como a participação da Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e Secretaria de Atenção Especializada (SAES), duas secretarias do Ministério da Saúde diretamente ligadas aos diversos cenários de ensino-aprendizado da residência. A discussão sobre a composição da CNRM precisa caminhar no sentido de valorizar e garantir que as necessidades da população sejam consideradas em todas as suas instâncias e na diversidade de vozes da sociedade.

Além de avaliar a composição da CNRM, é crucial promover uma atuação descentralizada e próxima das realidades locais por meio das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs). Essas comissões desempenham um papel essencial ao estabelecerem um contato direto com os residentes, por meio de suas Comissões de Residência Médica (COREMEs), garantindo uma abordagem próxima dos desafios enfrentados em cada serviço. Essa descentralização é ainda mais indispensável dado o cenário atual da formação médica no Brasil. Enquanto as discussões no âmbito da graduação vêm avançando com muita seriedade por diversos atores, a residência médica ainda possui acúmulos teóricos nacional e regional incipientes e um modelo de formação estagnado no século passado.

As mudanças na graduação, desde currículo até o perfil sócio demográfico dos egressos, traz uma complexificação dos cenários das residências. Ainda

enfrentamentos modelo de especialização pouco inclusivo, hospitalocêntrico, sem planejamento pedagógico, sem incentivo a especialização de preceptores, além de uma realidade de saúde pós pandemia que por si só é um grande desafio. Nosso país optou pela inclusão de estudantes no ensino superior, seja através da Lei de Cotas ou dos programas de Financiamento Estudantil. Como olhar para os egressos médicos a partir de agora, entendendo que os desafios são outros, como: pagamento de dívida universitária e apoio financeiro a núcleos familiares mais diversos.

Para discutir a residência médica de qualidade no Brasil, devemos considerar os seguintes pontos e esperamos que os atores que hoje discutem o Decreto N° 11.999 se debruem também conosco sobre:

- Uma iniciativa pública e do Estado de construção de uma demografia da medicina brasileira, que inclua os dados relacionados à formação, número de ingressos e egressos nas graduações de medicina, um cadastro nacional de especialistas médicos e a dimensão da migração de profissionais médicos pelo país. Convocamos as Entidades Médicas a colaborarem com essa proposta, abrindo seus bancos de dados de cadastros de médicos e apoiando esta iniciativa.
- Um novo paradigma avaliativo das residências e reformulação de todos os instrumentos avaliativos para que se complexifique e leve em conta a diversidade de cenários de práticas brasileiros, fugindo da lógica valorizada nas grandes capitais de que formação "padrão-ouro" só é realizada em grandes centros urbanos e hospitais terciários.
- Repensar a residência a partir do olhar do trabalho contemporâneo, ampliando direitos dos residentes, carga horária mais adequada e que leve em conta as especificidades de cada uma das residências médicas. Além de remuneração que desprecarize a relação do residente com o trabalho e o

afaste das múltiplas jornadas em empregadores diferentes para composição de sua renda.

- Um financiamento robusto para a operacionalização do funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica e das Comissões Estaduais de Residência Médica, garantindo recursos humanos para funcionamento desta instância, bem como orçamento para visitas in loco dos programas.
- Ampliar as discussões junto as COREMEs da formação que considere as competências já aprovadas das diversas especialidades, bem como avançar na atualização dessas competências e uma ampla discussão sobre competências gerais e específicas daquela especialidade, dando assim uma resposta à complexidade epidemiológica, territorial e de estrutura dos serviços no SUS.
- Construir uma organização regimental robusta para a CNRM e CEREMs, que dê transparência às ações e torne suas agendas e pautas públicas. É inconcebível a CNRM trabalhar sem um regimento interno e diversas CEREMs não terem reuniões periódicas, haja visto a necessidade de qualificação dos programas de residência.
- Avançarmos no debate público da regulação da profissão médica e da formação de especialistas. A exemplo de diversos países que cada um à sua maneira criou mecanismos para esse fim.

Esses são alguns dos desafios que estão postos para, de fato, discutirmos a qualidade da residência médica no Brasil. O debate público não pode girar em torno de polarizações por definição da composição da CNRM apenas. É necessário que os atores que compõem a Comissão Nacional de Residência Médica se comprometam com os avanços apontados.



O **Grupo de Trabalho de Residência Médica da ABEM**, como um espaço coletivo de docentes, preceptores, residentes e gestores de programas de residência médica, **convida a todas e todos para aprofundar a discussão e se somarem nos espaços que estamos construindo** para o debate da residência médica de qualidade.