



RELATORIA DA OFICINA REALIZADA NO 60º CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Foz do Iguaçu, 05 de novembro de 2022

Residências Médicas no Brasil: construindo um diagnóstico inicial e entendendo o papel da ABEM

MOTIVAÇÕES: Embora a Associação Brasileira de Educação Médica, nos seus 60 anos, tenha desempenhado papel essencial nas discussões da educação médica brasileira no que tange a graduação em medicina, percebemos que a temática da residência médica esteve presente na associação de maneira periférica. Sendo assim, ao longo de sua história é possível perceber aproximações e afastamentos deste tema. Entendendo que a residência médica é etapa fundamental na formação dos médicos do Brasil e que existe uma relação direta entre ela e a graduação em medicina, esta oficina é um movimento no sentido de fortalecer a discussão sobre residência na ABEM.

OBJETIVOS:

- Elencar problemas/desafios centrais e estruturantes das Residências Médicas;
- Debater causas e consequências dos problemas estruturais;
- Fazer síntese de causas e consequências dos problemas estruturais;
- Levantar estratégias de atuação para a ABEM;
- Entregar para o Conselho de Administração da ABEM, que inclui o Conselho Diretor, o produto da Oficina;

NUVEM DE PALAVRAS:

Quais são os principais desafios que precisamos enfrentar para construir uma Residência Médica de qualidade e socialmente referenciada no Brasil?

O grupo ainda ressalta que a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) precisa ser disputada para avançar no sentido de entender seu papel para o SUS e para a formação de especialista para a população e não no caminho de favorecimento do corporativismo da profissão. Esse papel da CNRM precisa estar claro para avançarmos nessa compreensão junto às instâncias regionais e os programas de residência. Outro ponto discutido foi a fixação dos residentes no interior, a residência fixa médico no interior do país? Seria ela uma das formas de melhorar a distribuição de médicos a longo prazo? Por último e não menos importante, o grupo debateu as provas de residência e o papel que tem cumprido de deturpar em algum nível a formação nos últimos anos da graduação. Bem como os cursos preparatórios reforçam desigualdades sociais já estabelecidas.

2) Mercado de trabalho, regulação de vagas e do exercício profissional

O grupo levantou a necessidade de regulação da profissão médica e da residência médica, retirando da corporação médica decisões relevantes sobre o acesso ao cuidado. Universalizar a residência e criar mecanismos que a tornem obrigatória foi visto pelo grupo como uma estratégia interessante. Mapear as vagas de residência e controle sobre abertura de vagas, valorizando as especialidades generalistas e sempre em consonância às demandas do SUS e da população. Toda a regulação da profissão deve ser estatal, a exemplo de muitas experiências estrangeiras. Discutiu-se sobre a cultura nas escolas de medicina que “glamouriza” a subespecialização e, consciente ou inconscientemente, trabalha contra a ideia de formação de generalistas, a exemplo da especialidade de Medicina de Família e Comunidade. É necessário olhar para os currículos que estão “superespecializados”. Continuando a relação graduação/residência, é necessário não descola-las e olhar para a construção das residências também à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Também foi discutida a necessidade de se avançar em relação ao vínculo de trabalho estabelecido para a residência, com mais garantias trabalhistas e com carga horária compatível e adequada em todos os anos de residência, tendo como horizonte mínimo a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Por último, pontuou-se sobre a importância de combater a precarização do trabalho médico, que precisa ter recursos estruturais, vínculos trabalhistas estáveis e carreira nacional.

3) Formação de Preceptores e Desenvolvimento Docente

Foi levantado pelo grupo que há escassez de preceptoria, sobretudo, preceptoria qualificada para os programas de residência em geral. Se dividiu, a título de exemplificação dois perfis de preceptoria, aquelas mais tradicionais e vinculadas há muitos anos ao serviço, que necessitam de educação permanente para que percebam a preceptoria como espaço de educação e a mudança do perfil e das demandas dos residentes; e uma segunda categoria de preceptoria formada por preceptores mais jovens, que adentram nessa complexa atribuição e não possuem, dentro dos próprios programas de residência que atuam, apoio, capacitação e reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem. O grupo apontou ainda a falta de um plano de valorização dos preceptores que consiga atrelar valorização

financeira, mas também acadêmica com estratégias de qualificação profissional por pós-graduações, cursos, entre outros. O grupo foi contundente em apontar a responsabilidade da ABEM em fazer formação de preceptores, uma vez que já possui um curso de formação com história, lastro e competência.

4) Currículo e Avaliação

O grupo debateu o avanço que foi a construção das matrizes de competência por especialidade, porém percebe limitações nesse método, sobretudo porque não houve uma padronização entre as diversas especialidades do que se espera de uma matriz de competência, gerando muitas vezes documentos imensos e pouco aplicáveis. É necessário avançar em propostas para além das matrizes de competências, a título de exemplificação foram pensadas as Entrustable Professional Activities (EPAs) ou Atividades Profissionais Confiabilizadoras. Além disso, foi levantado as especificidades regionais brasileiras como limitação de modelos universalizantes de matrizes, sendo necessário haver espaço para algum grau de flexibilidade: construção de “competências globais e locais”. Discutiu-se ainda que qualquer implementação de currículo precisa de avaliação contínua, precisa partir de um perfil de ingresso [que vale ressaltar mudou nas escolas de medicina e vem mudando nas residências] e objetivos claros. Os currículos precisam ter no horizonte o perfil de profissionais que se formam na graduação e as DCN, além de formar corpo profissional para atuação no SUS e para as demandas e epidemiologia da população brasileira. Sobre avaliação na residência, constatou-se a reprodução do que já observamos na graduação com processos de avaliação pouco pedagógicos, estruturados em uma lógica de obrigatoriedade regimental e pouco valorizados como processo formativo. Precisa-se avançar na avaliação dos preceptores. Compreende-se que a discussão sobre o currículo e avaliação dos residentes e especialistas se complexifica, pois envolve muitos atores, como as sociedades de especialidade.

PROPOSIÇÃO DE AÇÕES QUE PODEM SER DESENVOLVIDAS:

- 1) Construção de um Grupo de Trabalho para discussões de Residência Médica, sendo composto por todos os segmentos profissionais que compõem a residência: residentes, preceptores, docentes, discentes, gestores, etc.
- 2) Cobrar para que as cargas horárias dos residentes sejam mais adequadas, no contexto do congresso, inclusive, temos baixa participação de residentes;
- 3) Discutir as formas de acesso a residência, a regionalização dos processos seletivos, diretrizes de avaliação de currículo, valores de inscrição, etc.
- 4) Fazer pesquisa, criar banco de dados e repositórios sobre a residência médica no Brasil;

- 5) Ocupar os espaços de discussão sobre residência médica, em especial CNRM e CEREMS;
- 6) Consolidar o debate de residência na ABEM para além de uma gestão, para que se torne perene na entidade;
- 7) Construir espaços de discussão de residência em seus espaços de congresso nacionais e regionais, além da construção de fóruns, debates e simpósios específicos;
- 8) Avaliar os processos que têm sido usados para constatar qualidade dos programas de residência;
- 9) Compreender o papel que as entidades médicas têm na discussão de residência, principalmente, Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e Sociedades Científicas;
- 10) Encontrar estratégias para capilarizar a discussão da residência nas Regionais da ABEM;
- 11) Encontrar estratégias para tornar mais orgânica a discussão entre os representantes de CEREM da ABEM;
- 12) Fortalecer a temática da residência dentro da RBEM;
- 13) Valorizar a residência nas políticas de apoio à produção científica da ABEM;
- 14) Manter diálogo constante com Ministério da Saúde e Educação, Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS acerca da formação e residência médica no país;
- 15) Mapear membros de CEREM e CNRM, identificando possíveis associados da ABEM nestes espaços;
- 16) Assumir protagonismo na construção de propostas para contribuir com o desenvolvimento dos programas de residência, comprometidos com a consolidação do SUS.

PARTICIPANTES: *André Abreu Jr, Douglas V. Pereira, Natascha K. Nepomuceno, Artur Torres, Djerlly Marques, Roberto Magalhães, Glória Maria Andrade, Guilherme A. Pereira, Guilherme de Sousa Barbosa, Andréa Ribeiro Soares, Paulo Pinho, Aristides Palhares, Leandro Tuzzin, Daniel Gonzaga, Roberto Tapia Hidalgo, Andréa Taborda, Adriana Aguiar, Vitória Resmini, Ana Júlia Bulgarelli, Heloise Rosa, Rafaela Moreira Hasse, João Pedro M. Rossarel, Marcus Vinícius Ribeiro Cruz, Luísa Chaves Simões Silva, Daniela Chiesa, Olivia A. Bessa, Luíza de A. Dutra.*