



Residência Médica no Brasil *Medical Residency in Brazil*

Tania Maria Marcial

Médica Infectologista, Mestre em Infectologia e Medicina Tropical. Presidente Fundadora da Associação de Apoio a Residência Médica de Minas Gerais – Aremg. Professora da Disciplina de DIP da Faculdade de Medicina e Ecologia Humana – FASEH. Avaliadora de programas de residência médica da Comissão Nacional de Residência Médica. Coordenadora do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS Minas/SES/MG

Talvez não exista na história da ciência médica nos últimos cem anos nada mais fascinante do que a vida do Dr. William Stewart Halsted, considerado o mais inovador e influente cirurgião que os Estados Unidos já teve. O número e a magnitude de suas contribuições são surpreendentes. No entanto, a mais importante delas foi a criação da residência médica. Até a abertura do hospital John's Hopkins em 1889, não havia um sistema formal para treinar cirurgiões nos Estados Unidos. Halsted introduziu um sistema em que médicos formados nas universidades ingressavam em um programa cirúrgico de base hospitalar, ao longo de um período de vários anos, com aumento progressivo de responsabilidades, culminando no último período em independência e autonomia dos jovens médicos. Esse sistema de treinamento se espalhou lentamente em todo o país. Este método de formação foi responsável mais do que qualquer outro fator, pela incrível produtividade que colocou os Estados Unidos na vanguarda da ciência cirúrgica em todo o mundo.¹

Em 1890, também na Universidade John's Hopkins, William Osler implantou o sistema de residência médica para a especialização em Clínica Médica. Em 1917, a Associação Médica Americana reconheceu a importância da residência médica e dez anos mais tarde, teve início o credenciamento dos primeiros programas. A partir de 1933, a obtenção de certificado de residência médica passou a ser exigência para o exercício da medicina naquele país.²

Correspondência: tania_marcial@uol.com.br

No Brasil, a residência médica foi criada na década de 40, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, inspirada na filosofia do modelo norte americano, uma vez que médicos brasileiros obtiveram sua formação de especialistas naquele país.³ Há descrição de que o primeiro programa criado foi o de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.² Devido ao acréscimo de escolas de medicina no início da década de 70, houve uma rápida expansão destes programas, nem sempre caracterizados como cursos de pós graduação, muitos deles, como mão de obra de baixo custo.³

Criada pelo Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é a entidade que regulamenta a Residência Médica no Brasil. A partir de julho de 1981, com a Lei nº 6.932, o termo “Residência Médica”, obrigatoriamente, só pode ser usado para programas credenciados pela CNRM.^{4,5} A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica no Brasil.⁶

Com o crescimento do número de programas e devido às dificuldades de acompanhamento dos mesmos nos vários estados do país, a partir de 1987, foram criadas as Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs); atualmente com sua constituição e atribuições definidas pela Resolução 01/2006 da CNRM.⁷ As CEREMs puderam ser consideradas representantes da CNRM nos Estados, atuando como intermediárias entre as Comissões de Residência Médica das instituições - Coremes e a CNRM. Em Minas Gerais, a CEREM/MG foi bastante

atuante até o ano de 2011. Ela organizava e realizava as vistorias dos programas, acompanhava e aprovava os editais dos processos seletivos para admissão nos programas de residência médica, entre outras atribuições. No entanto a partir do ano de 2011, estas atividades voltaram a ser realizadas pela CNRM,⁸ excluindo a aprovação dos editais do processo seletivo, que passou a ser responsabilidade exclusiva das instituições que oferecem residência médica. No ano de 2012, foi criado o banco nacional de avaliadores,⁹ e os programas passaram então a ser vistoriados e avaliados por médicos vistoriadores aprovados em processo seletivo. Estes, geralmente realizam as vistorias em instituições de estados diferentes de seu estado de origem.

Toda instituição que oferece Programas de Residência Médica tem que ter a Coreme. Ela é a responsável por oferecer, dentro do seu serviço, condições adequadas para a boa formação do médico residente, sendo responsável pela aprovação do corpo de preceptores, fazer cumprir as normas da CNRM, e, em última instância, certificar ao final do programa de residência médica (PRM) que o médico é então um especialista capacitado para atuar no mercado de trabalho.

Na regulamentação da residência médica estão previstos os direitos e deveres dos médicos residentes, dentre eles, cumprir carga horária semanal de 60 horas, nelas incluídas o máximo de 24 horas semanais de plantão, ter 24 horas de folga semanal e 30 dias consecutivos de férias;⁵ licença maternidade de 120 dias, podendo ser prorrogada para 180 dias; licença paternidade de 5 dias;¹⁰ descanso pós plantão noturno de no mínimo 6 horas após o término do plantão,¹¹ e proibição de realização de plantão de sobreaviso.¹² Outras situações não previstas pela CNRM devem constar no Regulamento da Coreme, como: tempo máximo que um médico residente pode ficar afastado, após este período, independente da justificativa, ele

será excluído do programa. A maioria das instituições coloca este período de um ano. Também período de licença para nojo, casamento ou outras situações não previstas nas Leis e Resoluções da CNRM, ficam a critério da instituição.

As Associações de Médicos Residentes desempenharam papel fundamental no desenvolvimento dos programas de residência médica no Brasil. A primeira instância encontra-se dentro das instituições com as Associações Locais de Médicos Residentes, tendo suas representações dentro das Associações Estaduais, especificamente em Minas Gerais, a Associação Mineira de Médicos Residentes – Amimer e na Associação Nacional de Médicos Residentes, a ANRM. Esta foi fundada em 1967, em plena ditadura militar.

Nos primeiros anos de sua existência, a entidade serviu de foco para o ressurgimento do movimento médico nacional. Teve papel fundamental na regulamentação da residência médica, enquanto forma de pós-graduação, cumprindo na década de 70, o que hoje desempenha a Comissão Nacional de Residência Médica (CNMR) – que supervisiona a qualidade e a implantação dos Programas de Residência Médica (PRM) no Brasil.¹³

Associação de Apoio a Residência Médica de Minas Gerais – AREMG foi fundada em novembro de 2002 por médicos representantes de instituições ligadas à residência médica. Sua finalidade é estimular a residência médica no estado, contribuindo para a melhoria da qualidade dos programas de residência e a formação médica. A AREMG apoia as atividades das instituições associadas que oferecem programas de residência médica. Entre as atividades desenvolvidas, destacam-se: realização de processo seletivo unificado para a residência médica, promoção de cursos de aperfeiçoamento para residentes e preceptores, assessoria e apoio para

credenciamento de novos programas e manutenção dos já existentes.¹⁴

A residência médica é considerada um dos determinantes que condicionam a distribuição geográfica de médicos, nem sempre coincidindo com a distribuição considerada socialmente adequada. Existem evidências de que a concentração dos programas de residência nas regiões Sul e Sudeste sejam fatores que promovem a desigual distribuição geográfica dos médicos no país. É sugerido que políticas de atração e fixação de médicos baseadas na implantação de programas de residência médica em locais que ainda não o possuem e na expansão e aperfeiçoamento dos programas já existentes, possam ser eficazes.¹⁵ Com o objetivo de oferecer condições de sustentabilidade, visando à continuidade das ações dos programas de residência e o consequente aprimoramento da formação de especialistas no país, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS) deu início, em 2009, à implantação de uma nova modalidade de financiamento de Residências Médicas, Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, denominada Pró-Residência.¹⁶ O objetivo principal deste programa é o pagamento de bolsas para a formação de médicos em especialidades estratégicas, de acordo com o estado ou região. No ano de 2012, foram ofertadas para Minas Gerais 300 bolsas.

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, com o apoio da Aremg e da Associação de Hospitais de Minas Gerais, realizou inúmeras oficinas de treinamento para criação e cadastramento de programas no sistema da CNRM e no pró-residência, promoveu visita de médicos experientes em residências médicas nas instituições do interior do estado e ainda ofereceu incremento ao incentivo Pro-Hosp para os hospitais que conseguissem aprovar programas pela CNRM e pró-residência. No

final, foram aprovadas em torno de 90 bolsas, sendo 30% do total oferecido. Com relação a este fato, é preciso talvez ampliar o foco de investimento, ou seja, investir no médico preceptor. Não existe no Brasil o reconhecimento da carreira de preceptor. Se a residência médica é o padrão ouro de formação de médicos especialistas no país, este fato, talvez se deva a dedicação pessoal, vontade e determinação dos preceptores. Muitos dos programas criados até o momento partiram inicialmente da vontade dos médicos preceptores.

Enfim, a residência médica é de extrema importância na formação dos

médicos no Brasil. São fartos os depoimentos atribuindo a ela um duplo papel: complementar o processo de graduação, tendo em vista as deficiências amplamente reconhecidas desse processo e oferecer a especialização como uma possibilidade de melhor inserção no mercado de trabalho, constituindo uma forma específica de ingresso no mercado. É possível levantar a hipótese de que a importância da residência no processo de formação dos médicos seja maior e distinta. Ela parece ter se convertido no momento que mais fortemente marca o perfil profissional dos jovens médicos.¹⁶

REFERÊNCIAS

1. Cameron JL. William Stewart Halsted. Our surgical heritage. *Ann Surg.* 1997 May;225(5):445-58.
2. Martins LAN. Residência médica estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
3. Sousa EG. Considerações sobre a residência médica no Brasil. *Rev Bras Colo-Proct.* 1988;8(4):150-2.
4. Brasil. Ministério da Educação. Leis, decretos, etc. Decreto no. 80.281, de 05 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1977.
5. Brasil. Ministério da Educação. Leis, decretos, etc. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades dos médicos residentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1981.
6. Brasil. Ministério da Educação. Leis, decretos, etc. Decreto no- 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
7. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Edital no- 5, de 20 de abril de 2012 - processo seletivo para
8. formação de cadastro de especialistas para composição do banco público de avaliadores da comissão nacional de residência médica. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
9. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRM 01, de 03 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
10. Brasil. Ministério da Educação. Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. Conversão da Medida Provisória nº 536, de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
11. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 1, de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre o estabelecimento e condições de descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
12. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 4, de 12 de julho de 2010. Proíbe o plantão de sobreaviso para Médicos Residentes no âmbito da Residência Médica. Brasília: Diário Oficial da União; 2010.
13. Associação Nacional de Médicos Residentes – ANRM. Histórico [Internet]. [Acesso em: 2013 Mar 26]. Disponível em:

<http://www.anmr.org/index.php?formulario=historico&metodo=0&id=1>

14. Associação de Apoio a Residência Médica de Minas Gerais – AREMG. [Internet]. [Acesso em: 2013 Mar 26]. Disponível em: www.aremng.org.br
15. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8):1555-64. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Pró-Residência [Internet]. [Acesso em: 2013 Mar 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1748
16. Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface. 1998;2(3):51-71

Correspondência: tania_marcial@uol.com.br