



**Lei nº 12.871/13 – da Formação Médica no Brasil. A Escola Médica Está Preparada? <sup>1</sup>**

**Law 12.871/13 – Medical Education in Brazil. Is the Medical School Ready?**

**Ley nº 12.871/13 - Formación de Médicos en Brasil. La Facultad de Medicina está preparada?**

Rosana ALVES<sup>2</sup>

Filomena Eurídice Carvalho de ALENCAR<sup>3</sup>

Cláudia Vasconcellos MIDIÃO<sup>4</sup>

Gleison VALLE<sup>5</sup>

Paulo Victor Ferreira MAI<sup>5</sup>

**Resumo:** Relatório do I Fórum Regional de Ensino Médico CRM-ES e ABEM Regional RJ/ES, realizado em Vitória, no dia 19 de junho de 2015, com a participação de gestores da saúde, docentes, discentes e autoridades diversas ligadas ao ensino médico.

**Abstract:** Report from the I Regional Forum of Medical Education CRM-ES and ABEM RJ/ES, Vitória, June 19, 2015, including administrators, teachers, students and medical education authorities.

**Palavras-chave:** Educação Médica – Associação Brasileira de Educação Médica – Conselho Regional de Medicina.

**Keywords:** Medical Education – Brazilian Association for Medical Education – Regional Council of Medicine.

RECEBIDO: 27.05.2016

APROVADO: 15.06.2016

---

<sup>1</sup> Relatório do I Fórum Regional de Ensino Médico CRM-ES e ABEM Regional RJ/ES, realizado em Vitória, no dia 19 de junho de 2015.

<sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Espírito Santo. Coordenadora do Curso de Graduação em Medicina. E-mail: [rosana.medufes@gmail.com](mailto:rosana.medufes@gmail.com)

<sup>3</sup> Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo.

<sup>4</sup> Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

<sup>5</sup> Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo.



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

\*\*\*

## **I. Introdução**

No dia 19 de junho de 2015, aconteceu, no Teatro da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, o I Fórum Regional de Ensino Médico do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo (CRM-ES) em parceria com a Regional RJ/ES da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a UFES. O Fórum foi organizado pelas professoras de Medicina da UFES, Filomena Eurídice Carvalho de Alencar, também representante ABEM e Rosana Alves, conselheira do CRM-ES e membro da Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina – CFM, com o objetivo de apontar desafios, dificuldades e perspectivas de equacionamento da Lei 12.871/13 (Lei dos mais médicos) nas suas implicações quanto à formação de recursos humanos em saúde, especificamente na Graduação em Medicina e Residência Médica.

Estiveram presentes os coordenadores dos cinco cursos de medicina do estado do Espírito Santo, além de docentes, discentes, preceptores e gestores das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal de Vitória. Como palestrantes, representantes ABEM, representante da Comissão de Ensino Médico - CFM, representantes das Comissões Estaduais de Residência Médica – CEREM - do Espírito Santo e do Rio de Janeiro e representante da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, fizeram do nosso encontro um grande evento. O debate foi muito rico e houve boas proposições para a continuidade dos trabalhos.

Na nossa avaliação, o fórum foi produtivo e efetivo, com perfeito delineamento da situação do ensino médico (Graduação e Residência Médica) no Espírito Santo. Houve participação efetiva e apropriada da audiência, com participação de gestores de saúde, com propostas efetivas de ampliação de tempo para início de algumas determinações da Lei, preocupação com o efeito negativo sobre a Estratégia de Saúde da Família, com a inquestionável dificuldade de ampliação de cenários de prática na Residência Médica e evidenciou-se a necessidade de formação de um núcleo contínuo de discussão com a participação de docentes, discentes e gestores. Como produto, apresentamos este relatório.



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

## **II. Mini Conferência: Lei nº 12.871/13 – Avaliação do Ensino Médico e Repercussão na Graduação e Residência Médica**

**Representante: Diretoria da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).**

Tem-se hoje uma situação inédita na área da formação médica, vivenciada através de interferências nesta formação. Com o lançamento do Programa Mais Médicos, lançado em 2013, criou-se um alvoroço no meio médico assim como na população de forma geral, onde a importação de médicos seria a resolução dos problemas da saúde do país.

Hoje, o programa é uma lei que interfere na formação médica, na abertura de novas escolas, na residência médica, ou seja, uma interferência muito grande em todos os âmbitos da formação. Entretanto, como já é sabido por todos, o médico sozinho não faz saúde. A proposta seria diminuir a carência de médicos nas áreas carentes do Sistema Único de Saúde (SUS), diminuindo as desigualdades, e abrir mais vagas de formação e residência com qualidade para o estudante. Porém não é isso que está havendo, e sim a abertura de mais escolas sem preocupação com a qualidade. Isso sim é um fator preocupante.

Os fatores que norteiam a abertura de novas vagas para os cursos de Medicina são as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que são orientações que o governo passa para as faculdades montarem os seus currículos, ou seja, devem ser políticas de Estado e não de governo. Após várias reuniões entre docentes, discentes e órgãos do governo pelo país afora, geraram-se então as primeiras diretrizes para o curso de Medicina, que foram publicadas em 2001. Agora as diretrizes de 2014 são muito mais normativas e foram feitas num prazo de 120 dias, feitas por uma comissão de especialistas e não pelas universidades e pela sociedade, ou seja, parece que essas diretrizes foram feitas sob encomenda para se encaixar dentro da lei do Mais Médicos, que já é vigente e foi publicada em 22 de outubro de 2013.

A lei especifica regras bem fixas, como por exemplo, 30% da carga horária obrigatória do internato será desenvolvida na Atenção Básica e nos serviços de urgência e emergência do SUS, respeitando o tempo mínimo de dois anos de internato, que já foi preconizado desde as diretrizes de 2001, entretanto, muito recentemente essa carga horária de internato foi universalizada. E agora tem mais essa exigência! Isso gera um questionamento: Onde? Como? E com



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

qual orientação? Sabe-se que as unidades de atenção básica, na maior parte do país, são precárias, sem espaço para atendimento, quanto mais para desenvolvimento de atividades de ensino. E, quanto aos orientadores, está cada vez mais difícil formá-los, pois não há uma valorização da carreira docente e o salário pago também não ajuda muito. Isso tem levado muitos concursos das Escolas Federais a não terem candidatos. Outro fator que tem levado à redução do número de preceptores é o aumento das vagas para o curso médico. Os cenários de prática são poucos, e o número de estudantes é grande. Isso muitas vezes gera disputas entre escolas públicas e privadas, sendo a vencedora aquela que pode oferecer algo em troca e, além disso, também há os outros estudantes da área da Saúde que necessitam de campo de prática.

A ABEM, muitas vezes, recebe perguntas do tipo: como vocês deixam acontecer isso? Mas não é muito simples como parece. O governo nos ouve, mas não nos acata. Cabe a todos, portanto, auxiliar a ABEM na resolução desses graves problemas.

Voltando ao questionamento dos orientadores, quem será esse orientador/preceptor? Será o médico do SUS, que não tem formação e não tem tempo para ensinar, ou será o docente que se encontra escasso hoje em dia?

Nós concluímos que essas leis e diretrizes para a formação, como propostas, não passam de uma imposição muito bem planejada que resultou na lei do Mais Médicos. Mas a ABEM quer ouvir os estudantes, professores e sociedade, levantando dados, para assim levar ao MEC e mostrar como tudo isso está inviabilizando a formação dos nossos médicos.

Outro fator dificultador foi o corte no orçamento das Universidades Federais e dos hospitais universitários, inviabilizando a realização de serviços básicos.

Mais uma crítica que fazemos é o demasiado apego social. Sim, o médico em formação deve se preocupar com isso, porém onde está na Lei o espaço para a semiologia, para o ato de aprender a examinar? Sobre como as doenças ocorrem?

Sobre as novas escolas médicas, será que é uma necessidade ou uma condição de status para a prefeitura em ter um curso de medicina na sua cidade?



Segundo a Lei, deve haver no local de instalação: serviços de atenção básica, de urgência e emergência, atenção ambulatorial e vigilância em saúde, e será que é isso que estamos encontrando? Também é necessário que haja corpo docente com titulação de mestrado e doutorado, corpo técnico com capacidade de desenvolver pesquisa de boa qualidade e a necessidade social do curso. Outro questionamento que deve ser feito, será que essas 49 cidades que se tornaram aptas a receber cursos de Medicina realmente possuem todas essas condições? Como exemplo, no estado de São Paulo, várias cidades selecionadas não têm condições e nem necessidade social, por já estarem próximas a outras cidades que possuem curso médico. E outras cidades que realmente teriam caráter social importante não foram contempladas. Nas universidades federais seriam abertas 560 novas vagas, que são na maioria das vezes extensões de Universidades que já existem, e que ofertariam vagas de Medicina em cidades sem nenhuma condição como já mencionado e que, em alguns casos, não houve por várias vezes preenchimento de vagas para professores.

Outro ponto que gera preocupação no texto da Lei é que o colegiado de Medicina pode autorizar o estudante a realizar até 25% da carga horária do internato obrigatório fora de sua Unidade da federação, e em alguns casos pode chegar a 50%, se houver justificativa. Isso pode ser justificativa para os cursos sediados em cidades sem nenhuma infraestrutura, mandarem seus estudantes realizarem internato fora da sua cidade de origem. Mas para onde? Porque em outra cidade já deve haver um curso de Medicina ou também não há, por exemplo, serviços de urgência e emergência, porque a saúde está precária em todo o país. E o mais intrigante é ver uma lei desse tipo ser aprovada!

Outro ponto da Lei é a forma de avaliação da graduação, que propõe que o estudante seja avaliado a cada dois anos nos quesitos conhecimento, habilidades e atitudes. Mas como será feita essa avaliação? Segundo a Lei, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) será o responsável e este modelo de avaliação deve ser implantado até 31/12/2018. Além disso, os resultados dessas avaliações serão parte da classificação para os programas de Residência Médica. E nesse sentido, onde fica a autonomia das universidades em selecionar os residentes por critérios de mérito e qualidade para os programas?



O que temos que pensar nesse momento é no tipo de profissional que queremos formar! Como o Ministério da Educação e Cultura (MEC) quer avaliar os estudantes e quando será feita essa avaliação, eles também não sabem dizer.

Portanto, o que temos que fazer nesse momento é discutir, levantar os pontos negativos das cidades candidatas à abertura de cursos de Medicina em diversas partes do país e levar até o governo. E também levar formas de fixar o médico e demais profissionais de saúde em determinadas cidades, principalmente no interior, como carreira de estado para os médicos e outros profissionais de saúde. Desses temas importantes a lei do Mais Médicos não trata!

Para uma boa formação médica faz-se necessário os diversos cenários já discutidos, e não é simplesmente criar uma lei de formação imposta sem nenhuma discussão. Nesse sentido, brincando com a realidade, é como pedir a uma maçã para ela cair para cima e não para baixo, ou seja, contrariar as leis da Física. Não se faz saúde só com o médico, mas sem médico ela não existe.

### **III. Mesa redonda: Lei nº 12.871/13 – Avaliação do Ensino Médico – Repercussões na Graduação**

**Representante: Diretoria da Regional RJ/ES da ABEM.** Duas questões fundamentais devem ser discutidas sobre a Lei 12.871. A primeira é a inserção precoce do estudante de Medicina na Rede. Este é um conceito já bem incorporado em diversas situações, mas ainda pouco discutido. A segunda é que a partir de 2018 teremos que ter vagas disponíveis nos programas de Residência Médica para todos os estudantes egressos.

No Espírito Santo, a realidade é de poucas faculdades, mas também temos grandes problemas. Formam-se de 80 a 120 alunos, porém, não há vagas de residência para todos os formandos.

Com relação aos cenários de prática, já temos a inserção de alunos desde o início dos cursos na Rede, mas não conseguimos progredir em todas as instituições e contemplar o que é necessário. Nesse âmbito, a preceptoria e a docência têm papel fundamental: o que o docente está conseguindo fazer para que a formação na Rede aconteça? Ainda há uma grande concentração nos hospitais, principalmente nas universidades federais. Nós temos que formar



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ 6* (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

peçoas que vão trabalhar na Rede, porém as federais não têm muitos campos de prática que possibilitem esse treinamento.

O *x* da questão é como se dá a relação ensino-serviço. Os convênios e contratos obtidos pelas faculdades são normalmente por tempo determinado. A mudança no cenário político, com sucessões de prefeitos e governadores, por exemplo, nos deixa inseguros. Há uma regionalização. A competição pelo paciente não é adequada e compromete a relação ensino-serviço.

É importante salientar que as faculdades também devem fornecer contrapartidas aos serviços de saúde que utilizam. Isso normalmente acontece sob a forma de treinamento dos profissionais de saúde, no entanto, tem-se tornado cada vez mais comum a solicitação de bens materiais, já que a Rede se encontra sucateada. Outra prática comum é a realização de avaliações sobre essa troca, sobre a relação ensino-serviço. Há uma tendência a organizar reuniões de avaliação com período marcado, uma vez que não faz sentido jogar os alunos na Rede e não saber o que acontece depois.

SEMUS/ETSUS: Nos cenários hospitalares, ainda não se compartilham leitos. Não se aceita colocar estagiários no cenário sem um convênio firmado, não podem entrar sem supervisão.

A relação numérica docente/estudante depende da etapa do curso.

Os desafios que devem ser superados são muitos: os currículos estão adequados às DCNs? Os cenários de prática têm adequação às necessidades? Os preceptores precisam ser sensibilizados, mas carecem de formação pedagógica para lidar com os estudantes sob sua supervisão. Podemos colocar o estudante na Rede sem se atentar para as suas necessidades?

**Representante: Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).** O Programa Mais Médicos nasce em uma conjuntura em que não se tinha saúde no interior e não havia nenhum projeto de como sanar esse problema. Muito foi discutido, mas até onde a categoria médica estava envolvida na formação de um projeto que se opusesse a esse projeto do Governo Federal? Sabemos que o Mais Médicos vem dentro de um projeto de desmonte da saúde, porém, com essa ausência de saúde no interior, o programa acaba sendo apoiado por grande parte da população.



Com o estabelecimento do Programa, para onde se voltaram os olhos naquele momento? Atentou-se somente para a vinda dos médicos estrangeiros e para a validação dos diplomas. Deixamos de lado vários pontos importantes. Esquecemos as alterações que seriam necessárias na graduação, as mudanças nas Diretrizes Curriculares, na residência médica, a instituição de uma avaliação seriada a cada dois anos e o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Com relação às DCNs, o processo foi bastante vertical, impositivo, sem nenhum debate e deixa clara a soma de dois fatores: a inserção de pontos que o governo pretendia para o Mais Médicos, e o domínio do processo por um pequeno grupo de professores. Havia inclusive conflitos de interesses na criação das novas diretrizes, no que tange à venda de currículos e de às mudanças curriculares. Há também formação de preceptores pelo mesmo grupo que fez o projeto. Em contrapartida, a ABEM também faz essa formação. Por fim, o terceiro conflito de interesses é a avaliação seriada, cuja venda foi confirmada pelo próprio INEP, em reunião.

A DENEM deixou de focar no governo, que estava completamente fechado, para focar nas escolas, mas encontrou muita dificuldade. As mudanças curriculares encontram muita resistência nas escolas de forma geral. Acreditávamos que as mudanças deveriam ser iniciadas a partir de uma avaliação da realidade, no entanto o processo era sempre barrado pelos órgãos superiores das faculdades.

O perfil de ensino médico ainda presente é a formação de médicos muito mais especialistas. Uma pesquisa sobre o PROVAB mostrou que grande parte dos recém-formados não se sentia preparada para atender na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso ocorre porque a tecnologia pesada é muito mais presente do que a leve nos cursos de Medicina. Somado a isso, temos pouca crítica com relação ao sistema de saúde, logo, não conseguimos nos organizar na criação de reivindicações efetivas.

Ainda tem que se considerar a Teoria do currículo oculto, ou seja, a formação do estudante que vai além do currículo formal.

E quais são as maiores dificuldades que encontramos nas escolas hoje? Há uma grande dificuldade nas avaliações, uma das coisas mais difíceis de mudar,



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

seguindo ainda um modelo extremamente punitivo. Além disso, não temos professores médicos, mas sim médicos professores. A atuação na graduação é apenas uma pequena parte da vida profissional de quem ocupa os cargos de professor, atualmente, e há uma importante dificuldade financeira quanto a isso, já que os salários oferecidos nas faculdades não são suficientes. O perfil do egresso também é deficiente. A qualidade de vida do estudante não recebe nenhuma atenção: depressão, ausência de áreas verdes, problemas de sono e vidas que não existem além da medicina são fatos corriqueiros. No entanto, virar noites e noites acordado não é encarado como um problema, mas sim como parte da moral que o médico deve ter de dedicação. Por fim, o cenário de prática é deficiente, em especial em algumas áreas como emergência e saúde mental. É importante ressaltar que a reforma não acaba no momento em que se tem o currículo! A estrutura é muito precária, e deve continuar a receber investimentos.

A DENEM conseguiu se inserir no processo de formação do teste de avaliação seriada dos cursos, que vai valer nota nas provas de residência médica. Temos importância enquanto sujeitos ativos dentro dessas mudanças, uma vez que, ou elas não vão acontecer, ou vão ocorrer da forma distorcida como o Governo Federal vem fazendo até então. Temos o papel social e histórico de compreender o subfinanciamento do governo para a Saúde. Temo o papel de reivindicação! As privatizações seguem acontecendo, mudando os cenários de prática, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Em dezembro do ano passado foi aprovada uma lei que permite a entrada de capital estrangeiro na Saúde Brasileira, inclusive na saúde pública. A PEC 451 diz que todas as empresas devem fornecer planos de saúde para seus funcionários. O Ministério da Saúde vem acobertando o projeto de cobertura universal de saúde, segundo o qual o SUS não tem responsabilidade sobre quem está coberto por outro método. O SUS é a única forma que temos de conseguir planos de carreira, e está sendo desmontado, pouco a pouco, sem que tomemos uma atitude de reivindicação.

Está tudo acontecendo pelas nossas costas, e o que vemos isso nas escolas? Temos que nos entender como atores sociais; e implantar discussões sobre esses temas nas faculdades.

**Representante: Secretaria de Estado da Saúde.** Nós sempre estivemos com o foco na boa formação acadêmica. A APS é complexa, traz toda uma demanda social, além da questão do trabalho em equipe. Nós queremos a



participação da Secretaria na nossa universidade. O Programa Mais Médicos trouxe essa discussão à tona, a partir daí a universidade passou a discutir a formação médica. Uma vez que o perfil do Governo Federal é a ausência de diálogo, temos que lutar. Peço que os representantes da universidade nos chamem para o diálogo, nós estamos abertos e queremos participar dessa luta, que tem o mesmo objetivo: a melhoria da saúde no nosso estado.

**Representante: Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina.** Quanto a Secretaria de Estado da Saúde tem discutido sobre essa interface escolas-serviço? Existe, pelo menos em debate, um plano de carreira para os profissionais do estado?

**Representante: Secretaria de Estado da Saúde.** Nós temos uma comissão que discute residência médica, que tem discutido a lei 12.871. Mas não é fácil, a discussão ainda está muito lenta. Quanto ao plano de carreira, infelizmente, no estado, o plano de carreira foi retirado.

**Coordenador de curso de Medicina:** A solução para todos esses problemas discutidos até então não é aumentar os impostos, é sim distribuir melhor essa arrecadação. Há um risco de leiloamento dos hospitais. Nós temos um convênio com a Secretaria de Saúde, mas, quando vamos conversar com os gestores locais, eles pedem de tudo para tentar suprir a falta de verba da União. Foi repassado que neste ano o governo vai cortar 4 bilhões da Educação. Precisamos de verba pra continuar a discussão, uma vez que só de intenções não vamos chegar a lugar nenhum. A discussão em Educação Médica não pode ter fim. Vejo duas soluções possíveis: ou o governo fecha a torneira que está vazando e nos dá a verba necessária, ou teremos que remeter ao discurso da servidão voluntária. Se a lei é impossível de ser cumprida, as escolas terão que desobedecê-la coletivamente.

**Representante: Prefeitura Municipal de Vitória.** Nem tudo é falta de dinheiro, mas falta gestão. Desde o Ministério da Saúde até os serviços básicos. Se eu sou uma gestora e tenho interesse na universidade, eu vou ser colaborativa.

**Discente:** Um problema muito grande que percebo é a ausência de profissionais preparados na urgência, de forma que os alunos saem da faculdade sem capacitação para isso, mesmo sabendo que grande parte dos recém-formados trabalhará em Pronto Atendimento. Além disso, outra



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

questão que vejo é que o curso de Medicina não traz nenhuma capacitação para o ensino, seja para a preceptoria, seja para a graduação. Não seria a hora de termos o ensino em medicina dentro do curso de Medicina?

**Docente:** Sinto que os alunos não estão interessados em aprender medicina, querem passar nas provas e, no internato, querem fazer ~~Mede~~ curso preparatório para residência médica.

**Representante:** DENEM. Não conseguiremos discutir o plano de carreira só em nível local. É contraditório ser a favor de planos de carreira quando somos a favor de modelos privatizantes da saúde, como o PL 4330 nos traz. Além disso, precisamos ter clareza sobre o que o médico generalista precisa saber!

#### **IV. Mesa redonda: Lei nº 12.871/13 – Avaliação do Ensino Médico – Repercussões na Residência Médica**

**Representante: Comissão Estadual de Residência Médica do Rio de Janeiro (CEREM-RJ).** Para os alunos, esta discussão parece um pouco distante, mas ela não é. Ela é uma coisa muito séria. Essa Lei interfere muito no que vai ser a formação de vocês no futuro. Está na hora de vocês começarem a pensar no que isso vai mudar na vida de vocês.

Como vocês sabem, na lei do Mais Médicos há três assuntos que foram muito discutidos. Um que deu muito debate foi a vinda dos médicos cubanos, isso nós não vamos discutir aqui. O segundo assunto é a graduação e o terceiro é a residência médica. Quanto à residência médica, a Lei fala que os programas de residência, a partir de 2018, terão que ter o mesmo número de vagas que o de egressos das faculdades. Hoje em dia isso não é verdade, mas está sendo aumentado o número de vagas. Esse aumento vai dar-se progressivamente até 2018, quando isso deveria estar terminado, segundo a lei. A lei também fala que, antes de se iniciar a residência médica, deve ser feito um ano de residência em Medicina de Família e Comunidade, sendo que o nome usado no texto da Lei é Medicina Geral de Família e Comunidade.

Atualmente, o programa de Medicina de Família e Comunidade é de dois anos, e vai continuar sendo, mas a ideia é de que para as especialidades consideradas básicas, haverá um ano de Medicina de Família antes de começar a residência. Algumas poucas especialidades, de entrada direta, não



necessitarão desse ano inicial, como Medicina do Tráfego, Genética e outros programas que têm uma procura menor.

O que interessa para vocês: a Lei fala em dois tipos de avaliação que não existem hoje em dia. Uma avaliação na graduação, de dois em dois anos, que já deveria ter sido discutida e que poderia servir para parte ou a totalidade da entrada na residência médica, seria parte do processo seletivo. A outra avaliação seria da residência médica, anual. Hoje em dia, o que acontece é a solicitação de um programa, que é visitado pela comissão e credenciado. A partir daí, a renovação do credenciamento do programa só acontece de cinco em cinco anos, o que mudaria e passaria a ser uma avaliação anual.

É dito na Lei que a avaliação da graduação será feita pelo INEP. Até agora nada foi discutido na Comissão Estadual do RJ, então nós não sabemos nada sobre essa avaliação. Pela lei, de 2014, isso começaria a valer daqui a dois anos, ou seja, 2016. Não temos a menor ideia se isso seria possível em 2016, mas é praticamente inviável que seja no início do ano.

E como isso será parte do processo seletivo da residência médica? São perguntas que ainda não temos nem a menor sinalização de quando isso vai ser discutido.

A avaliação dos programas de residência médica, nós também não temos ideia, mas diz-se que será realizada pela Comissão Nacional. A Comissão passa atualmente por um período de dificuldade financeira, tanto que desde fevereiro as reuniões não acontecem mais, estão sendo feitas por vídeo conferência, e-mail, etc. Logo, isso também não tem sido discutido. Se não temos dinheiro nem para as reuniões da plenária, como vamos conseguir dinheiro para as visitas de avaliação de todos os programas do país?

O problema da Saúde da Família é que eles também não foram consultados antes da lei começar. Então há uma grande preocupação e eles estão fazendo um grande trabalho de organização, conteúdo, competências do programa de Medicina de Família. Mas eles estão muito preocupados, assim como nós, com os cenários de prática e com os preceptores. Onde os alunos de graduação vão conseguir fazer a parte da Atenção Básica no quinto e sexto anos? Hoje em dia temos bastantes equipes de saúde da família, mas não o suficiente para alocar os graduandos e os residentes. O governo está fazendo algumas melhorias estruturais, mas, mesmo assim, as dificuldades quanto a



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

esse cenário são enormes. Em relação à preceptoria, há uma série de medidas e incentivos para que as pessoas cursem o programa de Saúde da Família, para que existam preceptores, tanto para a graduação quanto a residência. Neste momento, esse número é muito pequeno.

No Brasil, havia no sistema da Comissão Nacional 29.522 registrados. De Medicina de Família era apenas 534. No Rio de Janeiro eram 214 residentes, sendo que R1 só 142. Precisamos muito aumentar o número de programas de saúde da família para podermos pensar em enviar nossos alunos e residentes para fazerem um estágio lá.

Hoje em dia os programas de residência têm o seu conteúdo programático definido por alguma resolução. Com a entrada de um ano de Medicina de Família e Comunidade, algumas coisas talvez se repitam, então o que ficou de trabalho é sentar com cada sociedade e discutir o programa que existe, o que ele tem de igual ao programa de Saúde da Família e como vamos reformular os nossos programas. Se vocês pensarem que são 53 especialidades e que nós ficamos quase quatro anos tentando atualizar essa resolução atual e não conseguimos, é praticamente impossível se imaginar que nós possamos fazer isso até 2018.

Então, na verdade, eu só trago perguntas. Nós estamos muito preocupados, porque existe uma lei, que deveria ser cumprida. Estamos tentando discutir sobre isso, mas não vemos como, nesse momento, isso possa acontecer até 2018.

**Representante: Comissão Estadual de Residência Médica do Espírito Santo (CEREM-ES).** Eu procurei trazer para vocês um retrato de como está o Espírito Santo hoje. Primeiramente, um pouco da história da residência em nosso estado. O Espírito Santo é um estado pequeno, onde conhecemos os preceptores e os hospitais. A nossa história começa em 1976 no HUCAM, com a primeira residência médica. Depois, no Hospital Infantil, no Hospital Santa Rita e na Santa Casa. A primeira residência fora da Grande Vitória foi no Hospital Evangélico de Cachoeiro. Além dessas, 14 outras instituições foram visitadas e aprovadas nos anos de 2013 e 2014, e iniciaram suas atividades em 2015. Isso aconteceu com um incentivo do governo à residência, que levou a um aumento principalmente nos hospitais filantrópicos.



Hoje nós temos 89 programas aprovados nessas 14 instituições. Temos 279 vagas de R1 e um total de 715 vagas (R1 a R4). Temos 470 médicos residentes cursando, com 34% de vagas não preenchidas, pois vários programas aprovados recentemente ainda estão apenas com as vagas de R1 preenchidas. O maior número de residentes que temos está na Pediatria, com 75 vagas, seguida de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia e Anestesiologia. Hoje, a Medicina da Família representa uma fatia de apenas 4% das vagas de ingresso direto.

A UFES tem 152 médicos residentes, de 152 vagas, com 1/3 do total de residentes. A Santa Casa e o Hospital Infantil também têm uma representação importante no estado.

Na Medicina de Família, nós temos 28 vagas aprovadas no Espírito Santo, das quais 6 estão preenchidas, com uma quantidade muito grande de vagas remanescentes. Todas as vagas de Pediatria estão preenchidas no estado, o que é uma alegria, porque há alguns anos havia uma grande dificuldade de preencher essas vagas.

Finalizando, o Espírito Santo é um estado pequeno, bem conhecido por nós. Temos cerca de 220 vagas de ingresso direto na residência médica, mas cerca de 500 alunos se formando anualmente. Ainda, temos que lembrar que vários formandos de outros estados, como Rio de Janeiro (Campos) e Minas Gerais, vêm fazer prova de residência aqui. Então eu pergunto: como ofertar vagas para todos, se pensarmos que residência médica é uma especialização da medicina, um desejo de cada um. Como vamos dar conta disso? Conhecendo os hospitais do Espírito Santo, eu digo que esses que abriram agora não vão conseguir segurar todos os residentes. A UFES não tem residência em Medicina da Família. O professor Crispim me pediu para abriremos duas vagas, nós não temos condições de abrir mais que isso. Como vamos fazer?

**Representante: Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina.** Vamos mostrar os pontos positivos da lei, os pontos negativos e as dúvidas. Aqui o número de dúvidas ficou muito maior. Os pontos positivos, que acho que todos nós concordamos: ter uma vaga para cada egresso do curso de medicina. Não temos nenhuma dúvida que a residência médica aprimora a pessoa e amadurece o indivíduo, além de formar o especialista e melhorar os serviços. Também como ponto positivo, a residência é um dos principais fatores de provimento e de fixação de médicos,



pois sabemos que os médicos podem não permanecer nos locais onde fizeram graduação, enquanto na residência médica, se for “terminal”, a taxa de fixação gira em torno de 90%. Pode ser considerado um ponto positivo permanecer mais um ano na APS, mas eu já coloco isso nas dúvidas, e a avaliação anual dos programas de residência médica, mas faço coro com a Susana de que avaliar os programas todo ano parece fora de propósito no sentido em que vivemos em um país continente e quando terminamos um processo de avaliação já se passaram dois anos. Nenhum país do mundo faz avaliação anual dos seus programas. Finalmente, mais um ponto positivo, a revisão das competências por especialistas, que é uma necessidade. Nós estamos com a resolução 2/2006, que não traça as competências das 53 especialidades médicas. Somente com o estabelecimento dessas competências nós vamos poder executar o que é mais importante, que é a avaliação. Há um consenso entre governo e médicos de que essas competências precisam ser construídas conjuntamente com as sociedades das especialidades.

Os pontos negativos já foram exaustivamente pontuados por quem me antecedeu, e se chama planejamento para executar essa obra. Até 2018, uma vaga para cada graduando e a expansão dos locais de prática pode ser problemática, e quero saber como vamos fazer a gestão de todas essas pessoas. Volto a dizer que estamos discutindo a formação sem ter o modelo de assistência, e pior, num país que tem dois sistemas paralelos (público e suplementar). Como fazer um desenho de qual é a demanda de cada especialidade, por exemplo, quantos neurocirurgiões o Espírito Santo precisa? Por quê? Para fazer o que? Nós fizemos um projeto sem trabalhar essa questão anterior.

Dúvidas. Quais são os benefícios de um egresso de curso de graduação que o molda para ser um especialista? Qual a vantagem de ficar um ou dois anos na APS, com a expectativa de se tornar um especialista depois? O benefício não está claro. E quais malefícios eu posso trazer para a população e para a própria especialidade? A meu ver, o curso de graduação deve formar um médico capaz de atender grande parte da APS e conseguir trazer um bom número de estudantes para ali permanecerem por mais dois anos, mas não obrigar todos que não queiram ou não tenham essa vocação.

A avaliação como parte do ingresso pode ser a grande tragédia dessa história se não for bem planejada, assim eles não vão ficar no curso de graduação, mas vão se preparar para o processo que foi desenhado.



Existe uma especialidade que tem cerca de 1500 vagas licenciadas, mas apenas cerca de 30 ou 40% preenchidas, que é a Medicina de Família e Comunidade, com 3500 especialistas inscritos no Conselho Federal de Medicina (CFM). Qual é o impacto dessa lei sobre uma especialidade que é fundamental que seja expandida e fortalecida nesse país? É um benefício ou um malefício a forma como está sendo conduzida? No Rio de Janeiro, ficou claro para mim que já existe uma disputa entre todas as especialidades e a Medicina de Família e Comunidade, mas não se trata de um embate entre médico e sim de um problema que devemos encarar em benefício da sociedade, como já foi dito.

A APS deve ser bem desenhada no Brasil, porque ela é a porta de entrada do nosso sistema de saúde. Isso esvaziaria os pronto-atendimentos de pacientes que são na verdade da APS e, principalmente, evitaria o adoecimento irreversível e crônico da população com situações que seriam evitáveis, se cada brasileiro tivesse um médico que o acompanhasse ao longo da vida. O que precisamos seriamente é sentar e conversar sobre o assunto, porque pode vir daí uma tragédia muito grande.

Todo mundo sabe que quem gosta de pobreza é filósofo. Quando se vai ao sistema público de saúde e não tem uma cadeira para sentar, chove mais dentro da unidade do que fora, etc. Como vamos querer que as pessoas se interessem em trabalhar em um local desses? O nosso grande papel nesses locais é acolher decentemente as pessoas. O Rio de Janeiro tem um número expressivo de residentes em Medicina da Família, são 100 vagas em um único programa. A estrutura das unidades é excelente. No primeiro dia de trabalho o médico recebe uma mochila com um livro, oxímetro, estetoscópio. Então, houve um planejamento e isso está dando frutos, embora eles reclamem que boa parte dos médicos de família formados esteja sendo coarctado por todo o Brasil para dar conta dos projetos de expansão da APS.

Por final, vamos parar com essa mentalidade que somente o médico de família precisa atender o indivíduo como um todo. Um dia eu ouvi um médico que faz transplante de pulmão dizer que ele também precisa conhecer a APS, porque é para lá que ele devolve o paciente dele.

## Debate



**Docente:** Estamos há um mês com a residência de Medicina da Família na rede, em parceria com a PMV/SEMES, e tivemos uma reunião de avaliação nessa semana e a diretora nos colocou que os pacientes saem encantados, dizendo que nunca viram um médico que os examina “do fio de cabelo ao dedão do pé”.

**Representante CEREM-ES:** Eu acho isso uma tristeza, porque todo médico deveria examinar do fio de cabelo ao dedão do pé, então quando eu ouço isso eu fico triste, porque não estamos formando bem os nossos médicos.

**Docente:** Nosso estado ficou pelo menos 20 anos sem um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade, então essa discussão é importante, é para o sistema de saúde, porque a residência nada mais é do que uma ferramenta para o sistema de saúde. O que esperamos desse sistema? Esperamos uma organização por níveis de saúde. É isso que todas as revisões no mundo mostram que a entrada pela unidade de saúde mostrou melhores resultados e melhores custos, em todo o mundo. Se não temos essa clareza, não entendemos que a formação na residência é um passo fundamental para uma formação e uma assistência com qualidade. Gostaria de falar três coisas, os desafios para as entidades. Primeiro, são os nossos gestores municipais entenderem que esse papel é deles, que formar recursos humanos é uma das suas atribuições, então parabéns aos municípios de Vitória, Colatina e Vila Velha. Só que aí surge um desafio: deram o ponto de partida, agora precisamos estruturar esses municípios, contratar os preceptores, porque as pessoas que estão lá não são qualificadas para formar os residentes. Hoje, no município mais populoso do estado, temos apenas seis médicos atuando, sendo que apenas um com título de especialista em Medicina de Família e Comunidade. É um desafio muito grande. Como eu vou colocar 500 pessoas lá dentro? Então nós, médicos de família, estamos sim muito preocupados com essa situação, discutimos isso diariamente, está sendo desafiador para nós também. Concordo que temos inúmeros benefícios e malefícios, mas pela primeira vez conseguimos reunir um número considerável de pessoas para discutir um assunto que tem a ver com o nosso sistema de saúde, principalmente qual é o sistema de saúde que queremos, e o gestor é um personagem central nisso. Gostaria de saber se os gestores aqui conhecem a história do Rio de Janeiro. Em cerca de quatro anos eles conseguiram expandir a Estratégia de Saúde da Família de 3% para quase 50%. Como? Com trabalho duro, captação de recursos, mudança de forma de gestão.



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

Quem sabe isso não seja possível aqui daqui a cinco ou seis anos, ou talvez até em três? Mas precisamos de um plano, uma meta de formação de recursos humanos para serem preceptores no futuro. Outro desafio é a universidade, que tem que mudar de cara. Acredito que a formação de recursos humanos com especialidade em Medicina de Família pode mudar a cara da universidade. Hoje temos na UFES apenas um médico de família, e não é diferente na USP. Por último, mas não menos importante, um desafio para o programa: como vamos lidar com residentes que querem fazer pediatria, mas terão que atender idosos? Então eu preciso hoje ampliar a residência, para termos bons preceptores. Mas temos que arregaçar as mangas dentro dos programas e a universidade e os municípios têm que acreditar nisso.

**Médico SESA-ES:** Não quero me manifestar sobre os pontos levantados pelas palestrantes, uma vez que foi falado sobre a ausência de resposta até então aos desafios propostos. Como coordenador de residência médica de uma instituição que forma pediatras, vejo que os pediatras não encontram locais adequados de inserção. O pediatra que estamos formando está indo essencialmente para serviços de urgência e emergência. Ora, se o foco é urgência e emergência, nós estamos sem foco. Não se constrói atenção à saúde fazendo com que pediatras atendam essas crianças e adolescentes apenas quando eles apresentam problemas críticos. Onde está o pediatra na atenção básica? Está sendo apenas o profissional matricial dessa rede? Qual é o pediatra que nós precisamos? Onde esses profissionais estarão inseridos na rede de saúde se o foco é só urgência e emergência?

**Docente:** Na realidade nós temos tentado, na graduação, inserir o estudante dentro da Rede. Nós sabemos das dificuldades de espaço físico, e uma das coisas que têm acontecido é que, apesar de Vitória ter conseguido ter pediatras na Rede, na realidade esses profissionais não estão funcionando dentro da Estratégia de Saúde da Família para o matriciamento. Temos visto que os pediatras têm atendido doenças e a parte da assistência, quando a criança não tem doença aguda, está sendo feita pelo médico da ESF, que muitas vezes não tem condição de discutir os casos com pediatra na óptica do matriciamento. Eu conversei com uma médica da Estratégia, mas que não tem formação em Saúde da Família, e ela me disse que eles ficam em uma angústia incrível, porque existe a agenda do pediatra e existe a nossa agenda para atender puericultura, mas a gente não consegue conversar. Então eu me pergunto, se a gente tem dificuldade de a gestão ser realmente das pessoas que entendem do programa de Saúde da Família, e queremos que a estratégia



funcione, então temos pelo menos que permitir que essas pessoas que estão trabalhando dentro desse sistema sejam orientadas. Se o pediatra só atende as intercorrências e quem faz o acompanhamento geral do paciente é o médico da estratégia, alguma coisa está falhando. A gente brigou na Sociedade de Pediatria para termos o pediatra inserido, mas ele não funciona como link para que as pessoas que estão fazendo o atendimento geral trabalhem as questões relacionadas à pediatria na visão do matriciamento.

**Representante SEMUS-Vitória:** Vitória tem esse modelo que não trabalha em equipe “mini”, mas que trabalha muito em equipe “multi” e não “inter”. Então desde o ano passado nós temos tentado remodelar e trazer esse modelo no formato do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e inserir o pediatra no NASF para fazer mais matriciamento do que aquela agenda aberta. Então, realmente o modelo está sendo revisto e as equipes estão passando por capacitação.

Aqui no estado nós estamos tentando aumentar o número de NASF para que possamos ter, dentro da equipe do NASF, a presença de pediatras, de forma que tenhamos dentro dos territórios a presença desse profissional, não só para atendimento, mas para esse matriciamento. Vendo essa discussão agora, eu vejo a dimensão que precisamos crescer dentro da Secretaria, o fortalecimento junto a essa discussão da residência para que possamos de fato melhorar a atenção à saúde da nossa população aqui no Espírito Santo. De fato, quando a Penha trouxe o número de pediatras, eu levei um susto, porque a nossa grande dificuldade é a questão desses profissionais. Aí o professor Antônio disse que a maioria está na Urgência e, de fato, a gente não busca essa discussão com esse fortalecimento da APS. O governo diz que a APS é o foco principal, então eu acho que estamos amadurecendo cada vez mais e esse ponto em relação à legislação do Programa Mais Médicos, que nos tirou da zona de conforto. Acho que é um momento propício para podermos fortalecer nossos profissionais em conjunto com a Secretaria. Como eu falei de manhã, nós estamos em um ponto muito importante e esse Fórum foi fundamental para o Espírito Santo e tenho certeza que será um marco para podermos fortalecer nossas discussões.

**Representante CFM:** Eu concordo e gostaria que no final nós fizéssemos uma salva de palmas para as professoras e os estudantes que conseguiram organizar esse Fórum, que teve o desafio de ser o primeiro. Mas eu queria fazer uma provocação propositiva. Que tal já aproveitarmos que o Fórum está



sendo tão bom e já montarmos um grupo de discussão que envolva as escolas médicas, os estudantes, os residentes e os gestores de saúde? Se pudéssemos sair daqui com essa proposta seria ótimo, porque o que estamos vendo aqui é que cada um de nós estava falando de costas um para o outro, então agora podemos conversar juntos. E vocês têm grande potencial de avanço, porque todos se conhecem e se encontram com frequência. Eu me esqueci de tocar em um ponto fundamental para os nossos gestores, que é: como vocês estão se planejando para, em 2019, não terem R1 no sistema nacional? Ou seja, não teremos os cidadãos que atendem na porta do Pronto Socorro por R\$ 2960? Não os teremos nos ambulatórios, nas Unidades de Saúde, nas enfermarias. A professora Vera fez um trabalho na Comissão Nacional e mostrou que os residentes, já naquela época, eram responsáveis por mais de 30 milhões de procedimentos, entre consultas, cirurgias, etc. O número de residentes dobrou desde então. Então a pergunta que esse Fórum precisa responder é: como o Espírito Santo está se preparando por meio da gestão pública e privada para organizar a assistência em saúde para a população não ficar desassistida? Vocês já viram quanto o sistema público de saúde paga por uma consulta médica e outros procedimentos? Há uma perversão de remuneração de procedimentos, e quem precisa começar modificando isso, para convencer o sistema privado de saúde, é o público. Temos que valorizar esse procedimento. Como fazemos para conversar com o paciente, entender o contexto em que ele está inserido? Falo aqui do residente e da graduação. Há uma esquizofrenia de que temos que ser ótimos, mas não dá tempo de sê-lo. Prestem atenção porque, embora o dinheiro seja um problema, às vezes e é a solução, e as pessoas perverteram o sistema de saúde e todos estão levando isso adiante. Sobre a questão do redimensionamento do espaço físico, acredito que uma conclusão desse fórum seja que não vai dar para fazermos isso em dois anos e meio. Precisamos de mais tempo para atingir a meta de todo mundo estar na APS de uma forma que torne isso um atrativo para a carreira das pessoas. Concordo também que as escolas médicas precisam se renovar e acho que a Lei do Mais Médicos nesse sentido veio fazer a gente se levantar. Precisamos entender onde está o modelo de assistência? Será que já não estamos formando pediatras demais? Clínicos em excesso? São 2660 vagas de Clínica Médica, 1856 de Cirurgia Geral. Então precisamos entender que modelo é esse para remanejarmos o número de vagas.

**Representante CEREM-RJ:** Já que temos alunos do quinto ano aqui, eu queria saber quantos de vocês já sabiam o que dizia a lei? Quem conhecia a lei do Mais Médicos? Apenas duas pessoas levantaram a mão. Mas mesmo lá no



Rio, na comissão de residência, onde temos muitos médicos que são docentes, muitos deles não sabiam o que dizia a lei! Porque a lei do Mais Médicos não é só a vinda de cubanos, trata também das mudanças na graduação e residência, e vocês devem ler. Nomes enquanto docentes, o CFM e as escolas ficaram assustados ao ler a lei, pois temos mudanças importantes a serem instituídas e não sabemos como e nem quando, por isso temos que pressionar para darmos uma formação de qualidade, e nesse ponto entra a participação desses fóruns para mostrar que estamos aqui e vamos lutar pela medicina de qualidade. E ainda temos as questões da avaliação da graduação e da passagem pela medicina de família, como seria isso? Eu concordo com o Diego, que em sua fala diz que se esse projeto acontecer, não é assim, isso vai acontecer, está na lei, até acho que vamos ter que mudar esse prazo. Então temos dois anos e meio pra conseguir cenários de prática, adequar conteúdos da graduação, principalmente o 5º e 6º ano e temos que adequar todas as residências, ou seja, um trabalho enorme! E esse professor nessa sua fala sobre a pediatria é um pouco assim, porque fazer o pediatra passar por todo esse treinamento em atenção básica se depois ele vai fazer emergência, e também ele não está inserido na equipe de saúde família, então qual é o papel do pediatra, ser matriciadores? Alguns anos atrás, no Rio de Janeiro, viam-se muitos médicos especialistas que depois de aposentar iam trabalhar com saúde da família, porque não existiam programas de residência nessa área e nem exigência do título para tal atuação, e então o que havia de fato era que quando chegava uma criança mandava para o pediatra que trabalhava ali, se chegasse uma gestante encaminhava para outra equipe em que havia um obstetra, e dessa forma aquela segmentação da faculdade continuava a existir na saúde da família. Hoje esperamos que com o aumento das vagas de residência de saúde da família esse cenário mude. A minha maior preocupação é como vamos fazer a mudança? O CFM tem uma ideia que ao final tenhamos tipo um aviso, para se reformular e fazer bem feito não da para ser em 2018, as mudanças que temos que fazer são muitas, e aí temos que conversar melhor sentar e dizer nós vamos fazer mas precisamos de mais tempo e de discutir melhor. A Patrô falou dos malefícios para a Medicina de Família, pois eu tenho um medo, que entre no mesmo caminho da clínica médica que serviu apenas de passagem para a pessoa fazer a especialidade depois. Chegamos a discutir na comissão e pensamos que podia ser um ano para quem não fosse seguir no caminho da Medicina de Família e dois para quem realmente fosse, mas o que ficou definido é que será dois anos para todos. E segundo o programa tudo o que foi discutido no primeiro ano se repetiria no segundo só que com um maior aprofundamento. Eu acho que é complicado para alguém que quer



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

fazer cirurgia, por exemplo, o que eu vou fazer lá, vou dar ponto? A ideia não é essa, é medicina de família e comunidade, mesmo na pediatria que oferece um programa com muitos aspectos voltados para a atenção básica pensou-se em colocar apenas três anos e já eliminar os dois iniciais, mas a resposta da sociedade foi não.

**Representante CEREM-ES:** Pra gente planejar temos que saber, e aqui nós não temos resposta, não sabemos com vai ficar as provas para os programas de residência, será uma prova única ou não? Ninguém sabe, estamos todos de mãos atadas esperando uma resposta. A única coisa que sabemos é que vamos ter que melhorar as unidades básicas, no caso os municípios as cidades ou as universidades ou quem está ofertando as vagas que terá que melhorar. Eu acho que devemos seguir mais ou menos o perfil de cada formando, o cara da pediatria vai adorar ficar na unidade já o cara da cirurgia não vai, e aí podemos colocá-lo na urgência.

**Representante CFM:** E tem mais um agravante nessa história, tudo isso que está acontecendo agora pode depois ser questionado judicialmente, pois existe uma lei que em seu segundo artigo diz que o ingresso nos programas será feito através de editais públicos sendo os programas os responsáveis. Então tudo isso que a Penha falou muita gente pode ficar em silêncio e questionar judicialmente porque não foi cumprida a lei 6932-8. E isso levará a um problema lá na frente, e por isso a importância desses fóruns regionais e o nacional, saindo na frente com as possíveis complicações que irão existir e mostrar para o governo. Porque existiria obrigatoriedade de passar em atenção básica se as diretrizes curriculares dizem que eu saio formado em atenção básica?

**Representante DENEM:** Sou estudante de medicina e quero falar um pouco sobre a avaliação. No início do ano conseguimos que uma empresa que iria realizar a avaliação ficasse de fora desse processo e aí foi montada uma comissão com especialistas em educação médica e a DENEM e Abem foram chamadas, eu estive na reunião que aconteceu em fevereiro, e lá foi discutido se seria o estudante ou a escola? Pra gente foi o estudante como o avaliado, e as escolas continuariam sendo avaliadas como já são. Não houve nenhuma reunião mais, sendo a próxima no dia 23 no INEP com a DENEM, ABEM, UNASUS, professores do teste de progresso e do revalida. A DENEM vem defendendo o estudante e repassando os pontos levantados nas nossas discussões abertas. E já temos vários pontos pra serem levados p o INEP, e



ANGOTTI NETO, Hélio (org.). *Mirabilia Medicinæ* 6 (2016/1).

*Medical Education*

*Educação Médica*

*Educación Médica*

Jan-Jun 2016/ISSN 1676-5818

estamos também visitando escolas para tirar dúvidas e levantar pontos. Outra coisa, quais serão os pontos específicos dessa prova? As escolas terão acesso? Quem falhou numa nota baixa? Será punitiva? E terá ranking? Um exemplo ruim disso é lá em São Paulo onde a prova do CREMESP se tornou obrigatória, e aí as escolas com maior pontuação aumentou muito suas mensalidades. A gente como executiva, caso essa prova não venha do jeito que a gente deseja, com o apoio dos docentes, temos que dizer não! Por isso é fundamental a participação do estudante na discussão desses temas. Outro ponto é com relação ao internato e residência, o que é competência de um interno e o que é de um residente? Um exemplo que eu ouvi é que onde há um R1 já habilitado o aluno será bem treinado e onde não há esse residente fará todos os procedimentos e o interno não aprenderá nada nesse estágio. E para concluir nós temos um enorme desafio que é a Medicina de família e comunidade, onde está havendo certa desvalorização dessa função, que é uma especialidade bastante complexa e que deve ser valorizada.

**Docente:** Sou do Rio de Janeiro e tenho uma dúvida: não entendi como ficou a avaliação da residência, o estudante ou o programa será avaliado?

**Representante CFM:** Lembro-me que é uma avaliação anual da residência. Se for do residente piorou! Se a gente quiser fazer um teste do progresso do residente em cada especialidade ao longo da duração dos programas aí sim seria válido, mas será algo que não conseguiremos para 2018. Um aluno do apoio lê um trecho da lei sobre a avaliação: o programa é que será avaliado e não o residente. Faz mais sentido!

**Médico SESA-ES:** Temos que valorizar a especialidade medicina de família que é uma das mais importantes, queria saber como o estado do Rio de Janeiro participou da criação dessas vagas pra residência de família e comunidade e de forma o estado do ES poderia ajudar?

**Representante CEREM-RJ:** No estado do Rio eu não sei, o grande boom foi no município do Rio, estimulando o bom funcionamento dos postos e um estímulo a bolsa de residência que passou a ser de 10 mil reais. Das 100 vagas, 40 estão na UERJ e restante tem sete, dois ou três. No interior do estado, por exemplo, vários municípios teriam condições de ter residentes, mas não conseguiram nenhum, porque os residentes não iriam sair da capital e deixar de ganhar 10 mil reais. Agora a secretaria de estado eu não sei dizer, até porque precisaria investir em preceptoria, no qual o preceptor ganharia a mais



por isso, e o residente pelo atendimento, ou seja, precisa gastar dinheiro. Eu cheguei a visitar alguns programas no Rio e lá a coisa está funcionando, os preceptores, residente e a população estão satisfeitos. Pergunto para a Suelen, como estão os prazos para começar essa avaliação?

**Representante DENEM:** Primeiro foi problematizado o financiamento para essa avaliação, segundo as diretrizes seria uma avaliação cognitiva das habilidades e competências, o grupo que está discutindo isso colocou que possivelmente não será assim, vai ficar inicialmente como exame cognitivo. E sendo que o financiamento para essa avaliação em nível nacional foi o principal impedimento para que ela ocorresse nesse ano. Dentro do próprio grupo há divergência, pois uma parte defendia que fosse feito um projeto piloto ainda em 2015 e outra parte queria um projeto piloto para 2016 e que contaria como nota para a residência, um teste apenas para compreender as falhas diante da prova cognitiva. Então a previsão é um projeto piloto para 2016.

**Representante CFM:** Então o ENADE deixa de existir nessa hora?

**Representante DENEM:** A gente questionou isso também, mas ele não vai deixar de existir, porque o SINAES. É composto por uma tríade: avaliação in loco, nota do ENADE e autoavaliação da escola. E aí não teria como retirar o SINAES, mas como o estudante faria tantas avaliações? E que trariam muitos prejuízos ao estudante.

**Discente ES:** Tenho acompanhando tudo de perto desde que a lei foi imposta, e estou sentindo que tudo é muito legal, mas a forma e o conteúdo que são muito ruins, e a gente ainda não sabe o que quer, estamos o tempo todo apagando incêndio que o governo nos coloca, e a pauta é só deles, quando a gente vai começar a pautar alguma coisa? O que estão fazendo com a medicina de família, deixando ela pra escanteio e obrigando ES formandos a serem médicos de família por dois anos, vão ganhar o que? Qual o tipo de benefício que isso vai trazer para o povo? Onde isso vai me fixar? Acho que temos que discutir mais isso, pautar as coisas! Criar uma agenda paralela e fugir da agenda do Governo, porque essa agenda é muito ruim para a Medicina.

**Representante CFM:** A ideia dos fóruns é exatamente esta, principalmente para que as pessoas saibam o que está acontecendo, porque desde que



começamos as mesmas pessoas estão nos mesmos locais discutindo as mesmas coisas, então agora estamos tentando trazer pessoas para discutir mais. Respondendo a pergunta do preceptor do internato da UVV, qual o papel do estado nesse processo? O ES tem que ajudar e de manhã se firmou um consorcio que envolve a SESA em sua representante aqui presente, Tânia Mara, e os municípios da grande vitória, onde o ES irá nortear as saídas para esse problema. Eu visitei todos os estados brasileiros pela comissão nacional de residência e o que eu percebi que pela grande dimensão do Brasil é difícil estabelecer um plano único, as realidades são muito diferentes. O grande ponto que eu vejo aqui para o ES é quais são os nossos problemas, como as escolas médicas e os programas de residência podem auxiliar na resolução desses problemas? E sem se preocupar em se reeleger, tem que ser um plano do Estado e não do governo atual! E isso é um fato que se repete pelo Brasil, houve abertura de programas nos anos anteriores e assim que novos prefeitos assumiram alguns cortaram os programas que já estavam em andamento. E aí coube à comissão nacional realocar esses residentes. Então a questão é: que programas devem abrir nesse estado e por quê? O Brasil não pode estabelecer as prioridades de saúde de cada região e sim por municípios estados, e assim conseguiríamos resolver do maior para o menor em um tempo mais rápido. E a pergunta que eu vou te fazer e faço para as duas Tânicas, cadê os programas pós-residência? E também não adianta a escola médica fazer tudo no prazo que a gente estabelece, os programas de residência são desenhados de acordo com as necessidades e depois eles vão para onde? Se não existir um programa que atraia e fixe esses médicos serra outra vez um desperdício de dinheiro público, pois eu formo e não tenho como retê-los. Aí é uma guerra, porque você vai ter que negociar com a Unimed para ser seu parceiro para ver para onde vão esses médicos. Acho que o Marcelo quer complementar.

**SESA-ES:** Existe a CIESE, comissão de integração ensino serviço que passou a existir desde 2007, existe uma câmara técnica dentro dela para analisar esses temas. Existe a resolução 070 de 2014. Essa resolução estabeleceu algumas prioridades para o ES, ou seja, tem locais de carência e, além disso, define também qual o número de médicos e de médicos especialistas por 100 mil habitantes e tal. E nós fizemos esses cálculos aqui para nosso estado, e as prioridades seriam: endocrinologia geriatria, medicina de família e comunidade. Mas no período em que fizemos esse levantamento não apareceu nenhum programa de endócrino ou geriatria de neurologia menos ainda. A pergunta é, tem dinheiro para isso? Eu acredito que não! Hoje o estado financia basicamente a residência de pediatria do Infantil e paga bolsa para



preceptor, são vinte vagas de R1 e 60 bolsas para preceptor. Então é importante citar essas resoluções porque temos uma coisa verdadeira, não quer dizer papel resolve tudo, mas sabemos das prioridades. Gostaria de fazer outros comentários, recentemente saiu legislação, uma portaria ministerial sobre a regulamentação dos Hospitais de ensino, que ainda não têm nenhuma falando como é a regulamentação das Unidades de Saúde, e diz assim: o comitê de ética a comissão de óbito, as unidades de saúde, às vezes, não tem nem diretoria. Tem parecer do CRM falando sobre isso, mas essa portaria que saiu agora em 2015 diz exatamente como deve ser o Hospital de ensino e cada comissão que precisa ser implantada, agora como você pensa em separado o hospital de unidade de saúde? Temos que ter responsabilidade territorial em todos os serviços de saúde. Temos que avaliar também o número necessário de especialistas por território, que deve ser bem menor que o número de Médicos da atenção básica.

**Representante CFM:** Indo de acordo com isso que Marcelo falou, nós analisamos em alguns locais do país e existem algumas especialidades em número elevadíssimo, como oftalmologia, agora então porque o programa mais especialidades começou justamente com ortopedia, oftalmologia? Por quê? Agora vocês vejam que país maluco, tem mais de 37 anos que eu escuto que devemos desospitalizar o ensino, e o indivíduo cria uma portaria que regulamenta os hospitais de ensino e não os territórios de ensino. Está errado! Nós tentamos ajudar, até sentamos pra escrever alguma coisa, porque nós queremos um bom residente, que circule na rede, que seja formado na rede e não um bom residente daquele hospital!

**Médico-ES:** Formei-me esse ano e não estou na residência e estou fazendo PROVAB e tenho várias críticas, mas tenho que parabenizar os organizadores desse Fórum. Já participei de diversas discussões da ABEM e temos que sempre buscar mais pessoas para esses espaços. E parabenizo os estudantes aqui presentes também.

\*\*\*