

MANUAL DO MÉDICO RESIDENTE



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Visla Alegre
Curitiba – Paraná – CEP 80810-340
Telefone (41) 3240-4000 – Fax (41) 3240-4001
www.crmpr.org.br
crmpr@crmpr.org.br

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Diretoria (gestão 1º de outubro de 2008 a 31 de maio de 2010)

Presidente: Cons. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Vice-Presidente: Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Secretária-Geral: Cons^a. Marília Cristina Milano Campos
1.º Secretário: Cons. José Clemente Linhares
2.º Secretário: Cons. Sérgio Maciel Molteni
1.ª Tesoureira: Cons^a. Roseni Teresinha Florencio
2.ª Tesoureira: Cons. Lutero Marques de Oliveira
Corregedor-Geral: Cons. Alexandre Gustavo Bley
1.ª Corregedora: Cons^a. Raquele Rotta Burkiewicz
2.ª Corregedor: Cons. Alceu Fontana Pacheco Júnior

Membros Natos

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hécio Bertolozzi Soares e Gerson Zafalon Martins.

Comissão de Comunicação do CRM/PR

Conselheiros Ehrenfried Othmar Wittig (coordenador), Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Hécio Bertolozzi Soares, Luiz Sallim Emed e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Prof. Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hernani Vieira.

Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame)

Coordenadora: Keti Stylianos Patsis
codame@crmp.org.br

Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional (Defep)

Diretor: Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Médicos Fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues e Jun Hirabayashi
Médico Fiscal do Interior: Dr. Paulo César Aranda (Londrina)
defep@crmp.org.br

Departamento Jurídico

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma
dejur@crmp.org.br

Secretaria

Rua Victório Viezzer, 84, Visla Alegre – Curitiba – Paraná – CEP 80810-340
e-mail: crmp@crmp.org.br – Telefone (41) 3240-4000 – Fax (41) 3240-4001

CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE (GESTÃO 2008/2013)

Alexandre Gustavo Bley
Alceu Fontana Pacheco Júnior
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)
Arnaldo Lobo Miró
Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel)
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Clóvis Marcelo Corso
Darley Rugeri Wollmann Júnior
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Gerson Zafalon Martins
Gustavo Justo Schulz
Hécio Bertolozzi Soares
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Joachim Graf
José Carlos Amador (Maringá)
José Clemente Linhares
Keti Stylianos Patsis
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)
Luis Fernando Rodrigues (Londrina)

Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Luiz Sallim Emed
Lutero Marques de Oliveira
Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Marília Cristina Milano Campos
Mário Teruo Sato
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)
Maurício Marcondes Ribas
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Monica De Biase Wright Kastrup
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Raquele Rotta Burkiewicz
Roberto Issamu Yosida
Romeu Bertol
Roseni Teresinha Florencio
Sérgio Maciel Molteni
Wilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)
Wilmar Mendonça Guimarães
Zacarias Alves de Souza Filho

MANUAL DO MÉDICO RESIDENTE

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita do CRMPR.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Visla Alegre
Curitiba – Paraná – CEP 80810-340
Telefone (41) 3240-4000 – Fax (41) 3240-4001
www.crmpr.org.br
crmpr@crmpr.org.br

CERMEPAR

(Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná)
cermepar@crmpr.org.br

AMEREPAR

(Associação dos Médicos Residentes do Estado do Paraná)

MANUAL DO MÉDICO RESIDENTE

Programa de Educação Médica Continuada do CRMPR

Edição e coordenação

João Carlos Simões

Equipe técnica

Hernani Vieira (MTB 993/06/98V-PR)
Priscila Pereira Jorge Naufel
Cibele Micheli Michelin

Revisão

Ivonete F. Guimarães

Projeto gráfico e diagramação

Sheila Gouveia

*Ilustrações**

Sputnik Studio

Catálogo bibliográfica

Gisele Terezinha Liegel Glock (CRB9-1178)

Tiragem

5.000 exemplares

Obra de interesse científico-cultural do CRMPR com distribuição dirigida gratuita.

(*) Desenhos meramente ilustrativos para caracterizar a figura do médico, sobretudo fora do ambiente de trabalho, não retratando, de modo algum, sugestões de exemplos de conduta.

<p>Simões, João Carlos Manual do Médico Residente / Coordenação de João Carlos Simões. - Curitiba: M5, 2009. 168 p.</p>	
<p>Vários colaboradores</p>	
<p>1. Medicina 2. Residência Médica. I. Título.</p>	
	<p>CDD - 610 CDU - 61</p>

NOTAS SOBRE OS AUTORES

MANUAL DO MÉDICO RESIDENTE

Programa de Educação Continuada do CRMPR

Editor

João Carlos Simões

Graduado em Medicina pela UFPR (1972), Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Professor Titular de Oncologia do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, Chefe do Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico do Paraná, Diretor Técnico do Centro do Oncologia e Quimioterapia do HUEC, presidente da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná (Cermepar) e Fundador e Editor Científico da Revista do Médico Residente.

Colaboradores

Adriana Chassot Bresolin

Graduada em Medicina pela PUCPR (1989), Especialista em Pediatria e Cardiologia Pediátrica, Docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná na área de Pediatria, Coordenadora do Programa de Residência Médica na Área de Pediatria da Unioeste e vice-presidente da Coreme.

Adriano Keijiro Maeda

Graduado em Medicina pela PUCPR (1995), especialista em Neurocirurgia, coordenador da Coreme do Hospital Universitário Cajuru/PUCPR e membro da Diretoria da Cermepar.

Allan Cezar Faria Araujo

Graduação em Medicina pela Faculdade Evangélica do Paraná, Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, Mestre em Princípios de Cirurgia, Docente do Curso de Medicina da Unioeste na área de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, Coordenador da COREME da Unioeste (Cascavel), coordenador-geral do Programa de Residência Médica da Unioeste e vice-presidente da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná (Cermepar).

Andy Petroianu

Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, Docente Livre em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Escola Paulista de Medicina (Unifesp), Docente Livre em Gastroenterologia Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), Doutor em Fisiologia e Farmacologia - Instituto de Ciências Biológicas (UFMG), Pesquisador IA do CNPq e Membro Titular da Academia Mineira de Medicina.

César Alfredo Pusch Kubiak

Clínico-emergencista, ex-Coordenador Sul da CNRM, especialista em Clínica Médica e Medicina de Urgência, professor-coordenador da Disciplina de Semiologia e Clínica Médica I na Faculdade de Medicina do Centro Universitário Positivo (UnicenP), vice-presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica – Regional do Paraná.

Evandro Guimarães de Sousa

Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (1969), especialização em Metodologia de Ensino Superior pela Universidade Federal de Uberlândia (1979), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (1998), doutorado em Medicina (Radiologia) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2000) e residência-médica pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (1971).

Hugo Manuel Paz Morales

Médico residente do 3.º ano de Clínica Médica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), presidente da Associação dos Médicos Residentes do HUEC e ex-presidente da Associação de Médicos Residentes do Paraná (Amerepar).

Jorge R. Ribas Timi

Graduado em Medicina pela UFPR (1980) e em Direito, Cirurgião Vascular e Endovascular, Professor Adjunto e Doutor de Cirurgia Vascular da Universidade Federal do Paraná, Coordenador do Núcleo Integrado de Cirurgia Endovascular e Pesquisa (NICEP), Sócio Titular da SBACV e CBC e Professor de Mercado de Trabalho e Responsabilidade Legal do Médico no Curso de Medicina da UFPR e FEMPAP.

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Pós-Graduação em Clínica Médica, Doutora em Saúde Pública, docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Graduada em Medicina pela USP (1983), mestrado em Saúde Pública e doutorado em Saúde Pública pela USP, pós-graduação em Clínica Médica, professora-colaboradora da Linha de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde da Pós-Graduação da Clínica Médica da UFRJ, ex-secretária municipal de Saúde de Diadema e São Carlos (SP) e autora de obras como “Além do discurso de mudança na educação médica”.

Luisa Moreira Höpker

Presidente da Associação dos Médicos Residentes do Paraná (AMEREPAR), residente de Oftalmologia e representante dos médicos residentes do Hospital de Clínicas da UFPR.

Maria Tenório do Patrocínio Nunes

Graduação em Medicina pela USP (1984), Residência em Clínica Médica Geral na FMUSP, Doutorado em Patologia pela USP, livre docente da Faculdade de Medicina da USP e Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Marilise Katsurayama

Psicóloga formada pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e aluna do Programa de Mestrado Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia (UFAM/Fiocruz/UFGA). Realiza pesquisas na área de saúde mental do aluno de Medicina e profissional médico.

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho

Formado pela UFPR (1984), Residência Médica em Clínica Médica no HC/UFPR, mestrado em Cardiologia na UFPR, especialização em Hemodinâmica, Professor da Disciplina de Cardiologia da UFPR (desde 1990), Preceptor da Residência de Clínica Médica (1998) e conselheiro e presidente em exercício do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Neila Falcone Bomfim

Médica patologista, professora adjunta do Departamento de Patologia e Medicina Legal/ UFAM e Presidente da Comissão Estadual de Residência Médica do Amazonas.

Phallcha Luízar Obregón

Graduação em Medicina pela Universidade Nacional San Antonio Abad Del Cusco (Peru), Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela USP e Docente do Curso de Medicina da Unioeste (Cascavel) na área de Saúde Pública.

Renato Passini Júnior

Professor Doutor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), associado do Departamento de Tocoginecologia FCM/ Unicamp e representante da Associação Médica Brasileira na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Roberto de Queiroz Padilha

Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília (1979), mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP e doutorado em Medicina Interna e Terapêutica pela UFSP, diretor de ensino do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (SP), docente do curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, coordenador do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar e Ex-Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Romes André Proença de Souza

Presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) e Residente R2 de Clínica Médica da FMAM (Faculdade de Medicina do Amazonas).

Sérgio Maciel Molteni

Graduado em Medicina pela UFPR (1976), residência em Ortopedia e Traumatologia, especialização em Cirurgia do Pé, pós-graduação em Auditoria em Saúde, coordenador no Paraná da Comissão em Defesa do Ato Médico, conselheiro, 1.º secretário e coordenador da Comissão de Ensino Médico do CRMPR.

Tânia Maria Santos Pires

Formada em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1985), professora da disciplina Saúde da Família e Comunidade e coordenadora da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Thelma Skare

Graduação em Medicina pela UFPR (1976), Especialização em Educação em Saúde, mestrado em Pedagogia Universitária, Doutorado em Princípios da Cirurgia, médica do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), Professora de Reumatologia do Curso de Medicina da FEPAR e membro honorário da Liga Acadêmica da Sociedade Brasileira de Clínica Médica Regional do Paraná.

APRESENTAÇÃO

João Carlos Simões



“We need a system and we will surely have it – which will produce not only surgeons, but surgeons of the highest type, Who Will stimulate the finest youths of their country to study surgery, and to devote their energies and their lives to raising the standards of surgical science.”

William S. Halsted

Halsted pronunciou esta epígrafe na alocução *“Training of the Surgeon”*, apresentada em Yale, em 1904. Desde então, o programa de treinamento da Residência Médica teve uma transformação crítica e profunda e serviu de modelo para o Brasil.

O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1945

A Residência Médica no Brasil foi iniciada em 1945, no Hospital das Clínicas da Univer- sidade de São Paulo, com o Programa de Residência Médica em Ortopedia. Em 1948, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IPASE) fez o primeiro concurso para Residência Médica na área de psiquiatria.

Em 1967, ocorreu no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, a fundação da Associação Nacional de Médicos Residentes - ANMR, durante o II Congresso Nacional de Médicos Residen- tes. Durante este evento, foi produzido um documento denominado “Padrões Míni- mos de uma Residência Médica”, o qual procurava pontuar diversos aspectos re- ferentes à esta modalidade de pós-gra- duação, pretendendo que se estabelecesse uma regulamentação básica para ela.

A institucionalização da Residência Médica no Brasil se deu em 1977, sob o controle do Ministério da Educação, com a criação da Comissão Nacional de Residên- cia Médica (CNRM). Tem suas diretrizes definidas por ele, junto com as institui- ções que mantêm os programas, além de participação de corporações médicas, como a Associação Nacional dos Médicos Residentes, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, FENAM, ABEM e Ministério da Saúde.

O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1945

É uma redundante afirmação sobre o óbvio afirmar que a Residência Médica é a melhor maneira de preparar o médico es- pecialista, capacitá-lo para a vida profis- sional, torná-lo competente para uma atuação no mercado de trabalho e de for- necer legalmente o título de especialista.

O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1945

Durante o Programa de Residência, o médico residente se depara com vários desafios e problemas inerentes a este curso de pós-graduação estrito senso que vão desde falta da entrega ou não cumprimento da programação da sua área da residência que siga as resoluções da CNRM, passando por carência de uma preceptoria competente, dedicada e com supervisão adequada, falta de programas teóricos, ausência de avaliação sistemáti- ca e com regimentos que não contemplam o modelo de avaliação, carga de trabalho superior a 60 horas semanais, Coreme que não faz reuniões mensais e que não tem representante de médicos residentes eleito entre os pares, atraso ou falta de pagamento de bolsa dos médicos resi- dentes etc.

O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1945

É incontestável que o segredo da boa residência é a eterna vigilância. E a razão de ser da CNRM é a formação do médico resi- dente competente. E que este receba todo o amparo legal das Coremes, das CEREMs e da CNRM. Por isto ele deve conhecer a legis- lação geral e pertinente à sua área e denun- ciar se o não cumprimento das resoluções estiver acontecendo.

O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1945

Este *Manual do Médico Residente* é um legado da gestão 2008/2010 da Comissão Es- tadual de Residência Médica do Paraná para todos os residentes do Paraná e do Brasil e, também, para todas as pessoas que vivem

a Residência Médica. Ele pretendeu não ser definitivo, mas, ao contrário, trazer uma reflexão crítica e o debate dos assuntos que ainda são necessários para o aperfeiçoamento da Residência Médica no Brasil.

Quero agradecer a todos que com dedicação e boa vontade contribuíram com a autoria de capítulos originais para dar subsídios à Residência Médica. Não poderia deixar de prestar uma homenagem ao Conselho Regional de Medicina do

Paraná, nas pessoas do ex-presidente e conselheiro do CFM, Gerson Zafalon Martins, e do atual presidente Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, por acreditarem no projeto e apoiá-lo.

Por último, e não menos importante, agradecer à toda diretoria da Cermepar e aos médicos residentes da Associação Estadual dos Médicos Residente do Paraná (Amerepar) pela consistente e importante contribuição na confecção deste Manual. •

PREFÁCIO I

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho

“Se você não mudar a direção, terminará exatamente onde partiu.”

Provérbio Chinês

Compartilhar ideias e reflexões é a essência do progresso. É um dos caminhos para o amadurecimento que – se espera – possa dar luz ao caminhar seguro, sereno.

Conversar com o futuro é desafiador e requer inteligência, cultura, princípios e valores sedimentados. Frente ao desconhecido, não sabemos o que encontraremos. Seja o que for, será sempre um desafio. Mas, se os alicerces forem sólidos, saberemos como agir.

Esta publicação do Conselho Regional de Medicina do Paraná deseja conversar com o futuro; deseja conversar com o jovem médico. Esta iniciativa é um dos meios para atingir este intento.

A publicação, que honrosamente apresenta, conta com a coordenação do Dr. João Carlos Simões, Professor da Faculdade Evangélica de Medicina e Coordenador da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná (Cermepar).

O Prof. João Carlos Simões tem sido incansável na defesa desta publicação, envolvendo-se pessoalmente no convite aos autores, que aceitaram o desafio de lançar as ideias que serão aqui discutidas.

O *Manual do Médico Residente* conta ainda com a contribuição de diversos autores, os quais abordam temas que se constituem na realidade do profissional médico nos dias de hoje.

A cada etapa que concluímos, imediatamente iniciamos outra. O início do exercício profissional, seja em um Programa de Residência Médica, seja em outra modalidade de pós-graduação ou, ainda, seja sem pós-graduação, é um caminho novo. É o futuro.

O bem é a finalidade da ética. O respeito, seu maior representante. Assim, a reflexão deve ser constante e deve suscitar o debate visando a construção do bem e do melhor.

A ética não é um emaranhado de teorias que obrigam a fazer ou deixar de fazer, nem é um ordenamento rígido de padrões arbitrários. Se o ser humano está em construção, a ética também está. Há valores e posturas que mudam com o conhecimento.

Este é um convite ao diálogo. Sem a conversa necessária, a aprendizagem fica comprometida.

O exercício profissional deve ter como um dos seus pilares a ética a serviço das pessoas e da sociedade. Evolui e se aprimora.

Aos profissionais que emprestaram a todos nós suas ideias e princípios, com os escritos desta obra, o nosso agradecimento sincero.

Ao Professor João Carlos Simões, que continue incansável para que iniciativas como esta se repitam e aprimorem. Continue acreditando no enorme potencial do ser humano e na força da educação.

Parabéns pela excelência e a oportunidade desta obra, e sucesso constante na difusão de tão importantes ideias humanistas em prol da educação, da ética e da cidadania.

O CRMPR tem como uma das metas prioritárias, na atual gestão, a atenção ao médico jovem, o que se inicia na carreira. Queremos sim debater o seu presente e ajudar a construir o seu futuro sob o manto da ética e em condições adequadas para aprimorar o conhecimento e exercer a Medicina. O presente manual faz parte do Programa de Educação Médica Continuada do Conselho. •

PREFÁCIO II

Maria Tenório do Patrocínio Nunes

A Residência Médica se instalou no Brasil em 1944 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com o nome de “Internato” e, em 1948, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro e, já com o nome de Residência Médica (RM), rapidamente se difundiu para vários hospitais universitários e previdenciários.

A RM no Brasil apresentou uma trajetória peculiar. Iniciou-se em uma escola médica, mas, rapidamente, como consequência do número crescente de médicos que se formavam, disseminou-se como forma de trabalho, a custo baixo, em diversas clínicas e hospitais, com o pretexto de cumprir as prerrogativas da RM sem, entretanto, haver supervisão, infraestrutura e corpo docente adequados, ocorrendo sobrecarga de trabalho e de responsabilidades sobre os residentes.

Em 1977, 10 anos após os esforços dos médicos residentes do Brasil, das autoridades médicas e educacionais, criou-se a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) com o objetivo de melhorar o sistema e evitar a exploração dos médicos residentes.

A Residência Médica (RM) é consagrada como o melhor meio de formar especialistas em serviço e inserir o médico na profissão sob supervisão, de forma cautelosa e organizada.

Apesar dessa reconhecida e valiosa função, a RM, como segmento de ensino pós-graduado, requer ainda muitos cuidados e mudanças cruciais para a evolução do sistema.

Observa-se que há carência de oportunidade nesse treinamento em regiões brasileiras, enquanto concentram-se programas em outras; as características institucionais

dos próprios programas e dos preceptores não estão bem estabelecidas.

A RM não resolve todos os problemas do sistema de saúde, mas é parte das soluções e, como tal, deve ser tratada. A RM fixa médicos no local onde esses a realizaram. Os preceptores aguardam qualificação, pré-requisitos, reconhecimento e remuneração apropriados.

O processo de acesso está em evolução ao longo desses mais de 60 anos e deve ser pensado considerando-se os efeitos sobre a graduação em Medicina.

O acompanhamento do desenvolvimento do médico residente deve seguir os meios bem estabelecidos pela moderna pedagogia, francamente em uso no nível da graduação.

A RM é capital para a sociedade, tanto para o médico residente que acumula experiência e conhecimento como para o usuário. Pode e deve ser ainda espaço para o desenvolvimento responsável, ético e solidário das práticas transdisciplinares em saúde.

Quando adequadamente desenvolvida, implica na melhoria e qualidade da assistência, o que a torna imperativa no desenvolvimento social, político, científico, técnico e ético do recém-formado.

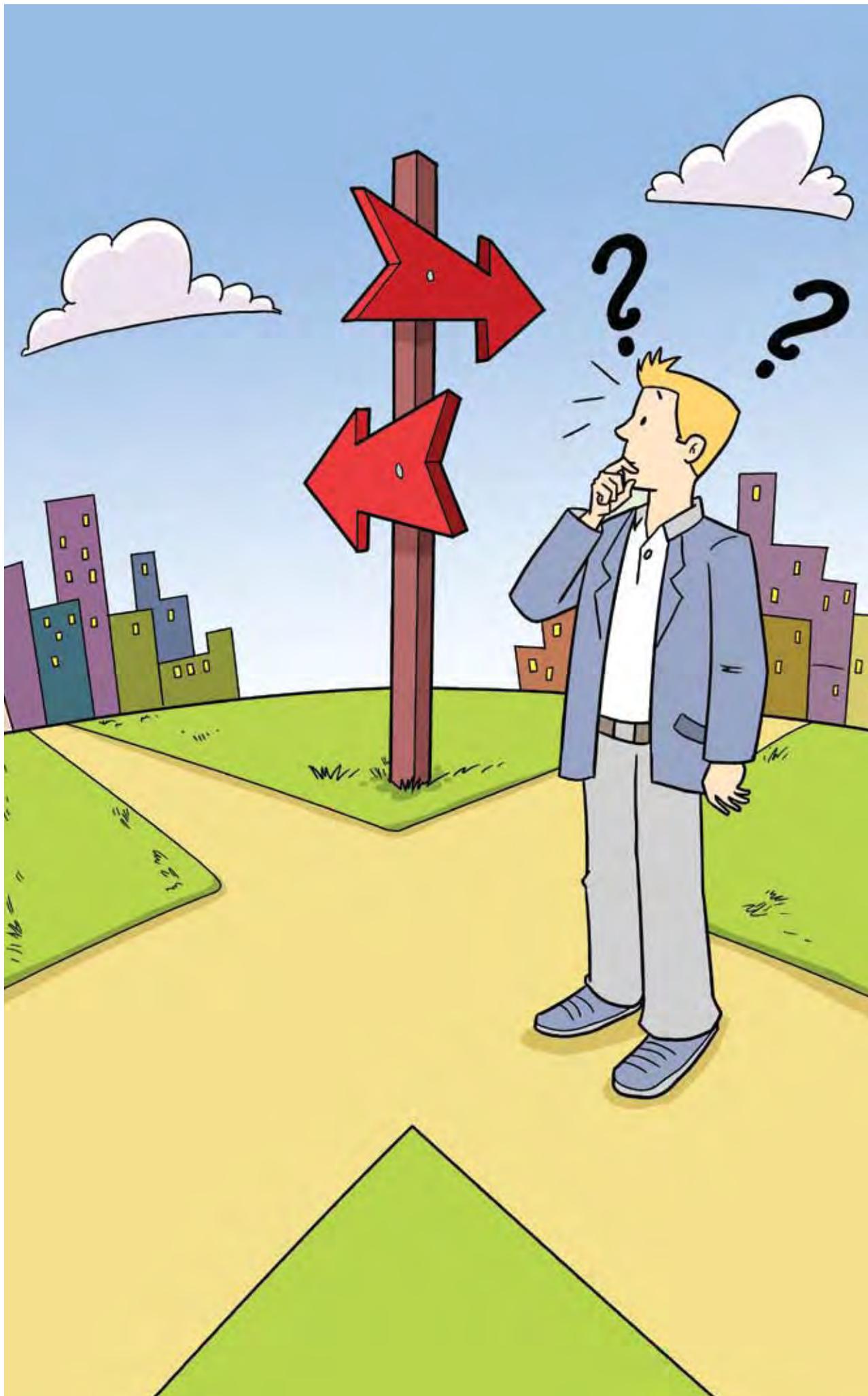
Muito se observa sobre o processo RM, pouco se escreve sobre o assunto em nosso meio. Assim, reveste-se de importância e responsabilidade todos os empreendimentos que, como este, registram fatos, opiniões e pesquisas sobre a Residência Médica no Brasil.

Aos autores, as congratulações pelo investimento em todos os aspectos. Para os leitores, que represente o incentivo que faltava em benefício da pesquisa em educação médica em nosso meio, capital para a evolução sistematizada e de qualidade. •



SUMÁRIO

1. Desafios atuais para a Residência Médica no Brasil	15
2. Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR)	21
3. História da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná (Cermepar).....	25
4. O papel da Associação Estadual dos Médicos Residentes	35
5. Aspectos do funcionamento de uma Associação Hospitalar de Médicos Residentes.....	39
6. Como escolher um Programa de Residência Médica	41
7. Não passei no concurso de Residência Médica. O que farei?.....	49
8. Preceptoría na Residência Médica	53
9. A avaliação do médico residente	57
10. Avaliação do Programa de Residência pelo Médico Residente.....	61
11. Como entrar no mercado de trabalho após o término da Residência Médica	65
12. Residência Médica X Especialização.....	71
13. Ética e Residência Médica	89
14. Humanização na Residência Médica	99
15. A Residência de Medicina da Família e Comunidade PUCPR – Hosp. Univ. Cajuru.....	101
16. Residência Médica e qualidade de vida	105
17. Exames complementares na Residência Médica	113
18. Prontuário médico	117
19. O médico residente e a declaração de óbito	121
20. Metodologia da pesquisa para o médico residente	125
21. Métodos quantitativos da pesquisa clínica	135
22. O residente pode ser excluído de um Programa de Residência Médica?.....	139
23. A legislação da Residência Médica	141
24. Instituições do Paraná com Residência Médica e vagas	151



1 DESAFIOS ATUAIS PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

Laura C. M. Feuerwerker
Roberto Padilha

Por várias razões, a Residência Médica no Brasil vive atualmente uma crise. Justamente por ser reconhecida como a modalidade mais potente para a configuração do perfil profissional, esse espaço vem sendo duramente disputado. O preço de seu controle tem sido o isolamento em relação às políticas de saúde e de educação. Isolamento em relação às necessidades de saúde da população.

Observamos concentração das vagas na Região Sudeste e, principalmente, nos locais que concentram também as ofertas de trabalho do setor privado de saúde. Crescimento das especialidades que oferecem maiores oportunidades de ganhos financeiros, em detrimento das especialidades que respondem às necessidades de saúde.

A Residência é um fator de fixação de profissionais e sua concentração na Região Sudeste, particularmente em São Paulo, tem sido um dos elementos que explicam a migração de médicos e o descompasso entre sua distribuição e a dos serviços de saúde.

A escassez de vagas (em relação ao número de formandos) e a busca por vantagens competitivas no mercado privado transformaram a disputa por vagas na residência numa luta feroz, que resulta na proliferação dos "cursinhos" e no desinteresse pelas atividades do internato e pelos avanços proporcionados pela implementação das diretrizes curriculares, fundamentais para a formação de graduação de qualidade.

O problema vem sendo estudado em âmbito nacional e é um dos principais temas trabalhados pela Comissão Interinstitucional de Gestão da Educação na Saúde, composta pelos Ministérios da Educação e da Saúde, Conass e Conasems.

Existe uma rotatividade grande de médicos em vários tipos de serviços do sistema.

Faltam médicos para trabalhar nas periferias das grandes cidades e em municípios pequenos do interior. Faltam médicos para trabalhar nas equipes de saúde da família. Faltam médicos para trabalhar nas UTIs. Faltam anestesistas, faltam oncologistas.

Em dezembro de 2007, a situação no Brasil, em relação à distribuição de médicos, era a seguinte:

Número de médicos ocupados (por 100 mil hab.). Brasil, 2008			
Médicos ocupados (indiv.)	N	População	N / 100 mil hab.
Centro-Oeste	18.389	13.169.420	139,63
Nordeste	46.123	51.380.117	89,77
Norte	10.655	14.892.013	71,55
Sudeste	135.400	79.122.849	171,13
Sul	38.651	27.173.918	142,24
Brasil	249.218	185.738.317	134,18

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2008. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2007.

Proporcionalmente, as Regiões Norte e Nordeste são as que contam com menor número de médicos por habitantes. A Região Sudeste é a melhor contemplada. Quando examinamos a distribuição de especialistas pelas regiões, de modo geral o resultado é o mesmo: o Sudeste concentra a maior proporção de todos eles, e as Regiões Nordeste e Norte, as menores. A única exceção diz respeito aos médicos de família, em que o Sudeste apresenta o menor resultado (7,8 profissionais por 100 mil habitantes) e o Nordeste o maior resultado (13,4). Os demais valores são inferiores a 10: no Norte, 9,8; no Sul, 9,0; e no Centro-Oeste, 8,8.

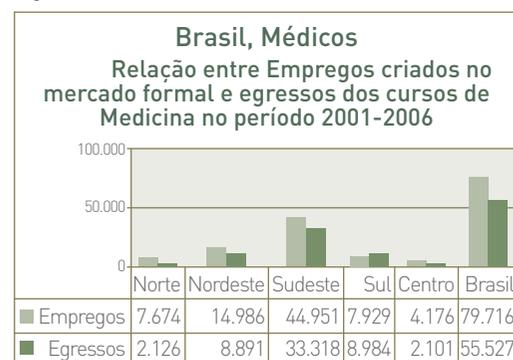
Até há pouco tempo existia uma concentração maior de escolas médicas na Região Sudeste do Brasil. Nos últimos anos, entretanto, com a abertura de novas escolas médicas em todo o país, essa concentração

foi superada (em relação ao número de escolas, não necessariamente em relação ao número de vagas e, portanto, de médicos).

Existe também uma importante concentração das vagas de Residência Médica na Região Sudeste e principalmente no estado de São Paulo. Metade dos médicos que saem de suas regiões para fazer Residência não retorna ao estado de origem depois de formados. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina de 2007, dos 29.075 médicos brasileiros que têm Residência (do total de 79.877 estudados no banco de dados do CFM), 11.899 (41%) fizeram Residência em São Paulo e 10.539 estão inscritos no Cremesp, ou seja, trabalhando em São Paulo.

Estamos até agora falando de desequilíbrios entre as regiões. Mas parece haver falta mesmo de profissionais disponíveis. Uma pista para esse problema se revela pelo número de novos empregos formais para médicos, nos anos recentes, que cresceu à frente do número anual de egressos das escolas médicas do país. Entre dezembro de 2001 e dezembro de 2006, foram criados cerca de 80 mil novos empregos de médicos no mercado formal, enquanto, para o mesmo período, formaram-se pelas escolas médicas do país 56 mil novos médicos. Claro que esses empregos não são ocupados somente pelos recém-formados, mas a diferença já dá uma ideia do problema.

Figura 1



Fonte: IBGE e MEC, 2008.

Além das diferenças regionais, há heterogeneidades dentro de cada região, pois há uma expressiva concentração dos médicos nos municípios com mais de 100 mil habitantes, que detêm os equipamentos de saúde mais especializados e também o mercado privado. E aqui começamos a falar de um tema importante.

Enfrentar todos esses problemas exige políticas por parte do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, articuladas entre si.

Do ponto de vista educacional estrito, é preciso tirar a Residência do isolamento e possibilitar que converse com a graduação, com a pós-graduação e com o SUS.

As pontes com a graduação em Medicina

Há pelo menos três pontes para aproximar graduação em Medicina da Residência Médica:

a) O diálogo com as diretrizes curriculares

Os cursos de Medicina em geral vêm fazendo movimentos significativos para implementar as diretrizes curriculares (e, conseqüentemente, aproximar-se do SUS). Muito desse esforço, no sentido de transformar o perfil dos profissionais formados, se vê prejudicado pela dificuldade de transformar o internato, atado que este se encontra a lógica da Residência Médica.

Temas como a integralidade, responsabilização, continuidade da atenção, diálogo com as outras profissões para produzir intervenções terapêuticas mais amplas e mais potentes são indispensáveis para melhorar a qualidade da atenção e, conseqüentemente, da formação de estudantes e de residentes.

Essas preocupações/estratégias vêm sendo introduzidas tanto na graduação como nas redes de serviços e precisam ser aproximadas da Residência Médica. Precisam contar com o espaço da Residência também como uma possibilidade para sua produção.

Qual o melhor caminho para fazer essa aproximação?

Transformar o espaço de “produção”, “elaboração” da Residência de outros espaços. Ou seja, quebrar os muros das Coremes e abrir esse espaço para dialogar com os cursos de graduação, com os hospitais de ensino (em seus movimentos de aproximação com o SUS) e com as redes de serviços.

Para isso é preciso estimular as escolas a se aproximarem desse espaço, é preciso abrir a agenda dos hospitais de ensino para esse tipo de temática e é preciso mudar a composição das Coremes, possibilitando que também no espaço local a Residência comece a dialogar com outras ofertas, outras demandas e outras possibilidades que não as produzidas no seio da corporação médica e das duas lógicas de especialização/produção.

Seria possível, então, estimular diversificação de cenários de práticas (UBS, Ambulatórios de Especialidades, Atenção Domiciliar, por exemplo) e de atividades (com discussão ampliada de casos, participação de atividades de matriciamento, participação na construção de linhas de cuidado).

Um outro caminho para aproximar a Residência da graduação são as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que poderiam ser introduzidas no âmbito das Residências. E aí um investimento na formação dos preceptores poderia ser estratégico (algo na linha dos ativadores de mudança, mas com um componente clínico mais forte).

b) Mudança do exame de acesso à Residência

Já houve uma flexibilização do critério 90/10 (que definia o peso do exame de testes em relação a outras modalidades de avaliação) no exame de acesso. Mas a flexibilização, somente, não é suficiente. É preciso afirmar mudanças nos critérios. Afirmar a abolição do 90/10 e a introdução de novas estratégias de seleção.

Pode-se estimular as escolas a participarem mais ativamente do processo de elaboração das provas, disputando sua direcionalidade, aproximando as provas das discussões de caso, da prática, dos temas que só se enfrentam no cotidiano dos serviços e afastando-as das questões teóricas, dos rodapés de livro (isso fica facilitado com a mudança da composição das Coremes).

A introdução de provas práticas é positiva, mas eleva muito os custos dos exames, o que dificulta sua expansão. Mas algo do que se obtém com as provas práticas pode ser obtido de outro modo. Colocar as diretrizes curriculares na agenda das provas para Residência é uma dessas possibili-

dades. Relacionar o Enade com a seleção para a Residência é uma outra (algo como se faz com a nota do Enem nos vestibulares - valorizar a nota no Enade dentro do processo seletivo, por exemplo).

Outra linha de ação que pode contribuir para a transformação do processo de seleção é o investimento em mudanças no processo de avaliação dentro da Residência Médica. Outros elementos que não somente a avaliação cognitiva ou a habilidade na realização de procedimentos precisam ser introduzidos e há experiência internacional acumulada nesse sentido, inclusive nos Estados Unidos (considerados paradigma para tudo dentro da Residência Médica). A formação de preceptores também poderia ser uma estratégia para essa inovação.

c) A construção de “diretrizes curriculares” para as Residências Médicas com base em competências

Esse é um tema que já foi tratado na CNRM, principalmente com o debate da experiência com a Oncologia. E que poderia ser retomado. Talvez inicialmente para as áreas básicas - a Comissão já deliberou que ia fazer isso, mas o processo não foi levado adiante.

A construção das competências abre espaço para muitas inovações e também para que se criem critérios mais consistentes para definir cenários de práticas, atividades a serem realizadas e duração de programas. Atualmente, tudo gira em torno da realização de procedimentos.

A construção de competências “rebanteria” de modo positivo na graduação, pois seria uma contribuição para “precisar” a orientação vaga que as diretrizes oferecem nesse sentido.

As pontes com a pós-graduação

a) Residência e Mestrado Profissional

Essa articulação é uma reivindicação antiga da corporação, pois a formação médica resulta muito longa. No entanto, o caráter de aprendizagem pelo trabalho e a forte marca “prática” das atividades realizadas afastam a Residência da pós-graduação estrito senso como ela é entendida atualmente.

A ponte com o Mestrado Profissional faz mais sentido e poderia ser uma estratégia interessante de aproximação da Residência com o sistema de saúde, que passaria a ser um “demandante” de resultados e intervenções.

b) Aprender cooperação interinstitucional com a pós-graduação estrito senso

Esse é um caminho interessante para estimular a ampliação de programas de Residência em outros lugares que não os centros de excelência. A pesquisa coordenada pelo MS mostrou que existe infraestrutura instalada de serviços para a existência de mais programas nas áreas básicas e também em várias subespecialidades.

Mas, existirem serviços não é suficiente para haver Residência. É preciso construir um certo “espírito escola”, é preciso qualificar preceptores, é preciso aproximar os serviços e seus profissionais do diálogo com as diretrizes curriculares etc.

Uma estratégia para isso seria fomentar a cooperação interinstitucional em moldes semelhantes ao que a Capes faz, apoiando mestrados e doutorados interinstitucionais. Talvez essa pudesse ser uma ponte, também, para o mestrado profissional.

c) O diálogo com a Residência Multiprofissional

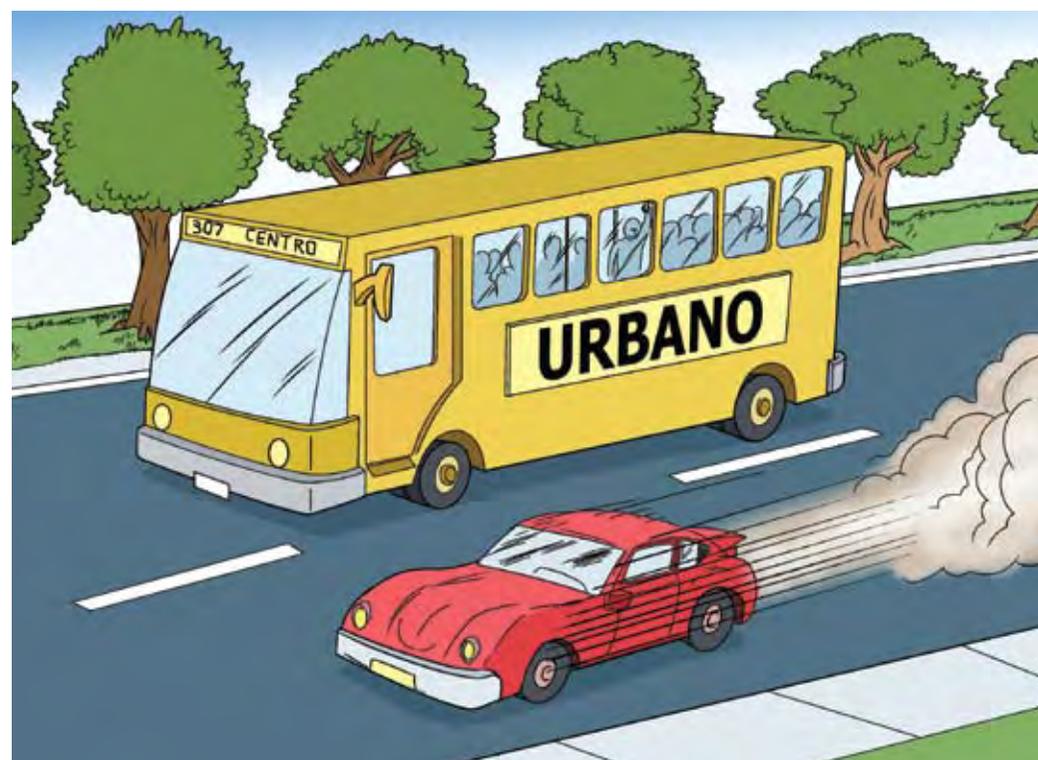
O tema ainda é explosivo. Mas com o tempo, conforme as Residências Multiprofissionais mostrem a que vieram (que não transformam os profissionais em uma gororoba sem identidade corporativa), pode começar a ser tratado.

Certamente, a articulação com programas multi em campos como oncologia, intensivismo, urgência, saúde do idoso e saúde física (reabilitação), por exemplo, pode ajudar a renovar o repertório da Residência Médica em sua aproximação com a integralidade e a ampliação do conceito de saúde com que se trabalha.

A relação do setor privado e Residência – um dilema para o SUS

Este é um tema que as análises habituais em torno da Residência e seus problemas teimam em ignorar. Mas é central. Atualmente, os Programas de Residência e a procura por eles são orientados pela lógica das vantagens competitivas no mercado da saúde suplementar.

Pesquisa realizada pelo Cremesp mostra que a maioria dos egressos dos Programas



de Residência Médica de São Paulo, particularmente os programas mantidos pelas universidades públicas – considerados de excelência –, destina a maior parte do seu tempo de trabalho ao setor privado.

Lado a lado com o SUS, o mercado da saúde suplementar tem crescido de modo significativo no país. Cento e quarenta milhões de brasileiros são usuários do SUS, mas cerca de cinquenta milhões são usuários da saúde suplementar. A saúde suplementar está concentrada nos grandes municípios e, principalmente, na Região Sudeste do país, particularmente em São Paulo, que tem 35,7% da população coberta por planos privados, o que corresponde a 42,5% do total de beneficiários em todo o país (IBGE, 2008).

Na Região Sudeste havia 282.771 postos de trabalho médico, dos quais 160.882 no setor privado (dados do IBGE referentes ao ano de 2005). Mesmo em relação aos empregos de 40 horas, no setor privado havia 53.649 postos contra 49.042 no público.

E há algumas especialidades com clara concentração no setor privado, como mostram os dados da pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária do IBGE, em 2005, para o Brasil:

Tabela 1

Disponibilidade de vínculos de especialistas por tipo de equipamento, Brasil, 2005.			
Especialidade	Público	Privado-SUS	Privado
Alergia/Imuno	141	60	373
Angiologia	212	254	752
Dermatologia	964	333	1624
Endocrinologia	418	187	854
Gastroenterologia	546	521	1289
Oftalmologia	769	715	1521
Otorrinolaringologia	536	424	1103
Plástica	129	283	712

Fonte: IBGE

Apesar de o SUS ter completado 20 anos de criação e de a saúde ser contemplada como um direito do cidadão, o “ideal de prática médica”, ou seja, a imagem de sucesso que habita o imaginário da população e dos estudantes de Medicina segue sendo a de um médico especialista com inserção bem-sucedida no setor privado de atenção à saúde. E essa expectativa orienta escolha de especialidades e o itinerário laboral dos médicos.

A especialização continua sendo o caminho preferencial para adquirir vantagens competitivas no mercado de trabalho, sobretudo no mercado privado. E a especialização seguindo a lógica das melhores oportunidades de remuneração no mercado privado, não de acordo com as necessidades de saúde da população ou de acordo com a lógica de organização dos serviços públicos de saúde.

Mesmo num cenário de escassez de vagas de Residência (elas não cresceram na mesma proporção que as vagas da graduação), nem todas as vagas oferecidas são preenchidas – Medicina de Família, Pediatria e Nefrologia são alguns dos exemplos de especialidades em que habitualmente sobram vagas, que não são ocupadas. Ou seja, as escolhas dos caminhos para a especialização estão claramente orientadas pelo mercado, particularmente o mercado privado de trabalho.

Apesar de muitas reclamações em relação à deterioração das condições e do mercado de trabalho por parte das entidades médicas, Medicina continua sendo um dos cursos com maior concorrência no vestibular. E o tiro é certo: existe a possibilidade de compor renda elevada combinando diferentes tipos de empregos, já nos primeiros anos de formado, particularmente nas grandes cidades, que concentram boa parte do contingente de profissionais.

Em São Paulo, por exemplo, a pesquisa do Cremesp revelou que 8% dos médicos declararam ganhar até 3 mil reais; 26% de 3 a 6 mil; 19% de 6 a 9 mil; 16% de 9 a 12 mil; 12% mais de 12 mil e 20% recusaram-se a responder essa questão.

O SUS, por outro lado, em nenhuma das esferas de gestão, desenvolveu a contento uma política de gestão do trabalho, reunindo possibilidades de ascensão profissional, qualificação e remuneração adequada.

O resultado tem sido grande dificuldade de fixação de profissionais no sistema público, particularmente na atenção básica e nas emergências – que acabam absorvendo os profissionais recém-formados, ainda em busca de oportunidades de especialização e que ocupam esses postos de trabalho apenas enquanto providenciam melhores arranjos de trabalho ou preparam-se para a Residência.

Para inverter essa situação, não basta apenas lançar mão de salários competitivos, embora eles sejam necessários. Melhores condições de trabalho e oportunidades de desenvolvimento profissional também são providências fundamentais. Fortes investimentos na abertura de novas vagas para graduação e especialização, levando em conta as necessidades de saúde, e a instituição de mecanismos indutores e de regulação para orientar escolhas e preenchimento de vagas, também são indispensáveis no cenário nacional.

Em outros países já se demonstrou que a capacidade de fixação de profissionais de saúde em áreas consideradas “difíceis” passa por oferecer perspectivas de desenvolvimento profissional (especialização, pós-graduação, educação permanente etc) e também por viabilizar às comunidades locais o acesso à graduação, particularmente em Medicina, por meio de estratégias de formação que possibilitem o fortalecimento dos laços de responsabilidade com as comunidades de origem.

Conclusão

Graduação em Medicina e Residência Médica são certamente dois ingredientes poderosos para a qualificação de uma rede de serviços de saúde que sirva de base para sua concretização. As duas estratégias, particularmente a Residência, contribuem significativamente também para fixação de ao menos 50% dos profissionais nos locais em que ocorre a formação. O próprio Cremesp reconhece que as cidades que reúnem esses ingredientes têm tido maior capacidade de atrair e fixar profissionais.

Ampliação das vagas de Residência Médica com programas inovadores que incorporem os elementos discutidos anteriormente pode ser uma estratégia neste cenário de escassez de vagas, pois atualmente há um déficit de quase 50% de vagas de ingresso na RM para os estudantes que se graduam.

Um diálogo com a saúde suplementar, entretanto, parece ser também um passo indispensável. O Programa de Qualificação da Atenção desencadeado pela ANS já possibilitou a introdução de certas agendas na saúde suplementar, tais como a

prevenção e a promoção (com a consequente abertura de um mercado privado de trabalho para os epidemiologistas...) e a continuidade do cuidado.

Novas agendas relacionadas à integralidade da atenção podem ser construídas e elas certamente repercutiriam de modo positivo nas Residências, legitimando determinadas pautas e temas.

O SUS precisa dialogar com a lógica de organização no mercado privado de saúde, pois disputa os médicos diretamente com ele. Assim, áreas como a Medicina de Família têm imensa dificuldade para atrair os médicos, pois só existem como alternativa de empregabilidade no setor público. Somente medidas pesadas conseguiriam inverter a lógica atualmente predominante.

Mas o fato é que os dados sugerem haver uma escassez de médicos, principalmente quando se analisa a distribuição regional de especialistas. Nos grandes centros urbanos há em torno de três ou quatro empregos para cada médico. Existe a necessidade de seguir ampliando vagas de graduação em Medicina, além de atacar todos os problemas anteriormente mencionados.

Mas não é suficiente abrir vagas de graduação. É preciso, utilizando mecanismos semelhantes às cotas, reservar parte das vagas para camadas da população que não detêm condições para enfrentar a concorrência feroz por uma vaga numa escola médica no setor público, nem de enfrentar o peso altíssimo das mensalidades no setor privado.

Esse grupo tem maiores chances de adesão ao compromisso de trabalho em suas comunidades. É o que demonstra a experiência internacional, particularmente se as práticas durante o curso oferecem oportunidade de conhecimento mais profunda da realidade local e o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento dos principais problemas. Não se consegue garantir adesão total, mas a adesão parcial é significativa. De qualquer modo, pode-se associar ao apoio algumas exigências, tais como a oportunidade de formação a esse grupo mediante compromisso de trabalho no município por um período determinado (ao menos dois anos). •

2 ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS RESIDENTES (ANMR)

Romes André Proença de Souza

A história da Associação Nacional dos Médicos (ANMR) está intimamente ligada à criação da Residência Médica no Brasil. A primeira residência médica no país foi instalada em 1944 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo seguida pela do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Distrito Federal da época, sendo estes modelos inspirados no modelo americano. Após o pontapé inicial dado por estas instituições, iniciou-se um processo crescente da criação de novos programas de Residência Médica em algumas instituições.

História da ANMR

Apesar do esforço que as universidades daquela época tinham em melhorar a formação médica, nos meados dos anos 50 apenas pequena parcela dos médicos tinha acesso a PRMs. No entanto, houve um crescimento no número de PRMs, gerando assim a necessidade de diretrizes para nortear o processo, sendo então criada uma comissão de verificação, pela Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), em um reunião em 1964. Em 1966, no Hospital São Paulo (da Universidade Federal de São Paulo), foi realizado o I Congresso Nacional dos Médicos Residentes. O II Congresso Nacional foi realizado em outubro de 1967, com 24 representações hospitalares, levando à fundação da Associação Nacional dos Médicos Residentes.

Em 1968, no III Congresso Nacional de Médicos Residentes, em Brasília, foi elaborado um Plano Nacional de Residência Médica, em conjunto com a ABEM. Este plano de ação assegurava à ANMR a execução, assessorada por outras entidades médicas. Este cenário levou à fundação das Associações Regionais de Médicos Residentes do Rio Grande do Sul, Paraná,

Minas Gerais, Bahia, Guanabara e Rio de Janeiro. Neste congresso ficou definido que a ANMR seria a instituição credenciadora e que os residentes receberiam o certificado com credenciamento da ANMR.

Somente no IV Congresso Nacional surgiu a discussão sobre auxílio financeiro aos médicos residentes. Neste mesmo congresso ocorreu o I Simpósio Latino-Americano de Médicos Residentes, com a criação da Federação Latino-Americana de Médicos Residentes, que teve um declínio importante de suas atividades pela falta de organização das entidades de médicos residentes dos países vizinhos.

A Residência Médica e o movimento dos médicos residentes conseguiram sobreviver à Ditadura Militar, período onde foram regulamentados, por lei, a ajuda de custo, o auxílio-moradia, criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e permitida a sua composição, em que era integrada tanto por entidades civis (Conselho Federal de Medicina, Associação Nacional de Médicos Residentes, Federação Nacional dos Médicos e Associação Médica Brasileira), assim como uma representação do Estado Maior do Governo Militar.

Em análise histórica, conseguimos ver a desvalorização do profissional médico, não excluindo o médico residente deste processo. Inicialmente, o salário de um médico residente era o equivalente ao salário de um médico assistente 20 horas. As últimas políticas de governo e a falta de reajustes nos levou à remuneração mensal de R\$ 1.916,00, equivalente a R\$ 7,98/hora trabalhada. Os últimos reajustes conseguidos pela categoria foram através de greves, sendo a última em 2006, cujo o indicativo de greve foi manifestado no XLI Congresso Nacional, realizado em Gramado (RS).

Na análise de Massuda (2009), o pagamento dos quase 17.000 residentes existentes no país representa apenas 0,9% dos 45 bilhões de reais destinados ao SUS,

sendo que as bolsas de RM são pagas por instituições públicas e privadas.

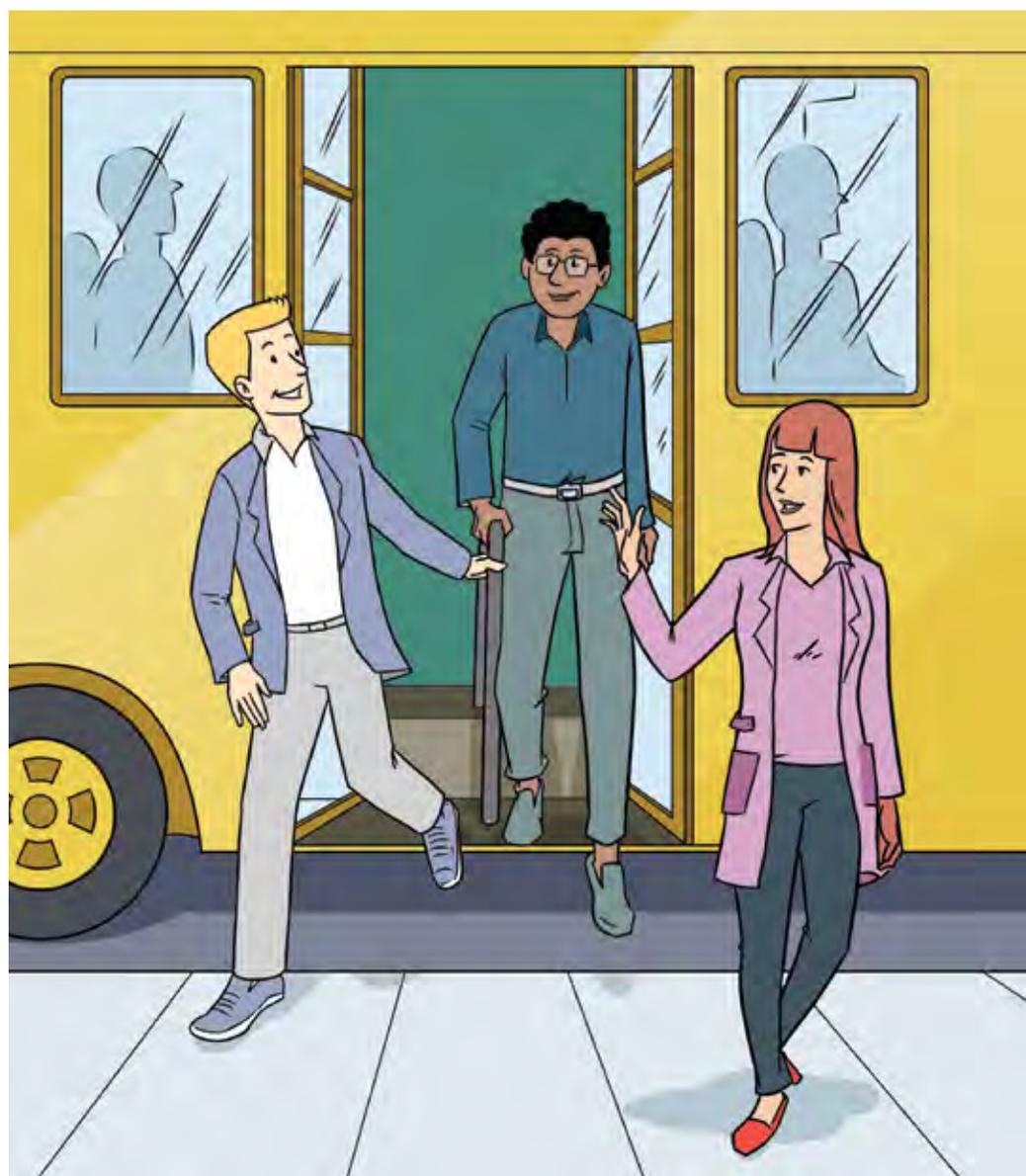
Porém, longe de ser apenas uma luta financeira, nos últimos anos a mobilização da ANMR tem sido para a manutenção da RM como a excelência de formação médica. Sabe-se que, mesmo em serviços considerados de excelência, o MR representa mão-de-obra barata, com carga-horária excessiva, levando a um baixo rendimento (MARQUES,H).

Percebe-se que as últimas políticas de governo levam ao enfraquecimento da Residência Médica como excelência de formação, num movimento lento, porém preocupante. Primeiro, temos a falta de reajustes, com remuneração ultrajante e retirada do alojamento, inicialmente obrigatório por lei. Isso sem levar em con-

sideração a criação desordenada de escolas médicas.

Atualmente, somente 30% dos médicos recém-formados têm acesso à Residência Médica, fazendo com que torne crescente o número de pós-graduações (PG) em especialidades médicas e levando ao fechamento de RM em algumas instituições privadas, com a abertura de PG, onde há uma relação de "trabalho escravo".

Quando ocorre pronunciamentos da ANMR contra a criação de PG, o objetivo é que seja mantido a RM como excelência em formação e não o recrutamento de médicos para mão-de-obra barata e "trabalho escravo" para instituições privadas, onde o médico irá ter uma formação questionável, com carga horária excessiva e sem remuneração.



O ano de 2006 foi marcado por mobilizações nacionais em torno do reajuste da bolsa de Residência Médica, que se encontrava bastante defasada. O reajuste foi sem dúvida a questão disparadora, mas o que deu corpo ao movimento foi a luta por melhores condições de trabalho e aprendizado. Essa luta, por sua vez, demanda políticas para especialização médica e reformas nos órgãos que regulamentam a Residência Médica. A pauta ampliada de reivindicações, além de fortalecer o movimento em suas bases, dando forças para o enfrentamento das rígidas hierarquias opressoras existentes nos serviços de saúde, promoveu manifestações que reuniram mais de mil pessoas, que tiveram ampla cobertura da mídia nacional e que, pela relevância das reivindicações, conquistaram o apoio da sociedade. Como consequência, a Lei Federal que determina o reajuste foi aprovada em tempo recorde a partir de um Projeto de Lei, sem a necessidade de edição de uma Medida Provisória, como alguns alardeavam.

Em 2007, completou 30 anos o Decreto 80.281/1977, que regulamentou a Residência Médica no Brasil e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Antes disso, cada programa funcionava de acordo com os interesses dos serviços que ofereciam programas de residência. Passadas três décadas, ainda se observa um grande abismo entre o que ditam as normas e o que ocorre na prática. Ainda hoje há residentes submetidos a regimes de trabalho que ultrapassam 100 horas semanais (quando a lei fixa uma jornada máxima de 60 horas), plantões de mais de 36 horas ininterruptas, muitas vezes sem supervisão adequada. Mais grave ainda é isso ser encarado por muitos com naturalidade, ou pior, como algo "necessário para o aprendizado". Assim, é de se esperar que as entidades sérias, defensoras da ética profissional e compromissadas com a qualidade da formação médica e da atenção à saúde aproveitem esse momento histórico para se posicionar e tomar atitudes que estão no seu âmbito de governo para coibir essas práticas, que comprovadamente prejudicam a formação e colocam em risco a qualidade da atenção prestada à população.

Desafios e propostas da ANMR

Sabemos que a Residência Médica em nosso país é um desafio constante, devido principalmente à falta de apoio governamental e a falta de seriedade com que é tratada a nossa formação. Podemos visualizar esses fatos na diminuição do número de bolsas de residentes e o valor miserável pago pela mesma, o excesso de carga de trabalho, a ausência de uma formação estruturada de preceptores e inúmeros outros problemas.

No entanto, estamos organizados e prontos para enfrentar essas dificuldades em conjunto com os preceptores e as CEREMs e a CNRM. Em nosso planejamento, estruturamos atividades que buscam a integração técnica e científica dos residentes através de diversas ações em múltiplos planos:

1. Link direto com os residentes através de site da instituição (em elaboração): serviço de orientação legal e científica com palestras e conferências gravadas.
2. Vitorias nos serviços com participação de residentes: a participação do residente em 100% das vitorias com elaboração de relatório e apresentação às CEREMs.
3. Palestras nos principais serviços de Residência Médica: atividades científicas nos principais serviços, em parceria com as Coremes e entidades médicas, levando questões éticas, legais e científicas na capital e interior do Brasil. Principais temas:
 - O papel ético e a responsabilidade legal do médico residente.
 - Serviço Militar e dispensa.
 - Aulas técnicas com palestrantes de renome (pré e pós-operatório, emergência, dor e analgesia e epidemiologia, como exemplos).
4. Participação no CNRM e eventos sobre Residência Médica: aumentar a participação dos residentes em eventos fundamentais da estrutura e organização da Residência. •



3 HISTÓRIA DA COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO PARANÁ (CERMEPAR)

João Carlos Simões

“Se quiser prever o futuro, olha o passado.”

Confúcio

Em 1997, com a finalidade de descentralizar os trabalhos da Comissão Nacional de Residência Médica, foram criadas as Comissões Estaduais de Residência Médica, sendo um órgão subordinado à CNRM e instituído a partir da Resolução (CNRM/SESu/MEC) n.º 01, de 6 de abril de 1987, com poder de decisão com relação aos assuntos de Residência Médica do Estado. De acordo com a legislação que regulamenta a RM no Brasil, “deverá manter permanente contato com os Programas de Residência dos estados, prestando assessoria pedagógica, assim como acompanhando os processos de credenciamento, estimulando, também, a instalação de Programas de Residência Médica nas áreas ou especialidades prioritárias para o Estado e exercendo um papel de consultor dos programas”.

No Paraná, por iniciativa do Prof. Luiz Sallim Emed, então presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, em 1997, reunindo todos os coordenadores das Comissões de Residência Médica e representante das associações dos médicos residentes, foi constituída a primeira diretoria da Comissão Estadual de Residência Médica, aprovado o regimento interno e o estatuto, tendo sede no CRM/PR, no antigo edifício da Rua Marechal Deodoro, Centro de Curitiba.

Assim ficou constituída a primeira diretoria da Cermepar, eleita em 27 de novembro de 1997:

- Presidente: **Luiz Sallim Emed**
- Vice-presidente: **Eduardo de Almeida Rego Filho**
- 1º secretário: **Niazy Ramos Filho**
- 2º secretário: **Carlos José Franco de Souza**
- Tesoureiro: **João Carlos Simões**
- Diretor Científico e Cultural: **Richard Volpato**

Os presidentes das outras Comissões Estaduais de Residência Médica foram, respectivamente:

- Em 10/08/1999: **Paulo Zelter Grupenmacher**
- Em 31/10/2000: **Sérgio Ossamu Ioshii**
- Em 14/03/2003: **Joel Takashi Totsugui**
- Em 18/03/2003: **Jean Alexandre Furtado**

Os membros eleitos em 24/11/2007 da diretoria da Comissão Estadual de Residência Médica/gestão 2008/2010, foram:

- Presidente: **João Carlos Simões**
- Vice-presidente: **Allan Cezar Faria Araujo (Cascavel)**
- 1º Secretário: **Paola Andrea G. Pedruzzi (Hospital Erasto Gaertner)**
- 2º Secretário: **Mauro Porcu (UEM de Maringá)**
- 3º Secretário: **Alvo Orlando Vizzotto Jr. (Hospital Santa Rita-Maringá)**
- 1º Tesoureiro: **Adriano Keijiro Maeda Camargo (Hospital Cajuru-Curitiba)**
- 2º Tesoureiro: **Gleden Teixeira Prates (Hospital Santa Brígida)**
- Diretor Científico e Cultural: **Hélio Teive (Hospital de Clínicas da UFPR)**
- Conselho Fiscal: **Luiz Sallim Emed e Joel Totsugui**



Luiz Sallim Emed, a partir de 27/11/1997.



Paulo Zelter Grupenmacher, em 10/08/1999.



Sérgio Ossamu Ioshii, em 31/10/2000.



Joel Takashi Totsugui, em 14/03/2003.



Jean Alexandre Furtado, em 18/03/2005.



João Carlos Simões, em 24/11/2007.

Novo regimento

Em 2006, foi divulgada a Resolução CNRM n.º 01, que dava novas formas sobre a estrutura, composição, organização e funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica. Porém, o Conselho Deliberativo era composto de uma estrutura muito complexa e de muitas pessoas que representavam diversas entidades. No ano de 2008, foi apresentada em reunião da plenária da CNRM nova proposta para que as Comissões Estaduais adotassem, nos seus regimentos e estatutos, um Conselho Deliberativo mais enxuto e mais realista baseado na Resolução n.º 01/2005.

Assim, em março de 2009, foi aprovado o novo regimento e estatuto social da Cermepar:

Estatuto Social da Comissão Estadual de Residência Médica do Estado do Paraná

CAPÍTULO 1

DA SOCIEDADE, DENOMINAÇÃO, NATUREZA,

SEDE, PRAZO E FINALIDADES

Art. 1º – A Comissão Estadual de Residência Médica do Estado do Paraná (Cermepar), aqui também referida simplesmente Comissão Estadual, é uma associação civil fundada em 28 de junho de 2008, sem fins lucrativos, com número ilimitado de sócios, prazo de duração indeterminado, regida por este Estatuto, pelo Estatuto da entidade nacional, e demais disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Parágrafo Único. Os atos de fundação desta entidade serão devidamente registrados em cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas de Curitiba/PR, sendo dotada de personalidade jurídica própria e gozando de autonomia administrativa, orçamentária, financeira, contábil e patrimonial em relação à Comissão Nacional de Residência Médica, nos termos dos estatutos de ambas as entidades.

Art. 2º – A COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA é subordinada à Comissão Nacional de Residência Médica CNRM, criado a partir da Resolução n.º 01/87 de 6 de abril de 1987 da CNRM/SESu/MEC, que possui poder de decisão com relação aos assuntos de Residência Médica do Estado, de acordo com a Legislação que regulamenta a Residência Médica no Brasil.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE E COMPETÊNCIA DA COMISSÃO ESTADUAL

Art. 3º – São atribuições da Comissão Estadual de Residência Médica:

- I - manter contato permanente com todos os programas de Residência Médica do Estado.
- II - acompanhar e analisar os processos de credenciamento de novos programas de residência, orientando as instituições para o pronto atendimento das providências solicitadas pela Comissão Nacional de Residência Médica;
- III - realizar vistorias em estabelecimentos de saúde com vistas ao credenciamento e credenciamento de programas em curso;
- IV - propor credenciamento, credenciamento e descredenciamento dos programas de Residência Médica em curso. O credenciamento inicial é da competência da Comissão Nacional de Residência Médica;
- V - acompanhar o desenvolvimento dos programas de Residência Médica prestando assessoria pedagógica e sugerindo medidas que aprimorem o seu desempenho e qualifiquem melhor seus egressos;
- VI - realizar estudos de demandas por especialistas para cada especialidade;
- VII - orientar as instituições de saúde quanto a política de vagas por especialidades de acordo com a demanda;
- VIII - acompanhar o processo seletivo para os programas de Residência Médica;
- IX - fazer a interlocução dos programas com a Comissão Nacional de Residência Médica;

X - repassar anualmente a relação de programas e situação de credenciamento, dos residentes por programa e ano que estão cursando, dos residentes que concluíram e receberão certificados e outros dados solicitados pela Comissão Nacional de Residência Médica;

XI - gerenciar o processo de transferência de Médicos Residentes de acordo com a legislação vigente;

XII - acompanhar o registro dos certificados dos residentes que concluíram programas credenciados.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ESTADUAL

Art. 4º – A Comissão Estadual será constituída por um Plenário, um Conselho Deliberativo e por uma Diretoria Executiva.

Art. 5º – O Plenário da Comissão Estadual será composto pelos membros do Conselho Deliberativo, da Diretoria Executiva e por dois delegados de cada Unidade de Saúde que ofereça Programas de Residência Médica, sendo um Coordenador dos Programas e outro representante, pertencente ao quadro dos Médicos Residentes eleito pelos seus pares;

§ 1º. Os membros do plenário serão indicados pelas instituições que ofereçam Programas de Residência Médica para mandato de 2 (dois) anos, permitida a recondução.

§ 2º. As instituições referidas no parágrafo anterior indicarão à Comissão Estadual de Residência Médica, por intermédio de ofício, os respectivos suplentes.

Art. 6º – O Conselho Deliberativo da Comissão Estadual de Residência Médica do Estado, será constituído por:

- I - um representante da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM);
- II - um representante da Secretaria Estadual de Saúde;
- III - um representante das Secretarias Municipais de Saúde que ofereçam

- Programas de Residência Médica;
- IV - um representante do Conselho Regional de Medicina - CRM;
- V - um representante do Sindicato dos Médicos do Estado;
- VI - um representante da Associação Médica do Estado filiada à AMB;
- VII - um representante da Associação de Médicos Residentes do Estado;
- VIII - membros da Diretoria Executiva.

Art. 7º – A Diretoria Executiva será composta por um Presidente, um Vice-Presidente, um Primeiro Secretário, um Segundo Secretário, um Tesoureiro, um Diretor Científico-Cultural e dois Conselheiros Fiscais eleitos pelo Conselho Deliberativo.

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 8º – Ao Plenário compete:

- I - reunir-se pelo menos semestralmente em caráter ordinário ou extraordinariamente quando convocado pela Diretoria Executiva, por maioria simples dos membros do Conselho Deliberativo ou por 1/3 do Plenário. As convocações para as reuniões ordinárias do Plenário deverão ser feitas por escrito com antecedência de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de postagem do documento de convocação em que constará a pauta da reunião;
- II - analisar e deliberar sobre os assuntos encaminhados pelo Conselho Deliberativo e sobre os recursos;
- III - eleger, dentre os seus membros aqueles para compor a Diretoria Executiva;
- IV - referendar, comentar e dar sugestões pertinentes aos temas e eventos relacionados com a Residência Médica encaminhados pelo Conselho Deliberativo.

Art. 9º – Ao Conselho Deliberativo compete:

- I - reunir-se trimestralmente em caráter ordinário ou em caráter extraordinário quando convocado pela Diretoria Executiva ou por maioria simples dos seus membros. As convocações para as

reuniões ordinárias do Conselho Deliberativo deverão ser feitas por escrito com antecedência de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de postagem do documento de convocação em que constará a pauta da reunião

II - supervisionar a execução dos programas de Residência Médica;

III - indicar Comissão verificadora, para avaliação, in loco, dos programas de Residência Médica em curso, com vistas a credenciamento ou reconhecimento;

IV - recomendar à CNRM a aprovação da criação, extinção ou modificação de programas de Residência Médica;

V - assessorar a Diretoria Executiva no desempenho de suas atribuições;

VI - discutir temas e eventos relacionados com a Residência Médica;

VII - julgar, em grau de recurso, as penalidades aplicadas pelas Coremes das Instituições que mantêm programas de Residência Médica;

VIII - aprovar “ad referendum” os Editais de Concurso de acordo com as resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica;

IX - julgar os recursos decorrentes do processo seletivo;

X - quando pertinente votar o orçamento anual da Comissão Estadual proposto pela Diretoria Executiva;

Art. 10º – São atribuições da Diretoria Executiva:

I - Realizar reuniões bimestrais em caráter ordinário ou em caráter extraordinário quando necessário;

II - fazer a interlocução dos programas com a Comissão Nacional de Residência Médica;

III - encaminhar anualmente a relação de programas e situação de credenciamento, dos residentes por programa e ano que estão cursando, dos residentes que concluíram e outros dados solicitados pela Comissão Nacional de Residência Médica;

IV - coordenar a execução das decisões do Conselho Deliberativo e do Plenário;

V - elaborar e submeter à apreciação do Conselho Deliberativo proposta de orçamento anual da Comissão Estadual.

Art. 11º – Ao Presidente compete:

I - representar a Comissão Estadual, judicial e extra judicialmente, junto às autoridades e à Comissão Nacional de Residência Médica;

II - elaborar a pauta, convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Deliberativo e do Plenário da Comissão Estadual;

III - cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão Estadual e as Resoluções da CNRM;

IV - encaminhar ao Conselho Deliberativo e ao Plenário os assuntos que dependem de aprovação pelos órgãos citados.

Art. 12º – Ao Vice-Presidente compete:

I - substituir o Presidente em suas ausências ou impedimentos;

II - elaborar, confeccionar e divulgar os anais dos eventos promovidos pela Comissão Estadual e outras atribuições designadas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 13º – Ao Primeiro Secretário compete:

I - secretariar e lavrar as atas das reuniões da Diretoria Executiva, do Conselho Deliberativo e do Plenário da Comissão Estadual;

II - auxiliar o Presidente no desempenho de suas atribuições;

III - manter atualizado o banco de dados da Comissão Estadual;

IV - em conjunto com o Presidente e o Tesoureiro, movimentar e controlar contas dos recursos oriundos de taxas e subvenções repassadas pelos programas de Residência Médica, pelo poder público e por outras instituições;

V - gerenciar pessoal e outras atribuições designadas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 14º – Ao Segundo Secretário compete:

a) Substituir o Primeiro Secretário em seus impedimentos eventuais;

b) Auxiliar o Primeiro Secretário no desempenho de suas atribuições;

Art. 15º – Ao Tesoureiro compete:

I - movimentar, controlar e prestar contas dos recursos oriundos de subvenções repassadas pelos programas de Residência Médica, pelo poder público e por outras instituições;

II - ordenar a despesa da Comissão Estadual e outras atribuições designadas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 16º – Ao Diretor Científico-Cultural compete:

- a) Promover interação científica-cultural entre os hospitais que possuem Residência Médica;
- b) Promover Simpósios, Jornadas, Congressos com participação do Médico Residente.
- c) Incentivar projetos científicos-culturais dos Médicos Residentes.

Art. 17º – Conselho Fiscal compete:

- a) Acompanhar, orientar e fiscalizar a diretoria executiva.
- b) Participar com direito a voz e voto nas Reuniões do Conselho Deliberativo;
- c) Substituir os demais membros do Conselho Deliberativo, exceto o Presidente.
- d) Colaborar em todas as atividades da Cermepar.

Parágrafo Único. As deliberações do conselho fiscal somente poderão ser realizadas com a participação efetiva dos dois membros integrantes.

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

Art. 18º – A eleição da Diretoria Executiva da Comissão Estadual de Residência Médica dar-se-á da seguinte forma:

I - o Conselho Deliberativo, no mínimo trinta dias antes do término do mandato, fará divulgar edital de convocação das eleições da Diretoria Executiva;

II - o edital de convocação das eleições deve conter data, local que ocorrerá a reunião do Plenário da Comissão Estadual específica para este fim e prazo para a inscrição das chapas;

III - ao término da primeira hora contada a partir do horário previsto na

convocação para o início da reunião do Plenário da Comissão Estadual, encerra-se a composição da lista dos membros do Plenário que votarão nas chapas;

IV - o voto deverá ser depositado na urna;

V - a apuração deverá ser feita pelos membros do Conselho Deliberativo não candidatos;

VI - após a apuração a chapa que obtiver a maioria simples dos votos válidos será considerada eleita.

VIII - A eleição será realizada no mês de outubro do último ano da gestão atual da Cermepar.

§1º. Apenas os membros do plenário podem ser candidatos à Diretoria Executiva.

§2º. O Médico Residente é inelegível aos cargos da Diretoria Executiva.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º – A Comissão Estadual está subordinada à Comissão Nacional de Residência Médica e à legislação em vigor.

Cermepar - Coremes do Paraná

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

CLÍNICA MÉDICA NOSSA SENHORA DA SALETE

Rua Carlos de Carvalho, 4191 – Centro
85810-080 – Cascavel – PR

Fone: (45) 3219-4500

Fax: (45) 3222-1464

E-mail: hsaleteterra.com.br

Coordenador da Coreme: Dr. Eduardo Frederico Borsarini Felipe

HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA

Avenida Vicente Machado, 1310
80420-011 – Curitiba – PR

Fone: (41) 3016-6622

Fax: (41) 3017-5301

E-mail: cvb.pr@terra.com.br

Coordenador da Coreme: Dr. James Skinovski

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN

Rua Itaquiarias, 769 – Santo Onofre
85806-300 – Cascavel – PR

Fone: (45) 2101-7000

Fax: (45) 2101-7005

E-mail: administração@uopecan.org.br

Coordenador da Coreme: Dr. Luis César Bredt

HOSPITAL JOÃO DE FREITAS

Endereço: Rodovia PR 218 Km 01 – Jd. Universitário

86702-670 – Arapongas – PR

Fone: (43) 3275 0200

Fax: (43) 3275 0212

E-mail: hospjfd@uol.com.br

Coordenador da Coreme: Dr. Roberto Frederico Koch

HOSPITAL SANTA RITA

Praça Sete de Setembro, 285,
87015-290 – Maringá – PR

Telefones: (44) 3220-600/3220-6285

Fax: (44) 3220-6209

E-mail: residencia@hsr.org.br

www.hsr.org.br

Coordenador da Coreme: Dr. Alvo Orlando Vizzotto Júnior

Representante dos médicos residentes: Rubens de Oliveira Brito

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI

Rua Pedro Collere, 992, Vila Isabel,
80320-320 – Curitiba – PR

Telefone: (41) 3013-9267 Fax: (41) 3244-7093

E-mail: fundacao@fundacaofcostantini.org.br

www.fundacaofcostantini.org.br

Coordenador da Coreme: Dr. José Rocha Faria Neto

Representante dos médicos residentes: Agenor C. Corrêa Neto

HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA

Rua Senador Souza Naves, 648-A – Centro

86010-170 – Londrina – PR

Telefone: (43) 3356-6000

Fax: (43) 3322-0433

E-mail: hofatalon@hofatalon.com.br

Coordenador da Coreme: Drª Érika Hoyama

Representante dos médicos residentes: Tiago Clivati de Marchi

HOSPITAL BOM JESUS

Rua D. Pedro II, 181, Nova Rússia
84053-000 – Ponta Grossa – PR

Telefone e Fax: (42) 3220-5000

E-mail: zanetticons@uol.com.br

www.corpoclinicohbj.med.br

Coordenador da Coreme: Dr. Carlos Henrique Ferreira Camargo

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

Praça Rui Barbosa, 694, Centro
80010-030 – Curitiba – PR

Telefone: (41) 3320-3558

Fax: (41) 3222-1071

E-mail: academica.santacasa@pucpr.br

Coordenador da Coreme: Dr. Sérgio Fonseca Tarlé

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR

Rua General Carneiro, 181, Centro
80900-900 – Curitiba – PR

Telefone: (41) 3360-1839

Fax: (41) 3362-2841

E-mail: gcl@ufpr.br

Coordenador da Coreme: Dr. Angelo Luiz Tesser

Representante dos médicos residentes: Luisa Moreira Höpker

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO

Av. República Argentina, 4650, Novo Mundo

81050-001 Curitiba – PR

Telefone: (41) 3018-8115
Fax: (41) 3018-8074
Email: direcao@hospitalnovomundo.com.br
Coordenador da Coreme: Dr. Nelson Ravaglia de Oliveira
Representante dos médicos residentes: Guilherme Campos Barroso

HOSPITAL DO TRABALHADOR - FUNPAR

Av. República Argentina, 4406, Novo Mundo
81050-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3212-5710
Fax: (41) 3212-5709
Email: hosptrab@sesapr.gov.br
Coordenador da Coreme: Dr. Ivan Augusto Collaço
Representante dos médicos residentes: Carla Elisa Salturi

HOSPITAL E MATERNIDADE ANGELINA CARON

Rodovia do Caqui, 1150, Araçatuba
83430-000 - Campina Grande do Sul - PR
Fone: (41) 3679-8288
Fax: (41) 3679-8288
E-mail: repka@hospitalcaron.com.br
www.angelinacaron.com.br
Coordenador da Coreme: Dr. Pedro Ernesto Caron
Representante dos médicos residentes: Alan Nolla

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA

Rua Guilherme Pugsley, 1705, Água Verde
80620-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3016-2200
Fax: (41) 3342-5694
Email: residencia@hmsantabrigida.com.br

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Av. Bandeirantes, 618, Jardim Ipiranga
86015-900 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3378-1800
Fax: (43) 3324-2161
E-mail: concien@sercomtel.com.br
Coordenador da Coreme: Dr. Abel Esteves Soares

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE

Rua Des. Motta, 1070, Rebouças
80250-060 - Curitiba - PR
Telefones: (41) 3310-1202/1203
Fax: (41) 3225-2291
E-mail: ensino@hpp.org.br
Coordenador da Coreme: Dr. Antonio Ernesto da Silveira
Representante dos médicos residentes:
Cilmara Cristina Kuwahara

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-6501
Fax: (41) 3240-6500
E-mail: secretaria.geral@hns.org.br
Coordenador da Coreme: Dr. Paulo Cesar Andriguetto
Representante dos médicos residentes: Juliano Duque Scheffer

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ

Av. Mar Floriano Peixoto, 2509, Prado Velho
80220-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3320-3558
Fax: (41) 3222-1071
Email: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcos Rainer Günther

HOSPITAL SÃO VICENTE

Av. Vicente Machado, 401, Centro
80420-010 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3111-3000 / 3111-3009
E-mail: matriz@funef.com.br
Coordenador da Coreme: Dr. Geraldo Alberto Sebben
Representante dos médicos residentes: Luis Eduardo Durães Barboza

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Avenida São José, 300, Cristo Rei
80350-350 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3271-3009
Fax: (41) 3262-1012
E-mail: academica.huc@pucpr.br
Coordenador da Coreme: Dr. Adriano Keijiro Maeda
Representante dos médicos residentes: Fernando Martins Piratelo

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre
85804-260 - Cascavel - PR
Telefone: (45) 3326-3752
Fax: (45) 3326-3752
E-mail: residenciaunioeste@yahoo.com.br
Coordenador da Coreme: Dr. Allan Cezar Faria Araujo
Representante dos médicos residentes: Ediberto Yuzo Ueda

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorrião
80730-400 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-5486
Fax: (41) 3335-7172
E-mail: coremehuec@hotmail.com
Coordenador da Coreme: Dr. Jean Alexandre F. Correia Francisco

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PR

Avenida Robert Koch, 60
86038-350 - Londrina - PR
Telefone/Fax: (43) 3371-2278
E-mail: residhu@uel.br
www.hu.uel.br/residencia
Coordenador da Coreme: Dr. Marcos Cesar B. de Almeida Camargo
Representante dos médicos residentes: Carlos Eduardo Duarte

INSTITUTO DO CÂNCER DE LONDRINA

Rua Lucilla Ballalai, 212, Jardim Petrópolis
86015-520 - Londrina - PR
Telefones: (43) 3379-2613
Fax: (43) 3379-2696
E-mail: diretoriaclinicaicl@yahoo.com.br
www.icl-cancer.org.br
Coordenador da Coreme: Dr. Cássio José de Abreu

INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA (INC)

Rua Jeremias Maciel Perretto, 300 Campo Comprido
81210-310 - Curitiba - PR
Telefone/Fax: (41) 3028-8580
e-mail: inc@inc-neuro.com.br
www.inc-neuro.com.br
Coordenador da Coreme: Dr. Ricardo Ramina
Representante dos médicos residentes: Erasmo Barros da Silva Júnior

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Rua Dr. Ovande do Amaral, 201, Jardim das Américas
81060-060 - Curitiba/PR
Telefone: (41) 3361-5123
Fax: (41) 3361-5166
E-mail: cepep@lpcc.org.br; ensino@lpcc.org.br

Coordenador da Coreme: Dr^a Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi

Representante dos médicos residentes: Murilo de Almeida Luz

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ

Rua Santos Dumont, 555, Vila Operária
87050-100 - Maringá - PR

Telefone: (44) 3027-5605

Fax: (44) 3027-5799

E-mail: coreme@santacasamaringa.com.br

Coordenador da Coreme: Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira

Representante dos médicos residentes: Luciano Bornia Ortega

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA

Av. Dr. Francisco Burzio, 774, Centro
84010200 Ponta Grossa - PR

Telefone/Fax: (42) 3026-8000

E-mail: coreme@scmpg.org.br

Coord. da Coreme: Dr. Rafael P. Rocha

Representante dos médicos residentes: Fabíola Michelin Machado

HOSPITAL REGIONAL DE MARINGÁ

Av. Mandacarú, 1590, Jardim Canadá
87080-000 - Maringá - PR

Telefones: (44) 2101-9119/2101-9423

E-mail: sec-dmd@uem.br

www.dmd.uem.br

Coordenador da Coreme: Dr. Mauro Porcu

Representante dos médicos residentes: Diego Ricardo Colferai

CLÍNICA HEIDELBERG

Rua Padre Agostinho, 687, Bigorrrilho
80435-050 - Curitiba - PR

Telefone: (41) 3223-2342

Fax: (41) 3223-0080

E-mail: heidelberg@onda.com.br

Coord. da Coreme: Dr. Roberto Ratzke

Representante dos médicos residentes: Mariana Favaro

(* As instituições devem promover a atualização



Constelação de Ophiuchus.

Referência a Adclépio, deus grego da Medicina, a Constelação de Ophiuchus está reproduzida artisticamente para enriquecer o visual arquitetônico da Sede do CRM/PR, a Casa do Médico paranaense.

4 O PAPEL DA ASSOCIAÇÃO ESTADUAL DE MÉDICOS RESIDENTES

Hugo Manuel Paz Morales

Luisa Moreira Höpker

Escrever um capítulo de livro sobre qualquer assunto é uma tarefa árdua e de extrema responsabilidade, considerando as possíveis repercussões dentro do meio de interesse. Escrever sobre um tema que carece integralmente de produção científica, como este, é muito mais arriscado, já que o método que o regerá inevitavelmente será o empirismo.

Deste modo, neste breve capítulo, pretendemos abordar os principais aspectos das Associações Estaduais de Médicos Residentes sob um olhar prático, oriundo da nossa experiência na gestão da filial paranaense durante o ano de 2008.

As associações estaduais dos médicos residentes são entidades filiadas à Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), assim como as organizações locais são filiadas às estaduais. Foram criadas pouco tempo após a introdução da Residência Médica no país, no decorrer da década de 50, ainda em caráter informal. Durante a ditadura militar, juntamente com o movimento nacional de médicos residentes, as associações estaduais gradativamente foram se organizando e ganhando forças. Esses esforços culminaram no Decreto 80.281/1977, que regulamentou a Residência Médica no Brasil e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Após essa grande conquista, seguiu-se um período de latência dentro do movimento nacional – e, por consequência o estadual – de médicos residentes, que duraria cerca de 20 anos.

Durante o ano de 2006, a Associação dos Médicos Residentes de São Paulo (Ameresp) organizou uma paralisação que contou com mais de 90% dos 6.500 médicos residentes desse Estado. A pauta era baseada principalmente no reajuste da bolsa, porém também contemplava uma melhoria da qualidade de ensino e das condições de trabalho. Sem dúvida, essa movimentação articulada em contexto es-

tadual foi fundamental para o reajuste de 30% na bolsa da residência médica obtida naquele ano.

A Associação dos Médicos Residentes do Paraná (Amerepar) foi fundada no ano de 2000 pelo presidente da Associação dos Médicos Residentes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (AMERHUEC), o Dr. Hemerson Paul Marques, primeiramente com o nome de Apamer. Obteve destaque nacional pela presença constante nos círculos de debate sobre a Residência Médica. Nesse mesmo ano, Curitiba sediou o XXXIV Congresso Nacional dos Médicos Residentes de 8 a 11 de junho. Infelizmente, o movimento liderado pelo Dr. Hemerson entrou em inatividade no final de 2005.

No ano de 2008, como resposta ao desafio lançado pelo Dr. Jean Furtado – presidente da Coreme-HUEC –, organizamos um grupo de residentes de diversas instituições e reativamos a associação estadual, agora com um novo nome – Amerepar.

Funções das associações estaduais

As diretrizes e razão de ser das organizações estaduais são a defesa dos direitos dos médicos residentes e a discussão dos seus deveres. Todos os demais objetivos estarão inevitavelmente imbuídos nessas propostas. Aqui, ressaltaremos duas funções que nos parecem fundamentais: promover um intercâmbio recíproco entre as associações locais e a nacional e ser o norteador do pensar crítico e científico da Residência Médica.

Intercâmbio recíproco entre as associações locais e a ANMR

Análogo às comissões de residência médica, as associações de médicos residentes são divididas em três níveis: a associação da instituição de ensino local, a organizada no âmbito estadual e no nível

nacional. Essa disposição permite uma liberdade às associações de ponta, ao mesmo tempo em que prevê o intercâmbio entre esta e a associação nacional, através da estadual. Deste modo, as associações estaduais são representantes da ANMR dentro do Estado. Uma das funções mais importantes dessa representatividade é a participação das vistorias realizadas pela Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), nas quais o representante da associação estadual possui poder de voz e voto. As vistorias possuem o objetivo de análise de Programas de Residência Médica para eventual abertura, colocação em diligência ou fechamento de programas.

Na segunda metade do ano de 2008, a Amerepar teve papel importante em um serviço de residência de Curitiba, onde havia um descontentamento por parte dos residentes com a gestão e preceptoria do programa. Através de um contato direto entre o representante dos residentes da instituição local e a Amerepar, o assunto foi posto em pauta na reunião ordinária da CEREM (PR). Procedeu-se, então, uma vistoria e, conversado com os residentes e preceptores separadamente, identificou-se os problemas e pontos de confronto. De comum acordo, foram sugeridas soluções, como aumento da carga de aulas teóricas, aumento da cobertura da preceptoria e otimização do relacionamento entre ambos os grupos. Após o tempo predeterminado para a concretização das sugestões, foi realizada nova vistoria. Nesta, foram evidenciadas melhorias, confirmadas pelos próprios residentes. Se as recomendações realizadas pela CEREM não fossem acatadas, o Programa de Residência em questão seria posto em diligência e o problema passaria à esfera nacional.

Norteador do pensar crítico e científico da Residência Médica

Poderíamos dizer que, enquanto as associações locais são responsáveis pelas particularidades de cada instituição, a associação estadual é responsável pelo pensar, por nortear o caminho da Residência Médica. Essa massa crítica é criada por intermédio da organização de centros de debates, concretizados tanto em congressos quanto em fóruns.

No Estado do Paraná, organizamos juntamente com a CEREM-PR, liderada pelo

Prof. Dr. João Carlos Simões, o I Congresso dos Médicos Residentes e I Prêmio Cermepar, que além de discutir temas de relevância sobre a Residência, também ofereceu premiações em dinheiro aos trabalhos científicos, estimulando a formação do conhecimento. É necessário, também, um espaço de debate completamente independente. Em 2007 e 2008, foram realizados respectivamente o I e II Fórum dos Médicos Residentes do Paraná no congresso anual da AMERHUEC. Alguns temas discutidos foram: mercado de trabalho, condições de trabalho, carga horária, remuneração, especialização médica e situação atual da residência médica no panorama estadual e nacional.

Para a concretização desses objetivos, uma das prerrogativas de maior impacto é a criação de alianças com outras entidades médicas, comissão de residência, associações de outros estados e com a própria ANMR. Desta forma, aumenta-se o poder de comunicação e de mobilização.

Indubitavelmente, a CEREM é o grande aliado das associações estaduais. Essas duas entidades devem ser convergentes, preservando a autonomia individual. O representante da associação estadual, como já dito, possui espaço de voz e voto nas reuniões da CEREM, além de presença obrigatória nas vistorias. Como exemplificado anteriormente, congressos e outros encontros científicos e de lazer também devem ser realizados em conjunto.

As associações estaduais têm o poder, se assim decidido nas assembleias, de traçar outros caminhos para defender os direitos dos médicos residentes. Haja vista os esforços da Ameresp que, em 2008, incitada por um acidente de trabalho cuja vítima era um médico residente que extrapolara a carga horária, recorreu ao Ministério do Trabalho. Este realizou uma carta de recomendação, cuja repercussão nos diversos níveis que regulamentam a Residência Médica é evidente neste ano de 2009.

Como criar uma associação estadual de médicos residentes

Neste tópico, pretendemos organizar os passos necessários à criação de uma associação estadual de médicos residentes.

- 1- Procure saber se no seu Estado existe ou já existiu uma Associação Estadual (geralmente a CEREM deve ter essa informação);
- 2- Se sim, procure saber se a associação existe como pessoa jurídica (se possui CNPJ e estatuto – aqui novamente a CEREM pode auxiliar);
- 3- Se possuir CNPJ e estatuto, basta convocar uma eleição segundo o estatuto e reativar a associação;
- 4- Se não houver associação ou CNPJ, deve-se convocar através de meios de comunicação todos os médicos residentes do Estado interessados para uma assembleia;
- 5- Nesta assembleia, deve ser criado o estatuto (pode-se usar como molde os de outras associações disponíveis na internet);
- 6- Na mesma assembleia, deve ser colocada em votação a formação da nova diretoria (pelo menos Presidente, Vice-Presidente, Tesoureiro e Secretário-Geral);
- 7- Próximo passo é registrar em cartório a ata da assembleia e criar uma pessoa jurídica (é interessante o auxílio de advogado ou contador para essa etapa);
- 8- Após a criação, deve-se entrar em contato com a ANMR para filiar a nova associação a ela. Desta forma, está garantido a todos os residentes do Estado o direito de votar no Congresso Nacional dos Médicos Residentes;
- 9- Deve-se procurar um espaço físico para local de reuniões;
- 10- Estabelecer canais de comunicação com as entidades de representação médica – CRM, sindicato, associação de médicos – e associações locais;
- 11- De extrema importância para a comunicação entre os residentes é a criação de um espaço virtual através de um site de internet;
- 12- O financiamento deve ser discutido com as instituições locais. Geralmente, cerca de 1% da bolsa é enviada à associação estadual. Para conseguir esse financiamento, o médico residente deve ser informado e deve assinar um termo de consentimento que autoriza que determinada porcentagem da bolsa seja encaminhada à associação local. •

Referências

- MORALES, HMP. A AMEREPAR, Associação dos Médicos Residentes do Paraná. Rev Med Res. 2008 jul/set. Vol 10(3):98.
- MASSUDA A, Cunha FM, Petta H. Residência Médica: contribuições dos médicos residentes ao debate. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(2): 95-107.



5 ASPECTOS DO FUNCIONAMENTO DE UMA ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE MÉDICOS RESIDENTES

Luisa Moreira Höpker
Hugo Manuel Paz Morales

As associações de médicos residentes dos diversos hospitais são as bases para um trabalho mais amplo em associações estaduais e na nacional. Têm como característica uma maior proximidade com a realidade dos médicos residentes e funcionam como uma ponte entre o ensino, a prática diária e a administração hospitalar. Através delas os residentes podem colocar aos seus representantes todo e qualquer problema de sua especialidade: falta de supervisão médica, não cumprimento da carga horária (60 h semanais), carência de proposta pedagógica, falta de material, equipamento ou outra estrutura física que comprometa o aprendizado.

O propósito deste capítulo é demonstrar os principais pontos de forma prática e direta das associações hospitalares, abrangendo seus objetivos, constituição e funcionamento.

Associações e Coreme

As Comissões de Residência Médica dos Hospitais (Coremes) são órgãos regulamentadores da Residência Médica. As associações devem procurar apoio e devem ter assento, ou seja, voz e voto nas decisões que acontecem em reuniões ordinárias e extraordinárias. Através de uma boa relação com a Coreme é possível discutir avaliação dos médicos residentes, de preceptores e de estrutura da residência, defender os médicos residentes em possíveis processos e ampliar o espaço do médico residente dentro do hospital.

Os frutos dessa parceria podem ser observados no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, com a Associação dos

Médicos Residentes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (AMERHUEC), onde a Coreme há tempos apoia a associação local. Juntas, realizam anualmente congressos nos quais se discutem assuntos importantes para a Residência Médica, como avaliação dos residentes, mercado de trabalho e qualidade de vida dos médicos residentes, além de premiar os melhores trabalhos realizados nas áreas clínica e cirúrgica.

No Hospital de Clínicas do Paraná (UFPR), a Associação de Médicos Residentes do Hospital de Clínicas do Paraná – UFPR (AMEREHC) foi reativada em 2008, após dois anos de não funcionamento, com incentivo do Coordenador da Coreme vigente, Dr. Ângelo Tesser.

Associações e a Administração Hospitalar

As principais comissões hospitalares (ética, prontuário, controle de infecção hospitalar e óbito) devem ter um médico residente indicado pela associação local que participe ativamente das reuniões, manifestando e defendendo os interesses dos residentes.

As associações também podem participar das reuniões do Conselho Administrativo do hospital a que pertencem, onde são discutidas pautas relativas ao funcionamento do estabelecimento, financiamentos, licitações, andamento dos diversos setores (exemplos: Farmácia Hospitalar, Marketing, Laboratório etc). Dentro de instituições públicas deve também participar das reuniões de contratualização com as secretarias de saúde. Em Curitiba, isso acontece no Hospital de Clínicas – UFPR com a AMEREHC.

Associações e representantes de classe

Sindicatos e Associações Médicas estaduais, Comissões de Residência Médica Estaduais e os Conselhos Regionais são importantes parceiros. É necessário estabelecer contato com os representantes destas entidades, pois são fundamentais para uma discussão mais profunda de assuntos relativos à Residência, luta por direitos dos médicos residentes, descontos sobre a bolsa e assessoria jurídica.

Devem estabelecer alianças com a associação estadual e a nacional, participar de reuniões com estas entidades, congressos e eleições anuais de suas diretorias. Através delas é possível acessar as Comissões de Residência Médica Estaduais e Nacional que regulamentam e apresentam as diretrizes desta classe.

Aspectos práticos: espaço físico, financiamento e organização

As associações, quando possível, devem procurar um espaço físico próximo ao hospital para instalar sua sede e proporcionar aos residentes sala para confraternização e descanso, internet, organização de documentos relativos à associação, o que nem

sempre é possível, pois depende de lugar cedido pela administração do hospital.

Em relação aos descontos sobre a bolsa, nem todas as associações conseguem realizá-los o desconto por dificuldades administrativas relacionadas à instituição pagadora, o que torna suas atividades praticamente impossível sem um aporte financeiro. Desta forma, os residentes devem voluntariamente e ativamente filiar-se à sua associação. Aconselhamos que seja entregue um termo de adesão para que o desconto ocorra.

Cada associação deve ter um CNPJ, estatuto registrado em cartório e um livro com as atas das reuniões, eleições e mudanças da diretoria. Esta documentação é importante para a oficialização da associação e para manter uma conta em banco para as movimentações financeiras.

Para o médico que ingressa neste período de formação é fundamental que se informe sobre a associação de seu hospital e que participe dela para um entendimento mais amplo do contexto onde se insere. Certamente, ter uma compreensão do funcionamento da administração de hospitais públicos e privados será um facilitador no futuro da carreira médica. Sobretudo, participar do processo de gestão de uma associação de médicos residentes e lutar por sua melhoria é cumprir uma função política e social. •

Referências

MASSUDA A, Cunha FM, Petta H. *Residência Médica: contribuições dos médicos residentes ao debate*. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(2): 95-107.

MORALES, HMP. A AMEREPAR, *Associação dos Médicos Residentes do Paraná*. Rev Med Res. 2008 jul/set. Vol 10(3):98.

6 COMO ESCOLHER UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Allan Cezar Faria Araujo

Phalcha Luizar Obregón

Adriana Chassot Bresolin

A escolha da Medicina não termina hoje em dia na escolha da carreira. Não basta ser médico, tem de se especializar. Dizem o estudante, o médico e os pacientes, seja em nome do progresso científico, seja por conta do mercado de trabalho.

O processo de divisão social do trabalho médico, com o advento da revolução científica, é fato reconhecido em todo mundo. O conhecimento e a prática da Medicina tornaram-se tão complexos que a divisão do trabalho médico se impôs. O processo de especialização é um traço característico dessa nova ordem racionalizadora.

A especialidade para um médico define sua contribuição para o sistema de saúde. Ela estrutura suas responsabilidades profissionais e funções, encaminham suas recompensas e satisfações e fornece uma estrutura de oportunidades e restrições para o conjunto de toda sua carreira na prática da Medicina. Não há dúvida que a escolha da especialidade tem tanto para o médico quanto para os pacientes que ele atende um papel fundamental.

Médicos que operam, que atuam clinicamente, que interpretam exames e trabalham com máquinas sofisticadas, que operam o intestino, que operam os olhos, que examinam a pele, os pulmões, que cuidam de crianças, de mulheres, de idosos, do cérebro e da mente. Há ainda os que ensinam, pesquisam e administram. O leque de opções é amplo e pode tornar-se ainda maior com a crescente subespecialização dentro das especialidades já estabelecidas.

Porque escolher um Programa de Residência Médica como especialização

A vantagem da escolha de um Programa de Residência Médica credenciado como

forma de especialização é pela obrigatoriedade de cumprir toda a legislação vigente, cumprindo quesitos mínimos de infraestrutura física, científica e pedagógica, garantindo os direitos e deveres do médico residente. O reconhecimento e a aceitação por outras entidades não garantem, portanto, o padrão de qualidade homogêneo mínimo, sob a supervisão do MEC e da CNRM, que confere ao médico residente o título de especialista sem necessidade de outros cursos e avaliações.

Outro diferencial importante, também garantido por lei nos programas credenciados, é o direito à bolsa, à moradia e à alimentação ao médico residente. Estes fatores garantem tranquilidade para maior dedicação a esta época de muito aprendizado.

Pelos motivos apresentados, a Residência Médica, é a opção mais segura de especialização, na qual vale investir alguns anos de sua vida em tempo integral, e não ficar em risco de vantagens pessoais, sendo, inclusive, utilizado como mão-de-obra barata, com pouco retorno acadêmico.

Classificação sociológica das especialidades

No Brasil, Machado, considerando a natureza e o processo do trabalho médico, classificou sociologicamente as especialidades como:

- a) **Especialidades Cognitivas** – lidam diretamente com o cliente e sua relação profissional se baseia fundamentalmente no conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas. O raciocínio clínico é acentuadamente valorizado e a relação subjetiva tende a ser mais enfatizada.
- b) **Especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades** – lidam diretamente com o paciente mas não de forma tão direta e cotidiana. A relação médico-paciente

é tendencialmente burocratizada, padronizada e, quase sempre, programada. O que predomina no processo de trabalho é o conhecimento técnico, ou seja, as habilidades técnicas inerentes ao ato em si, quase sempre de forma pontual e precisa. Frequentemente essas intervenções (em sua maioria cirúrgicas) exigem apoio de diagnósticos – clínicos, radiológicos ou laboratoriais. A relação médico-paciente é mediada por equipes de apoio e de equipamentos sofisticados, que auxiliam na conduta e nos procedimentos.

c) **Especialidades intermediárias** – são as especialidades ou áreas da prática médica que associam mais estreitamente as habilidades técnicas (cirurgia) à base cognitiva das ciências médicas (clínica). Não há nesses casos predominância da técnica ou da validação da base cognitiva, formando verdadeiras “clínicas autônomas” – condensam os dois ramos básicos da Medicina, dis-

pensando quase sempre a interferência de colegas especialistas para a finalização do diagnóstico e intervenção.

d) **Especialidades tecnológicas e/ou burocráticas** – adotam regularmente a padronização no processo de trabalho, com alto controle burocrático. A relação médico-paciente, de natureza individual e intransferível, cede lugar à relação coletiva, na qual o objeto é quase sempre impessoal, referindo-se a populações, a coletividades ou até a um paciente de um colega que necessita de algum exame específico. São especialidades tipicamente urbanas e voltadas à pesquisa, diagnósticos laboratoriais, gerência, administração e planejamento em saúde, desenvolvidos em organizações complexas.

No Quadro 1 apresenta-se as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, de acordo com os critérios de Machado.

Quadro 1

Classificação das especialidades médicas			
Cognitivas	Técnico-cirúrgicas e de Habilidades	Intermediárias	Tecnológicas e Burocráticas
Alergia e Imunoterapia. Angiologia Cardiologia Endocrinologia Foniatría Geriatría Genética clínica Hansenologia Homeopatia Infectologia Medicina do trabalho Medicina esportiva Medicina geral comunitária Medicina interna Neurologia Neurologia pediátrica Nutrologia Pediatria Pneumologia Psiquiatria Reumatologia Sexologia Tisiologia	Cirurgia cardiovascular. Cirurgia da Mão Cirurgia de cabeça e pescoço Cirurgia geral Cirurgia pediátrica Cirurgia plástica Cirurgia torácica Cirurgia vascular Mastologia Neurocirurgia Acupuntura	Anestesiologia Broncoesofagologia Cancerologia Dermatologia Endoscopia digestiva Fisiatria Gastroenterologia Ginecologia Obstetrícia Hematologia Nefrologia Medicina Legal Oftalmologia Ortopedia e traumatologia Otorrinolaringologia Proctologia Terapia intensiva Urologia Administração hospitalar	Citopatologia Eletroencefalografia Hemoterapia Medicina do tráfego Medicina nuclear Neurofisiologia clínica Patologia Patologia clínica Radiologia Radioterapia

FONTE: Pesquisa “Perfil dos médicos do Brasil”, Fiocruz/CFM.

Vale ressaltar que as especialidades que conformam o mercado do trabalho médico no Brasil não se restringem ao quadro apresentado. Constatou-se uma variedade de serviços médicos de alta especialização, conformando-se em “nichos” de mercado

de serviços médicos com clientela própria e recorrente. Exemplo: especialistas em distúrbios do sono, em diagnósticos raros, em ultrasonografia, cirurgia da mão, laparoscopia, ecografia, hemodinâmica e outros. A realidade do mercado de serviços médicos

no Brasil aponta para uma expansão e/ou ramificação do conhecimento médico. Já é comum, por exemplo, a existência de algumas subespecialidades oriundas da pediatria, da radiologia, da ortopedia e traumatologia, da cirurgia plástica etc, as quais constituem micromundos no processo de divisão do trabalho médico (Machado, 1997).

A Associação Médica Brasileira, a Comissão Nacional de Residência Médica e o Conselho Federal de Medicina elaboraram em 2005 uma unificação na nomenclatura, com regulamentação das especialidades médicas no país e reconhecem as especialidades médicas conforme resolução CFM nº 1.763/05.

A escolha da especialidade

Uma boa escolha profissional é aquela que integra de forma satisfatória não só os determinantes externos, mas também aqueles de ordem interna: as habilidades, os interesses e, principalmente, as características de personalidade. É da congruência entre esses dois grupos de determinantes que se faz uma escolha madura, ajustada e, portanto, prazerosa para o indivíduo.

Quanto ao processo de escolha da especialidade médica, não existe um modelo teórico que a fundamente. Bellodi, após revisão de trabalhos na área, observa que existem algumas tendências em relação à escolha da especialidade médica, principalmente em relação a:

a) Dados sociodemográficos em geral

- A escolha pelas áreas clínicas está relacionada geralmente a alunos mais velhos, casados, com filhos e provenientes de pequenas cidades ou da área rural. Na escolha por outras especialidades tendem a ser mais jovens e, especialmente em relação aos cirurgiões, originários de médias e grandes cidades.
- Linhagem familiar médica – alunos de famílias médicas, embora não se distingam de seus colegas quanto às habilidades intelectuais e ao desempenho acadêmico, tendem, depois da graduação, a estar super-representados em oftalmologia, otorrino-

laringologia, dermatologia e cirurgia e subrepresentados em psiquiatria, pediatria e ginecologia-obstetrícia.

- Há uma presença maior de protestantes e minorias pouco representadas na clínica geral, enquanto os judeus, por sua vez, são mais encontrados nas subespecialidades.

b) O gênero

- As mulheres se encontram super-representadas nas especialidades clínicas e na ginecologia-obstetrícia. Os homens, por sua vez, nas especialidades cirúrgicas. Nas especialidades ditas tecnológicas, observa-se um aumento crescente independente do gênero.
- Desempenho durante a escola médica: na clínica, os homens obtêm maiores notas em relação ao conhecimento médico e na proficiência técnica e as mulheres obtêm maiores notas nos atributos humanísticos. Na área cirúrgica, as mulheres tendem a apresentar um melhor desempenho acadêmico e excedem seus colegas nas tarefas que requerem a identificação de padrões visuais. No entanto, aparecem em desvantagem em relação às habilidades perceptivo-visuais e psicomotoras (maior precaução em evitar erros e riscos?).
- As mulheres continuam a perceber o gênero como viés nos serviços de cirurgia, não pela duração do treinamento, nem pelas demandas rigorosas e longas horas de trabalho, mas sim mais pelo estilo masculino de comportamento na cirurgia, pela falta de encorajamento e pela ausência de modelos femininos na área.
- Na área clínica, as mulheres são consideradas mais estáveis na escolha que os homens. E examinando-se as escolhas pelas subespecialidades cognitivas (endocrinologia, reumatologia e oncologia), mais do que por aquelas baseadas em procedimentos como gastroenterologia, doenças cardiovasculares e pulmonares.
- Em geral, homens e mulheres dentro de uma mesma especialidade são mais semelhantes entre si do que ho-

mens e mulheres de diferentes especialidades.

c) O momento e a estabilidade da escolha

- As pesquisas mostram resultados discrepantes quanto a estabilidade das escolhas dos alunos ao longo do tempo. Os pesquisadores ressaltam, entretanto, que a taxa de estabilidade não deve ser baseada em apenas uma escolha no momento inicial do curso, mas sim considerar que os alunos ingressantes têm uma variedade de especialidades aceitáveis e só depois estarão aptos a apontar uma delas como opção.
- Diferenças de estabilidade entre as escolhas pelas diferentes especialidades: a cirurgia e a psiquiatria, além de serem escolhidas mais cedo, são aquelas mais estáveis ao longo do tempo. As especialidades tecnológicas são aquelas que mais ganham alunos durante a escola médica e a clínica geral a que mais perde.
- Mudança de opção: o tempo para a vida familiar é da maior importância entre aqueles que passaram a optar pela clínica geral e a medicina social, especialmente as mulheres. As possibilidades e dificuldades de promoção são enfatizadas por aqueles que passaram a escolher especialidades menos competitivas (radiologia, patologia e anestesia). Já a autoavaliação das atitudes e habilidades e a congruência com a personalidade foram claramente importantes entre os psiquiatras e os cirurgiões. O tipo de paciente do clínico geral também influi negativamente em muitos alunos, entre eles o doente crônico, o idoso e os pacientes da unidade de terapia intensiva.

d) Aspectos acadêmicos

- Influência do internato: o fenômeno "lua-de-mel" pós-estágio, isto é cada experiência nos estágios, produz um efeito favorável nos desejos dos alunos de seguir aquela especialidade, embora esse entusiasmo seja temporário. Há evidências de que a escolha da especialidade sofre influências das avaliações durante o internato, esses efeitos podem ser específicos ao gênero.

- Tipo de currículo da escola médica: alunos de escolas com currículo tradicional preferem as especialidades cirúrgicas ou tecnológicas, enquanto que alunos de escolas com aprendizagem baseada em problemas (PBL), preferem a clínica geral e uma carreira acadêmica.
- Estilo de aprendizagem do aluno: residentes de clínica médica parecem pensar teoricamente e adotam uma abordagem acadêmica em seu aprendizado. Na psiquiatria há predomínio da aprendizagem estruturada na figura do professor. Os pediatras preferem aprender com outros em vez de estarem sozinhos. Quem escolhe a cirurgia prefere, por sua vez, participações ativas a métodos convencionais de ensino em sala de aula.
- Tipo de escola médica: as escolas públicas produzem duas vezes mais residentes em clínica geral do que as escolas de caráter privado e intensamente dirigidas à pesquisa.

e) A personalidade

- De modo geral, os resultados quanto aos traços de personalidade mostram que os alunos que escolhem a cirurgia e a psiquiatria têm o perfil mais identificável, claro, consistente ao longo do tempo. Alunos que escolhem a clínica, ao contrário, são considerados como tendo poucas características psicológicas que os distinguem dos demais, não apresentando assim um perfil distinto de personalidade, o que torna bastante difícil prever a escolha pela área clínica baseada apenas nesses aspectos.

No Brasil, em estudo realizado junto a residentes da FMUSP, em 1997, Bellodi refere que a escolha da especialidade médica acontece mais cedo quando se trata de área cirúrgica, enquanto que a decisão dos clínicos é progressiva ao longo do tempo. Apesar da diferença quanto ao momento da escolha, os residentes das duas especialidades chegaram a examinar outras escolhas diferentes da atual. Poucos realmente mudariam de especialidade médica se fosse possível (alegando razões quanto à qualidade de vida), mostrando uma forte adesão à escolha realizada.

Quadro 2

Resumo das principais diferenças entre as especialidades clínica e cirúrgica quanto ao processo de escolha	
Clínicos	Cirurgiões
Perfil de personalidade não definido	Perfil estável = estereótipo
O pensador	O habilidoso manual
Médico carinhoso e cuidadoso	Médico agressivo e distante
Escolha feminina	Escolha masculina
Difícil previsão quanto a escolha futura	Bastante previsível quanto a escolha futura
Define mais tarde a especialidade	Definição pela especialidade
Mais suscetível às vivências durante ao curso	Precoce e estável ao longo do curso
Interesse por problemas diversos	Interesse por problemas específicos
Desejo de continuidade de cuidados	Desejo por resultados rápidos
Maior tolerância à ambiguidade	Necessidade de controle da ação
Importância aos aspectos sociais.	Importância da remuneração /estilo de vida

Sobral identificou fatores de influência na escolha de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia por egressos do curso de Medicina da UnB durante um período de 13 anos. Os fatores preditivos incluíram características pessoais (preferência inicial e, mais recentemente, sexo), eventos curriculares (vivência de monitoria, incremento do rendimento no treinamento em serviço e estágio seletivo na área profissional), bem como a fase da conjuntura institucional (época de graduação) na série histórica.

Bellodi conclui em seu estudo que os clínicos são mais tranquilos, reflexivos e imaginativos, detalhistas e oposicionistas ao ambiente, mais interessados no contato, interpessoal e menos agressivos que os cirurgiões. São também congruentes com as razões de escolha que envolve o contato, principalmente o contato e a visão global do paciente e a valorização das atividades intelectuais. Os cirurgiões, por sua vez, são mais rápidos e impulsivos, mais racionais, interessados no contato interpessoal, mas em menor grau quando comparados aos clínicos. E mais agressivos. São também congruentes com as razões de escolha que envolve uma intervenção prática e objetiva com resultados rápidos e o atendimento de pacientes com problemas agudos.

A escolha da instituição

Antes de escolher a instituição, o residente deverá fazer uma autocrítica: possui conhecimento e aprendizado prático esperados para pleitear a vaga de residência para especialidade pretendida, apresenta

capacidade de aprendizado fundamental para o crescimento técnico e científico, tem real motivação para participar do programa e apresenta características fundamentais da personalidade, como caráter, equilíbrio emocional e disciplina?

A falta de equilíbrio emocional pode desencadear estresse no jovem residente. O fator estresse e Programa de Residência Médica deve ser valorizado. Valko e Clayton observaram que em 63% dos residentes deprimidos, o início do quadro depressivo ocorreu quando estavam trabalhando 100 ou mais horas. Houve uma nítida correlação entre o início do quadro depressivo e a passagem por estágios em que a carga horária de trabalho era muito grande. Demonstrou-se também que residentes de locais de ensino revelaram-se mais estressados e mais deprimidos que os residentes de hospitais não-universitários. Aach et al classificaram o estresse da Residência Médica em três categorias: estresse profissional, situacional e pessoal. Essas categorias de estresse frequentemente se sobrepõem. Há suficientes dados na extensa literatura sobre Residência Médica indicando que os diferentes tipos de estresse que ocorrem no treinamento merecem ser cuidadosamente avaliados e considerados no planejamento e organização de Programas de Residência Médica.

Além da certificação do cumprimento da carga horária de 60 horas semanais para todos os programas, o médico que está pleiteando uma vaga de residência médica deve obter o maior número de informações possíveis sobre a Instituição que oferece a tão sonhada vaga para a sua

qualificação profissional. Atualmente, com a disponibilidade de acesso de informações pela internet, principalmente através do endereço eletrônico do Ministério da Educação (<http://www.mec.gov.br/>) e das Instituições que oferecem os programas, é possível obter inúmeros dados, os quais citaremos alguns que consideramos de suma importância:

- a) Existe legislação específica da instituição para os programas de Residência Médica?
- b) A Coreme é atuante? Qual a regularidade de suas reuniões? Qual sua composição? Localiza-se em espaço físico próprio?
- c) A bolsa é oferecida em valor oficial?
- d) Qual o número de leitos/residente/área?
- e) São ofertadas vagas não-oficiais ou existe programa de especialização paralelo que poderiam prejudicar o aproveitamento do residente?
- f) Qual o número de leitos do hospital?
- g) Qual o perfil de atendimento do pronto-socorro e ambulatórios? Condiz com a especialidade escolhida?
- h) O atendimento é feito somente para usuários do SUS? O atendimento é somente privado? Ou tem uma característica de atendimento misto?
- i) Qual o impacto da Instituição/Hospital na região?
- j) Existe vínculo com a Secretaria Municipal e/ou Regional de Saúde para atendimentos em UBS?
- k) A Instituição tem estrutura para assistência, ensino e pesquisa?
- l) Qual o perfil dos preceptores?

Alguns destes itens merecem melhores detalhes. A implantação de programas de Residência Médica significa um investimento na qualidade dos serviços prestados, que gera benefícios aos usuários e aos provedores desses serviços. Deve-se incentivar a procura para Residência Médica em cidades do interior. Uma vez que a Residência detém um potencial maior de fixar o médico onde cumpre o programa, à conta da tendência de inserção profissional acontecer

mais comumente na vigência deste treinamento, ou logo que o termine. Não podemos induzir os jovens médicos a escolher essa ou aquela especialidade. O certo é atuar no sentido de criar oportunidades e estimular honestamente a formação de especialistas em várias regiões do país, de forma a fixar os profissionais de Medicina nos locais carentes destes médicos.

Muitos programas não apresentam a qualidade de treinamento necessária para a formação do especialista. Nos termos do decreto nº 80,281/77, a Residência Médica constitui um curso de pós-graduação destinado a médicos, caracterizado por treinamento em serviço do médico residente, cujas atividades são sempre supervisionadas por profissionais de reconhecida competência ética e técnica. Atualmente ainda falta estrutura para manter Programas de Residência em vários locais do país. Faltam equipamentos e, fundamentalmente, quem ensine. Realmente, o pior é a falta de médicos competentes para atuar como preceptores. Sem o preceptor experiente não há Programa de Residência eficiente. Como a presença de integrantes do corpo clínico do hospital é também um fator indispensável no desenvolvimento do processo de residência, em um trabalho do Núcleo de Pesquisas Educacionais na FMUSP, 47% dos médicos afirmaram que a presença de Programa de Residência Médica em seu Serviço é importante fator de estímulo para o corpo clínico.

Para um perfeito funcionamento de Programas de Residência Médica devem ser observados os seguintes requisitos: infraestrutura adequada visando o atendimento aos pacientes, uma dinâmica de serviços suficientes para assegurar a realização dos procedimentos básicos necessários, e um programa pedagógico bem elaborado, no sentido de alcançar os objetivos propostos durante o período de treinamento. A Medicina, como ciência, pressupõe aprendizado e muito estudo, com permanente atualização. Como arte, exige vivência diuturna ao lado do paciente para, no emaranhado de queixas e diante de sinais e sintomas exibidos, vislumbrar os dados importantes para estabelecer o diagnóstico de determinada doença.

Concluindo: as expectativas foram “contempladas” ao término do programa? O médico deverá ter a capacidade de resolução dos problemas, interesse na especialidade,

competência em atuar em equipe e planos futuros, pois estará se abrindo ou não uma porta para sua vida profissional. Uma vez terminado o treinamento, poderá aproveitar o investimento intelectual e financeiro que lhe foi facultado. Deverá avaliar as dificuldades e facilidades encontradas no exercício da profissão e confrontar a idealização versus realidade da profissional.

Sabe-se que as variáveis sociais e as motivações internas interferem tanto na escolha profissional quanto no exercício da Medicina. O nível de satisfação profissional melhora a relação médico-paciente. É a atitude do profissional experiente e sua relação com o paciente, que forma um médico mais humano e capaz de um diagnóstico correto.

Perfil do médico residente ideal para todas as especialidades

De acordo com Sousa e Koch, diante dos constantes avanços científicos e tecnológicos e das atuais exigências do mundo do trabalho, é necessário, para assegurar o sucesso do futuro especialista além do que lhes é oferecido tradicionalmente nos programas de Residência Médica, a aquisição de novas competências e habilidades específicas que compõem o perfil do médico residente ideal, cujas principais características, alheias à especialidade escolhida, são as seguintes:

- Deve fazer dos erros cometidos parte do processo natural da aprendizagem e entender que uma postura de reconhecê-los e tentar aprender com eles o distinguirão de outros que, por constrangimento, os acobertam, prejudicando o paciente.

Referências

- SOUZA EG, Koch HA. *A residência em radiologia: o ponto de vista do médico residente*. Radiol Bras. 2001;34:65-70.
- BELLODI PL. *Surgery or General Medicine - a study of the reasons underlying the choice of medical specialty*. São Paulo. Mecial Journal. 2004;122(3):81-6.
- BELLODI PL. *O clínico e o cirurgião: estereótipos, personalidade e escolha da personalidade médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
- MAGNO LA. *Guia Residência Médica*. 2000:39.
- MACHADO MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997.

- Espera-se dos melhores médicos residentes, daqueles destinados a exercer a liderança na profissão, a disposição para ajudar outros colegas, considerando-os muito menos como competidores e mais como auxiliares. Devem dar o exemplo no cumprimento do horário estipulado e na permanência em serviço até o término de suas obrigações, as quais cumprem com rigor e competência.

- Além da expectativa de um brilhante nível técnico, algumas qualidades éticas e humanas devem fazer parte do caráter do médico residente ideal, como a honestidade, a capacidade de manter o sigilo das informações confidenciais declaradas pelos pacientes e generosidade no trato com seus pares, buscando estar sempre acessível para interação com outros profissionais da área da saúde e o público em geral.

- Deve reconhecer que a principal missão do seu treinamento é oferecer um atendimento com qualidade para o paciente. Deve, também, estar ciente de que a atenção para a saúde requer a realização dos serviços dentro dos padrões estabelecidos de qualidade, respeitando os preceitos da Bioética e da Ética Médica, e tendo em conta que a responsabilidade dessa atenção não se encerra com o ato técnico mas, sim, com a resolução do problema detectado.

- Deve possuir competência para desenvolver a comunicação verbal e a não verbal, domínio da escrita e interpretação da leitura. Para assegurar ao médico residente constante atualização em sua formação e possibilitar sua participação efetiva na prestação de serviços em saúde, é necessário que a educação seja revista periodicamente. •

- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.763/05 Publicada no D.O.U.; 2005. p. 89-192.
- SOBRAL DT, Wanderley MS. *Escolha de ginecologia e obstetrícia por graduandos da Universidade de Brasília: um estudo de influências numa série histórica*. Revista Brasileira de Educação Médica.
- CUTAILT R, Correa PAFP, Silva EDd, Padilha R. *Exame para ingresso na residência médica de coloproctologia. A experiência do Hospital Sírio Libanês*. Rev Bras Coloproct. 2006;26(4):394-8.
- VALKO RJ, Clayton PJ. *Depression in the intership*. Dis Nerv Syst. 1975;36:26-9.
- FIRTH-COZENS J. *Emotional distress in junior house officers*. Br J Med. 1987;285:533-6.
- AACH RD, Cooney TG, Girard DE. *Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management*. Ann Intern Med. 1988;109:154-61.
- NOGUEIRA-MARTINS LA, Jorge MR. *Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica*. Rev Ass Med Brasil. 1998;44(1):28-34.
- FILHO JAX, Silva MGCd. *Residência médica em otorrinolaringologia no Ceará em 2003: oferta de vagas e perfil da concorrência*. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006;72(6):826-30.
- LOPES AC. *30 anos de residência médica: caminhamos muito, mas muito falta a caminhar*. 2007.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Residência Médica. Legislação Específica. Decreto no. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 6/9/1977. Seção 1, pt.1, p. 11787. 1977.
- FMUSP RdP. *Situação atual da residência médica da faculdade de medicina da USP. Atividades dos Núcleo de Pesquisas Educacionais*. 1995.
- SILVA GCCd, Koch HA, Souza EGD. *O perfil do médico em formação em radiologia e diagnóstico por imagem*. Radiol Bras. 2007;40(2):99-103.



7 NÃO PASSEI NO CONCURSO À RESIDÊNCIA MÉDICA. O QUE FAREI?

César P. Kubiak

*E agora, José?
A festa acabou,
a luz apagou,
o povo sumiu,
a noite esfriou,
e agora, José?*

Carlos Drummond de Andrade

Há alguns anos, o curso de Medicina, por assim dizer, era terminal. O mais longo e complexo de todos os cursos superiores permitia ao graduando a possibilidade de assumir o seu ofício e o papel social de pronto. O cabedal de conhecimentos, “macetes”, treinamentos, cursos e o tradicional currículo paralelo, realizado em algum centro de referência, serviço especializado ou hospital terciário não-universitário, permitia ao aluno viver e aprender em dois ou três anos aquilo que o hospital-escola deixava de oferecer, complementando os seus saberes e exercitando habilidades e competências.

Com este acervo que durava um bom número de anos, sem se exaurir, o recém-formado – grande parte dos alunos – sem maiores dilemas ou inseguranças assumia a sua profissão de forma plena, voltava às suas origens – cidades do interior – e lá, com algumas facilidades, conhecimentos, reconhecimentos e favorecimentos, ia aos poucos amalhando prestígio, credibilidade, confiabilidade, status e poder.

Bem resolvidos, prósperos e satisfeitos.

A minoria optava pela vida acadêmica seguindo carreira universitária, geralmente a convite de um professor ou opor-

tunidade em uma disciplina, outros se tornavam “assistentes” de médicos de grande prestígio e clientela e, aos poucos, assumiam o seu papel no modelo assistencial, ocupando gradativamente destaque e reconhecimento.

A pós-graduação não era imperativa. Os poucos títulos de especialistas não eram normatizados, outorgados pelas sociedades de especialidades mediante comprovação do exercício profissional e não por provas de conhecimentos específicos. A Residência Médica era disputada por poucos, com sobra de vagas e serviços.

E a atualização podia ser implementada mediante estágios de reciclagem, autodidatismo com a compra de livros e assinatura de periódicos, alguns poucos congressos e cursos. E isto bastava para se exercer o ofício de forma condizente.

Considerações

A realidade atual é muito diversa. Como educador, tenho assistido ao longo dos últimos anos grandes distorções e tremenda inversão de valores. As escolas médicas perderam qualidade de ensino, que se fragmentou em especialidades muitas das vezes distante da nossa realidade assistencial, ou conspurcada em interesses aquém da boa formação geral do médico. E, assim, não privilegiam adequada formação clínica.

O graduando malformado e mal acabado, pressionado pelo marketing, pela mídia e pelo medo, a partir do terceiro ano, quando se delineia um esboço mental do conjunto e afloram a tendências vocacionais verdadeiras, passa a viver um permanente estado de angústia, compelindo-o a tomar decisões importantes na definição de sua “especialidade” precoce e, por vezes, equivocada.

Emergem, nas turmas “castas” de alunos, os que podem e os não podem cursar

os controversos “cursos preparatórios aos concursos de residência”, que são revisões sistemática de conteúdos curriculares, adaptados à metodologia pedagógica que facilite o acerto de maior número de questões nos concursos. Um “decoreba” maçante, sem valor agregado, porque é distanciado da prática e da vivência clínica, distorcendo o verdadeiro aprendizado da Medicina (a Ciência do fazer e fazer bem) e que se pratica na beira dos leitos e nos consultórios e com quem sabe.

O precioso período do internato obrigatório (um ou dois anos) é totalmente negligenciado no afã de se preparar para as “provas de residência”. E, nos pensamentos e motivações, só passam a existir este interesse. Tudo o mais é irrelevante. Passamos a conviver com angustiados e obcecados graduandos, inacabados na sua formação, despreparados para o exercício profissional que se avizinha, retroalimentando suas inseguranças e preocupações.

Neste lastro, as más escolas lucram porque não precisam preocupar-se muito com este treinamento final e os maus professores também, uma vez que os seus alunos estão pouco se importando com o internato obrigatório, o aprendizado de competências e habilidades fundamentais para o exercício da profissão.

E se eu não passar no concurso de Residência Médica, o que farei?

A resposta a esta indagação merece algumas considerações. Primeiramente, faça uma autorreflexão. A regra geral: se desperdiçou tempo e dinheiro, quando deveria ter se aplicado mais nos estudos curriculares e no seu aprimoramento pessoal. Aliás, é bom que se frise, um bom número de alunos termina o curso sem ter aprendido a estudar. Ficam nas superficialidades, colas e macetes, apostilas de provas, algumas consultas na internet e nada mais.

Aí estão os resultados das provas do Cremesp, que falam por si e que avaliam os conhecimentos dos recém-egressos.

É fundamental que o aluno, a partir do início do ciclo clínico-assistencial, perceba algumas revelações que emergem espontaneamente e que precisam ser “captadas” e internalizadas para reflexões que se identifique e se defina em que tipo ou que modelo de médico quer ser. Seja por manifestação de sua verdadeira vocação, através exemplo a ser seguido (por exemplo: um professor, um médico da família ou um parente médico), seja por oportunidades que vão se definindo (amizade, conhecimentos); quer seja no modelo assistencialista, ou ainda no modelo docente ou no modelo pesquisador.

Se tiver dificuldades de relacionamento interpessoal ou na relação médico-paciente, que se foque em atividades que prescindam deste vínculo, tais como a anatomia patológica, a radiologia, auditoria médica, planejamento em saúde, informática médica e tantos outros nichos.

O segundo ponto é que o aluno precisa ampliar a sua base e a sua desenvoltura social, expondo-se mais, ficando mais visível, convivendo entre os pares, frequentando outros ambientes que não só o seu hospital-escola, sua turma. Tem que se fazer lembrado pelos outros (a tal “vitrine”).

O terceiro ponto é a incorporação de um estilo próprio que o difira dos demais, com atitudes, comportamento e hábitos singulares próprios da sua personalidade. Nos últimos anos, vivemos epidemia de “maria vai com as outras”.

O quarto ponto, ainda dentro do currículo paralelo, é fundamental: um mínimo de cultura geral, atualizada, tais como artes, literatura, cinema, política, ciências sociais, educação informal etc.

Afinal, seremos formadores de opinião na sociedade em geral. As pessoas (clientes) se espelham em nós, como nos expressamos, como nos vestimos, como comemos, como nos comportamos em sociedade etc.

A Residência Médica – plano A: incontestavelmente, é o melhor modelo de pós-graduação (sensu lato) que pode ser pretendido, quando bem estruturada, reconhecida pelo MEC, através da CNRM, e

contemplado todos os pré-requisitos. Observe-se que neste Brasil afora existem muitas “arapucas” bem maquiadas, rotuladas de Programa de Residência Médica). Mas só atende a pouco mais de 40% da demanda. Metade dos formando ou mais não terão esta oportunidade.

Aí entram os outros planos.

Plano B: os cursos de especialização, oferecidos por várias instituições de ensino, validados pelas Sociedades de Especialidades, a grande maioria sendo paga pelo especializando, o que lhe garante o direito de cobrar qualidade e excelência.

Pesquise antecipadamente juntos às instituições de ensino e Sociedades de Especialidades quais os disponíveis e reconhecidos. Muito deles são mais valorizados no mercado de trabalho que os próprios programas de residência.

Plano C: realizar concursos públicos (todos nós deveríamos fazer concursos públicos), assumindo cargos e funções, postergando a especialização, o que garante a sobrevivência, socializa o profissional, aumenta a experiência e acumula conhecimento e vivências, ferramentas indispensáveis a um profissional de sucesso.

Pesquise junto às prefeituras (Secretarias Municipais de Saúde), entidades privadas (Sesc, Senac, ICS...) e entidades federais (Forças Armadas, Ministério da Saúde etc).

Plano D: assumir qualquer emprego que lhe garanta a sobrevivência, sendo que o de “plantonista” é o mais abundante e frequente (cuidado com as armadilhas), continuar estudando e se preparando para no próximo ano, tentando o concurso novamente. Lembre-se que, para esta tarefa, é imprescindível bons conhecimentos de medicina de urgência e no mínimo ter o treinamento do ACLS, senão pagará “mico”, correndo riscos calculados. Vale lembrar que, junto ao CRM-PR, grande número de denúncias decorre de atendimento realizado em serviços de urgência/emergência.

Plano E: Visitar, a partir do quinto ano, cidades do interior, sondar oportunidades

de emprego, preparar-se adequadamente, após autocrítica consistente e sincera e buscar estas oportunidades em outras cidades. Sobram empregos, espaços e oportunidades. É preciso entender de vez por todas que o interior é tão bom ou melhor que as capitais, com serviços auxiliares de diagnóstico, hospitais e especialistas que nos auxiliam e suportam no mesmo nível aos das grandes cidades. Vale lembrar que a proporção atual de médicos em relação à população, em Curitiba, é de um médico para 220 habitantes, quando sabemos que o ideal seria 1 para 1.000 habitantes.

Plano F: caso tenha suporte financeiro, frequentar como médico “ouvinte” ou “visitante” serviço universitário ou não, mantendo o pique de estudos e aprimoramento constante, criando o seu espaço de atuação e, quiçá, do início da vida profissional, que no fundo é o que a sociedade espera da tua pessoa.

É sofrido, como educador, vivenciar as angústias do penúltimo e último ano da graduação, como se não houvessem outras opções viáveis e compensadoras aos nossos recém-formados. Como se fosse imperativo único passar a qualquer “custo” no concurso de seleção da Residência Médica. Às vezes, por conta de muita bajulação, tráfico de influências e sabujice. E saber que, quem não o consegue, torna-se ser mutante, “zumbi”, sem alma, moral, autoestima, apreço e respeito por si mesmo. Tristes figuras apenas depois de um vestibular concorrido e seis longos anos de sacrifícios, abnegações, entregas e dedicação.

Por outro lado, até hoje não encontrei ainda médico desempregado, que não tenha condições razoáveis de trabalho e ganho. Significa dizer que a Medicina é uma das poucas profissões atuais que ainda mantêm o seu espaço de atuação intocado. Trabalho de médico, só médico o faz. Portanto, vá à luta e lembre-se da máxima de Sir William Osler: serão 10 anos com direito a pão com manteiga, caso tenha sucesso, denodo e perseverança. Aí terá direito, após os 10 anos, ao licor com bolo de laranjas.

Tenha muita fé em si mesmo, persevere e seja muito feliz.



8 PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Evandro Guimarães de Sousa

O Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, estabelece no artigo 1º que a supervisão às atividades do Médico Residente seja realizada por preceptores de elevada qualificação ética e profissional. Estas constituíram as primeiras exigências para o médico responsável pela supervisão dos médicos residentes. Esta mesma condição é determinada no artigo 1º da Lei 6.932, de 07 de julho de 1991

A Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 04/1978, já revogada, determinava que a supervisão do médico residente devia ser realizada por profissionais de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados no exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes. Esta Resolução acrescentava a necessidade da comprovação da titulação do médico para o exercício da função da Preceptoria.

Nos termos do artigo 23 de Resolução da CNRM nº 02/2005, observa-se que a supervisão permanente do treinamento do médico residente deve ser exercida por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou da especialidade em causa, título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da CNRM. As demais Resoluções da CNRM promulgadas depois de 1978 até 2005 estabeleceram os mesmos requisitos para o preceptor.

Não há nenhum questionamento sobre estas condições determinadas pela CNRM para o preceptor, pois é óbvio que este profissional deva possuir a maior competência em sua especialidade e ser detentor de qualificação ética inquestionável. Porém, que outras qualidades estes profissionais deveriam possuir no sentido de desenvolver a Preceptoria?

Em primeiro lugar, se faz necessário definir o que representa um preceptor. Morrow (1984), citado por Louise Bain, descreve o preceptor como uma pessoa, geralmente pertencente à equipe de saúde, que ensina, aconselha, inspira e desempenha o papel de modelo no crescimento, desenvolvimento e socialização do Residente.

Para Botti e Rego (2008), a principal função do preceptor é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais de acordo com objetivos e metas preestabelecidas. Portanto, entre as suas principais características devem ser destacados o conhecimento e a habilidade em desempenhar procedimentos, no sentido da aquisição dos mesmos pelos recém-graduados, em situações reais, no próprio ambiente de trabalho.

Mas quem executa esta função? Geralmente, são egressos de programas de Residência Médica que passam a supervisionar os formandos de um modo semelhante àquele que foram submetidos durante os respectivos períodos de treinamento. Quando a instituição encontra-se integrada ao sistema formal de ensino ou o preceptor é oriundo de um programa de pós-graduação estrito senso, então o problema de supervisão ao médico residente é minorado, pois geralmente ele já possui formação em metodologia de ensino e dispõe de carga horária para a Preceptoria. Entretanto, um grande número de preceptores atua em instituições assistenciais de saúde nem sempre preparados para a orientação dos jovens colegas. Destes, poucos recebem remuneração por esta atividade e desempenham, ao mesmo tempo, assistência aos pacientes. É importante o preparo do preceptor para exercer suas atividades, pois, segundo Rosemberg, há uma assimetria pedagógica inicial entre ele e o médico residente, já que o primeiro possui mais conhecimentos e habilidades que o segundo. Espera-se que durante o período de treinamento esta assimetria seja reduzida consideravelmente na me-

dida em que houver assimilação por parte do médico residente. Todavia, não pode ser omitido que a sobrecarga de trabalho, o desgaste físico e emocional e o cansaço impedem, muitas das vezes, uma maior atenção no que diz respeito ao processo ensino/aprendizagem do residente (Berardinelli e cols, 2003).

Vale ressaltar que os preceptores, mesmo sem receber remuneração por esta atividade, são responsáveis pela assistência aos pacientes, mesmo assim ainda conseguem algum tempo para a orientação dos médicos residentes. Com certeza, motivados por uma tradição comum na área da saúde, ressaltado nas competências gerais indicadas nas diretrizes nacionais para estes cursos:

“... os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento /estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico-profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.”

Outra função executada por estes médicos é a de supervisor que, de acordo com vários autores, também está relacionada com questões éticas e morais da profissão. Para eles, a profissão deve oferecer proteção a seus clientes, assegurando a qualidade do atendimento. Assim, os jovens profissionais, com o auxílio da supervisão, adquirem maior autoconfiança e se tornam mais capazes para uma maior interrelação com os pacientes e assumir maior responsabilidade no cuidado dos mesmos. Porém, deve ser lembrado que a CNRM considera como supervisor aquele que desempenha funções administrativas relacionada com o Programa de Residência Médica na respectiva especialidade, ou seja, o encarregado de verificar o desenvolvimento da parte de treinamento em serviço, das atividades teórico-complementares, avaliação, férias dos residentes etc.

A atividade de Tutoria é exercida por um médico mais experiente, que orienta a formação de profissionais já graduados,

geralmente selecionados entre os que prestam atendimento à população. Além de reconhecida competência profissional e da capacidade de ajudar “a aprender a aprender”, estimula o desenvolvimento pessoal do residente. Espera-se que atue como conselheiro, guia e modelo.

Já o mentor desempenha a função de se responsabilizar por um recém-graduado, guiando o seu caminho. Desempenha um papel que ultrapassa a orientação durante o treinamento oferecido, pois deve assessorá-lo na realização dos seus objetivos pessoais, investindo no desenvolvimento dele. Estabelece uma relação com o jovem profissional, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. Trata-se de uma relação de troca e de reciprocidade, visando um plano de desenvolvimento pessoal e com ganhos por ambas as partes.

Ricer (1998), ao descrever as funções do preceptor, mentor e a de representar um exemplo para os jovens profissionais, afirma que o médico de família pode exercer todas estas funções ao mesmo tempo, ou a de executar cada uma delas, em separado, dependendo da situação apresentada.

Observa-se nas conclusões do trabalho de Borus (1997) que a Residência Médica constitui uma transição entre a vida pessoal e profissional do indivíduo. Vários mudam de cidade para cursar programas em outros locais, necessitando de uma rápida adaptação na nova instituição. Por outro lado, a tensão do médico residente é grande no ambiente de trabalho. Ele tem receio de contrair doenças infecto-contagiosas, além do temor de ação judicial em decorrência de má-prática profissional. A incidência de depressão, ideias de suicídio e de dependência química não é desprezível. Portanto, o preceptor deve desenvolver competências e habilidades para lidar com tais situações.

Vários autores pesquisaram sobre os atributos mais importantes para o exercício da Preceptoría. Destes, destacam-se os seguintes:

Atributos da Preceptoría

No trabalho de Gates e Cuttis (1995) verifica-se que um preceptor ao desempenhar

efetivamente suas funções deve possuir habilidades de comunicação interpessoal, estar disponível e ser capaz de avaliar efetivamente. Apesar do artigo ter sido escrito baseado na experiência dos autores com alunos de Nutrição, pode perfeitamente ser transposto para a Residência Médica. Assim, a **habilidade de comunicação interpessoal** inclui amizade com os alunos, entusiasmo para ensinar, interesse no cuidado do paciente, demonstrar respeito e manter a confiabilidade. A **disponibilidade** abrange a capacidade de lidar com situações difíceis, comunicar com clareza quais foram as decisões ou as ações tomadas, o que ajudará o aluno em sua formação profissional. Deve encorajar os alunos a se sentirem com liberdade para questioná-lo e orientá-los para uma efetiva e concisa apresentação oral e desenvolver a habilidade de escutar. Deve demonstrar um exemplar comportamento ético e entusiasmo na interação com os outros membros da equipe multiprofissional. Talvez, a **avaliação** do progresso dos alunos seja a tarefa mais difícil para um preceptor. Este deve fornecer, frequentemente, o *feedback* relacionado com o conhecimento, habilidades e atitudes alcançadas pelos alunos, identificando suas forças e suas fraquezas. Assim, eles saberão o que fazer para melhorar os respectivos desempenhos.

Wuillaume e Batista (2000) analisaram as repostas de 90 preceptores de dois programas de Residência Médica em Pediatria oferecidos por instituições de saúde, um considerado como hospital universitário e o outro da rede assistencial, ambos localizados no município do Rio de Janeiro. Eles poderiam listar até cinco atributos considerados importantes para o bom desempenho de um preceptor. Das categorias apontadas, a mais assinalada relacionava-se com o **Exercício da Preceptoría / Tutoria**, que foi apresentada sob diversas formas, tais como discutir o caso e examinar o paciente na beira do leito, discutir sobre os atendimentos, apreciar a diversificação desses atendimentos, responsabilidade profissional, assiduidade, comprometimento, disponibilidade, participação ativa, pontualidade, acessibilidade, ser incentivador, ter flexibilidade, estimular o médico residente, ter noções de gerenciamento e de organização, ter rotinas, ter autoridade sem autoritarismo, saber cobrar com adequação, saber punir sem exagerar, saber respeitar e impor respeito.

A **Ética e Humanismo** constituíram a segunda categoria mais distinguida pelos preceptores, caracterizada pela paciência, que representou o atributo mais citado na listagem geral, que inclui humildade, ser ético, democrático, ter formação humanística, cordialidade e ser justo.

Domínio do Conteúdo, terceira categoria em frequência de citações. Destacaram-se o conhecimento científico, conhecimento teórico, conhecimento técnico, experiência clínica, vivência prática e prática médica.

Na categoria **Capacidade de Educação Permanente** foi assinalado estar atualizado, que representou o segundo atributo mais ressaltado pelos preceptores. Outros atributos citados nesta categoria foram: gostar de continuar aprendendo, gostar de estudar e aprender, dedicação à pesquisa, interesse por pesquisa.

Capacitação Didática representou a quinta categoria de atributos e foram destacados os seguintes: ter didática, saber ensinar, formação pedagógica, capacidade de transmitir conhecimento, clareza, capacidade de comunicação e preparo didático. Ainda foram destacados outros atributos, tais como o gostar de ensinar, gostar do seu próprio trabalho, vontade de ensinar e ter empatia com a função.

Sousa e Koch (2001) verificaram que, durante os encontros com 211 médicos residentes na especialidade de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, oferecidos por 44 instituições de saúde, os atributos mais relacionados aos preceptores foram a **disponibilidade, qualificação e competência** dos mesmos, declarado por 14,6 % dos entrevistados. Entretanto, 2,4% destes médicos residentes queixaram-se da falta de disposição de alguns radiologistas para supervisionar as atividades deles.

Das conclusões do trabalho de Serwint e cols. (2004), observa-se que a maior satisfação entre 1.150 médicos residentes investigados, estava relacionada com a habilidade do preceptor de atuar como exemplo e da sua capacidade para ensinar.

Dos atributos mais citados pelos autores, destacam-se: a responsabilidade profissional, assiduidade, comprometimento, disponibilidade, confidencialidade, entusiasmo, pontualidade, relacionamen-

to, participação ativa, acessibilidade e flexibilidade. Também ser incentivador e estimulador do médico residente, possuir capacidade de gerenciamento e dispor de conhecimentos e habilidades relacionadas com sua especialidade, além de capacidade didática para assegurar a aprendizagem dos médicos residentes.

A Preceptoria em programas de Residência Médica constitui uma importante atividade para a formação do

futuro especialista, facilitando a sua transição de aluno de um curso de pós-graduação, em nível de especialização, para a sua prática profissional. Portanto, a função do preceptor deve ser ressaltada e os seus atributos devem ser motivo de discussão e de reflexão no sentido de atender às necessidades e anseios dos médicos residentes. Esta constitui uma tarefa a ser desenvolvida pelos integrantes da CNRM e das Comissões Estaduais de Residência Médica.

Referências

- BERARDINELLI LMM, Coelho MJ, Figueiredo NMA. *Preceptoria da Residência em Enfermagem*. Petrópolis-RJ: EPUB, 2003.
- BORUS JF. *Recognizing and managing residents' problems and problem residents*. Acad Radiol 1997;4: 527-33.
- BOTTI SHO, Rego S. *Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são os seus papéis*. Rev Bras Educ Med 2008; 32(3): 383-73.
- Brasil. Decreto nº 80.281 de 5 de Setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>.
- Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 04/78. Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento de Residência Médica. Residência Médica. Brasília, 1985; 7: 9-24.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4/200. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 02/05. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>.
- GATES GE, Cuttis M. *Characteristics of effective preceptors: A review of allied health literature*. J Am Dietetic Assoc 1995; 95:225-7.
- Louise Bain, RGN. *Preceptorship: a review of literature*. J Adv Nurs 1995; 24:104-7.
- RICER RE. *Defining Preceptor, Mentor, and Role Mode*. Fam Med 1998;30(5):328.
- ROSEMBERG L. *Aspectos pedagógicos da Residência Médica*. In: Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Requisitos mínimos de um programa de Residência Médica: competências em radiologia. São Paulo: FUNDAP, 1990. (Documentos de Trabalho, 40).
- SERWINT JR, Feigelman S, Dumont-Driscoll M, Collins R, Zhan M, Kittredge D, *Factors Associated With Resident Satisfaction With Their Continuity Experience Ambul Pediatr* 2004;4(1):4-10.
- SOUSA, EG, Koch HA. *A Residência em Radiologia: O ponto de vista do Médico Residente*. Radiol Bras 2001;34(2):65-70.
- WUILLAUME, S. M.; Batista, N. A. *O preceptor na residência médica em Pediatria: principais atributos*. J pediatr (Rio J.) 2000; 76(5): 333-8.

9 A AVALIAÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE

Thelma Skare

"Competence is not an achievement but rather a habit of lifelong learning; assessment plays an integral role in helping physicians identify a respond to their own learning needs."

Malcolm Cox

Fazer Residência tornou-se praticamente parte do processo da formação do médico dada a não terminalidade das escolas médicas. Em determinadas áreas básicas, a Residência, muito mais do que servir de instrumento para uma especialização, serve para que o formando em Medicina complete o currículo. Médicos residentes precisam ser avaliados e não é raro que diante dessa necessidade o preceptor se utilize dos mesmos instrumentos usados durante o curso de Medicina.

Os objetivos educacionais da Residência Médica, assim como os da escola de Medicina, podem ser divididos em cognitivos, afetivos e psicomotores, e a avaliação feita deve abranger esses três aspectos. Todavia, na prática, na grande maioria dos casos, a avaliação feita se restringe aos aspectos cognitivos e a alguns aspectos psicomotores, deixando de lado os valores morais, éticos e afetivos.

Algum esforço tem sido feito para mudar esse conceito e a avaliação tem assumido uma importância muito grande nas propostas curriculares atuais, que têm enfatizado o fato de que ela deve ser contínua, formativa e personalizada. Apesar de ouvir e concordar com essas considerações, diversas vezes muitos de nós, médicos, nem sempre afinados às questões pedagógicas, dissociamos esse conceito teórico de nossa prática e permanecemos afeitos à ideia de que a avaliação deve ser feita em um momento separado, com instrumentos especializados (como uma prova teórica ou prática) e com uma finalidade em si mesma: o conceito final. Tais considerações merecem uma reflexão mais profunda

de nossa parte, reflexões essas que devem atuar como instrumentos geradores de mudança de atitudes, se pretendemos avaliar um médico residente da maneira mais adequada possível.

É necessário avaliar o residente?

Independentemente do fato de achar necessário ou não avaliar o residente, todos os preceptores o fazem. Todo preceptor sabe quando deve ficar preocupado quando um paciente grave é atendido pelo residente X e ficar tranquilo quando é o residente Y que está de plantão... O que nem todos os preceptores fazem é uma avaliação consciente, formal, completa, refletida e discutida com os seus pares e com quem está sendo avaliado. Muitas vezes, por conta da sobrecarga de trabalho e exiguidade de tempo, a avaliação passa a ser muito mais uma ideia do que o preceptor acha que está acontecendo com o residente e de como está o seu aproveitamento, sem que quem é avaliado tenha retorno algum acerca dessas ideias.

É necessário parar um pouquinho, pensar sobre a avaliação e avaliar pensando. Avaliar é fazer o diagnóstico de uma situação. E o diagnóstico de situação pressupõe ser o elemento básico norteador de mudanças para melhoria. É necessário avaliar para saber, o quê, quanto e por que o residente aprende ou deixa de aprender determinados conteúdos, habilidades e valores. É necessário, junto com a avaliação do residente, incluir a avaliação do serviço todo, das possibilidades que ele oferece, das suas condições de trabalho e da atuação do corpo de preceptores. Só assim ela terá valor.

O que avaliar

O primeiro ponto que se deve ter em mente é o de que, quando se avalia um residente, o preceptor o faz a partir de suas próprias concepções, suas expectativas e seus valores. O que queremos que o residente saiba fazer? Estamos formando um médico generalista, um médico especialista ou um médico que atenda às necessidades do mercado de trabalho que irá encontrar? Obviamente, a área na qual o residente está inserido muda muito esse tipo de expectativa, mas, mesmo assim, algumas considerações, comuns a todas as especialidades, devem perpassar a mente do preceptor avaliador.

A primeira é a de que a Residência acontece, na maioria das vezes, em um hospital universitário, para onde se dirigem casos não resolvidos em outros locais, de manejo e de diagnóstico mais difícil...

É esse o tipo de caso que o nosso residente deve saber conduzir? A resposta a essa pergunta só pode ser dada se for individualizada caso a caso. Se muitos médicos precisam saber o corriqueiro para atender à maioria dos casos, outros têm que saber o excepcional também, para que possam dar continuidade ao atendimento em um hospital terciário e para que a ciência médica possa progredir. Se por um lado é necessário preparar o médico para resolver a maioria dos problemas de saúde da população, também é necessário que outros forcem o limite do conhecimento para que tais fronteiras se alarguem. Aqui, um vislumbre das perspectivas do residente acerca do que fará quando terminar a Residência ajuda a decidir. E a individualização de expectativas deve gerar individualização na avaliação.

O segundo ponto que merece atenção é o fato de que muitos médicos especializados em uma área, por falta de opção de trabalho, acabam exercendo suas atividades profissionais em outras. Basta uma simples olhada no currículo daqueles que atendem ao pronto-socorro... Enquanto não se criam estratégias para mudança dessa realidade, cabe ao preceptor ajudar o residente a estar preparado para enfrentá-la. Pode-se influir nesse preparo através da avaliação? Provavelmente sim, se lembrarmos que a avaliação também direciona o rumo do aprendizado. Pedir ao residente que mantenha uma base ampla de conhecimentos

gerais junto ao conhecimento da especialidade, focar pontos de interdisciplinaridade nessa avaliação podem auxiliar na formação de um médico mais preparado para a vida real. Avaliação é também uma forma de aprendizado. Mas para que isso possa acontecer na Residência Médica é fundamental que o médico residente receba um retorno acerca de sua posição em relação ao conhecimento vigente. Dizer que alguém está errado ou incompleto não ensina, mas dizer o porquê e o como deve se proceder para que isso seja corrigido é, com certeza, uma lição valiosa. Sendo uma situação vivenciada na prática, dificilmente será esquecida.

Um terceiro ponto a ser levado em conta é acerca do nível de conhecimento do qual o residente parte. Se avaliar é notar mudanças, deve se ter em mente não só o fato de que as expectativas acerca de um ponto de chegada mudam conforme o ponto de partida, como o de que a velocidade com que isto acontece é variável. Novamente a individualização da avaliação e a clareza daquilo que é essencial em sua área de atuação auxiliam o preceptor-avaliador.

Ainda, um quarto ponto a ser lembrado quando alguém pensa no que avaliar é o de que uma Residência é treinamento em serviço. Ora, prestar atendimento médico vai muito além de fazer um diagnóstico e oferecer tratamento. Além dos conhecimentos da área em questão, o atendimento médico sofre interferência de aspectos éticos, morais e psicológicos. E é impossível analisar a formação de alguém nessas áreas em um ponto de avaliação, com uma prova. É o dia a dia, é o acompanhar do residente em suas atividades que mostram como ele atua na relação médico-paciente, como ele resolve uma situação de conflito, como ele situa a sua escala de valores...

Resumindo, quando o preceptor pensa no que avaliar, ele deve ter em mente que este conteúdo deve ser amplo e individualizado, levando em conta as expectativas e as possibilidades de atuação do residente na vida profissional, de onde ele vem e até aonde ele pode chegar e com que velocidade ele faz isso. Deve também lembrar que a avaliação é formativa, que o seu conteúdo direciona o caminho a ser trilhado pelo residente, seja do ponto de vista médico ou do ponto de vista ético. Embora um preceptor não possa (e nem deva) tomar opções pelos residentes, numa situação

muito semelhante à educação oferecida por um pai ao seu filho, tal preceptor deve apontar sempre para o lado em que se encontra o caminho mais correto.

Pode-se notar que decidir o conteúdo a ser avaliado não é fácil porque nem sempre o próprio preceptor tem a clareza suficiente acerca de para onde deve direcionar o residente.

Para que avaliar?

Ora, já se mencionou que avaliar é fazer um diagnóstico. Nós, médicos, estamos afeitos à ideia de que o diagnóstico correto é a base para o tratamento eficaz. No processo ensino-aprendizagem isso não é diferente. De nada adianta fazer um diagnóstico de que o residente “está com uma doença grave” se não oferecermos o tratamento correto e atuarmos de maneira vigorosa na recuperação do mesmo. Aliás, sendo a avaliação um processo contínuo, é importante notar que o preceptor deve realizar uma “medicina preventiva” para não deixar que um residente chegue a um estado grave.

Avaliar por avaliar não tem finalidade. É apenas emitir um juízo de valor. Mas avaliar para mostrar os pontos fracos existentes que serão acompanhados de um redirecionamento de conduta e de novas orientações é parte vital no processo ensino-aprendizagem. Serve como um mapa de estrada que aponta para o caminho a ser seguido.

Como e com que frequência avaliar

A maioria das Coremes solicita que a avaliação do médico residente seja feita trimestralmente e de que essa documentação seja entregue por escrito à Coreme local. Sugere, também, que os critérios para

avaliação e aprovação devem ser definidos no programa oficial de cada especialidade, devendo constar as avaliações de caráter cognitivo, atitudes e habilidades, sendo que a média mínima para aprovação para o ano letivo seguinte será nota sete (7,0). Tais recomendações permitem uma grande “elasticidade” não só na maneira de avaliar como na sua frequência. Os resultados são entregues trimestralmente. Nada impede que eles sejam feitos com uma frequência maior e que eles resultem de uma somatória de avaliações feitas mais amiúde. Na realidade, a avaliação de um médico sendo treinado em serviço é o observar do seu serviço diário, principalmente no quesito habilidades e atitudes. Uma prova escrita até pode auxiliar na avaliação de conteúdo cognitivo embora essa forma avalie muito mais o teor desse conteúdo e muito pouco a sua aplicabilidade. Casos clínicos montados para serem resolvidos por escrito não são melhores do que os casos clínicos encontrados no dia a dia.

Por último, não é possível deixar de enfatizar que, quando se avalia o desempenho de um residente, embute-se junto uma avaliação do serviço como um todo, incluindo-se, nisto, o corpo de preceptores. Embora isso seja válido em todas as áreas, assume uma proporção maior nos aspectos éticos e morais. Muitas vezes o preceptor é tomado como um modelo-padrão a ser seguido e a observação de sua conduta, ações, atitudes e respostas emocionais é reproduzida pelo residente.

Avaliar um residente é uma tarefa extremamente difícil: exige esforço, exige boa vontade, exige desprendimento. Por ser uma atividade diária, é cansativa. Além disso, exige dissociação dos laços afetivos e de sentimentos pessoais inseridos na relação entre preceptor e residentes. Todavia, o seu resultado é extremamente gratificante e com certeza contribui de maneira fundamental na boa formação do novo médico. •

Referências

- SAUL, AMA. *A avaliação educacional*. Disponível em http://www.crmariocovas.sp.gov.br/int_a.php?t=019. Acessado em fevereiro de 2009.
- BLOOM BS, ENGELHART MD, FURSTIN EJ, HILL WH, KRATHWO LHL. *Taxionomia de objetivos educacionais*. 5 ed. Porto Alegre (RS): Globo; 1976.
- TRONCON LEA. *Avaliação do estudante de medicina*. Medicina. 1996; 29(4): 429-39.
- MELCHIOR MC. *Avaliação pedagógica: função e necessidade*. 2 ed. Porto Alegre (RS): Mercado Aberto; 1999.
- WOOLFOLK A. *Psicologia da educação*. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2000.



10 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA PELO MÉDICO RESIDENTE

João Carlos Simões

As avaliações dos Programas de Residência Médica, dos preceptores e supervisores são norteados por instrumentos que, na verdade, nunca se consolidaram. A visita de verificação efetuada pelas Comissões Estaduais de Residência Médica adotam, na grande maioria dos Estados, o formulário antigo. Quando da entrevista com os residentes, razão de ser maior do Programa de Residência, não há um formulário para ser preenchido por todos os médicos daquele programa e, de tal sorte, não há um número ou referencial que possa ser analisado e de-

volvido para os supervisores e preceptores para o aperfeiçoamento daquele programa.

Nunca se concretizou, pela CNRM, uma avaliação dos Programas de Residência Médica de uma maneira pragmática e consistente, nem a avaliação dos preceptores e supervisores dos programas efetuado pelos médicos residentes.

Abaixo está uma proposta que foi desenvolvida por presidentes de Comissões Estaduais e que serviriam para formatar uma avaliação sistemática e importante, que deveria ser realizada pela CEREM quando da visita de verificação.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PELO MÉDICO RESIDENTE

Não há necessidade de identificar-se

Programa de Residência Médica em: _____

R1 R2 R3 R4 R5

1) Você recebeu cópia do Regimento da COREME e do Hospital?

Sim Não Não sei informar

2) Consta dos Regimentos acima itens relacionados às questões disciplinares?

Sim Não Não sei informar

3) Houve alguma situação, do seu conhecimento, em que o disposto no Regimento não foi respeitado?

Sim Não Não sei informar

4) Você foi informado a respeito dos objetivos do Programa de Residência Médica o qual você está cursando?

Sim Não

5) Até que ponto as informações a respeito dos objetivos do programas são relevantes para você?

- São altamente relevantes
- São relevantes
- São medianamente relevantes
- São de pouca relevância
- Não são relevantes

6) Essas informações contribuíram para o desenvolvimento do programa?

- Contribuiu amplamente
- Contribuiu parcialmente
- Contribuiu muito pouco
- Não contribuiu de forma alguma

7) Os objetivos do Programa de Residência Médica estão sendo cumpridos?

Plenamente Parcialmente Não cumpridos

8) Há atendimento psicológico para os Médicos Residentes?

Sim Não

9) A rede mundial de computadores para consulta científica está disponível na instituição?

(Considere a agilidade e franqueamento de acesso)

24 h 8h-22h Horário comercial Manhã Tarde Nunca

10) A qualidade do material disponível é:

Muito boa Boa Parcialmente boa Ruim

11) Há acesso facilitado a uma biblioteca médica?

Sim Não

12) Como foi a disponibilidade dos preceptores do programa para a orientação nas atividades práticas?

- A maioria esteve disponível
- A metade esteve disponível
- Menos da metade esteve disponível
- Nenhum preceptor mostrou disponibilidade

13) Como você considera a qualidade e a resolubilidade dessa orientação?

Muito boa Boa Parcialmente boa Ruim Muito ruim

14) O espaço físico destinado as aulas práticas (Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Enfermariaetc.) é:

Adequado Parcialmente adequado Pouco adequado Inadequado

15) Em relação aos procedimentos (Ambulatórios, Centro Cirúrgico, Enfermaria, etc.):

	Muito adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Pouco adequado	Inadequado
Como você classifica o número de procedimentos realizados?	<input type="checkbox"/>				
Como você classifica o tipo e a diversidade de procedimentos?	<input type="checkbox"/>				
Os equipamentos e materiais utilizados são satisfazem a aprendizagem?	<input type="checkbox"/>				
Há facilidade para solicitar exames complementares?	<input type="checkbox"/>				

16) Há espaço físico (alojamento) conveniente para repouso e higiene dos Médicos Residentes?

Sim Não

17) Ao iniciar o Programa de Residência Médica, você foi informado sobre a programação teórica a ser desenvolvida?

Sim Não

Em caso positivo, responda abaixo.

	Sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
O programa tem sido cumprido na íntegra?	<input type="checkbox"/>				
As situações de ensino-aprendizagem têm estimulado seu interesse?	<input type="checkbox"/>				
Tem havido coerência entre teoria e prática?	<input type="checkbox"/>				

18) Nas atividades teórico-complementares são oferecidos temas relacionados a:

- Bioética
- Ética Médica
- Metodologia Científica
- Epidemiologia
- Bioestatística
- Eventos adversos

19) O espaço físico destinado as aulas teóricas é:

Adequado Parcialmente adequado Pouco adequado Inadequado

20) Em relação à coerência entre as situações de ensino-aprendizagem adotadas e os objetivos do curso:

	Sim	Em parte	Não
Você foi informado adequadamente sobre os objetivos das atividades práticas do programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houve integração entre as atividades práticas e as aulas teóricas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As atividades teóricas foram suficientes para complementar a parte prática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A carga horária foi suficiente para desenvolver as atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As oportunidades da prática foram suficientes para o seu aprendizado (pacientes, casos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os critérios de avaliação utilizados foram adequados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Em relação a sua frequência

	Sim	Não
Você registra a sua frequência às atividades teóricas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você registra a sua frequência às atividades práticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há registro de procedimentos realizados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em caso afirmativo, indique como é feito este registro (livro ponto, folha de frequência, etc.):

22) Você foi informado a respeito das modalidades e da periodicidade das avaliações a serem realizadas?

Sim Não

23) Há por parte dos seus preceptores avaliação para acompanhar o processo de aprendizagem da teoria e da prática?

	Mensal	Trimestral	Semestral	Anual	Nunca
Prova escrita	<input type="checkbox"/>				
Prova prática	<input type="checkbox"/>				
Prova oral	<input type="checkbox"/>				
Avaliação do desempenho	<input type="checkbox"/>				
Outras	<input type="checkbox"/>				

Quais:

24) Após a realização das avaliações dos professores, você toma conhecimento dos resultados?

Sim Não

Sua contribuição é de extrema importância para que possamos melhorar a qualidade do PRM em questão. Para isso, solicitamos a gentileza de apresentar abaixo:

25) Aspectos positivos

26) Aspectos negativos

27) Sugestões para melhorar o Programa

11 COMO ENTRAR NO MERCADO DE TRABALHO APÓS O TÉRMINO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Jorge R. Ribas Timi

Após mais de 20 anos de estudos, o médico termina a sua formação e é chegada a hora de ingressar no mercado de trabalho. Para muitos, é o primeiro encontro com o mercado de trabalho, pois até aqui nunca haviam trabalhado, exceto em alguns estágios de relações trabalhistas inconsistentes.

As quase duas centenas de escolas médicas existentes no Brasil têm um potencial de formar em torno de 18.000 médicos por ano. Só um terço dos médicos recém-formados fará uma Residência Médica, pois são ofertadas apenas 6.000 vagas/ano para Programas de Residência Médica. Portanto, ao terminar um Programa de Residência Médica, em qualquer especialidade, o médico tem um grande diferencial para oferecer ao mercado.

Mas não basta ter a formação médica. Existe a necessidade de registrar a especialidade médica, conhecer o mercado de trabalho médico, saber identificar as fontes de pacientes, tomar decisões sobre aonde e como trabalhar, ter uma visão de marketing profissional, construir e cuidar da imagem profissional, como também ter uma visão estratégica do futuro.

Registro da especialidade

Com a conclusão do Programa de Residência Médica, o médico recebe um certificado de conclusão que deverá ser registrado no Conselho Federal de Medicina, via Conselho Regional de Medicina do estado onde atua e tem registro, para que possa receber o Título de Especialista.

O Título de Especialista é concedido a todos os médicos que apresentam o Certificado de Conclusão do Programa de Residência Médica, de acordo com a lei que regulamenta a Residência Médica.

O mesmo vale para o Certificado de Área de Atuação, quando obtido pela realização de um Programa de Residência Médica.

Desde 1º de janeiro de 2006, o Título de Especialista deixou de ser vitalício, passando a ter validade de cinco anos, de acordo com a Resolução CFM nº 1.772/052. Os títulos registrados até 31 de dezembro de 2005 continuam sendo vitalícios pelo princípio do direito adquirido. A revalidação do Título de Especialista se dá pela comprovação da educação médica continuada, de acordo com as normas da Comissão Nacional de Acreditação (CNA) criada pela mesma Resolução.

Regularidade profissional

Além de estar inscrito no Conselho Regional de Medicina e com o Título de Especialista registrado, o médico que exercer a profissão como autônomo, em tempo integral ou parcial, deverá requerer o seu alvará de profissional liberal autônomo junto ao órgão competente da Prefeitura do município. E, a partir de então, recolher o imposto sobre serviços (ISS). Também deverá fazer a sua inscrição na Previdência Social, pagar o imposto sindical e recolher mensalmente o carnê-leão do Imposto de Renda, de acordo com a tabela progressiva da Secretaria da Receita Federal.

Por vezes, é mais fácil contratar um escritório contábil para o assessoramento pessoal nas questões fiscais e tributárias. Esta contratação se torna obrigatória nos casos em que o médico passa a atuar no mercado através de uma empresa prestadora de serviços médicos.

Definir entre ser um médico autônomo que recolhe o carnê-leão mensalmente, um médico que trabalha com livro-caixa ou atuar em sociedade com um ou mais colegas sob uma empresa prestadora de

serviços médicos, depende de uma análise individualizada de cada caso.

Já nos casos em que o médico exercer a sua profissão apenas como trabalhador assalariado, o mesmo não necessita se preocupar com o recolhimento previdenciário, do Imposto de Renda e sindical, pois isto é feito diretamente pelo empregador. Também não necessita ter um alvará de funcionamento, pois o imposto sobre serviços incide diretamente sobre o empregador.

Também é diferente a situação dos médicos militares que não exercem atividades fora da corporação, pois estes estão sujeitos à legislação específica.

Decisões para entrar no mercado de trabalho

Para ingressar no mercado de trabalho, várias decisões devem ser tomadas, tanto no curto quanto no longo prazo. As decisões não precisam ser radicais e também não são imutáveis. Porém, devem ser periodicamente reavaliadas do ponto de vista de realização profissional, de ganho financeiro e de satisfação pessoal.

Existem variações de acesso ao mercado de trabalho conforme a especialidade em que o médico atua e dependentes de suas aspirações pessoais. Por isso, é uma escolha que deve ser feita baseada em múltiplas opções. Ouça todas as propostas que o mercado de trabalho lhe apresentar. Analise-as, com isto crie suas opções e faça suas escolhas, pois se você não as fizer, o mercado de trabalho fará por você, para resolver problemas imediatos e interesses de terceiros.

Este capítulo aborda a carreira assistencialista do médico, entretanto não se deve esquecer a carreira acadêmica, voltado para o ensino e pesquisa, que na maioria das vezes não se descortina na fase inicial da profissão do médico, mas que não pode ser desprezada, sendo que nesta fase o interesse acadêmico fará com que o médico dedique parte de seu tempo para uma pós-graduação estrito senso.

Mas antes de tomar qualquer decisão, procure conhecer o mercado de trabalho de modo local, regional e nacional, bem como avalie as suas fontes de pacientes.

O tamanho do mercado de trabalho

O Brasil tem aproximadamente 190 milhões de habitantes, sendo todos eles atendidos, em tese, pelo Sistema Único de Saúde. Isto representa 190 milhões de pacientes potenciais. Mas este número dobra para os oftalmologistas, pois são 360 milhões de olhos em potencial.

Ao redor de 20% destes moradores no Brasil também são assistidos pelo Sistema de Saúde Suplementar, através de uma infinidade de empresas prestadoras de serviço de saúde.

A autogestão privada, também conhecida por paciente privado, abrange um número muito limitado de pacientes. É maior nas especialidades ligadas à estética e muito menos frequente nas especialidades com altos custos de diagnóstico e tratamento, especialmente naquelas em que se utiliza tecnologia de ponta em equipamentos e próteses.

No Paraná, são aproximadamente 11 milhões de habitantes, sendo que 3 milhões se concentram na Região Metropolitana de Curitiba. A tecnologia agrícola diminuiu a população rural e também a população das pequenas cidades, com uma migração populacional para as grandes cidades em busca do emprego na indústria e nos serviços.

A vantagem que um médico egresso de um Programa de Residência Médica é a sua diferenciação em relação a sua concorrência, por isso, quanto melhor formado um médico, mais interesse ele despertará no mercado de trabalho. Mesmo se tratando de um mercado de trabalho próximo à saturação em determinados locais do país, sempre existe vaga para os melhores profissionais.

As fontes de pacientes

Os pacientes procuram um médico de forma eletiva ou não. Quando há uma procura aguda de um médico em decorrência de um atendimento de urgência ou de emergência, os pacientes vão aos prontos atendimentos, que são lugares de captação de pacientes para os especialistas de plantão.

Também o plantão hospitalar em uma especialidade funciona como fonte de captação de pacientes.

O plantão hospitalar e o plantão em pronto atendimento, como médico generalista, pode ser uma necessidade para o especialista em início de carreira para a composição de seu orçamento mensal. Porém, não funciona como uma fonte de captação de pacientes, visto que os pacientes que necessitem atendimento especializado serão avaliados pelo especialista de plantão.

Já os pacientes que procuram um especialista em consultório o fazem por procura direta, ou por indicação de um profissional de saúde, na maioria das vezes um médico, ou por indicação de um paciente.

A maioria dos pacientes que procuram um especialista vem por indicação de outro paciente.

Isto faz com que haja a necessidade de um grau de paciência no início da carreira, pois o médico, nesta fase, não tem uma carteira de pacientes que possam referendá-lo, como também os seus amigos médicos, na mesma fase de vida, enfrentam a mesma situação. E os médicos já estabelecidos no mercado de trabalho ainda não conhecem o novo especialista nem profissional e nem socialmente para enviar-lhes pacientes.

Onde se estabelecer?

A primeira decisão que um médico tem que tomar ao término de sua Residência Médica é de caráter pessoal (via de regra já está tomada antes mesmo do final da Residência Médica). O médico tem que optar pelo tamanho da cidade em que quer atuar.

As cidades de menor população apresentam uma qualidade de vida melhor que as de grande população, mesmo oferecendo menos opções de lazer, do ponto de vista cultural.

Além da qualidade de vida, o médico deve levar em conta a capacidade de uma localidade de absorver a sua especialidade, avaliando o tamanho da população local e da área de influência exercida pela cidade. Também não deve esquecer de avaliar o número de especialistas já estabelecidos na localidade e na área de influência da localidade.

Ainda deve conhecer a estrutura de saúde da cidade e da região com o intuito de determinar se existem serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para a especialidade que deseja exercer.

Assalariado ou autônomo?

A questão entre atuar no mercado de trabalho como médico assalariado ou como médico autônomo se impõe ao profissional durante toda a sua vida. Na fase inicial da carreira, um emprego com carteira assinada pode representar a tranquilidade para suprir as necessidades da sobrevivência do médico. Para as especialidades clínicas, é melhor quando tem um horário definido diário, ao contrário das especialidades cirúrgicas, em que é melhor trabalhar em esquema de plantão semanal devido às múltiplas dificuldades de horários que impactam na vida de um cirurgião.

A decisão de ser um assalariado em tempo integral faz com que o médico tenha uma carreira previsível e com horários e direitos bem definidos, tanto na iniciativa privada quanto como servidor público.

A iniciativa privada, via de regra, remunera melhor que o setor público, porém não oferece estabilidade de emprego como no setor público.

Para o ingresso no setor público existe a necessidade de concurso público, sendo permitido ao médico ter dois vínculos empregatícios públicos, desde que não ocorra conflito de horário.

Os melhores salários públicos na área assistencialista são para médicos do Programa de Medicina de Família e para perito médico do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A maioria das especialidades médicas permite uma carreira como médico autônomo. O autônomo não goza de direitos trabalhistas, pois é o seu próprio empregador. Isto não faz do médico autônomo um ser livre, pois tem responsabilidades gerais com a sua clientela e responsabilidades individuais com cada paciente. Existe um elevado grau de exigência por parte de cada paciente, não sendo incorreto afirmar que um médico autônomo tem vários patrões, sendo este número de patrões definido por número de pacientes que atende.

As especialidades médicas que geram procedimentos diversos da consulta médica têm uma maior possibilidade de retorno financeiro com o exercício da Medicina como autônomo. Aquelas que geram apenas consultas necessitam que o médico avalie o número mínimo de consultas para que possa bancar os custos da atividade.

A grande maioria dos pacientes atendidos pelos médicos autônomos é usuária de planos de saúde. Os pacientes que se utilizam da autogestão privada de saúde, conhecidos como pacientes particulares, são em número reduzido, estando mais presentes nos casos de tratamentos estéticos e nas especialidades em que o diagnóstico e a terapêutica não sejam de custos elevados.

Se receber uma proposta para se associar a uma empresa de prestação de serviços médicos, faça uma avaliação comercial da possibilidade de sucesso do empreendimento, para saber se compensa se tornar um empresário da Medicina. Uma empresa médica sólida pode ser um bom investimento para toda uma vida. Para uma empresa médica ser sólida, ela deve estar sustentada sobre um tripé:

- I) Ter fonte constante de pacientes;
- II) Ter profissionais médicos de alta qualidade para a execução dos serviços propostos;
- III) Ter contratos que garantam o pagamento dos serviços prestados.

Consultório ou ambulatório?

O médico assalariado atenderá em um ambulatório institucional, já ao médico autônomo existe a dupla possibilidade, ou seja, atender em um ambulatório institucional ou em um consultório próprio.

Sempre que possível, prefira um consultório próprio, pois neste a clientela estará ligada ao médico e não à instituição como nos casos de atendimentos em ambulatórios. Nem sempre o médico permanecerá na mesma instituição durante toda a sua carreira. Ao mudar de instituição a sua clientela fica no ambulatório e raramente lhe acompanha, diferente de quando esta clientela é ligada ao médico por meio de seu consultório.

O consultório deve ser adequado ao volume de atendimento e crescendo gradualmente conforme a demanda. É preferível um só endereço, exceto em cidades muito grandes.

O espaço físico de um consultório deve ser adequado a cada especialidade, bem como os seus equipamentos.

É mandatório que o médico esteja no consultório em seus horários de atendimento. É um equívoco comum que, ao iniciar sua carreira profissional, antes de ir ao consultório, o médico se certifique da existência de pacientes agendados e, na ausência destes não compareça ao consultório. Isto é um fator inibidor do crescimento do volume de atendimento do consultório, pois em seu horário de atendimentos, pacientes ligam para esclarecer dúvidas e outros médicos podem ligar para encaminharem pacientes depois de um contato prévio. Se não há pacientes na agenda, aproveite o tempo para se aprimorar com um estudo sistemático daquilo que gostaria de ter visto na Residência Médica e não viu ou com educação médica continuada.

Ter consultório isolado no início da carreira é um gasto elevado e desnecessário. Estar em um consultório com outras especialidades médicas faz com que o médico iniciante esteja exposto a uma maior possibilidade de receber pacientes de seus colegas de consultório.

Se a especialidade requer trabalho em equipe, é preferível ter consultório junto com a equipe de trabalho. Isto permite o crescimento do novo elemento dentro da equipe e, também, que o médico em fase inicial de carreira receba os pacientes provenientes da demanda reprimida da falta de horários dos demais elementos da equipe de trabalho. Ou, ainda, como os pacientes eletivos que desejam ser atendidos mais prontamente e que não se sujeitam a aguardar por um período maior para uma consulta com um membro da equipe de trabalho com mais tempo de vida profissional.

Previdência e seguro

Independente de ser autônomo ou empregado, o médico desde o início de sua atividade profissional deve avaliar uma pre-

vidência privada complementar, operada por instituições sólidas e de alta credibilidade no mercado.

Também deve o médico ter o seu próprio plano de saúde suplementar e um seguro de renda temporária por afastamento por questões de saúde.

O seguro de responsabilidade civil é uma questão de foro íntimo. Quem não tem risco de sofrer processos não tem necessidade de ter seguro. Quem tem risco deve avaliar se quer correr este risco ou terceirizar o risco. Se quiser correr o risco, não tem necessidade de fazer um seguro. Entretanto, se quiser terceirizar o risco, deverá fazer um seguro de responsabilidade civil, após uma análise detalhada da apólice.

O nome do profissional

O médico deve fixar o seu nome do ponto de vista comercial, como uma empresa fixa a sua razão social. Se o nome é curto, o mesmo será o nome pelo qual o médico será conhecido. Porém, nomes longos devem ser abreviados para apenas dois, sendo que um deles é o último sobrenome e o outro, preferencialmente, o primeiro nome. Não cometa o erro de ser conhecido em cada lugar que você atua por um nome diferente. Evite o uso de apelidos pelos quais era conhecido antes de entrar no mercado. Isto é bom para os amigos, mas não para o mercado de trabalho.

A imagem do profissional

A imagem de um profissional é construída como um mosaico, peça por peça, que só estará terminado no momento em que o profissional se aposenta. Portanto,

não tenha pressa em construir a sua imagem. Se a construção de uma imagem é difícil, é mais difícil ainda a recuperação de uma imagem.

O tempo para que um médico possa ser considerado estabelecido na profissão é variável de acordo com a especialidade.

O caminho para o sucesso profissional é formado por cinco elementos:

- I) Formação sólida na área da Medicina em que pretender atuar;
- II) Relacionamento médico-paciente de excelente qualidade;
- III) Relacionamento com profissionais de saúde com respeito à atividade de cada um, além de um convívio social;
- IV) Relacionamento com instituições de saúde com respeito mútuo; e
- V) Educação continuada de qualidade.

O futuro de uma especialidade médica

Desde o momento em que o médico se inicia na vida profissional deve ter em mente que a Medicina é mutável e evolutiva, sendo que especialidades desaparecem e novas aparecem. Algumas sofrem profundas transformações ao longo dos anos.

O médico deve estar sempre atento para o futuro de sua especialidade, analisando de forma crítica todas as mudanças propostas em sua área de ação, para decidir como será a sua educação continuada e não fique à margem da evolução de sua própria especialidade. Entretanto, evitando aderir a modismos e a tecnologias sem sustentabilidade a longo prazo. •

Referências

Brasil. Lei Federal 6.932, de 07 de julho de 1981.

Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.772, de 12 de agosto de 2005.

Brasil. Lei Federal 6.681, de 16 de agosto de 1979.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

GERALDES, PC. *Como montar seu consultório: informações sob medida para o seu negócio*, in Manual do Médico Residente, CREMERJ, 2008: 25-32.

TIMI, JRR. *Dor nos Membros Inferiores: Análise Quantitativa e Qualitativa de um Consultório de Cirurgia Vascular*, J Vas Br, 2004; 3(2): 123-126.



12 RESIDÊNCIA MÉDICA X ESPECIALIZAÇÃO

Renato Passini Júnior

A qualificação de médicos para o exercício de áreas específicas da Medicina, com maior concentração de conhecimentos e habilidades, ou, como se prefere denominar atualmente, competências específicas, é uma necessidade social. Todos nós, se um dia apresentarmos determinados agravos à saúde, poderemos necessitar, para melhor diagnóstico e tratamento, de médicos especialistas ou especializados naquilo que nos afetou.

Difícilmente um médico com conhecimentos gerais poderá dar conta das necessidades peculiares que muitas doenças ou condições específicas de saúde exigem. Embora se procure passar uma imagem de que o especialista faz apenas a medicina diagnóstica e terapêutica, isto é incorreto, pois ele é fundamental, também, na medicina preventiva, atuando na área que lhe compete, propondo medidas de interesse geral e particular à saúde da pessoa. Entretanto, assim como para formar médicos “generalistas”, formar “especialistas” impõe duas necessidades absolutas: estrutura da instituição que se propõe a fazer esta formação, tanto em termos de recursos humanos e físicos, quanto a capacidade de ensinar adequadamente àqueles que buscam essa formação. Infelizmente, nem sempre isto ocorre e vemos, tanto na formação médica geral (cursos de graduação) quanto na formação de especialistas, deficiências em ambas as necessidades. Tais deficiências podem ter consequências particularmente graves, para a população, para os profissionais e para a política de saúde do país.

A formação de especialistas no Brasil tem demandas diversas, segundo regiões do país e dentro das próprias regiões. O Sistema Único de Saúde (SUS), que se busca efetivar, não pode prescindir de especialistas, uma vez que a maioria da

população não tem acesso ao Sistema de Saúde Suplementar. Da mesma maneira, não pode o Sistema de Saúde Suplementar conviver sem os especialistas. Atualmente, tem havido intensa movimentação em setores governamentais buscando aplicar literalmente o inciso III do artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que diz o seguinte:

Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: ...

III - Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Dentro dessa linha de ordenamento constitucional, estaria incluída, na visão das autoridades de saúde do país, a formação de especialistas médicos. Quando se propõe que a formação de especialistas deve ser regulada pelo SUS, não se deve esquecer de outras previsões constitucionais e legais, que impõem a gestores, de todos os níveis de governo, responsabilidades ainda maiores na criação concreta e efetivação do sistema, através de uma rede de serviços de saúde (ambulatorios, hospitais, centros de atendimento, laboratórios, dentre outros), que funcionem adequadamente, e de facilidades de acesso, sem os quais não é possível para a população ser bem atendida, nem é possível aos profissionais atuarem de forma plena em prol da saúde dos que procuram atendimento.

A organização dos serviços no SUS deve ser pautada pela universalização do atendimento, pela equidade dos serviços e pela integralidade da assistência. Para isso, o SUS precisa oferecer condições de prestação de serviços à população e isto não significa apenas a composição de recursos humanos, embora, obviamente, também dependa disso, mas demanda investimento bem aplicado e organização do sistema, questões, ainda, longe de serem resolvidas e que deveriam ser prioritárias. Basta olhar para a precariedade de instalações

e condições de atendimento em unidades básicas de saúde e em hospitais públicos pelo país, para se chegar à conclusão de que os problemas vão muito além da falta de médicos e especialistas.

Proposições que visem apenas aumentar número de médicos disponíveis, sejam eles de formação geral ou específica, sem levar em conta, também, de forma responsável, ética e prioritária, a qualidade da formação profissional, não contribuem para a concretização de ideais de atenção à saúde, a não ser para solução transitória de alguns problemas, que depois podem se tornar mais complexos e de difícil solução. Portanto, apenas direcionar a formação de especialistas para suprir carências em saúde, sem priorizar outras questões fundamentais do sistema, poderá não resultar no cumprimento dos objetivos pretendidos para com a saúde da população.

Uma das grandes necessidades dos médicos que atuam no SUS, ou que provoca a falta de interesse desses profissionais em relação ao sistema, é a falta de definição e implementação, de forma concreta e justa, de uma carreira ao médico, tanto do não-especialista, quanto do especialista. Muitos programas governamentais atuais, que buscam orientar a formação na área médica no que se refere à formação de especialistas, procuram estimular a interiorização do trabalho do médico. Entretanto, muitos desses programas não encontram o sucesso pretendido porque de nada adianta formar numericamente profissionais como se julga necessário se, depois, eles não terão como atuar de maneira satisfatória na rede de saúde, sem falar em termos de qualidade do profissional que está sendo formado.

Da mesma maneira, a priorização de algumas áreas de interesse governamental em especialização para suprir necessidades de saúde ou de políticas de saúde, esbarra no desinteresse de médicos recém-formados, porque não há uma carreira pública que justifique investir sua vida, seu futuro, nesta alternativa de especialidade. Como é possível imaginar um sistema que, para funcionar, tenha nele pessoas sem qualquer estímulo para evolução profissional ou garantias de que seu trabalho será valorizado e nem tenha condições de atuar de forma ampla

e resolutiva frente às pessoas atendidas? Há carreiras muito bem estruturadas nos órgãos governamentais, de todas as esferas de poder, mas não se resolve esta carência para médicos, incluindo aí os especialistas, que atendem diretamente a população. Como justificativa para a não existência de carreira de médico no SUS está o fato de que o sistema é municipalizado e regionalizado, e quem é responsável por fazer a política de cargos e carreiras são as prefeituras e os estados. Isto pode ser verdadeiro, como também é verdadeiro que há soluções para isso. Algumas profissões importantes para a sociedade, onde poderiam haver justificativas semelhantes, possuem carreiras bem constituídas e aceitáveis, tanto pelos profissionais, quanto pelos dirigentes. Por que para o médico não pode ser igual? Parece incoerente ou, então, falta vontade política para resolver esta questão.

Apesar de todas estas necessidades para efetivação da política de saúde do país, a estratégia de expansão do ensino superior como forma de suprir necessidades populacionais em saúde foi implementada fortemente nos últimos anos. Com isso, pretende-se aumentar a quantidade de profissionais, dentre eles os médicos, para maior atendimento à população, buscando como grande objetivo a interiorização. Realmente esta é uma necessidade fundamental para o país, pois existem muitos municípios, mesmo em estados mais desenvolvidos da Federação, que não possuem médicos. Novamente verifica-se nesta iniciativa a falta de enfrentamento resolutivo para com aspectos óbvios do problema, que consistem na qualificação da rede desses municípios e a falta de estímulo profissional para os médicos que vão atuar nesses locais. Grande parte de formandos não irá para municípios menores ou mais distantes porque não há estímulo para tal, não há uma política pública efetiva para atrair e manter esses profissionais nestes locais.

Estes aspectos apresentados inicialmente neste capítulo são importantes para reflexão, pois a discussão sobre a formação de especialistas no país, através de suas várias formas e modalidades, não pode se afastar destas questões importantes no cenário atual.

A formação de especialistas médicos no Brasil tem a Residência Médica como seu principal e, provavelmente, melhor modelo. Entretanto, este não é o único método de formação de especialistas ou de adquirir conhecimentos especializados em Medicina. Existem outros, com várias denominações: especializações, estágios, aperfeiçoamentos etc, que são utilizados por uma grande quantidade de profissionais. O Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977, regulamentou a Residência Médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Portanto, a Residência Médica é regida por Lei e sua regulamentação segue o previsto nas Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica, vinculada ao Ministério da Educação.

A Lei 6.932, de 7 de julho de 1981, dispõe sobre as atividades do médico residente e prevê, em seu Artigo 1.º, que: “a Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. Portanto, para fazer residência médica é necessário fazer “cursos de especialização” dentro de um Programa, chamado Programa de Residência Médica (PRM), autorizado para esta finalidade pela CNRM [§1º - *As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.*]

Conforme o §2.º deste artigo, “*é vedado o uso da expressão ‘residência médica’ para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica*”.

Apesar de muitas especializações, estágios e aperfeiçoamentos serem semelhantes ao PRM, eles não podem receber esta denominação se não estiverem credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Um médico, caso opte por fazer Residência Médica e busque, através deste método, ser um especialista em determinada área, terá que realizar um exame para ingresso ao PRM. Sendo classificado conforme o

número de bolsas existentes em determinado programa, poderá cursar os anos de treinamento institucional, que, ao serem concluídos e mediante aprovação, lhe conferirão o título de especialista na respectiva área do conhecimento médico cursada:

Art 6º - “Os programas credenciados de Residência Médica conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovantes hábeis para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina”.

Programas de Residência Médica só podem ser oferecidos em especialidades médicas ou áreas de atuação, conforme definidas pela Comissão Mista de Especialidades. A Resolução CFM n.º 1.845/2008, define 53 especialidades médicas e 54 áreas de atuação e os Títulos de Especialista passíveis de registro segundo especialidades e respectivas áreas.

Este caminho de especialização, através dos PRM, não pode ser seguido por muitos médicos porque ocorre no país uma grande diferença entre médicos formados e número de vagas em PRM. Como uma das estratégias para a “expansão” e “interiorização” de médicos no Brasil foi o aumento de escolas médicas, temos, atualmente, 176 escolas, totalizando 17.225 vagas. Houve um aumento extraordinário dessas escolas nos últimos anos, principalmente no setor privado, sendo que, hoje, há no país mais escolas de Medicina privadas do que públicas. Somente do ano 2000 até agora, em torno de 76 novas escolas médicas foram criadas, das quais aproximadamente 77% são privadas e há, ainda, muitas solicitações de criação de novas escolas, também em sua maioria privadas.

Várias iniciativas governamentais, para facilitar o acesso ao ensino superior, têm permitido que mesmo escolas privadas que cobram mensalidades elevadas de seus alunos tenham preenchimento de suas vagas. Além disso, instituições que aderem aos programas de financiamento escolar recebem isenção de vários tributos. Como a taxa de evasão de faculdades de Medicina não é tão grande quanto a de outras áreas profissionais, algo próximo do número total de vagas disponíveis para acesso deve corresponder à quantidade de egressos dessas faculdades.

Por outro lado, segundo informação na página eletrônica da Comissão Nacional de Residência Médica, em 02/07/2009 havia 11.331 vagas credenciadas de acesso ao primeiro ano de Residência Médica no Brasil. Como a taxa de evasão dos Programas de Residência também não deve ser grande, numa análise inicial teríamos 17.225 médicos sendo formados e 11.331 vagas de RM. Isto significa que aproximadamente 6 mil (35%) dos médicos recém-formados não teriam acesso aos Programas de Residência Médica a cada ano. A situação, no entanto, é muito pior que esta porque o número de bolsas efetivas que permitem ao médico residente adentrar aos Programas é bem menor que o número de vagas credenciadas. O número real de bolsas para acesso ao primeiro ano dos PRM muda a cada ano, e não há acesso direto a este número. Somando-se a isto, falta procura por vagas em algumas especialidades (que vai atingindo proporções assustadoras) e, em certas instituições, ocorre que o número de vagas efetivamente preenchidas é ainda menor.

Segundo publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, datada em 2008, **“dentre os médicos em atividade no Estado de São Paulo 61% não cursaram Residência Médica. Este dado refere-se ao universo de médicos paulistas formados entre 1996 e 2005, com registro da informação (se tem ou não Residência) na Comissão Nacional de Residência Médica e no Conselho Federal de Medicina”**.

Considerando que São Paulo é o que mais oferece vagas para Residência Médica dentre os estados da Federação, provavelmente um número bem maior que 6 mil médicos recém-formados do país não conseguirão cursar os Programas de Residência Médica a cada ano.

A abertura de Faculdades de Medicina, sem estrutura para oferecerem Programas de Residência Médica, tende a tornar este quadro muito mais grave e de repercussões ainda pouco avaliadas. Um perigo que se corre para resolver este déficit seria a proposição de redução de critérios para aprovação de instituições capacitadas a oferecer PRM, apenas para aumentar seu número e tentar resolver este grande problema de formação de especialistas no país. Outro risco é propor

a redução do conteúdo programático de especialidades, para diminuir o número de anos necessários para formar especialistas e, assim, disponibilizar mais bolsas. Estas alternativas, evidentemente, não seriam prudentes, muito menos éticas.

Programas de Residência precisam dar conta de muitas questões complexas, tais como: cumprir pré-requisitos estruturais e de recursos humanos; ter um conteúdo programático claro, com programa bem descrito, com objetivos e metas no sentido de aquisição de competências, que sejam de conhecimento dos profissionais da instituição e dos médicos residentes; ter projetos para qualificação, estímulo, empenho e reconhecimento dos preceptores; além de avaliação periódica (do Programa e dos médicos residentes) e garantias de bolsa de estudos e condições de treinamento para os médicos residentes. São necessidades que, para serem supridas, precisam de qualificação real e empenho institucional.

Um dos maiores problemas que se vive hoje dentro dos muitos PRM do país, refere-se à questão da Preceptoria, pois não há muitas vezes capacitação desses preceptores e muito menos motivação para ensinar, pois este é um trabalho pouco ou nada reconhecido. Ter médicos residentes em um Programa significa, ainda, garantir uma série de direitos previstos em Lei, alguns de ordem geral, e outros específicos para o médico residente. Assim, podemos citar: bolsa de estudo mensal, máximo de sessenta horas semanais de trabalho, com direito a folga semanal de 24 horas, trinta dias de férias por ano, alimentação, licença gestante e paternidade com manutenção da bolsa, afastamentos etc. Portanto, implica em muitas responsabilidades que a Instituição que busca oferecer esta forma de ensino de pós-graduação *lato sensu*, precisa garantir. Por tudo isso, verifica-se que não é simples oferecer treinamento em RM e muitas escolas médicas não conseguem desenvolver a oferta deste treinamento.

O fato de um médico não ingressar em Programas de Residência Médica pode ser uma opção dos recém-formados. Esta opção, entretanto, é de uma minoria. Há várias estratégias em andamento, implementadas por Faculdades de Medicina

públicas e privadas, buscando preparar seus graduandos para uma formação geral, aplicando Diretrizes que convergem para este sentido. O objetivo destas estratégias é de que o recém-formado adote o serviço público como local de trabalho e exerça uma medicina dita generalista. Apesar de muitos dirigentes de instituições de ensino afirmarem que os cursos de Medicina são terminais, na prática, o que se vê, é algo bem longe disso. O ensino médico no Brasil passa por profundas discussões sobre a qualidade profissional dos recém-formados e sua competência para exercer a atividade médica, como deseja a sociedade. Como as estratégias de formar o “generalista terminal” ainda não trouxeram grandes resultados, a maioria dos formandos de cursos de Medicina buscará alguma especialização em Programas de Residência Médica ou outro método.

A cada ano, portanto, milhares de médicos recém-formados ou já formados há algum tempo, que não conseguem vagas em Programas de Residência Médica, estarão em busca de aperfeiçoamento profissional em várias especialidades médicas e suas áreas de atuação. Particularmente em relação às áreas de atuação, a questão se agrava, pois nem todas são passíveis de realização de treinamento através de PRM, porque não há credenciamento em certas áreas, até por falta de interesse público em relação a algumas delas, devido à sua grande especificidade. Portanto, como a Residência Médica não é a única forma de buscar esse aperfeiçoamento ou treinamento e como nem sempre há PRM que contemplem todas as áreas de interesse, esses médicos irão buscar sua qualificação em cursos denominados especializações, estágios e aperfeiçoamentos.

Inicialmente é difícil diferenciar o significado dessas denominações e, como poderemos verificar, há necessidade de estudar melhor essas modalidades, para classificá-las e criar conceitos de cunho mais específico para aquilo que se quer descrever. Estes termos são utilizados ora como sinônimos, ora como situações diferentes e, muitas vezes, como etapas a serem cumpridas em processos com denominações ainda mais diferentes.

O que são as “especializações”?

Especialista é a pessoa que se consagra com particular interesse e cuidado a certo estudo, pessoa que se dedica a um ramo da profissão. Especializar significa diferenciação em relação a determinado assunto. Como descrito acima, Residência Médica se faz na forma de cursos de especialização. Existem, no Brasil, grande número de cursos denominados de especialização na área médica. Em muitas instituições, públicas e privadas, foram criados cursos de especialização com finalidades semelhantes ou diferentes da RM. Em alguns locais, esses cursos são idênticos aos PRM, porém sem se sujeitar às normas da CNRM, porque não são por ela credenciados e autorizados a funcionar. Algumas Associações de Especialistas têm normas para credenciar instituições para oferecimento desses cursos. Os critérios adotados para credenciamento das Instituições pelas associações são variados, existindo normas particulares para cada uma.

Algumas associações possuem critérios que podem ser até mais rigorosos que os do próprio MEC, como, por exemplo, avaliações anuais das instituições, enquanto que o MEC faz avaliações quinquenais para obtenção de credenciamento. Normalmente existem comissões internas nessas associações que fazem a avaliação e autorizam ou não o credenciamento de Instituições para oferecimento dos cursos. Há, portanto, vários cenários de oferta e realização desses cursos de especialização oferecidos pelas Associações de Especialistas. Após o credenciamento pela Associação específica, as instituições elaboram seus processos seletivos. Algumas denominam tais cursos como sendo de “especialização médica” e ressaltam o caráter diferente em relação à Residência Médica, embora o programa possa ser semelhante.

Há, também, uma infinidade de cursos denominados de especialização, promovidos por instituições das mais variadas, públicas e privadas, alguns até ministrados por não-médicos, que servem como complementação profissional em alguma área específica da Medicina, com durações

muito diferenciadas. Pesquisas em páginas eletrônicas de universidades públicas mostram, em alguns casos, dezenas e até centenas de cursos de especialização médica aprovados e divulgados, embora nem todos sejam de oferecimento simultâneo. Geralmente, são cursos pagos, alguns chegando a valores muito altos, com durações das mais variadas. Algumas universidades oferecem modalidades de cursos de especialização a distância, incluindo aí capacitação para o atendimento a doenças e emergências médicas. Como se pode verificar, portanto, há inúmeras possibilidades de cursos deste tipo, utilizando os mais variados métodos de ensino, inclusive a distância, com profissionais extremamente diversificados ministrando tais ensinamentos.

A grande oferta demonstra que o médico busca formação complementar na sua vida profissional, que muitas vezes paga caro por isso, não só em termos econômicos, mas em tempo dispendido e, assim, procura se aperfeiçoar e oferecer um melhor atendimento à população e conquistar novos mercados de trabalho. Seria importante se verificássemos que o interesse que as autoridades de saúde têm em relação à formação médica, fosse o mesmo para com a educação continuada dos médicos e com o apoio para que eles pudessem se aperfeiçoar cada vez mais, sem tanto esforço econômico e pessoal.

Apesar da expressão “cursos de especialização” ser utilizada das mais variadas maneiras, o Ministério da Educação utiliza o termo especialização como uma nomenclatura destinada a denominar uma espécie da atividade de pós-graduação *lato sensu*, já que a Residência Médica também está incluída dentro da pós-graduação *lato sensu*. Grande parte da regulamentação atual sobre especialização encontra-se na Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007, que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização, publicada no Diário Oficial da União, em 8 de junho de 2007 (Brasília, Seção 1, pág. 9), já sofrendo alterações pela Resolução CNE/CES nº 5, de 25 de setembro de 2008.

O texto da Resolução CNE/CES nº1 de 2007 determina que:

Art. 1º *Os cursos de pós-graduação lato sensu oferecidos por instituições de educação superior devidamente credenciadas independem de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, e devem atender ao disposto nesta Resolução.*

§ 1º *Incluem-se na categoria de curso de pós-graduação lato sensu aqueles cuja equivalência se ajuste aos termos desta Resolução.*

§ 2º *Excluem-se desta Resolução os cursos de pós-graduação denominados de aperfeiçoamento e outros.*

§ 3º *Os cursos de pós-graduação lato sensu são abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação ou demais cursos superiores e que atendam às exigências das instituições de ensino.*

§ 4º *As instituições especialmente credenciadas para atuar nesse nível educacional poderão ofertar cursos de especialização, única e exclusivamente, na área do saber e no endereço definidos no ato de seu credenciamento, atendido ao disposto nesta Resolução.*

Art. 2º *Os cursos de pós-graduação lato sensu, por área, ficam sujeitos à avaliação dos órgãos competentes a ser efetuada por ocasião do credenciamento da instituição.*

Art. 63º *As instituições que ofereçam cursos de pós-graduação lato sensu deverão fornecer informações referentes a esses cursos, sempre que solicitadas pelo órgão coordenador do Censo do Ensino Superior, nos prazos e demais condições estabelecidos.*

Art. 4º *O corpo docente de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização, deverá ser constituído por professores especialistas ou de reconhecida capacidade técnico-profissional, sendo que 50% (cinquenta por cento) destes, pelo menos, deverão apresentar titulação de mestre ou de*

doutor obtido em programa de pós-graduação estrito sensu reconhecido pelo Ministério da Educação.

Art. 5º *Os cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização, têm duração mínima de 360 (trezentas e sessenta) horas, nestas não computado o tempo de estudo individual ou em grupo, sem assistência docente, e o reservado, obrigatoriamente, para elaboração individual de monografia ou trabalho de conclusão de curso.*

Art. 6º *Os cursos de pós-graduação lato sensu a distância somente poderão ser oferecidos por instituições credenciadas pela União, conforme o disposto no § 1º do art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.*

Parágrafo Único. *Os cursos de pós-graduação lato sensu oferecidos a distância deverão incluir, necessariamente, provas presenciais e defesa presencial individual de monografia ou trabalho de conclusão de curso.*

Art. 7º *A instituição responsável pelo curso de pós-graduação lato sensu expedirá certificado a que farão jus os alunos que tiverem obtido aproveitamento, segundo os critérios de avaliação previamente estabelecidos, sendo obrigatório, nos cursos presenciais, pelo menos, 75% (setenta e cinco por cento) de frequência.*

§ 1.º *Os certificados de conclusão de cursos de pós-graduação lato sensu devem mencionar a área de conhecimento do curso e serem acompanhados do respectivo histórico escolar, do qual devem constar, obrigatoriamente:*

I - relação das disciplinas, carga horária, nota ou conceito obtido pelo aluno e nome e qualificação dos professores por elas responsáveis;

II - período em que o curso foi realizado e a sua duração total, em horas de efetivo trabalho acadêmico;

III - título da monografia ou do trabalho de conclusão do curso e nota ou conceito obtido;

IV - declaração da instituição de que o curso cumpriu todas as disposições da presente Resolução; e

V - citação do ato legal de credenciamento da instituição.

§ 2.º *Os certificados de conclusão de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização, na modalidade presencial ou a distância, devem ser obrigatoriamente registrados pela instituição devidamente credenciada e que efetivamente ministrou o curso.*

§ 3.º *Os certificados de conclusão de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização, que se enquadrem nos dispositivos estabelecidos nesta Resolução terão validade nacional.*

Art. 8º *Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogados os arts. 6.º, 7.º, 8.º, 9º, 10, 11 e 12 da Resolução CNE/CES nº 1, de 3 de abril de 2001, e demais disposições em contrário.*

Vê-se, pelo teor da Resolução, que cursos de aperfeiçoamento profissional não são atingidos por esta regulamentação. Entretanto, é difícil separar o contexto de aperfeiçoamento destes cursos de especialização, bem como falta uma definição sobre o que seriam, então, os cursos de aperfeiçoamento. Segundo o Ministério da Educação, “os cursos de especialização em nível pós-graduação *lato sensu* são voltados às expectativas de aprimoramento acadêmico e profissional e com caráter de educação continuada. Oferecidos exclusivamente a portadores de diploma de curso superior, têm usualmente um objetivo técnico-profissional específico, não abrangendo o campo total do saber em que se insere a especialidade”. Seriam, portanto, diferentes de uma Residência Médica. Sua carga horária mínima é de 360 horas (não se diz qual é a carga horária máxima), não computando o tempo de estudo individual ou em grupo sem assistência docente, nem o tempo destinado à elaboração de monografia ou trabalho de

conclusão de curso. Dependendo do objeto de estudo descrito no projeto pedagógico, o curso de especialização poderá ter carga horária bem maior do que 360 horas. Os PRM têm duração máxima de 2.880 horas anuais. Tais cursos têm finalidades muito variadas, que podem incluir desde o aprofundamento da formação da graduação em determinada área – como as especializações dos profissionais da área de saúde – ou temas mais gerais que proporcionam um diferencial na formação acadêmica e profissional. Em síntese: os cursos de especialização em nível de pós-graduação *lato sensu* são uma modalidade voltada às expectativas de aprimoramento acadêmico e profissional, cuja duração pode chegar a um ou dois anos.

Naquilo que interessa à discussão deste Capítulo, a especialização médica em cursos não caracterizados como Programas de Residência Médica, traz várias reflexões. Primeiramente, é difícil classificar alguns cursos de “especialização” na área médica, relativamente ao ganho de conhecimentos em especialidades médicas, como sendo a mesma coisa que o previsto na Resolução acima.

Em Parecer CES/908/98, menciona-se quanto à solicitação de instituição para oferecimento de especialização em área médica que **“essa prática tem sido frequente, sobretudo, na área da saúde onde, recém-médicos, tendo ou não realizado residência, são incentivados a prosseguir o seu aperfeiçoamento em instituições cujo ambiente de trabalho mescla a capacitação em serviço com a participação em experimentos, estudos ou intervenções, que têm impacto sobre o desenvolvimento da área específica”**.

Portanto, a especialização, como assim refere o Ministério da Educação, está voltada não apenas para os médicos que não cursaram Programas de Residência Médica, mas também é procurada por estes. Isto é de grande interesse para a educação continuada de médicos, especialistas ou não, porque a formação médica claramente não é terminal, nem com a conclusão da Residência Médica. Trata-se, portanto, de excelente oportunidade para que médicos e especialistas ampliem seus conhecimentos em área específica de sua prática, tendo em vista os avanços da ciência médica.

Aspectos que geram discussões referem-se ao controle sobre esta modalidade e o fato dela poder interferir nos PRM. Quando docentes de Instituições que oferecem esses cursos de especialização são os mesmos que atuam na Residência Médica, pode haver deslocamento de atividades e de interesses para uma modalidade, prejudicando a outra. Algumas situações deste tipo podem ser vistas no país, quando se observa PRM sem preceptorial consistente, enquanto cursos de especialização são bem tutorados.

Há várias instituições da área de saúde pelo país com cursos de especialização *lato sensu* aprovados (DESUP/SESu/MEC) e que têm o mesmo nome de especialidades médicas ou de suas áreas de atuação. Saber se o teor destes cursos é semelhante a uma Residência Médica é algo para ser analisado caso a caso. Provavelmente, na maioria das vezes, trata-se de cursos de duração muito menor que a da Residência Médica, embora existam alguns que podem durar de um a dois anos e com número de horas bem semelhante à de um Programa de Residência Médica. Como detalhe importante, como exemplificado acima, várias instituições cobram do especializando uma mensalidade, nem sempre pequena. Portanto, há especializando que realizam cursos com carga horária próxima de Programas de Residência Médica, tendo que pagar por isso. Em alguns editais de processos seletivos para essas especializações pode-se observar que no próprio título do edital aparece “Especialização em Regime de Residência Médica”. São processos seletivos que não seguem, necessariamente, as normativas de acesso à Residência Médica, nem irão conferir o Título de Especialista nos moldes do Ministério da Educação ou da Associação Médica Brasileira.

Os direitos e deveres dos médicos residentes não são os mesmos dos especializando e aí está um grande problema. Especializando seguem regramentos das Instituições e das coordenações destes cursos. A instituição que oferece tais cursos deve estar credenciada pelo Ministério da Educação, mas os cursos independem de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento. Há, portanto, autonomia da instituição. Enquanto os Programas de Residência Médica passam

por processo de credenciamento a cada cinco anos, podendo ser antecipado em certas circunstâncias, os cursos de especialização *lato sensu* regulados por esta Resolução não têm o mesmo tipo de controle, embora possam ser avaliados quando do credenciamento das instituições que os oferecem. O Ministério da Educação informa que **“existe um portal que oferece informações sobre as instituições de educação superior credenciadas e os cursos superiores autorizados (www.educacaosuperior.inep.gov.br/)”**. Isto permitiria que o interessado verificasse se o curso ou se a Instituição estão oferecendo aquilo que é esperado.

Há exigência de que pelo menos 50% dos docentes desses cursos tenham mestrado e/ou doutorado, o que implica em corpo docente com maior formação em pós-graduação *estricto sensu* do que a exigida para os PRM. Após o término destes cursos, no certificado de conclusão expedido pela Instituição, deve estar mencionada a área de conhecimento do curso, cuja validade é nacional (Artigo 7º § 3º). Deve-se discutir até que ponto tais diplomas não podem gerar conflitos com o próprio Título de Especialista, em algumas situações específicas. Portanto, cursos de especialização *lato sensu* não deveriam ter a abrangência de uma formação nos moldes de uma residência médica, nem deveriam ter o nome de uma especialidade médica ou área de atuação, pois o certificado expedido é de validade nacional. Isto é uma questão importante, porque uma especialização em área médica, se tiver a amplitude de uma residência médica ou de uma área de atuação, não sendo residência médica, para conferir um Título de Especialista, dependerá de aprovação em prova específica da Associação de Especialistas.

O que são os estágios?

Estágio é situação de aprendizado transitória, ou ainda, cada uma das sucessivas etapas nas quais se realiza determinado trabalho. Entretanto, este termo é empregado com muitas conotações. Em Programas de Residência Médica é muito comum denominar os sucessivos locais por onde passa o médico residente como “estágios”. Muitas vezes se utiliza a expressão “estágio” para designar aquele indivíduo

em treinamento semelhante à Residência Médica, mas que não está cursando um PRM. Em decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (Apelação Cível n.º 2002.34.00.015019-4/DF), no voto aprovado consta que **“estágio e residência não se confundem - a residência médica é definida como treinamento em serviço, e o estágio, não; e que, durante o período de residência, o médico adquire experiência na profissão em determinada especialidade, mediante realização de procedimentos privativos do profissional habilitado em Medicina”**.

O assim denominado estagiário na área médica, geralmente é aquele profissional que está realizando um treinamento em um local restrito, atividade esta que muitas vezes é bem delimitada, buscando um objetivo específico de conhecimento. Entretanto, da mesma maneira que o termo especialização, também se denominam estágios certos cursos oferecidos por instituições de saúde, onde ocorre cenário semelhante ao descrito acima para a especialização. Estes termos, muitas vezes, têm sido usados como sinônimos. São denominados, na maioria das vezes, estágios de aperfeiçoamento médico. Alguns também são montados com forma e conteúdo semelhantes aos PRM, tanto em instituições públicas, quanto em privadas.

De maneira geral, estágios deveriam ser aqueles programas de aprendizagem ou de caráter prático ou teórico-prático oferecidos a profissionais de saúde com o objetivo de conferir, reciclar ou complementar conhecimentos em áreas específicas. São oferecidos em todo país, por instituições das mais variadas. Não há um regramento comum e cada instituição tem suas normas para os estágios, exigindo cumprimento de requisitos dos mais variados para a inscrição, realização e conclusão do período de treinamento. Existem situações onde se preconiza que “as despesas de manutenção do estagiário correrão por sua própria conta”; “o estagiário não terá vínculo empregatício, nem representará ônus para a instituição”. Há, portanto, preocupação em termos de não configuração de vínculo empregatício e remuneração do estagiário. Nas situações onde o estágio é de longa duração, com intensa atividade do estagiário, isto poderia configurar uma situação não recomendável de exploração do trabalho

médico. Em certos casos, além de não ser remunerado, o estagiário acaba, ainda, pagando para realizar o estágio, o que é ainda mais inadequado. Parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, de número 92417, emitido em 28/04/2009 e aprovado na 3.965ª Reunião Plenária, referente à questão de estágio em especialidade médica, aponta que: **“Para efeito de legislação, os estágios em qualquer área da Medicina não qualificam o médico. Portanto, estes são os parâmetros a serem seguidos, salientando-se que é inadmissível serviços com estagiários sem remuneração e sem as normas estabelecidas acima, onde possa ser caracterizado o uso de mão de obra “barata” e que posteriormente não terá direito nenhum de comprovação oficial e reconhecimento de sua especialização para fins legais”.**

No que se refere à relação com a Residência Médica, o contato do assim denominado “estagiário” com o médico residente pode não trazer problemas, mas também pode ser inapropriado. Em algumas instituições não há espaço físico para a atuação de ambos, em outras o número de pacientes não é suficiente para o treinamento adequado e surgem conflitos entre residentes e estagiários, nem sempre bem resolvidos. Na programação desses estágios, muitas vezes há previsão explícita de que a prioridade no atendimento será dos médicos residentes, ou que o estagiário só poderá realizar determinado procedimento se houver pacientes suficientes para tal. Tais situações são indesejáveis, mas existem em todo país e decorrem da falta de opção de treinamento dos médicos. Resolver isto depende da participação de várias entidades importantes no cenário de formação médica especializada, incluindo órgãos públicos, que detêm o financiamento do sistema de saúde. A partir do ano de 2008, com a entrada em vigor da Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, temos um novo cenário de regulamentação do estágio no país.

Lei nº 11.788 de 25 de setembro de 2008

Dispõe sobre o estágio de estudantes, altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de vinte

de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências.

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E RELAÇÕES DE ESTÁGIO

Art. 1º – Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular, em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

§ 1º O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando.

§ 2º O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

Art. 2º – O estágio poderá ser obrigatório ou não-obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso.

§ 1º Estágio obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma.

§ 2º Estágio não-obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória.

§ 3º As atividades de extensão, de monitorias e de iniciação científica na educação superior, desenvolvidas pelo estudante, somente poderão ser equiparadas ao estágio em caso de previsão no projeto pedagógico do curso.

Art. 3º – O estágio, tanto na hipótese do § 1º do art. 2º desta Lei, quanto na prevista no § 2º do mesmo dispositivo, não cria vínculo empregatício de qualquer natureza, observados os seguintes requisitos:

I - matrícula e frequência regular do educando em curso de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e nos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos e, atestados pela instituição de ensino;

II - celebração de termo de compromisso entre o educando, a parte concedente do estágio e a instituição de ensino;

III - compatibilidade entre as atividades desenvolvidas no estágio e aquelas previstas no termo de compromisso.

§ 1º O estágio, como ato educativo escolar supervisionado, deverá ter acompanhamento efetivo pelo professor orientador da instituição de ensino e por supervisor da parte concedente, comprovado por vistos nos relatórios referidos no inciso IV do caput do art. 7º desta Lei e por menção de aprovação final.

§ 2º O descumprimento de qualquer dos incisos deste artigo ou de qualquer obrigação contida no termo de compromisso caracteriza vínculo de emprego do educando com a parte concedente do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

Art. 4º – A realização de estágios, nos termos desta Lei, aplica-se aos estudantes estrangeiros regularmente matriculados em cursos superiores no País, autorizados ou reconhecidos, observado o prazo do visto temporário de estudante, na forma da legislação aplicável.

Art. 5º – As instituições de ensino e as partes cedentes de estágio podem, a seu critério, recorrer a serviços de agentes de integração públicos e privados, mediante condições acordadas em instrumento jurídico apropriado, devendo ser observada, no caso de contratação com recursos públicos, a legislação que estabelece as normas gerais de licitação.

§ 1º Cabe aos agentes de integração, como auxiliares no processo de aperfeiçoamento do instituto do estágio:

- I - identificar oportunidades de estágio;
- II - ajustar suas condições de realização;
- III - fazer o acompanhamento administrativo;
- IV - encaminhar negociação de seguros contra acidentes pessoais;
- V - cadastrar os estudantes.

§ 2º É vedada a cobrança de qualquer valor dos estudantes, a título de remuneração pelos serviços referidos nos incisos deste artigo.

§ 3º Os agentes de integração serão responsabilizados civilmente se indicarem estagiários para a realização de atividades não compatíveis com a programação curricular estabelecida para cada curso, assim como estagiários matriculados em cursos ou instituições para as quais não há previsão de estágio curricular.

Art. 6º – O local de estágio pode ser selecionado a partir de cadastro de partes cedentes, organizado pelas instituições de ensino ou pelos Agentes de Integração.

CAPÍTULO II

DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Art. 7º – São obrigações das instituições de ensino, em relação aos estágios de seus educandos:

- I - celebrar termo de compromisso com o educando ou com seu representante ou assistente legal, quando ele for

absoluta ou relativamente incapaz, e com a parte concedente, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;

II - avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;

III - indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

IV - exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a seis meses, de relatório das atividades;

V - zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

VI - elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;

VII - comunicar à parte concedente do estágio, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.

Parágrafo único. O plano de atividades do estagiário, elaborado em acordo das 3 (três) partes a que se refere o inciso II do caput do art. 3º desta Lei, será incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivos à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante.

Art. 8º – É facultado às instituições de ensino celebrar com entes públicos e privados convênio de concessão de estágio, nos quais se explicitem o processo educativo compreendido nas atividades programadas para seus educandos e as condições de que tratam os arts. 6º a 14 desta Lei.

Parágrafo único. A celebração de convênio de concessão de estágio entre a instituição de ensino e a parte concedente não dispensa a celebração do termo de compromisso de que trata o inciso II do caput do art. 3º desta Lei.

CAPÍTULO III

DA PARTE CONCEDENTE

Art. 9º – As pessoas jurídicas de direito privado e os órgãos da administração pública direta, autárquica e fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como profissionais liberais de nível superior devidamente registrados em seus respectivos conselhos de fiscalização profissional, podem oferecer estágio, observadas as seguintes obrigações:

I - celebrar termo de compromisso com a instituição de ensino e o educando, zelando por seu cumprimento;

II - ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;

III - indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente;

IV - contratar em favor do estagiário seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, conforme fique estabelecido no termo de compromisso;

V - por ocasião do desligamento do estagiário, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho;

VI - manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;

VII - enviar à instituição de ensino, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.

Parágrafo Único. No caso de estágio obrigatório, a responsabilidade pela contratação do seguro de que trata o inciso IV do caput deste artigo poderá, alternativamente, ser assumida pela instituição de ensino.

CAPÍTULO IV

DO ESTAGIÁRIO

Art. 10º – A jornada de atividade em estágio será definida de comum acordo entre a instituição de ensino, a parte concedente e o aluno estagiário ou seu representante legal, devendo constar do termo de compromisso, ser compatível com as atividades escolares e não ultrapassar:

I - 4 (quatro) horas diárias e 20 (vinte) horas semanais, no caso de estudantes de educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional de educação de jovens e adultos;

II - 6 (seis) horas diárias e 30 (trinta) horas semanais, no caso de estudantes do ensino superior, da educação profissional de nível médio e do ensino médio regular.

§ 1º O estágio relativo a cursos que alternam teoria e prática, nos períodos em que não estão programadas aulas presenciais, poderá ter jornada de até 40 (quarenta) horas semanais, desde que isso esteja previsto no projeto pedagógico do curso e da instituição de ensino.

§ 2º Se a instituição de ensino adotar verificações de aprendizagem periódicas ou finais, nos períodos de avaliação a carga horária do estágio será reduzida pelo menos à metade, segundo estipulado no termo de compromisso, para garantir o bom desempenho do estudante.

Art. 11º – A duração do estágio, na mesma parte concedente, não poderá exceder 2 (dois) anos, exceto quando se tratar de estagiário portador de deficiência.

Art. 12º O estagiário poderá receber bolsa ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada, sendo compulsória a sua concessão, bem como a do auxílio-transporte, na hipótese de estágio não obrigatório.

§ 1º A eventual concessão de benefícios relacionados a transporte, alimentação

e saúde, entre outros, não caracteriza vínculo empregatício.

§ 2º Poderá o educando inscrever-se e contribuir como segurado facultativo do Regime Geral de Previdência Social.

Art. 13º – É assegurado ao estagiário, sempre que o estágio tenha duração igual ou superior a 1 (um) ano, período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares.

§ 1º O recesso de que trata este artigo deverá ser remunerado, quando o estagiário receber bolsa ou outra forma de contraprestação.

§ 2º Os dias de recesso previstos neste artigo serão concedidos de maneira proporcional, nos casos de o estágio ter duração inferior a 1 (um) ano.

Art. 14º – Aplica-se ao estagiário a legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho, sendo sua implementação de responsabilidade da parte concedente do estágio.

CAPÍTULO V

DA FISCALIZAÇÃO

Art. 15º – A manutenção de estagiários em desconformidade com esta Lei caracteriza vínculo de emprego do educando com a parte concedente do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

§ 1º A instituição privada ou pública que reincidir na irregularidade de que trata este artigo ficará impedida de receber estagiários por 2 (dois) anos, contados da data da decisão definitiva do processo administrativo correspondente.

§ 2º A penalidade de que trata o parágrafo 1º deste artigo limita-se à filial ou agência em que for cometida a irregularidade.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º – O termo de compromisso deverá ser firmado pelo estagiário ou com seu representante ou assistente legal e pelos representantes legais da parte concedente e da instituição de ensino, vedada a atuação dos agentes de integração a que se refere o art. 5º desta Lei como representante de qualquer das partes.

Art. 17º – O número máximo de estagiários em relação ao quadro de pessoal das entidades concedentes de estágio deverá atender às seguintes proporções:

- I - de 1 (um) a 5 (cinco) empregados: 1 (um) estagiário;
- II - de 6 (seis) a 10 (dez) empregados: até 2 (dois) estagiários;
- III - de 11 (onze) a 25 (vinte e cinco) empregados: até 5 (cinco) estagiários;
- IV - acima de 25 (vinte e cinco) empregados, até 20% (vinte por cento) de estagiários.

§ 1º Para efeito desta Lei, considera-se quadro de pessoal o conjunto de trabalhadores empregados existentes no estabelecimento do estágio.

§ 2º Na hipótese de a parte concedente contar com várias filiais ou estabelecimentos, os quantitativos previstos nos incisos deste artigo serão aplicados a cada um deles.

§ 3º Quando o cálculo do percentual disposto no inciso IV do caput deste artigo resultar em fração, poderá ser arredondado para o número inteiro imediatamente superior.

§ 4º Não se aplica o disposto no caput deste artigo aos estágios de nível superior e de nível médio profissional.

§ 5º Fica assegurado às pessoas portadoras de deficiência o percentual de 10% (dez) das vagas oferecidas pela parte concedente do estágio.

Art. 18º – A prorrogação dos estágios contratados antes do início da vigência desta Lei apenas poderá ocorrer se ajustada às suas disposições.

Art. 19º – O artigo 428 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 428

§ 1º A validade do contrato de aprendizagem pressupõe anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social, matrícula e frequência do aprendiz na escola, caso não haja concluído o ensino médio, e inscrição em programa de aprendizagem desenvolvido sob orientação de entidade qualificada em formação técnico-profissional metódica.

§ 3º O contrato de aprendizagem não poderá ser estipulado por mais de 2 (dois) anos, exceto quando se tratar de aprendiz portador de deficiência.

§ 7º Nas localidades onde não houver oferta de ensino médio para o cumprimento do disposto no § 1º deste artigo, a contratação do aprendiz poderá ocorrer sem a frequência à escola, desde que ele já tenha concluído o ensino fundamental”. (NR)

Art. 20º – O artigo 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 82. Os sistemas de ensino estabelecerão as normas de realização de estágio em sua jurisdição, observada a lei federal sobre a matéria.

Art. 21º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22º – Revogam-se as Leis nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e nº 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro

de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001.

Para dar melhor entendimento desta Lei, foi publicada, pelo Ministério do Trabalho e Emprego, uma Cartilha Esclarecedora, baseada na Orientação Normativa nº 7, de 30 de outubro de 2008 e na própria Lei nº 11.788/2008. Portanto, verificamos que o termo estágio se aplica ao “ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo do estudante. O estágio integra o itinerário formativo do educando e faz parte do projeto pedagógico do curso.” Estagiários são “estudantes que estiverem frequentando o ensino regular, em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. (art. 1º da Lei nº 11.788/2008)”.

Aparentemente estas definições tiram aqueles que já concluíram sua formação profissional, no caso específico os médicos, recém-formados ou não, da categoria de estagiários prevista na Lei. Caberia, então, indagar se os alunos de cursos de pós-graduação *lato sensu* poderiam ser equiparados à categoria de estudantes de nível superior e, se assim forem, se poderiam ser definidos como estagiários? Parece difícil aceitar essa semelhança, pois os objetivos parecem diferentes. Entretanto, há necessidade de aguardar posições doutrinárias, inclusive jurídicas, para esclarecer tal questão.

Se houvesse analogia entre o que se define como “estágios” após a formação médica e o que está previsto na Lei do Estágio, algumas observações deveriam ser feitas. Primeiramente, poderiam oferecer estágios Instituições Públicas e Privadas, incluindo “... os profissionais liberais de nível superior, devidamente registrados em seus respectivos conselhos”. As contratações de estagiários não são regidas pela CLT e não criam vínculo empregatício de qualquer natureza, desde que as Instituições respeitem os requisitos legais e não serão devidos quaisquer encargos. Os estagiários passariam a ser chamados de “educandos” e haveria necessidade de assinar um Termo de Compromisso com este educando. Há necessidade de contratar, em favor do es-

tagiário, seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, conforme fique estabelecido no Termo de Compromisso. Portanto, o Termo de Compromisso de Estágio, assinado pela instituição concedente, pela instituição de ensino e pelo aluno, mais o Certificado Individual de Seguro de Acidentes Pessoais, constituem componentes exigíveis, pela autoridade competente, da inexistência de vínculo empregatício.

O limite de carga horária, para estágios presenciais, segundo esta Lei, é de seis horas diárias ou 30 horas semanais, mas existe a possibilidade de carga horária de 8 horas diárias ou 40 horas semanais, no caso de cursos que alternam teoria e prática, nos períodos em que não estão programadas aulas presenciais, desde que esteja previsto no projeto pedagógico do curso e da instituição de ensino. A duração do estágio não pode ser superior a dois anos (exceto em casos de aluno com deficiência) e deve haver período de férias de 30 dias a cada 12 meses. Em termos de remuneração, será compulsória para o chamado “estágio não-obrigatório” (onde a maioria dos estágios para médicos pode estar incluída, por analogia). Seria obrigatória a concessão de bolsa ou outra forma de contraprestação a ser definida como, por exemplo, a concessão de auxílio-transporte (não existe um “pisão”). O valor da bolsa-estágio ou equivalente é definido e de responsabilidade da instituição concedente do estágio, a quem cabe definir tanto o valor como a forma de pagamento. É importante ressaltar, como previsto na Cartilha Esclarecedora do Ministério do Trabalho, que “a manutenção de estagiários em desconformidade com esta lei caracteriza vínculo empregatício do educando com a parte concedente do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária. (§ 1º do art. 15 da Lei nº 11.788/2008)”.

Neste momento, portanto, fica difícil caracterizar alguns cursos de especialização como sendo estágios e submetidos à nova Lei, enquanto em outros, poderia haver enquadramento. Pode ser que continue existindo um “vazio” legal em relação a certos tipos de estágios médicos e alguns tipos de situações não recomendáveis possam continuar ocorrendo. Entretanto, é inegável que o oferecimento de estágios

de curta duração, assim como de especializações, são uma alternativa necessária para a qualificação do médico, sempre que bem planejados e garantindo treinamento necessário e específico, sem prejuízo dos Programas de Residência Médica, onde houver esta concomitância de treinamentos e sem haver exploração do trabalho médico.

Temos, portanto, um cenário amplo de oferta de cursos de qualificação profissional para os médicos, diferentes de Residência Médica, com nomenclaturas diversas, múltiplas formas de treinamento e oferecidos por instituições públicas e privadas. Verifica-se que a polêmica ainda é grande em relação a estes cursos, quando se analisa a questão de sua relação com a formação de especialistas. Sabe-se que existem estágios e especializações que são feitos de maneira semelhante ou idêntica à de Programas de Residência Médica, havendo situações onde o médico nada recebe ou, então, tem que pagar para realizar este aperfeiçoamento. Embora sejam dadas algumas justificativas para essa situação, é inevitável associar esta condição à de exploração da mão-de-obra do médico. Atualmente, os médicos residentes recebem uma bolsa de R\$ 1.916,45 por mês, sem encargos trabalhistas e sem décimo-terceiro salário. Para Instituições e Serviços que oferecem estágios e especializações nos moldes da Residência Médica, sem remuneração aos médicos, seria necessário avaliar se o custo acima não é muito inferior ao que estes estagiários e especializando estão produzindo nos locais de treinamento. Estas vagas poderiam se transformar em bolsas de Residência Médica, se houvesse interesse e qualificação, tanto das instituições quanto dos setores governamentais.

Entretanto, quanto mais faculdades de Medicina forem criadas, sem condições de ministrar treinamento para formação de especialistas na forma de Residência Médica, maior será a procura por número de estágios e especializações. O credenciamento de instituições hospitalares como hospitais de ensino, para suprir a grande demanda de treinamento para médicos recém-formados, pode ser uma alternativa, mas cujo resultado pode ficar muito aquém daquilo que se pretende, pois a tradição de ensino nesses locais pode

não ser suficiente para dar conta das necessidades dos profissionais. Há, portanto, muitos setores envolvidos e responsáveis por este quadro, desde setores governamentais em todos os níveis, até privados, mas há necessidade premente de definir melhor esses estágios e especializações.

Depois de concluído o treinamento em uma área específica, por parte do médico que fez um estágio ou uma especialização, surge uma outra questão que é a divulgação da competência adquirida e com isso os problemas relativos à publicidade médica. Vários episódios já foram de domínio público apontando que médicos com “especializações” ou “estágios” praticaram atos que resultaram em prejuízo aos seus pacientes. Evidentemente que qualquer médico, independente de sua formação e especialização, está sujeito a maus resultados. Pesquisa realizada no Estado de São Paulo, entretanto, abordando questões referentes a erros médicos, mostra que o fato de ter feito residência e ter título de especialista junto a uma Associação de Especialidade reduz esse risco. Em artigo publicado recentemente pelo Conselho Federal de Medicina, o conselheiro e membro da Comissão Mista de Especialidades, Antônio Gonçalves Pinheiro, ao comentar sobre a necessidade de divulgação da qualificação dentro da Medicina, afirma ser esta questão crucial para a segurança do atendimento aos pacientes, “havendo leis que impõem punição aos que, por intermédio de publicidade ou outro meio qualquer, anunciam serem especialistas, sem terem títulos registrados nos ramos da Medicina (especialidades), e proíbem anúncio de especialidade não reconhecida no ensino ou que tenham tido sanção das sociedades médicas”. Alerta também para a necessidade de estabelecer limites nas qualificações, “deixando de vez no passado aquela afirmação de que o diploma de médico possibilita o exercício geral e ilimitado da atividade. É anacrônico e até certo ponto desmoralizante que, frente ao avanço rápido e preciso da ciência médica, continuemos a generalizar este conceito. Certo é, também, que os médicos generalistas e os que se dedicam a procedimentos que não sejam de obrigatoria pré-qualificação são de imensa necessidade e de reconhecida dedicação no atendimento da população de um país imenso e com descuidos sociais como o nosso”. Portanto, há vários aspectos importantes nesta discussão, que

atingem diretamente aqueles que fizeram especializações e estágios. O mesmo autor complementa que “afirmar que médicos ao concluírem sua graduação podem fazer ‘tudo’, parece ultrapassar limites de bom senso e de complexidade da Medicina atual”. Destaca, ainda, que há necessidade de um registro formal de aquisição de competências para que o médico possa divulgá-las, sendo isto “absolutamente necessário para proteção da população e também dos próprios médicos. Fazer isto sem fragmentar a Medicina é um grande desafio”.

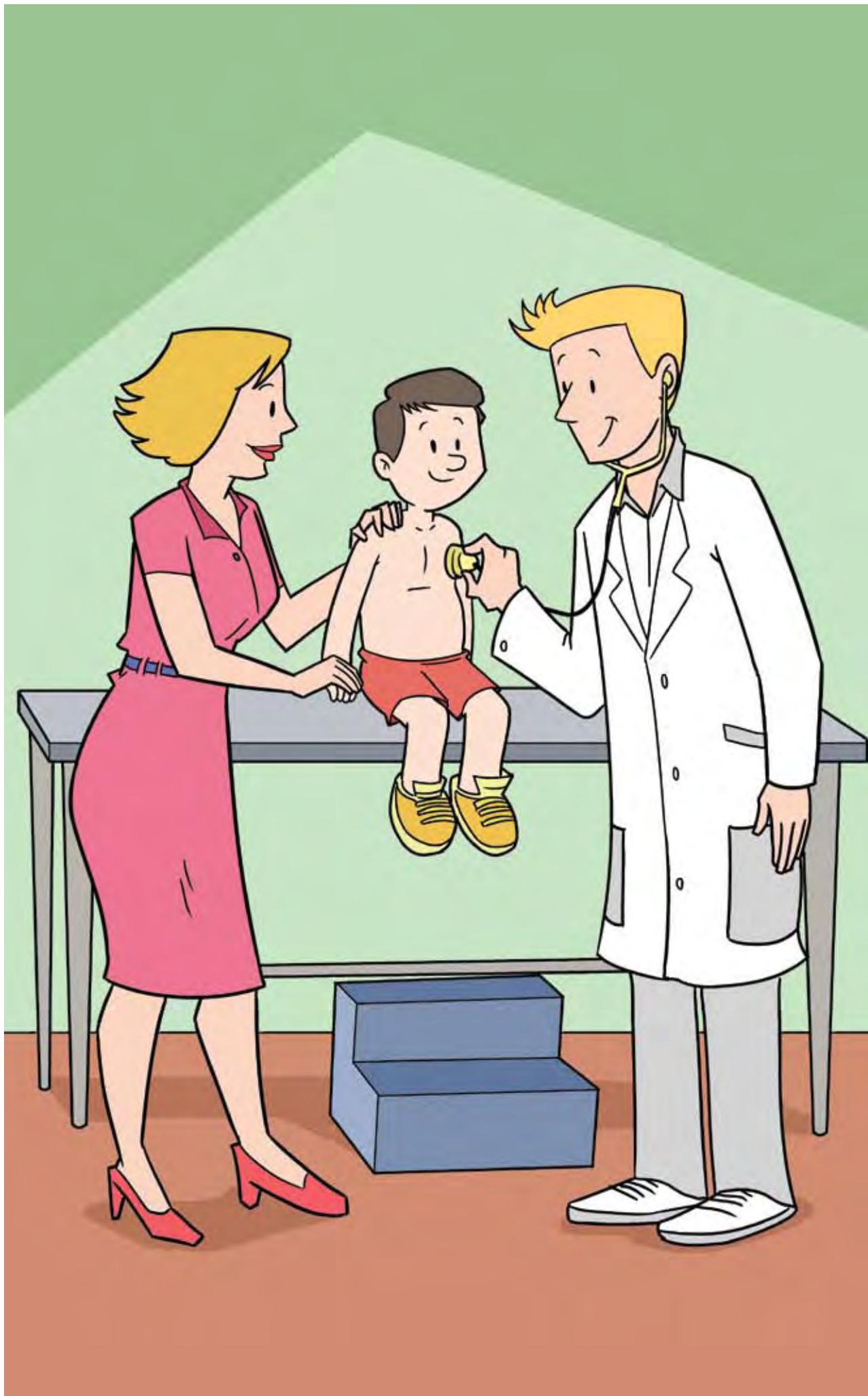
Portanto, está aí mais um desdobramento da formação de especialistas e da forma como isto é feito. É necessário ter controle sobre essa formação, tanto em termos de quantidade, mas fundamentalmente em termos de qualidade, para assegurar a proteção da população e para que os profissionais possam entender os limites de sua prática.

O investimento dos setores de governo na saúde deveria ser ampliado para garantir a efetivação do atendimento à população pelo sistema de saúde idealizado, mas, para isso, será fundamental buscar qualidade na formação de médicos e de especialistas e não apenas aumentar seu número, pois as consequências disto podem gerar grandes frustrações a todos em curtíssimo prazo, além de grandes problemas no futuro.

Certamente há muitos outros aspectos a debater na questão residência médica x formação de especialistas, diferente de Residência Médica. As formas de encarar esta questão são diversas e o conjunto de reflexões e ações, pensando na verdadeira qualificação profissional, sem exploração do médico e beneficiando a saúde da população, poderá nos trazer mais elementos para encontrar o melhor caminho a seguir. •

Referências

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto Promulgado em 5 de outubro de 1988. Disponível em www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/
- Brasil. Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Acesso em portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13087&Itemid=506
- Brasil. Lei Nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Acesso em portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13086&Itemid=506
- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.845, de 16 de julho de 2008. Acesso em www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2008/1845_2008.htm
- Escolas Médicas do Brasil. Acesso em www.escolasmedicas.com.br/geo.php
- Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Acesso em mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/inst_especialidades.asp
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Estudo Perfil do Médico. 2007. Acesso em www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/perfil_medico.pdf
- Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. 2ªed. Nova Fronteira, 1986.
- Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 1, de 8 de junho de 2007. Acesso em portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf
- Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 5, de 25 de setembro de 2008. Acesso em portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/rces005_08.pdf
- Brasil. Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Acesso em www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Cartilha Esclarecedora sobre a Lei do Estágio. Acesso em www.mte.gov.br/politicas_juventude/cartilha_Lei_Estagio.pdf
- BOYACIYAN K, Camano L. *O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo*. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006; 52(3): 144-7.
- PINHEIRO AG. *Especialidade médica: como comprovar? Portal do Conselho Federal de Medicina*. Acesso em www.portalmedico.org.br/artigos/artigo.asp?id=1096



13 ÉTICA E RESIDÊNCIA MÉDICA

Andy Petroianu

"The fundamental act of medical practice is assumption of responsibility."

Francis D. Moore

Até o final do século XIX, os médicos em início de carreira cuidavam, de forma voluntária e inconstante, dos doentes internados em sanatórios e hospitais, como "médicos da casa". Eventualmente, alguns poucos profissionais mais experientes e dedicados auxiliavam os recém-formados e assistiam aos doentes mais graves. Nas Faculdades de Medicina havia poucos professores, que eram considerados o "centro do saber", junto aos quais alguns "privilegiados" tinham a honra de "servir", por vezes, até durante a vida inteira.

Ao ser contratado para chefiar a Cirurgia do novo Hospital Johns Hopkins, Halsted implantou um sistema de treinamento cirúrgico não mais tendo como centro o professor, mas voltado ao aprendiz. O cirurgião jovem permanecia a maior parte do tempo dentro do hospital, como médico residente, e era o principal responsável pelos doentes. Caberia ao residente realizar as operações e demais condutas médicas, sob a supervisão de seus preceptores.

Esse tipo de treinamento de cirurgiões mostrou-se tão eficaz na formação profissional, que, em pouco tempo, foi adotado em outras especialidades médicas em todo o mundo. Atualmente, a Residência Médica constitui a maneira mais aceita para a especialização em Medicina. Outras profissões, como a Enfermagem e a Veterinária, também estão seguindo esse modelo. Ao centralizar no médico residente o atendimento hospitalar, Halsted alterou a ordem de valores, passando ao professor o papel de criar o futuro por meio de seus discípulos. Ao jovem médico era dada a responsabilidade de aprender os ensinamentos de seus mestres, aperfeiçoá-los e desenvolver

novos conhecimentos para, em escala sucessiva, abrir caminho a outros profissionais, que vierem a se tornar seus discípulos.

Nesse sentido, todo médico deve iniciar sua preparação profissional como médico generalista em Clínica Médica ou Cirurgia Geral, para depois optar por aperfeiçoar-se como clínico ou cirurgião geral, ou ainda seguir para uma e especialidade que envolva procedimentos mais complexos em um domínio específico do conhecimento médico. Esse desenvolvimento alia, em igual proporção, a ciência e o humanismo.

Mesmo havendo crescimento populacional considerável, a proporção de médicos que entra no mercado de trabalho é muito maior do que a necessária. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a relação médicos / população deve ser de aproximadamente um médico para 1.250 habitantes. No Brasil, com o aumento do número de escolas médicas, ampliação da quantidade de vagas universitárias e ingresso de médicos estrangeiros no mercado de trabalho, essa proporção já é superior à existente na Europa, América do Norte e Japão. Em alguns centros brasileiros, essa relação já é maior que um médico para 250 habitantes e com tendência de elevar-se ainda mais.

Não cabe neste capítulo discutir essa realidade, mas encontrar a melhor maneira de conviver com ela. Assim como em todos os setores da sociedade, na Medicina os profissionais com maior conhecimento e dedicação ao trabalho conseguem espaço para exercer seu ofício. No início, é natural a dificuldade, mas ela é solucionada pela seriedade, empenho e respeito pelo doente. É fundamental ressaltar a importância da atitude do médico junto aos pacientes, aos colegas, aos familiares e às demais pessoas de seu convívio.

Neste capítulo, são apresentadas algumas reflexões relacionadas à ética na prática médica, com enfoque ao início da carreira.

Aspectos da evolução médica

Desde os primórdios da humanidade, em todas as civilizações, os indivíduos responsáveis pela saúde sobressaem por seu humanismo, tendo como propósito valores morais e éticos, transcendentemente ao racional. Na Antiguidade, o equilíbrio entre conhecimento e humanismo era característica do sacerdote, depois transformado em médico, independentemente de sua condição social de escravo, como Galeno, religioso, como Maimonides, barbeiro, como Paré, ou cientista, como Kocher.

A Revolução Tecnológica atual, acelerou o ritmo da produção científica a uma velocidade que impede o estabelecimento de conceitos, regras ou normas na maior parte das áreas do conhecimento, inclusive Medicina. Por outro lado, a divulgação das descobertas e invenções, por todos os meios de comunicação, até antes de sua comprovação científica, conscientiza a população leiga sobre os avanços médicos, mesmo com os exageros habituais da imprensa. De maneira peculiar, pela primeira vez na história, os humanistas (filósofos, sociólogos, teólogos, juristas, legisladores etc.) não tiveram tempo de acompanhar e meditar sobre o significado desse progresso, para qualificá-la moralmente.

A avalanche de conhecimentos novos em cada especialidade tirou do médico a onisciência, transformando-o em funcionário da saúde, responsável pelos cuidados com os doentes. Seu relacionamento com as outras pessoas não pode ser mais ditatorial. As decisões sobre a condução terapêutica precisam ser discutida com os pacientes e seus responsáveis, pois todos já possuem preparo para compreender uma determinada situação, desde que ela seja explicada em linguagem adequada.

Tratamento médico

Ao se considerarem as múltiplas variáveis do organismo e das doenças, o tratamento pode ser visto como uma sequência de tentativas e erros, com base no conhecimento de quem o aplica.

Por mais admiráveis os “aforismos” dos códigos de ética e das normas legais existentes em todo o mundo e em todas as épocas, na prática seus ditames distanciam-se da realidade. A História atribui a Hipócrates a afirmativa “diante da doença, o médico deve causar benefício e não provocar dano”, posteriormente sintetizada em latim, “primeiro não prejudicar” (*primum non nocere*). A elegância dessa sentença é impraticável, pois não há como operar sem lesar e ainda não foi criado o medicamento sem efeito colateral, tendo em vista a incerteza de todo resultado. Portanto, primeiro haverá o dano, na esperança de ele levar a um benefício superior ao seu risco. Aliás, a única maneira de evitar esse dano seria não atuar, negligenciar o doente.

Mais grave ainda é a situação dos grupos-controle, utilizados no início de cada nova proposta terapêutica, para comprovar sua eficácia e que são exigência dos comitês de ética para validar o trabalho. Esses grupos-controle podem ser pessoas sadias submetidas a tratamento desnecessário, com todos os seus riscos. Outra possibilidade é deixar sem tratamento pessoas doentes. Ambas as situações ocorrem sob amparo legal e com os doentes e voluntários induzidos pelo médico a concordarem com esse fato. Há muitas outras práticas médicas, plenamente aceitas pela sociedade como naturais e inquestionáveis, apesar de eticamente controversas.

O Código de Nuremberg (1946) e as múltiplas versões da Declaração de Helsinque (1964, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2004 e 2008) propuseram normas também discutíveis sob aspecto prático. O próprio consentimento voluntário livre e esclarecido, por mais detalhado e bem explicado, é concedido, por vezes, por pessoas emocionalmente abaladas em decorrência de sua moléstia ou de pessoa querida. Os procedimentos propostos estão à mercê de protocolos já estabelecidos nos diversos serviços médicos que propõem esses termos de consentimento e não apresentam alternativas a quem os assina. As condutas são decididas pelo médico e diferem das existentes em outros centros para uma mesma doença. Portanto, a incerteza faz parte da atitude profissional, com o amparo ético e legal.

Quando esses códigos afirmam ser objetivo maior do tratamento os resultados saudáveis à sociedade, colocam o indivíduo em

segundo plano. Não se pode esquecer que eles foram criados após a Segunda Grande Guerra, para evitar a repetição dos crimes nazistas em nome da pureza racial. No entanto, ao pressupor como meta o bem da sociedade, parte-se de uma premissa não muito diferente da existente na Alemanha naquela época.

O reforço do princípio hipocrático de evitar sofrimento físico ou mental incorre na mesma falácia já discutida, principalmente quando afirma que o “experimento” (não tratamento) deve ser interrompido quando causar dano. Portanto, a possibilidade de dano é previsível e, uma vez ocorrido, já provocou o mal e até a morte, com o amparo legal e dos comitês de ética. Essa contradição indica a fragilidade dos códigos e das leis, apesar de sua boa intenção.

É notório que o aprendizado dos clínicos e o treinamento dos cirurgiões é feito em doentes. Mesmo se o aprendiz recorrer antes ao cadáver, aos animais, aos manequins ou às máquinas simuladoras, como os robôs, para adquirir algum conhecimento a realidade encontrada em seres humanos é diferente. Os distúrbios orgânicos que ocorrem em doentes são os que de fato ensinam. Os escritos dos livros podem ser úteis teoricamente, mas somente serão compreendidos após aplicados na prática, em uma dimensão muito maior. Todos conhecem médicos com grande conhecimento teórico, porém com uma atuação prática deplorável.

Relacionamento com o doente e seus responsáveis

O médico deve iniciar o relacionamento apresentando-se ao paciente e demais pessoas presentes, com cordial cumprimento e apertos de mão. Em seguida, algumas frases gentis fortalecem o relacionamento e facilitam a avaliação clínica. Mesmo quando há pouco tempo para a consulta, como em ambulatório com muitos doentes ou nas visitas médicas com toda a equipe em enfermarias, não se pode omitir essa amabilidade, que muito pouco interfere na duração da consulta ou apresentação do doente.

Durante a entrevista, em consultório ou à beira do leito, dirigir-se ao paciente. Muitas vezes os acompanhantes tentam

interferir e, por vezes, até polarizar para si a conversa, assumindo a postura de quem conhece mais o problema do que o próprio doente. Cabe ao médico limitar a atuação dos acompanhantes, com delicadeza, reforçando o relacionamento especificamente com o paciente. Os esclarecimentos também devem ser detalhados e específicos para as dúvidas dos doentes, sabendo que os acompanhantes estão ouvindo. Somente ao final o médico dirige-se aos acompanhantes para responder-lhes alguma pergunta, com cuidado para não trazer preocupações aos pacientes.

Essas atitudes, óbvias, são lamentavelmente esquecidas pela maior parte dos médicos. Não é incomum o profissional receber o doente em seu consultório já com as perguntas dirigidas ao problema, mesmo antes de convidá-lo a sentar-se. Por vezes, a consulta restringe-se apenas à entrevista rápida, sem o médico sequer tocar o doente. Muito já se escreveu sobre a mão do médico e a importância de seu toque no paciente. Contudo, há deficiência na formação médica, tanto nas faculdades quanto na residência em oferecer a educação médica voltada aos aspectos humanísticos, cabendo a cada médico conduzir seus relacionamentos de acordo com a sua sensibilidade.

Outra agressão às boas maneiras ocorre durante as rondas da equipe médica nas enfermarias. Em geral, os pacientes recebem bem essas visitas. Na eventualidade de o paciente não desejar ser visitado, ele se ausenta do leito ou simula que está dormindo. O mais importante é ele não ser desrespeitado. Após a apresentação dos participantes da visita ao paciente, introduzi-lo na discussão e permitir que ele se manifeste, pedindo-lhe opinião e esclarecendo-lhe dúvidas. Se houver necessidade de exame, solicitar a sua permissão antes de tocá-lo. Jamais deve-se tocar um paciente sem antes obter seu consentimento. Se o paciente estiver de acordo, vários membros da equipe poderão examiná-lo como forma de aprendizado, desde que o exame não seja doloroso ou constrangedor.

O doente é o principal interessado em sua saúde, portanto, ele deve ser esclarecido sobre sua afecção, necessidade de eventuais exames complementares e propostas de tratamento. No consultório, em geral, há tempo para o paciente compreender e acei-

tar os procedimentos que lhe são sugeridos. Durante a internação, a rápida sequência de atitudes da equipe de saúde, aliada aos múltiplos exames, podem confundir o paciente e seus responsáveis, gerando temor e até resistência. Essa situação é prevenida se for explicada, mesmo rapidamente, a necessidade do procedimento ou do exame. Não é correto o médico prescrever tratamentos e solicitar exames e até decidir por operações sem consultar ou comunicar ao paciente e a seus responsáveis.

O doente deve ser informado sobre a gravidade de sua moléstia e a necessidade das condutas propostas, principalmente se forem desconfortáveis, como estomias, introdução de cateteres e de outros dispositivos limitantes. O esclarecimento precisa ser cordial sem revelar a dimensão do problema e do sofrimento. Toda conversa precisa focar a transitoriedade do incômodo e a esperança de recuperação completa da saúde. Jamais “responder” ao que não tiver sido perguntado. Não há vantagem alguma em dizer a um paciente que ele é portador de câncer avançado ou que o prognóstico de sua doença é desfavorável, bem como antecipar sofrimentos. O mais importante é o paciente confiar que seu médico estará junto dele quando for necessário. A presença do médico, seu abraço e o aperto de sua mão são alívio para as angústias dos doentes e de seus familiares.

Aos responsáveis pelo paciente deve ser revelado tudo sobre a doença e seu tratamento, de maneira clara. Orientar que nas

conversas com o paciente não deve haver discordância entre o que é dito pelo médico e pelos acompanhantes ou familiares.

Relacionamento com a equipe de saúde

A equipe de saúde constitui um grupo do qual o médico faz parte. Não é correto qualquer componente dessa equipe julgar-se superior aos demais profissionais e impor sua vontade, como um líder ou dono do saber e da verdade. Em geral, quanto mais inseguro e inexperiente é o indivíduo, mais tenta autoafirmar-se de forma autoritária. À medida que se vai adquirindo conhecimento, por meio do estudo e da experiência, percebe-se a transitoriedade das verdades no setor da saúde. Postura arrogante é característica das pessoas de menor cultura, que, dessa maneira, tentam camuflar sua ignorância e labilidade emocional. Por vezes, tais indivíduos impressionam os mais despreparados do que eles ou subjugam os que deles são dependentes. Sob aspecto profissional, médicos com essas características prestam desserviço ao seu meio.

O profissional aprende o tempo todo com os pacientes e com os demais membros da equipe de saúde. Os desafios constantes desde a abordagem inicial do doente, passando pela propedêutica, tratamento e adversidades, precisam ser discutidos em nível de igualdade com todos os profissionais envolvidos no caso, independentemente de



sua qualificação. Não é raro o profissional experiente, ao permitir a manifestação a todos, receber uma boa solução de uma pessoa sem experiência alguma, mas com uma visão correta do problema. A gratidão e o respeito por todos os membros da equipe de saúde, reconhecendo o valor de cada um, é obrigação ética do médico.

A união dos profissionais da saúde em prol do objetivo maior, o doente, é corporativismo em elevado nível intelectual ético e social, que não pode ser abordado de maneira leviana, como eventualmente ocorre por parte alguns indivíduos menos preparados de diversos setores da sociedade. Tais profissionais, mesmo ocupando posição de destaque, são indignos dos cargos que ocupam e não merecem consideração. Em todas as agremiações humanas, profissionais, sociais, religiosas ou de qualquer outra natureza, existe o corporativismo, para seu fortalecimento, com vista aos seus propósitos essenciais. Portanto, é inadmissível um membro trair o seu grupo, por despreparo ou para obter algum tipo de vantagem pessoal. Os debates precisam ocorrer dentro da classe, para seu aperfeiçoamento, porém cada um de seus membros tem a obrigação de defender a classe, com dignidade e respeito por toda a sociedade.

O indivíduo, enquanto cidadão, é obrigado a seguir as normas da sociedade e responder por qualquer transgressão a suas leis. Por outro lado, o médico deve conduzir-se em perfeito acordo com os códigos da sua classe e por ela ser punido, quando houver impropriedade em sua atividade. Cada profissional deve restringir sua atuação aos limites dos seus conhecimentos, independentemente de seu papel ou autoridade que a sociedade lhe concedeu.

Descaracterização ética do médico

A progressiva descaracterização do médico tradicional é responsável pela “disiatrogenia”, na qual o profissional já não enfoca mais o ser humano doente, mas a moléstia separando-a de quem a possui. Essa desumanização agrava-se quando o médico muda o foco de interesse de seu doente para centrar-se em si. As preocupações profissionais passam a ser as vantagens da Medicina sob aspecto científico,

social e, sobretudo, financeiro, tornando o doente apenas um meio para obterem-se privilégios. Esse descompromisso reduz o médico a um servidor, sem nome, referência passada ou perspectiva futura.

Ao procurar um médico, quem está sofrendo busca um ser humano carinhoso, compreensivo com suas angústias, e não um técnico competente apenas para tratar moléstias. Ninguém vai ao médico por prazer ou para passar o tempo, mas a fim de pedir ajuda para viver mais e com qualidade melhor. Portanto, o médico precisa concentrar-se no ser humano como um todo e não apenas na doença. A frieza profissional indica ao doente desconhecimento científico, despreparo emocional ou desinteresse em estabelecer um relacionamento médico-paciente em prol de sua saúde.

Sob outro aspecto, a aproximação de um colega ou de outro profissional nunca é supérflua. Existe uma intenção maior nessa busca, mas alguns médicos fazem questão de a ignorar, pelo receio da necessidade de agregar mais problemas aos muitos que ele já precisa solucionar. Dessa maneira, há um isolamento profissional cada vez maior e, conseqüentemente, a desunião da classe. Por esse motivo, as agremiações médicas perdem cada vez mais espaço social e se deixam dominar por outros profissionais, geralmente menos qualificados, porém mais integrados para ascenderem socialmente. Como resultado, os médicos degradam sua situação política, já sem representatividade e perdendo até o respeito social, como pode ser verificado nas injúrias recebidas dos meios de comunicação e até por parte doentes que deveriam lhes ser gratos pela saúde restaurada. O progressivo número de processos infundados e que resultam em condenações injustas e, por vezes, absurdas por parte de juízes preconceituosos e mal intencionados, reforça o desrespeito social por quem trabalha muito para vencer as doenças, mas não o faz com a dignidade que sua profissão exige.

A deterioração ética do médico ocorre até em seu meio familiar. Por causa de sua falta de tempo, na busca de sobrevivência ou destaque profissional e social, a família torna-se preocupação secundária. Apesar da alegação de que o trabalho médico tem por objetivo prover o conforto familiar, na

realidade, o cônjuge, os filhos e até os pais sentem-se abandonados por um profissional mais preocupado com sua carreira. A carência de recursos financeiros e de conforto é mais bem tolerada do que a falta de amor e carinho ou a ausência do ente querido. A integração familiar fundamenta-se no apoio emocional mútuo e deve constituir prioridade na vida do médico.

Nesse circuito profissional perverso, cabe meditar sobre a conduta médica. Por menor que seja o tempo e por maiores que forem as cobranças e dificuldades, é indispensável encontrar uma maneira de dispor parte da vida em favor do crescimento humanístico, para ser mais bem aceito pelo doente, mais respeitado pela sociedade e mais apoiado pela família.

Pesquisa em Medicina

Dentro do grande campo científico, a Medicina está passando pela maior transformação de sua história. Da ars curae (habilidade para cuidar), ela está evoluindo para *cognitio sani* (conhecimento para salvar). Antigamente, o médico não tinha a pretensão de ele próprio restituir a saúde de seus doentes e era rotineira a frase, provavelmente hipocrática, adaptada para o latim como *“medicus curat, natura sanat”* (o médico cuida, a natureza sara). O papel do médico restringia-se oferecer conforto aos doentes e eventualmente atuar, de acordo com o senso comum da época, em suas moléstias com diferentes substâncias ou por meio de intervenções operatórias. Sua conduta visava a oferecer condições propícias para o doente recuperar-se de seu mal. Contudo, os resultados eram incertos, pela ausência de conhecimento para um tratamento seguro. Lembrando García Márquez, *“...el bisturi es la prueba mayor del fracaso de la medicina”*. Em decorrência dos avanços científicos, as doenças estão cada vez mais deixando de ter indicação cirúrgica, para serem controladas por recursos clínicos.

Os avanços técnicos e o surgimento de novos equipamentos permitem diagnósticos rápidos em um número proporcionalmente maior de moléstias, além de condutas mais eficazes, com menor risco para os doentes. Esse desenvolvimento é uma consequência direta da pesquisa. Os benefícios alcançados pelos trabalhos científicos

justificam plenamente as fortes cobranças sociais sobre os médicos, que deixaram de ser artífices da cura para se tornarem investidores das ciências da saúde.

Ao clínico já não é mais suficiente saber examinar adequadamente seus doentes e muito menos ao cirurgião basta treinar suas habilidades manuais com o intuito de fazer frente à Medicina atual. Não há como evitar o domínio da informática e a necessidade de se conhecerem e interpretarem corretamente todos os exames complementares disponíveis.

O fato de trabalhar com o que existe de mais importante, a vida, torna obrigatória ao médico-pesquisador a responsabilidade completa sobre seus atos. Qualquer investigação pode provocar sofrimento, por conseguinte, é imprescindível o rigor com todos os princípios éticos e de boa conduta. A honestidade tanto na prática médica quanto em pesquisa é indiscutível. A esse respeito, Rabelais definiu muito adequadamente que *“Science sans conscience n’est que ruine de l’âme.”* (Ciência sem consciência não é mais do que a ruína da alma).

Por outro lado, apesar de toda evolução científica, o generalista dedicado e estudioso é capaz de solucionar corretamente a maior parte dos problemas médicos. Talvez ele não se torne proeminente em ciência, mas certamente encontrará muita satisfação em cumprir o seu papel na comunidade pela qual é responsável.

A prática médica acompanha-se de desafios constantes, levando eventualmente a condutas não encontradas na literatura, mas que tiveram bom êxito. A experiência pessoal, com base no cotidiano, é ciência e, por mais que alguns profissionais não percebiam, a sua atuação é pesquisa em Medicina. Portanto, é importante divulgar o caminho para a solução de algum problema por meio de métodos criativos e não-convencionais. O alcance dessa publicação é imprevisível, ela poderá passar despercebida, contribuir na resolução de casos análogos ou ser utilizada para desenvolver estudos maiores, com benefícios até para toda a humanidade.

O trabalho científico, ocasionalmente, tem repercussão social e traz retorno financeiro, porém a maior recompensa do

médico está em vencer o desafio imposto por problemas de diferentes dimensões e sentir-se útil à sociedade mediante sua atividade honesta, dentro dos limites de seu conhecimento.

Atento a esse fato, Claude Bernard (1865) cunhou o pensamento que caracteriza a atividade médica: *“Tous les jours le médecin fait des expériences thérapeutiques sur ses malades et tous les jours le chirurgien pratique des vivisections sur ses opérés.”* (Todos os dias, o médico faz experiências terapêuticas em seus doentes e todos os dias o cirurgião pratica vivisseção em seus operados).

O verdadeiro médico-pesquisador por aptidão encontra no trabalho científico o ideal de sua vida. Seu maior desafio é descobrir um interesse particular e manter-se nele honestamente, a despeito de opinião alheia. A persistência e a busca incessante por conhecimento são as principais qualidades do pesquisador, enquanto o comportamento ético é seu maior aliado para conquistar o respeito da sociedade e mantê-lo protegido de adversidades profissionais.

Pesquisa em animais

São muito raros os avanços em qualquer área médica que não tenham passado pela pesquisa experimental. Desde os tempos mais remotos, o homem procurou compreender melhor a si próprio, estudando animais. Conflitos entre setores científicos e antiviviseccionistas foram responsáveis pela criação de normas, com o objetivo de limitar as atividades dos pesquisadores. Atualmente, a atividade científica tende a ser dirigida dentro de padrões éticos rigorosamente controlados por comissões legalmente constituídas.

Um dos mais importantes códigos de ética médica é a Declaração de Helsinque. Entre as suas sugestões, destaca-se no Artigo I, Item 1: “A pesquisa biomédica envolvendo seres humanos deve estar adaptada aos princípios científicos e basear-se em experiências de laboratório e com animais, adequadamente desenvolvidas”. Essa norma foi copiada do Código de Nuremberg.

Outro documento que legisla a pesquisa em animais é o “Princípios Básicos do Có-

digo Internacional”, redigido no Reino Unido, 1985. Sobressai na parte da “Ética para Animais de Laboratório”:

I - Experimento com animais é necessário ao desenvolvimento científico.

II - Substituir os animais, quando possível, por modelos alternativos.

III - Todos os experimentos devem ser relevantes.

IV - Utilizar o mínimo de animais necessário para se obterem resultados válidos.

V - Preferir as espécies filogeneticamente menos desenvolvidas.

VI - Oferecer aos animais conforto adequado e aliviar a sua dor.

IX - Realizar sob anestesia os procedimentos que causam dor.

X - Matar o animal que vier a sofrer em decorrência do experimento.

XI - Não ensinar em aula procedimentos que provoquem dor.

XIV - Os experimentos devem ser realizados ou supervisionados por pessoas preparadas cientificamente.

XV - A instituição em que se realiza o experimento é responsável por ele.

Em 08 de novembro de 2008, sancionou-se em Brasília a Lei nº 11.794, que se refere ao uso de animais para ensino e pesquisa. Mesmo com grande atraso, há finalmente no Brasil uma lei que normatiza o uso de animais. Por meio dela, estabelece-se quando e como é permitido utilizar animais em ciência e treinamento. Esses trabalhos somente podem ser realizados por pessoas capacitadas ou sob sua supervisão e após aprovação por comitês de ética, especificamente constituídos para avaliar estudos experimentais.

A Cirurgia é a parte da Medicina mais prejudicada pelo rigoroso controle do estudo em animais. Durante a Residência Médica, operações experimentais permitem o aprendizado de procedimentos, antes de o profissional aplicá-los na clínica. O modelo animal é também de grande importância para o desenvolvimento de novas técnicas e a busca de soluções para problemas que surjam na prática médica

Ao se planejar qualquer experimento, seja para ensino ou para pesquisa, deve-se ter claro quais os objetivos do estudo. Os animais vivos podem ser utilizados se forem indispensáveis. Investigações passíveis de serem conduzidas *in vitro* ou em outros modelos devem ser realizados dessa forma. Antes de escolher o animal, é preciso buscar na literatura subsídios para a opção mais adequada. Havendo mais de uma alternativa, utilizar os animais menos desenvolvidos filogeneticamente e que puderem ser obtidos em número suficiente, com maior facilidade.

O pesquisador tem que conhecer as particularidades dos animais com os quais trabalha. Dados biológicos, como o tempo de vida, fases do desenvolvimento e características reprodutivas são parâmetros fundamentais a serem controlados. As necessidades nutricionais e o alojamento mais adequado, bem como as reações do animal aos agentes ambientais são outras particularidades prioritárias a serem dominadas pelo pesquisador, para evitar desconforto ao animal ou interferir no trabalho a ser realizado.

A manipulação precisa ser gentil, para não assustar nem ferir os animais. Todos os procedimentos que provocam dor têm que ser efetuados sob anestesia geral, utilizando as drogas mais adequadas. A morte dos animais também deve ocorrer sem sofrimento e sob efeito anestésico. Cabe ressaltar as questões essenciais de Jeremy Bentham (1789) sobre animais: "The question is not, Can they reason? nor Can they talk? But, Can they suffer?"

Publicação Científica

Os milhões de artigos médico-científicos publicados mensalmente em todo o mundo têm contribuído para uma rápida

transformação da Medicina em todas as suas áreas e obriga o profissional a se manter atualizado dentro de seu campo de atuação, para oferecer ao seu doente um tratamento cada vez melhor. Assim, os egressos das Residências Médicas são induzidos a prosseguir em sua formação profissional ingressando em novas Residências ou procurando outras formas de pós-graduação lato ou estrito senso, com vista ao seu aperfeiçoamento e busca de identidade e espaço próprio, cada vez mais difícil. Paralelamente à competência profissional, a sociedade espera do médico produção científica.

O crescimento do número de estudos nas especialidades médicas pode ser quantificado pelas publicações em periódicos médico-científicos. Tomando-se como base o *Index Medicus*, catálogo que seleciona as principais revistas médicas do mundo, verifica-se que, em 1960, quando começou a ser impresso, ele reunia mensalmente ao redor de 10.000 artigos. Os trabalhos representavam o número de artigos encontrados em 1.500 revistas escolhidas entre as 5.000 mais destacadas no mundo.

Hoje, é muito difícil precisar quantos periódicos importantes existem. Para se ter uma ideia, atualmente, há 3.332 revistas do *Index Medicus* e 5.164 no *PubMed/Medline*. Se for considerado que menos de 10% dos periódicos do mundo são aceitos nessas bases de dados e do número de artigos que existem em cada revista, pode-se pressupor a publicação mensal superior os dois milhões de trabalhos somente em Medicina. Todavia, o número de artigos escritos é muito maior, pois grande parte dos manuscritos é recusada, por falta de espaço nas revistas ou por serem considerados inadequados para publicação. Segundo alguns estudos, menos de 10% do que é submetido para publicação nos periódicos indexados é aceito. Portanto, é provável que hoje sejam concluídas mais pesquisas por dia do que, há quarenta anos, ocorriam por mês. Percebe-se por essa realidade que o todos os médicos estão sendo induzidos a publicar.

Apesar de o volume de publicações crescer continuamente, apenas uma parcela muito pequena merece destaque na evolução da Medicina. Mais de 90 % dos

artigos são repetições de trabalhos anteriores, comprovações de verdades já estabelecidas ou produto de pesquisas mal conduzidas e sem valor científico. No entanto, mesmo a restrita proporção de estudos relevantes é muito numerosa e resulta no gigantesco desenvolvimento da Medicina em nossos dias.

O médico deixou de ser valorizado por sua postura, pelos resultados terapêuticos favoráveis alcançados ao longo dos anos ou pelos títulos e prêmios obtidos no decorrer de sua carreira. O que se procura hoje, principalmente nos países mais avançados, é produção científica. Em relação à competência profissional, a vigilância das instituições médicas e sociais aliada à alta competitividade fazem com que a formação, tanto acadêmica quanto da especialização, resulte em médicos bem preparados. Essa situação não é mais motivo de destaque, mas obrigação para sobrevivência profissional.

Considerações Finais

Há muitas leis e normas, escritas em muitos milhares de livros, disseminados por todo o mundo, com o objetivo de ensinar, normatizar e doutrinar as condutas éticas e morais. Entretanto, a ética é individual e existe em cada um, quase imutável desde a infância. Com o tempo, a convivência e a educação recebida da família e do meio social formam a personalidade moral, adaptada à conveniência e aos princípios fundamentais da índole pessoal.

A conduta diante que uma situação, independentemente de profissão, papel social, fatores intervenientes, recursos financeiros ou nível intelectual, decorre exclusivamente do caráter da pessoa. Para concluir, valem as palavras de Immanuel Kant, em 1781, sobre as quais há de se pensar muito: "Der bestirnte Himmel über mir, und das moralische Gesetz in mir" (O céu estrelado acima de mim, e a lei moral reside em mim). •

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 / 96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 1996; Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 1-24.
- Conselho Federal de Medicina. *Código de Ética Médica*. Brasília: CFM, 1988.
- ANDERSON WP. *Animals in medical and surgical research*. Aust N Z J Surg 1987; 57: 797-800.
- AZULAY RD, Santos OR. *Humanidade e Bioética*. An Acad Nac Med 1998; 158: 30-8.
- BOTTRELL MM, ALPERT H, FISCHBACH RL et al. *Hospital informed consent for procedure forms*. Arch Surg 2000; 135: 26-33.
- BOWD AD. *Ethics and animal experimentation*. Am Psychol 1980; 35: 224-225.
- COOPER AJ Johnson CD. *Animal experimentation*. Br J Surg 1991; 78: 1409-1411.
- DEFRAIGNE JO. *Attitude of a young surgeon toward experimental surgery*. Acta Chir Belg 1995; 95: 113-117.
- EBERT PA. *Postgraduate surgical education and the role of research in surgical training program*. Jpn J Surg 1992; 22: 1-3.
- GRAHAM LM. *Surgical research*. Surgery 1995; 118: 123-129.
- HUTCHINSON DR, Winslade J. *A practical guide to good clinical practice for investigators*. Eur J Clin Res 1991; 1: 71-82.
- MARQUES RG, MORALES MM, PETROIANU A. *Brazilian law for scientific use of animals*. Acta Cir Bras 2009; 24: 69-74.
- NANDI PL. *Ethical aspects of clinical practice*. Arch Surg 2000; 135: 22-25.
- NOWELL-SMITH PH. *Ética*. São Paulo: Bestseller, 1966.
- PETROIANU A. *Ética Moral e Deontologia Médicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- SARDENBERG T, MULLER SS, PEREIRA HR et al. *Análise dos aspectos éticos da pesquisa em seres humanos contidos nas instruções aos autores de 139 revistas científicas brasileiras*. Rev Assoc Med Bras 1992; 45: 295-302.
- SPONHOLZ G. *Teaching scientific integrity and research ethics*. Forensic Sci Int 2000; 113: 511-514.
- TUNG T, ORGAN CH. *Ethics in surgery*. Arch Surg 2000; 135: 10-13.
- VIEIRA S, HOSSNE WS. *Experimentação com seres humanos*. São Paulo: Ed. Moderna, 1987.
- WENGER NS, KORENMAN SG, BERK R et al. *The ethics of scientific research*. J Invest Med 1997; 45: 371-380.



14 HUMANIZAÇÃO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

João Carlos Simões

First the patient, second the patient, third the patient, fourth the patient, fifth the patient, and then maybe comes science."

Bela Schick (1877 - 1967) – Aphorisms Facetiae of Bela Schick

A preocupação com a humanização da Medicina e especialmente com a prática da Residência Médica está constante presente nos hospitais e nos cursos de Medicina. Pragmaticamente, o que se discute é como conduzir este processo de uma forma natural e como conduzi-la sistematicamente.

A interação entre o residente e o paciente tem que extrapolar o aspecto formal, técnico ou puramente acadêmico. É seminal entender que essa relação humana deve ser respeitosa, com vínculo e responsabilidade. Os residentes não devem esquecer que a Medicina é fundamentalmente uma ciência humana.

O médico vocacional deve gostar das pessoas e ser especialista em gente. A Medicina se utiliza dos progressos tecnológicos das ciências biológicas para atingir este fim humanista. O médico com formação humanista não só é um médico melhor como também uma pessoa melhor.

O humanismo é uma das grandes virtudes do ser humano e uma ferramenta de trabalho das profissões que lidam com a dor e o sofrimento humano. O humanismo precisa ser ensinado na prática, da mesma maneira que se ensina uma anamnese e um exame físico completo. Ele começa na maneira de acolher o paciente pela primeira vez, no toque das mãos ao cumprimentá-lo, na afetividade do olhar e das palavras. Na compreensão da fragilidade do doente. No respeito ao pudor. Saber transmitir segurança é uma arte. No reconhecimento que as palavras podem ferir mais que um bisturi. Na paciência das explicações necessárias e se despir completamente de reconhecimento ou de favorecimento pecuniários extraordinários.

Um médico residente competente é sempre aquele que é atencioso e que valoriza as queixas dos pacientes, sem subestimá-las. Reputo como absolutamente necessário que preceptores e professores do curso de Medicina devem ensinar compaixão como o remédio mais barato e eficiente. Ela é a base do humanismo da Medicina contemporânea. •





15 A RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PUCPR – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Tânia Maria Santos Pires

A Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) foi criada há 10 anos. Alinhando-se ao novo modelo de atenção à saúde, originado pelas propostas da Reforma Sanitária brasileira e pelos novos conceitos de promoção de saúde, a PUCPR teve a iniciativa de um processo pedagógico nos moldes das Residências Médicas nacionais, na especialidade médica então denominada de Medicina Geral e Comunitária, no ano de 1998. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, naquele momento, procedia a expansão da Estratégia Saúde da Família, necessitando cada vez mais de profissionais médicos com o perfil adequado para trabalhar com as comunidades e as famílias, a partir de uma abordagem integral e inovadora.

Considerando-se o momento nacional com relação à consolidação da Atenção Primária, através da estratégia Saúde da Família, a avaliação dos resultados encontrados pelo Ministério da Saúde é positiva. Onde aconteceu a implantação do programa houve diminuição da mortalidade infantil, melhoria dos cuidados pré-natais, assistência puerperal, controle e acompanhamento das doenças crônico-degenerativas e, principalmente, a mudança da visão assistencial para a visão de cuidado. No entanto, avalia-se a dificuldade de fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e consideradas de risco. Há também grande preocupação com a formação do profissional médico quanto a aquisição de competências que privilegiem a Atenção Primária. Tal preocupação gerou a percepção da necessidade de incentivo, visando o desenvolvimento dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, considerados pelo

Ministério da Educação e Cultura (MEC) e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade como a forma ideal para a preparação do especialista para atuar neste nível de atenção.

O profissional médico esperado para atuar em Atenção Primária, quer seja no serviço público ou na rede privada, precisa ser uma pessoa com capacidade para desenvolver aptidões que vão além dos conhecimentos técnicos adquiridos durante a sua graduação e pós-graduação. É alguém com compromisso social e aguçada sensibilidade para perceber as necessidades e sofrimentos que, apesar de se expressarem no corpo, na maioria das vezes não se originam nele, mas no contexto social, econômico e cultural que envolve as pessoas e influencia diretamente no processo saúde-doença.

A sociedade espera dos médicos, em especial do médico de família, o respeito pelo usuário enquanto cidadão, aplicando o conceito de cidadania como base de todas as suas ações e atitudes. Que desenvolva consciência crítica, mas pautada pela justiça e que não tenha vergonha de ser conhecido como uma pessoa bondosa, carinhosa e afetuosa por aqueles que testemunham e recebem o seu trabalho, sem esquecer, no entanto, que a perspectiva de humanização inclui a permanente busca da atualização técnica e científica. Este é o profissional que desejamos contribuir para formar durante o percurso dos dois anos da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da PUCPR: um profissional competente e ético.

Objetivos

Objetivo Geral

Formar um especialista qualificado a atuar em Atenção Primária à Saúde a partir de uma abordagem biopsicossocial

do processo saúde-doença, integrando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase na educação em saúde e cidadania, no nível individual e coletivo.

Objetivos Específicos

Esse especialista deverá ser capaz de:

- Exercer sua prática médica centrada na pessoa, levando em consideração seus componentes culturais e sociais, sua família, seu contexto vivencial e seus direitos de cidadão.
- Promover ótima relação médico-paciente, criando vínculos com as famílias atendidas, deslocando o enfoque assistencial para o enfoque do acompanhamento e cuidado.
- Atender com elevado grau de qualidade, alcançando resolução em cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade sob sua responsabilidade.
- Participar do desenvolvimento, planejamento e execução de programas integrais de saúde, adequados à comunidade em que atua, com base em conhecimentos epidemiológicos e socioculturais locais.
- Ser participativo e estimular a participação dos indivíduos e famílias, nos processos de construção da cidadania, como os conselhos de saúde, grupos comunitários e grupos de apoio social de modo geral.
- Desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde e pesquisa científica que possam subsidiar os planejamentos e ações de atenção às famílias.
- Desenvolver habilidades de comunicação e educação em saúde, em nível pessoal e comunitário, utilizando-se de técnicas de manejo de grupo e sensibilização comunitária.
- Desenvolver capacidade de trabalhar em equipe, cultivando bom relacionamento com todos os profissionais de saúde de outras categorias, contribuindo para construção da interdisciplinaridade, que é considerada como um dos fatores essenciais para chegar-se à integralidade da atenção.
- Desenvolver a capacidade de crítica

da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais.

O Programa da Residência

A residência está oficialmente vinculada aos programas de residência do Hospital Universitário Cajuru. Tem duração de dois anos e acontece nas Unidades de Saúde da Família da rede municipal de saúde do município de Curitiba. Atualmente, são seis US integradas ao programa. São ofertadas 12 vagas de ingresso para o R1, que são acompanhados pelo preceptor médico de família em período integral.

No período do R2, com duração de seis meses, acontecem também os estágios obrigatórios em atenção secundária e terciária, nas áreas de pediatria (Hospital Pequeno Príncipe), Obstetrícia (Hospital e Maternidade Alto Maracanã) e Emergências (Centro de Urgências Médicas do Boqueirão). Além do preceptor médico de família, a Residência conta com as consultorias especiais nas áreas básicas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto e saúde mental.

O processo de avaliação acontece trimestralmente no decorrer do aprendizado. O programa teórico inclui as aulas e discussões de caso e finaliza com a elaboração de trabalho científico em atenção primária à saúde.

Considerações finais

A mudança dos conceitos de saúde e doença, as novas descobertas científicas e a agregação da ideia do hospital como instrumento terapêutico, no final do século XVIII, centralizaram a prática médica no hospital, levando o médico a um afastamento gradativo do contexto das famílias e da comunidade.

O que se faz atualmente em vários lugares do mundo é um resgate das raízes históricas da Medicina do relacionamento e do cuidado. Felizmente esta visão tem norteado os sistemas de saúde de vários países europeus e do Canadá, o que demonstra a eficiência dos sistemas organizados a partir da atenção primária à saúde, mesmo em países desenvolvidos.

O Sistema de Saúde Brasileiro vem sendo construído dentro de princípios filosóficos, sociais e humanitários. Por isso, a formação dos profissionais da saúde, principalmente do médico, precisa ser revista no seu principal enfoque, o seu papel diante das expectativas da sociedade e das necessidades de saúde da população.

A maior conquista da Reforma Sanitária brasileira está registrada na Constituição Federal, seção II, Capítulo II do título VIII, artigo 196, que diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e

serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art.196).

A concretização da Reforma Sanitária está na construção diária deste direito, com o compromisso de todos, prioritariamente dos provedores de saúde, profissionais da saúde, instituições de classes, universidades e instituições públicas. O objetivo ideal é que alcancemos tal qualidade nos serviços públicos de saúde, que toda a população possa usufruir deles, sem preconceitos, sem exclusão, sendo respeitada no seu direito de cidadania e na sua autonomia, e com fortes laços com a equipe de saúde, cuja figura principal, na visão da própria comunidade, continua sendo o médico. •

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Mortalidade infantil cai mais de 14% em áreas cobertas pelo Saúde da Família*. Em Questão n.330. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/emquestao/> Acesso em: 08-jul-2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e comunidade: Documento norteador*. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/index.html> Acesso em: 25-jul-2005.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. *Síntese do programa de ação do Cairo 94*. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/cairobr/html> Acesso em: 05-mai-2005.
- CECÍLIO, L.C. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org) *Os sentidos na integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.ABRASCO,2001 p.113-127.



16 RESIDÊNCIA MÉDICA E QUALIDADE DE VIDA

Neila Falcone Bonfim
Marilise Katsurayama

A Residência Médica (RM) é, sem nenhuma dúvida, o melhor programa de capacitação para os médicos recém-graduados. Caracteriza-se por treinamento em serviço com carga horária semanal de 60 horas e funciona em instituições de saúde, ligadas ou não a Universidades ou Centros Universitários, e sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

A história das Residências Médicas inicia no século XIX nos Estados Unidos, na Universidade de John Hopkins, onde em 1889, William Halsted criou o programa de especialização em Cirurgia e, no ano seguinte, William Osler implantou igual proposta para Clínica Médica. No Brasil, o programa pioneiro foi o de Ortopedia e Traumatologia, implantado em 1945-1946 no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). Em 1947-1948, programas nas quatro áreas básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia/Ginecologia) iniciaram no Hospital dos Servidores do Estado – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), Rio de Janeiro. Atualmente, estão credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) mais de 3 mil Programas de Residência Médica (PRM) em 56 especialidades.

Apesar de ser reconhecida como eficiente na qualificação profissional, tem-se observado que a RM ao longo dos anos vem condicionando efeitos danosos à qualidade de vida dos jovens médicos em função da sobrecarga de trabalho, não raras vezes, muito além das 60 horas preconizadas pela CNRM. Tal excesso de trabalho e o conseqüente prejuízo do sono são um binômio perigoso passível de condicionar o adoecer. Nossa intenção foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema, propiciar reflexões e oferecer sugestões de como lidar no enfrentamento aos fatores estressores.

Profissão Médica versus Qualidade de Vida

A profissão médica traz consigo características peculiares, uma vez que lida com situações extremas que afligem o ser humano: a doença, o sofrimento, o desamparo e a morte, situações que são inerentes ao trabalho médico e permeiam toda a formação médica e o exercício profissional (NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Simon (1971) descreveu o médico como um “ser tanatolítico”, que na linguagem psicanalítica significa um ser idealizado pelo desejo universal de imortalidade, ou seja, o ser responsável por retardar, deter ou mesmo anular a ameaça de morte; é desta forma que ele se vê, fazendo uma identificação entre seu eu e este ser idealizado. E assim também é visto pelo paciente. Nesse contexto, passa então a assumir compromissos onipotentes, desenvolvendo sentimentos de culpa pelo fracasso dessa onipotência, estando vulnerável aos quadros depressivos e suicídio, fatos que são evidenciados por dados epidemiológicos de incidência e prevalência nesse grupo profissional, como mais elevado que na população em geral (SIMON, 1968; JAMA, 2003).

As altas taxas de suicídio entre médicos, segundo Simon e Lumry (1968) apontam razões como: 1) médicos tendem a negação do estresse de natureza pessoal e o desconforto psicológico; 2) médicos elaboram, mais frequentemente, esquemas defensivos, fechando-se para intervenções terapêuticas eficazes; 3) há negligência da família e dos colegas, com a justificativa de, por ele ser médico, saber se cuidar; 4) a morte lhe é familiar em todas as suas formas, além de terem o meio do suicídio ao alcance das mãos.

Em uma pesquisa realizada por Feifel e cols. (1967) com 81 médicos, verificou-se que o medo da morte era um importante fator psicológico na escolha da carreira

médica, levando, segundo Simon e Lumry (1968), a utilizar a profissão para segurança pessoal, sobretudo para doenças e seus próprios controles sobre a morte.

No Brasil, Nogueira-Martins (1991) destaca alguns fatores estressantes associados ao exercício profissional: sobrecarga horária, privação do sono, comportamento idealizado (contato intenso e frequente com a dor e o sofrimento); lidar com a intimidade corporal e emocional (contato com a morte e com o morrer); e lidar com pacientes difíceis (incertezas e limitações do conhecimento médico, isto é, o medo do erro médico). Segundo Nogueira-Martins (2005), esses fatores são maximizados quando contextualizados num sistema público de atenção à saúde devido ao crescente volume de pacientes que devem ser atendidos com precárias condições de trabalho, gerando situações de insatisfação e desgaste tanto nos médicos como nos usuários, levando a situações de hostilidade por parte dos pacientes e familiares. A natureza ansios-gênica da tarefa médica se expressa com intensidade máxima no âmbito hospitalar e, em especial, nos hospitais de ensino.

Segundo Nogueira-Martins (2005), a dificuldade crescente em exercer a Medicina no Brasil decorre dentre diversas coisas:

(...) a desordenada criação de escolas médicas (com o consequente crescimento do número de profissionais e aumento da competição entre os médicos), o acelerado desenvolvimento de novos recursos diagnósticos e terapêuticos (que leva a uma necessidade de constante atualização), a crescente presença de empresas compradoras de serviços médicos (da qual decorre a perda do caráter liberal da prática profissional) e a promulgação de novas normas e leis, como por exemplo, o Código de Defesa do Consumidor (com o consequente aumento do número de denúncias e de processos, tanto na esfera judicial como no âmbito ético-profissional), são fatores que pressionam os profissionais (NOGUEIRA-MARTINS, 2005, p.43-44).

Todas essas pressões e mudanças constantes acabam por levar à perda da autonomia do profissional, perda da remuneração

(que conduz ao multiemprego), aumento da competição, com mudanças do comportamento ético, maiores dificuldades no relacionamento com os pacientes (devido a maior cobrança social), aumento do risco profissional (aumento dos processos éticos e judiciais), insatisfação com a profissão (perda ou diminuição da autoestima) e, conseqüentemente, maiores riscos para a saúde física e mental do médico.

Quando se fala do caráter estressante da profissão médica, merecem destaque os tópicos referentes à morbidade psicológica e psiquiátrica da população médica, aos fatores inerentes à tarefa profissional, às respostas adaptativas ao estresse da tarefa e à importante questão da vulnerabilidade psicológica de uma parcela da população médica.

Quanto à morbidade psicológica e psiquiátrica, Schreiber (1977) relata acerca das dificuldades de pesquisa e assistência na área médica, uma das razões é a negação do médico-paciente de sua condição de paciente, escondendo suas dificuldades emocionais, ocultando seus problemas para que não ameacem sua autoestima, seu direito à prática profissional, acreditando no mito de que são capazes de curar a si próprios.

Segundo Nogueira-Martins (2005):

(...) apesar das diferenças com relação ao estresse nas diversas especialidades médicas, a questão é que, enquanto curso e profissão, o exercício da Medicina apresenta uma elevada toxicidade psicológica. Como as radiações e infecções, os fenômenos psicológicos (angústias da tarefa médica) são irradiados e contagiosos quando encontram um terreno propício, sendo neste caso, muito danosos ao profissional (NOGUEIRA-MARTINS, 2005, p.60).

O processo adaptativo perante essas radiações depende dos mecanismos e recursos adaptativos que o profissional utilizará, sejam eles conscientes ou inconscientes, havendo uma adequada ou inadequada adaptação, expressa através de algumas características comportamentais (NOGUEIRA-MARTINS, 1991). Um desses comportamentos é a construção de uma couraça impermeável às emoções e

sentimentos, aparente “frieza” no contato com os pacientes e com as pessoas em geral. Também pode ocorrer a negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão, dificuldades, incertezas, limitações e complexidades. Ironia e o humor negro traduzem a ausência de um repertório mais amadurecido de recursos para lidar com os sentimentos de vulnerabilidade e impotência durante a vida.

Especificidades relacionadas à Residência Médica

Segundo Bacheschi (1998), o médico residente tem também sua peculiaridade quando estudadas suas características profissionais e qualidade de vida, já que sua dualidade de função (estudante e trabalhador) o coloca numa situação extremamente delicada em função das obrigações do médico residente e a situação deste tipo de formação no Brasil, bem como em razão da falta de apoio para esses profissionais.

A experiência na RM evidenciou efeitos prejudiciais na sensibilidade dos médicos em relação aos pacientes e na qualidade de vida pessoal, exacerbando mecanismos de autoproteção que acentuam e cristalizam um processo que desenvolve gradual e progressivamente ao longo do curso de Medicina (ROTBART e cols, 1985; MCCUE, 1985; BUTTERFIELD, 1988).

Estudos mostram ser a RM uma causa importante de estresse. Cohen e Patten (2005) analisaram aspectos psicológicos de residentes: satisfação pessoal e saúde mental. A maioria dos participantes relatou ter um bom grau de habilidade em lidar com estresse repentino e difícil e com as demandas diárias. Inúmeras variáveis foram relacionadas ao estresse como sendo boas. Por exemplo: suporte grupal familiar ou de médicos. Ou ruins: principalmente carga horária, situação financeira e situação do próprio trabalho.

Corroborando essas informações a pesquisa realizada por Bomfim e colaboradores (2005), que aborda a qualidade de vida de médicos residentes dos hospitais universitários de Manaus, que registrou 45,5% dos residentes insatisfeitos ou muito in-

satisfeitos com o sono. A carência de sono foi relacionada negativamente ao aprendizado (87,9%), à atuação profissional (57,6%) e à vida pessoal (54,5%). Algumas estratégias utilizadas para enfrentar o estresse foram: conversar, estar com outras pessoas, relaxar fazendo algo agradável e rezar ou procurar ajuda profissional (BOMFIM e cols., 2005).

Butterfield (1988) relata ser a depressão e a privação do sono os problemas mais significativos que aparecem na literatura, sendo considerados como a principal reação ao treinamento e um dos mais importantes fatores estressantes prevalentes em residentes e possivelmente associada ao comprometimento da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Friedman e colaboradores (1971;1973) relacionaram em uma pesquisa a privação do sono e os distúrbios cognitivos em 14 residentes, que foram submetidos a um teste de atenção sustentada durante 20 minutos, para detecção de arritmias cardíacas em um eletrocardiograma (ECG). Chegou-se à conclusão de que os residentes privados do sono eram menos capazes de reconhecer arritmias, levando a um maior número de erros e a um aumento no tempo para fazer a leitura adequada do ECG do que quando não privados do sono. Nesta pesquisa foram estudados também os estados psicológicos e psicopatológicos que se associam à privação do sono. Foram encontrados: dificuldade de concentração, depressão, irritabilidade, sentimentos de autorreferência com extrema sensibilidade a críticas, despersonalização e desrealização, inadequação afetiva usualmente associada a humor negro e déficit da memória recente.

Arntez (1991) afirma que as longas horas de trabalho dos residentes comprometem o desempenho profissional, ressaltando que em nenhuma outra profissão são permitidas jornadas de trabalho tão longas quanto as dos residentes. Estudos recentes têm revelado que a privação do sono e a fadiga podem afetar o aprendizado, o desempenho profissional e a vida pessoal, e que a redução da carga horária de trabalho é acompanhada de um menor número de erros médicos em unidades de terapia intensiva (PAPP e cols., 2004; LANDRIGAN e cols. 2004).

Um estudo realizado por Firth-Cozens (1987) demonstrou ser entre as mulheres residentes, a maior incidência de depressão sendo as solteiras, socialmente isoladas e cronicamente fatigadas, o grupo de risco mais significativo para esse estado psicológico. No entanto, os autores concluem que o sofrimento psicológico durante o treinamento parece ser devido a uma interação entre privação do sono, privação social e vulnerabilidade individual. Observou-se também serem os residentes dos hospitais de ensino os mais estressados e deprimidos do que os residentes de hospitais não-universitários.

Nos plantões ou no período pós-plantões, associados à privação do sono, reações de raiva são frequentes e são direcionadas não só aos pacientes, mas também a supervisores, colegas, familiares e amigos. Esse tipo de raiva chama-se “raiva para fora”, mas também pode ocorrer contra eles mesmos, chamada de “raiva para dentro”. Já o ceticismo desenvolve-se progressivamente, resultante das experiências dolorosas que se acumulam durante o treinamento e acabam por se expressar numa linguagem irônica e amarga (NOGUEIRA-MARTINS, 2005).

Os residentes do primeiro ano (R1) foram considerados os menos capacitados para lidar com o estresse ocupacional e com menor repertório de recursos para usar em seu processo adaptativo, compondo, assim, grupo de risco mais vulnerável (FIRTH-COZENS, 1987).

Muitas são as situações de estresse que os médicos encaram diariamente para que possam exercer a profissão e muitas são as evidências que os MRs deterioram suas próprias vidas com o consumo de álcool, drogas, suicídio e muitas outras atitudes. Rotbart e cols (1985), concluíram que os métodos mais frequentes citados pelos residentes para lidar com o estresse foram: exercício físico, religião e o uso de bebidas.

Reconhecendo e enfrentando o estresse

Segundo Brent (1981), a RM é um processo de desenvolvimento no qual o residente deve aprender a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, a fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o desejo de curar, a

lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional.

Sargent e cols (2004) facilitam o entendimento ao propor um modelo classificatório envolvendo as seguintes categorias: Fatores Estressantes (sobrecarga de trabalho, falta de tempo livre, microestressores diários e privação do sono); Fatores de Risco (antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares, sistemas de apoio inadequados, duração do programa, gênero feminino) e Fatores Protetores (camaradagem entre os residentes, senso de competência clínica, sistema de apoio social eficiente, responsabilidade clínica).

É oportuno fazer-se referência à Síndrome de Burnout (SB) detectada em profissionais que, pela natureza de seu trabalho, necessitam manter contato direto com outras pessoas - são as chamadas profissões de cuidados humanitários. Os estudos chegam a uma conceituação única de que Burnout é uma síndrome psicossocial surgida como uma resposta crônica aos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho. Esta surge como resultado de um contexto laboral desfavorável, de características individuais, do tipo de enfrentamento utilizado, assim como da relação entre esses elementos (MASLACH e cols, 2001).

A descrição da SB em profissionais da área da saúde, atribuída a Freudenberger (1975), caracteriza-se por associar sintomas somáticos ou físicos (exaustão, fadiga crônica, cefaleias, distúrbios gastrintestinais, alterações do sono, suscetibilidade a infecções, hipertensão...); psicológicos (irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, desejo de isolamento, ceticismo, baixa autoestima e desinteresse, apatia e, em níveis mais elevados, pode apresentar depressão, paranoia e atos suicidas); e comportamentais (a sintomatologia principal se manifesta por certas disfunções profissionais/comportamentais como fazer consultas rápidas, evitar os pacientes e o contato visual, colocar rótulos depreciativos, uso de tranquilizantes, barbitúricos, aumento no consumo de álcool, cafeína, nicotina e/ou alimentos, absentismo, atrasos na hora de chegada, adiantamentos na hora de saída) (MASLACH, 1994; PINES, 1988; FREUDENBERGER, 1975; POTTER, 1987).

Os programas preventivos enfocam os três níveis: a resposta do indivíduo, o contexto ocupacional e a interação do contexto ocupacional e o indivíduo. No entanto, os dois últimos programas de prevenção, normalmente, são muito difíceis ou quase impossíveis, devido às características da instituição, já que envolvem propor a reestruturação de um órgão governamental. Sobretudo, segundo Bleger (1984), pode-se tentar modificações localizadas procurando utilizar de forma criativa os recursos disponíveis. A ênfase será, portanto, na resposta do indivíduo.

O indivíduo deve, primeiramente, aprender a identificar o problema: as situações e as causas que propiciam o desencadeamento do estresse, bem como os sintomas característicos e as consequências do processo de Burnout, refletindo sobre todos os elementos envolvidos. Após isso, deve fazer uso da auto-observação e autoavaliação a fim de reconhecer como responde a esses estímulos considerados estressantes, estabelecendo um perfil pessoal de suas respostas fisiológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Com a finalidade de enfrentar, minimizar e tolerar o estresse, o indivíduo faz uso de estratégias de enfrentamento, conhecido em psicologia como “coping”. Dessa forma, consegue manejar demandas externas específicas e/ou internas. Porém, estas podem ser funcionais ou disfuncionais, dependendo da eficácia no sentido da consecução dos objetivos de recuperação do equilíbrio.

As estratégias de enfrentamento podem ser orientadas para a emoção (evitação, minimização, distanciamento, atenção seletiva, comparações positivas e atribuições de valores positivos aos acontecimentos negativos), que consistem em esforços, principalmente cognitivos, para regular a resposta emocional, não atuando diretamente sobre as fontes de estresse. São, portanto, utilizadas quando os estressores não podem ser modificados (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

As técnicas de enfrentamento orientadas ao problema são as que têm como alvo direto o estressor. As que buscam alternativas para a solução do problema são consideradas mais efetivas. Dentre elas

estão o treinamento em assertividade, que propicia ao paciente aprimorar suas habilidades sociais, com uma expressão direta, honesta e adequada das emoções, pensamento, desejos e necessidades; e a estratégia de manejo do tempo de forma eficaz, que consiste na aquisição de habilidades para estabelecer prioridades, investir mais tempo nas atividades prioritárias, reduzir a percepção e situações laborais de urgência, melhorando a relação tempo/eficácia. O manejo do tempo eficaz implica também saber quando parar, estabelecer descansos e alternar tarefas diferentes, melhorando o rendimento e prevenindo a fadiga física e mental, estabelecendo sempre objetivos passíveis de serem realizados (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O estresse psicológico deve ser tratado por um profissional especializado, seja ele psicólogo ou psiquiatra, atentando sempre às causas, estratégias de enfrentamento e compreensão que a pessoa deve ter de seus limites, suas metas e prioridades. Cabe a esse profissional cuidar da estrutura mental e emocional do paciente, levando-o ao gerenciamento das condições que contribuiriam para o aparecimento dos sinais e sintomas. Quando em fase muito avançada, o estresse pode causar o aparecimento de doenças, sendo neste caso indispensável um tratamento interdisciplinar com médico e psicólogo especializados.

Considerações finais

É evidente no Brasil a carência quanto à falta de um órgão que forneça suporte emocional aos residentes, visto que o impacto do treinamento tende a trazer sequelas emocionais que o residente carregará por toda sua vida profissional e pessoal. A necessidade da humanização da saúde é clara, a fim de resgatar a face humana da Medicina, cuidar do cuidador e integrar as ações ligadas à assistência, gestão e formação dos médicos.

Como referimos anteriormente, o MR faz uso das mais variadas estratégias de enfrentamento, podendo inclusive buscar serviços de assistência psicológica que visem a identificação dos fatores estressores, bem como a oferta de programas de desenvolvimento de habilidades e estratégias para lidar com os mesmos.



Em setembro de 2008, em Campinas, o Ministério Público do Trabalho emitiu à Comissão Estadual de Residência Médica do Estado de São Paulo com Recomendação de Adequação de Conduta, em que orienta as instituições responsáveis por Programas de Residência Médica a observância da jornada máxima aos médicos residentes de 60 horas semanais, nelas incluídas um plantão de, no máximo, 24 horas.

Para que o cumprimento dessa medida seja bem operacionalizado, sugere a adoção de sistema preferencialmente eletrônico (podendo ser manual ou mecânico) do registro de entrada e saída dos médicos residentes nos locais onde desenvolvem suas atividades. Nesse mesmo documento, o item 3 registra: exigir e fiscalizar a efetiva presença dos médicos preceptores das áreas de especialização, responsáveis pela orientação e supervisão dos MR nos locais onde são desenvolvidas atividades referentes à residência médica, especialmente atendimentos de pacientes e cirurgias. Sem sombra de dúvida, a preceptoria afetiva e atenta minimiza o estresse e dilui a possibilidade de erro médico. Esse documento foi encaminhado à CNRM e a todas as entidades médicas para que acompanhem a observância do recomendado.

O tema em questão se justifica pelos prejuízos nas relações interpessoais e profissionais, pela baixa satisfação e envolvimento no trabalho, pela tendência a abandonar o PRM, pelas ausências justificadas ou não, enfim, pela queda da qualidade de serviços prestados.

Diante de tudo que foi exposto, fica claro que os MRs merecem cuidadosa atenção, devendo ser alertados sobre os riscos da profissão. Por outro lado, os preceptores devem estar atentos a manifestações comportamentais de desgaste físico e psíquico, bem como seu reflexo: disfunções profissionais que podem estar diretamente ligados a quadros de ansiedade, estresse e depressão.

É de extrema importância que as instituições responsáveis pelos PRMs ofereçam serviços assistenciais de orientação e avaliação psicológica e psiquiátrica, objetivando proteger o MR, melhorar a qualidade do serviço por ele prestado, bem como fornecer apoio ao mesmo para

que resista nessa caminhada, progredindo de forma que alcance o conhecimento e crescimento tanto profissional quanto pessoal. Assim sendo, no exercício de sua

atividade acolherá os que vêm em busca de sua ajuda de maneira eficiente, colaborando para serviços de saúde de melhor qualidade e mais humanizados. •

Referências

- ARNETZ, BB. *Working hours of medical residents and house staff*. J Occup Med 1991; 33(8):843-4.
- BACHESCHI, LA. *A residência médica*. In: Marcondes E, Lima-Gonçalves E (orgs). Educação Médica, São Paulo: Sarvier, 1998.
- BENEVIDES-PEREIRA, AM. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BOMFIM, NF, Becker, MA, Gomes, NM; Katsurayama, M. *Estudo do Grau de Satisfação com a Vida e Fatores de Estresse de Médicos Residentes dos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Amazonas*. Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas, 2005; 69:9-14.
- BRENT, DA. *The residency as a developmental process*. J Med Educ 1981; 56:417-22.
- BUTTERFIELD, PS. *The stress of residency: a review of the literature*. Arch Intern Med 1988; 148:1428-35.
- COHEN, SJ, PATTEN, S. *Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta*. BMC Medical Education. V. 5:21, 2005
- FEIFEL H, Hanson S, Jones R, Edwards L. *Physicians consider death*. In: Proceedings of the 75th Annual Convention. Washington, DC, American Psychology Association, 1967.
- FIRTH-COZENS J. *Emotional distress in junior house officers*. BMJ. 1987;285:533-536.
- FREUDENBERGER H. *The staff Burnout Syndrome in alternative institutions*. Psychotherapy: Theory, research and practice. 1975; 12(1): 73-82.
- FRIEDMAN RC, Bigger JT, Kornfeld DS. *The intern and the sleep loss*. N Engl J Med. 1971; 285:201-3.
- FRIEDMAN RC, Bigger JT, Kornfeld DS. *Psychological problems associated with sleep deprivation in interns*. J Med Educ. 1973; 48:436-41.
- GIL-MONTE, PR, Peiró, JM. *Desgaste psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*. Madrid, Editorial Síntesis, 1997.
- JAMA (Editorial). *Suicides of physicians and the reasons*. JAMA 2003; 41: 263-4.
- LANDRIGAN, CP, Rothschild, JM, Cronin, JW e cols. *Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units*. N Engl J Med 2004; 351: 1838-48.
- MASLACH, C, Schaufeli, WB, & Leiter, MP. *Job Burnout*. Annual Review Psychology 2001; 52, 397-422.
- MASLACH, C. *Stress, burnout, and workaholicism*. Em R. Kilburg, P.E. Nathan & R. W. Thoreson (Orgs.), Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology (pp. 53-75). Washington: American, 1994.
- MCCUE, JD. *The distress of internship*. N Engl J Med 1985; 312: 449-52.
- NOGUEIRA-MARTINS, LA. *Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico*. Rev Bras Clin Terap 1991; 20: 355-64.
- NOGUEIRA-MARTINS, LA. *Residência Médica: estresse e crescimento*, 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- PAPP, KK, Stoller, EP, Sage, P, Aikens, JE, Owens, J, Avidan, A, Philips, B, Rosen, R, Strohl, KP. *The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institucional, mixed-method study*. Acad Med 2004; 79: 394-406.
- POTTER, B. *Preventing job burnout*. California, Consulting Psychologists Press, 1987.
- ROTBART, HA, Nelson, WL, Krantz, J, Doughty, RA. *The developmental process of residency education – issues of stress and happiness*. Am J Dis Child 1985;139:762-5.
- SARGENT, MC, Sotile, W, Sotile, MO, Rubash, H, Barrack, RL. *Stress and coping among orthopedic surgery residents and faculty*. J Bone Joint Surg Am 2004; 86:1579-86.
- SCHREIBER, SC. *Emotional problems of physicians: nature and extent of problem*. Ariz Med 1977; 34:323-5.
- SIMON, E. Lumry GK. *Suicide among physician-patient*. J Nerv Ment Dis 1968; 147 (2):105-12.
- SIMON, R. *"O complexo tanatolítico" justificando medidas da psicologia preventiva para estudantes de medicina*. Bol Psiq 1971; 4(4): 113-5.



17 EXAMES COMPLEMENTARES NA RESIDÊNCIA MÉDICA

João Carlos Simões

“A maneira mais rápida e efetiva de um médico se livrar de um determinado paciente e mascarar sua incompetência é elegantemente solicitar um (qualquer) exame complementar ou impor-lhe rapidamente uma receita na mão.”

Lysandro Santos Lima

O médico residente deve ter sempre em mente que nenhum resultado laboratorial deve substituir um exame clínico completo, nem contrariar um raciocínio médico correto.

É pertinente e importante a discussão crítica sobre o tema da solicitação exagerada e sem critérios de exames complementares nos hospitais e ambulatorios e o impacto sobre a economia do sistema de saúde do País.

Escreveu o Prof. Jesus Camargo, da UFRGS: “As nossas Escolas de Medicina têm reconhecidamente aumentado o aporte de conhecimentos técnicos aos seus graduandos e residentes, mas, lamentavelmente, se omitido na missão indispensável e intransferível de ensinar a arte de ser médico”. Os Hospitais Universitários se cercam do tecnicismo e os diagnósticos têm sido mais corretos. Mas será que houve em contrapartida uma análise crítica e justificável para este volume exarcebado de pedido de exames de rotina e especiais que são feitos?

O pedido de ultrassom, TC e RNM, substituindo o exame ginecológico e toque retal. Em um paciente com apendicite aguda não haveria necessidade de se pedir um hemograma ou, mais absurdamente, uma ecografia. Ou ainda, um tempo de atividade de protrombina para se fazer a anestesia.

Os usuários dos planos de saúde e de alguns hospitais são instigados pela propaganda, que só valoriza os exames mais sofisticados e de vanguarda e não pelos que têm os profissionais competentes com mais tempo, ética e humanismo para examinar os seus doentes.

Este tecnicismo dos tempos atuais deve ser usado com muito critério, sob pena de acontecer o que se passa nos Estados Unidos, que destina mais de 3 mil dólares/ano/habitante e que teve e têm de reformular o seu sistema de saúde devido ao abuso de tecnologia e do seu alto custo.

O médico não pode se transformar em “gigolô” da máquina! E a máquina não pode ser valorizada mais que o médico. As sociedades de especialidades devem estabelecer diretrizes e protocolos, definindo os exames e procedimentos realmente necessários para cada doença, tornando ótimo os seus custos.

Estas sociedades avaliariam o impacto de cada novo procedimento ou avanço tecnológico, definindo a relação custo-benefício e advertindo os maus profissionais que praticam abusos perante o SUS e os planos de saúde.

O pedido de exames complementares faz a fila do serviço do SUS e de convênios andar mais rápida. E a formação inadequada do médico faz com que ela peça uma quantidade exagerada de exames por falta de confiança em si, para se proteger de um possível erro médico, por pressa ou para atender um número maior de pacientes visando compensar a desvalorização da consulta.

Muitos exames complementares são solicitados sem critério, de modo inadequado e indiscriminado, não atendendo ao princípio fundamental que é o de esclarecer o diagnóstico. Isto tem se agravado pelo aparecimento de novos e fascinantes métodos diagnósticos que encanta os médicos novos, gerando a falsa sensação de estar praticando uma Medicina moderna,

eficiente e segura, quando, na realidade, trata-se de uma Medicina desvirtuada, sem lógica e sem respeito ao paciente.

O Dr. Maksoud, sensível cirurgião pediátrico, escreveu que a necessidade compulsiva de solicitar exames está enraizada na cultura do médico; é parte integrante da formação acadêmica. Muitos exames são pedidos para se ter o caso bem documentado (palavra terrível para o doente, perigosa para o aluno e residente e maléfica para o ensino médico).

Acrescentou que uma maneira sensata de se verificar a validade e adequação de exames é tratar de responder às seguintes indagações, que servem como instrumento verdadeiro de autocontrole:

- O exame é realmente indispensável?
- Este exame exprime efetivamente o que se pretende investigar?
- O exame é importante para o diagnóstico, prognóstico, estadiamento e estabelecer ou alterar determinada conduta?
- O exame irá mostrar algum dado que já conheço ou que não possa ser esclarecido por um exame menos invasivo, mais simples ou pelo exame físico?

E, eu acrescentaria: você pediria este exame para seu paciente particular, para sua mãe, seu pai, sua irmã ou seu filho?

Assim, acredito que na maioria das vezes os exames são solicitados por insegurança, facilidade, modismo, sociopatia, por querer agradar o paciente ou porque é o SUS ou o plano de saúde que vai pagar a conta!

Exames de rotina no pré-operatório: quais são realmente necessários?

Os exames laboratoriais de rotina devem ser solicitados baseados nos aspectos individuais do paciente, do tipo e porte da cirurgia, do estado geral do paciente e, principalmente, dos dados obtidos da anamnese e exame físico completo.

À solicitação indiscriminada de exames bioquímicos pré-operatório, descobre-se um pequeno número de doenças que resultam em falsos positivos, aumentando os custos e riscos para o paciente.

Várias referências na literatura procuram discriminar a relação risco-benefício dos diferentes exames laboratoriais no pré-operatório. As principais recomendações são:



Pacientes assintomáticos – ASA I

Hemoglobina e Hematórito:

- Mulheres em idade fértil.
- Suspeita de anemia.
- Todos os pacientes acima dos 60 anos.
- Cirurgias que se espera ou envolvem grandes perdas sanguíneas.
- Pacientes que receberam tratamento de quimioterapia e radioterapia (incluir Leucograma e contagem de plaquetas).

Glicemia:

- Todos os pacientes acima de 65 anos.

Creatinina:

- Todos os pacientes acima de 65 anos.

Eletrocardiograma:

- Homens acima de 40 anos.
- Mulheres acima de 50 anos.

Estudo radiológico do tórax:

- Homens e mulheres acima de 65 anos.

Teste de gravidez:

- Mulheres em idade fértil e com vida sexual ativa.

Os exames tem validade de seis meses e o eletrocardiograma vale por um ano.

Pacientes com doenças associadas – ASA II, III, IV e V

Individualizar o tipo da doença.

Doença cardiovascular:

- Eletrocardiograma (ECG), radiografia do tórax, creatinina, ecocardiograma.
- Em casos de coronariopatia, fazer teste de esforço, cineangiocoronariografia, ecocardiograma de estresse.

Diabetes:

- Eletrocardiograma, eletrólitos, creatinina, hemoglobina.

Doenças oncológicas e tratamento com quimioterapia e radioterapia:

- Hemoglobina, contagem de plaquetas.
- Creatinina – nos pacientes tratados com cisplatina.

Doenças hematológicas:

- Hemoglobina, tempo de protrombina (TAP), tempo de tromboplastina parcial (PTT), contagem de plaquetas, TS e TC.

Doenças hepáticas:

- Hemoglobina, Transaminases, albumina, TAP e TPP.

Doenças renais:

- Hemoglobina, eletrólitos, creatinina, ECG.

Doenças pulmonares:

- Radiografia do tórax, hemoglobina, prova de função pulmonar com pO₂ e pCO₂, ECG.

Tabagista com mais de 20 maços por ano:

- Hemoglobina, radiografia do tórax.
- Pacientes que serão submetidos à cirurgia torácica ou abdome superior deverão ter provas de função pulmonar.

Pacientes usuários de:

- Diuréticos: eletrólitos, creatinina.
- Digoxina: eletrólitos, creatinina, ECG.
- Esteróides: eletrólitos, glicemia.
- Anticoagulantes: Hemoglobina, TAP e PTT.

Pacientes com coronariopatia e insuficiência cerebrovascular devem manter hematócrito acima de 30%. •

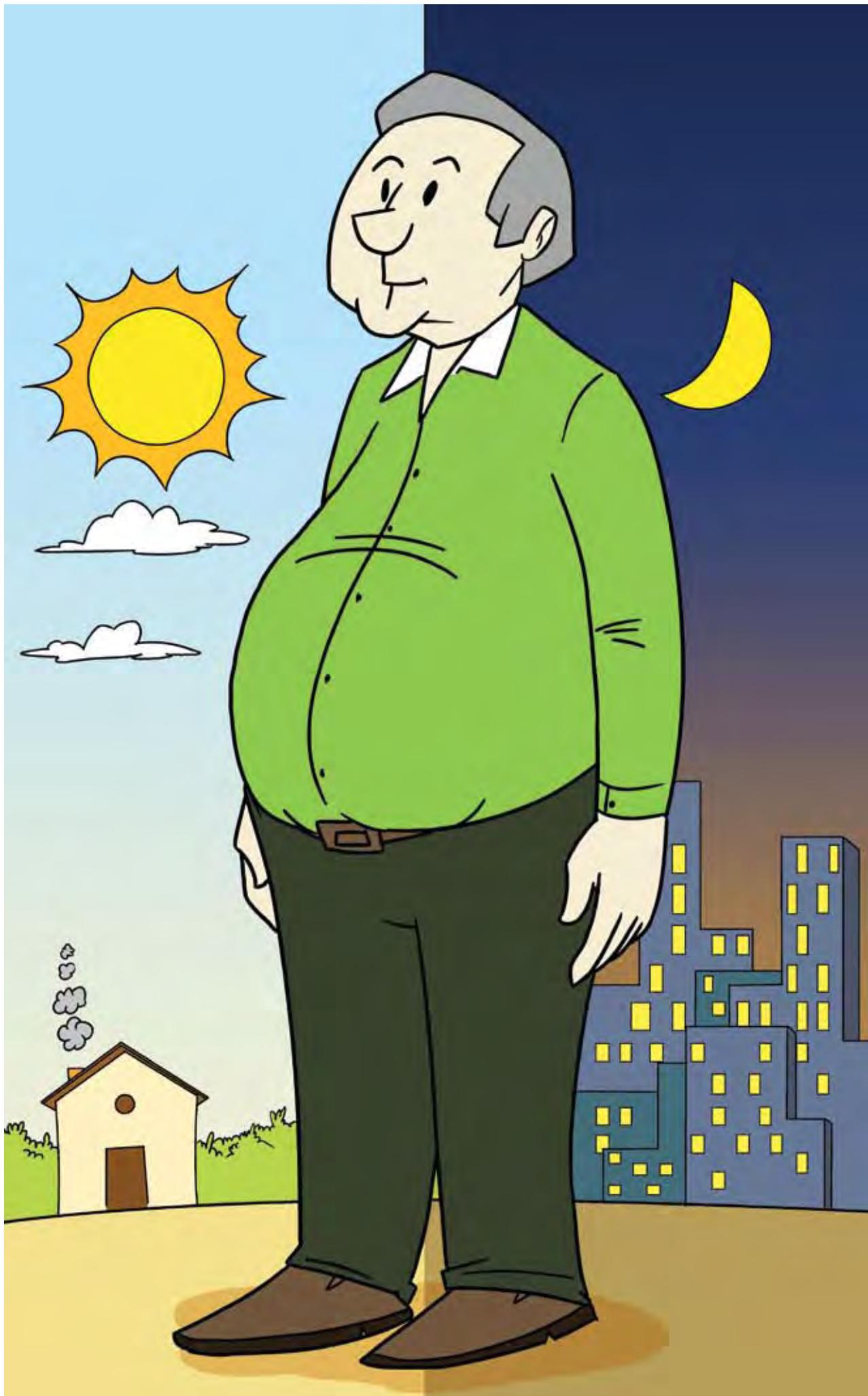
Referências

FONG J. *Preanesthetic assessment of the patient with coagulopathies*. Anesthesiology Clin North Am 1990; 8:829-833.

MENDES FF, Mathias LAST, Duval Neto GF et al. *Impacto da implantação de clínica de avaliação pré-operatória em indicadores de desempenho*. Rev Bras Anesthesiol. 2005;45:175-187.

POLLARD JB. *Economic aspects of an anesthesia preoperative evaluation clinic*. Curr Opin Anaesthesiol. 2002;15:257-261.

PASTERNAK LR. *Preoperative evaluation, testing, and planning*. Anesthesiol Clin North Am. 2004;22:XIII-XIV



18 PRONTUÁRIO MÉDICO

Sergio M. Molteni

Um dos artigos de nosso Código de Ética Médica (vigente desde 1988 e em processo de revisão), que por sua não observação tem trazido dissabores a nossos colegas, está relacionado ao prontuário médico. O registro de todas as ações relacionadas a um atendimento médico é, além de um dever de obediência ao nosso Código de Ética, um ato de efetiva contribuição para o progresso científico da Medicina.

Consultando o Código de Ética Médica, encontramos, no Capítulo V, que trata da relação do médico com pacientes e familiares, os artigos 69 e 70, que estabelecem ser vedado ao médico:

Art. 69º – Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70º – Negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.

Ainda, dentro do mesmo capítulo V, o artigo 62, estabelece também ser vedado ao médico:

Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.

São três determinações que, apesar de serem fáceis de observar, desde que o médico desenvolva o hábito do registro de suas ações diante de cada paciente e conscientize-se da importância desses registros, nem sempre vêm sendo cumpridas, denotando, por parte de alguns, falta de compromisso com o bom atendimento que tem, no prontuário, um espelho da qualidade de seu trabalho.

A falta de pormenores nesses textos, porém, que levava algumas vezes à utilização de registros em folhas ou fichas que, apesar de não se constituírem em prontuários, eram utilizados como argumentos para tal, fez com que o Conselho Federal de Medicina publicasse a Resolução CFM 1638/2002, com o detalhamento necessário à padronização dos prontuários médicos em todas as instituições de saúde.

Essa Resolução, que *“Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde”*, trouxe, além do detalhamento do que é constituído um prontuário médico, a determinação de a quem cabe a responsabilidade sobre esse importante documento.

Merecem destaque os seguintes fragmentos dessa pormenorização:

- Identificação do paciente.
- Anamnese, exame físico e exames complementares.
- Hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado.
- Evolução diária do paciente, com data e hora, e discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido.
- Identificação dos profissionais que os realizaram com o respectivo número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Detalha também sobre a **Comissão de Revisão de Prontuários nas Instituições de Saúde**, determinando como ela deve ser constituída e quais ações devem realizar.

Somente com a leitura dessa resolução poderá o médico compreender e praticar de forma ética as anotações relacionadas aos atendimentos profissionais que realizar.

Em que pese, contudo, todo esse regramento, ainda assim nos defrontamos em nossa atividade conselhal com prontuários inelegíveis, fontes muitas vezes de potenciais riscos aos pacientes, quando



prescrições podem implicar na administração indevida ou equivocada de medicamentos e fontes, também, de dificuldades para os profissionais pela impossibilidade de comprovar dados registrados.

A legibilidade da letra é um fator que deve merecer atenção permanente de todo médico pelas implicações que dela podem advir.

Uma alternativa interessante e eficaz que vem sendo utilizada por um número cada vez maior de instituições médicas é o prontuário eletrônico, que permite prescrições e evoluções digitadas, eliminando todas as inconveniências dos registros manuscritos. Trata-se de uma tendência que acompanha a evolução da tecnologia em informação e que trará benefícios a todos os envolvidos no processo de atendimento dos pacientes.

Em maio de 2009, três médicos do interior do Paraná foram multados pela Vigilância Sanitária por receitarem de forma ilegível.

Existe uma tendência, pela frequência cada vez maior de denúncias encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina, de se considerar o prontuário como o principal elemento de defesa do médico. Não que não o seja, mas esta é apenas uma das diversas importâncias do prontuário já que, conforme definido na resolução, ele deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do hospital e à sociedade.

Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente e, também, defesa e acusação.

Se tem toda essa importância para o paciente, para o médico, para a instituição assistencial e os poderes públicos, para a equipe assistencial e para o ensino e a pesquisa, fica claro que todas essas utilidades do prontuário revestem-se de significado muito maior do que o que mais se refere, que é a defesa do médico.

Atento à evolução tecnológica, particularmente à incorporação da informática

na área da saúde, o Conselho Federal de Medicina publicou, em 2007, a Resolução 1821, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

A lei determina que os prontuários sejam guardados pelas instituições de saúde por 20 anos, o que implica no uso de muitos metros quadrados de áreas que poderiam estar sendo utilizadas para uma melhor organização operacional ou oferecendo mais espaço para um atendimento com mais conforto para os pacientes.

Há informações de que grandes hospitais do Brasil, por já não disporem mais de espaço em suas instalações, necessitam alugar imóveis exclusivamente para a guarda dos prontuários, o que implica em gastos adicionais e inconvenientes para o atendimento dos pacientes.

Isso tudo, porém, poderá ser resolvido com a adoção do prontuário eletrônico, que passa a poder ser utilizado a partir da resolução acima citada, que é extensa e complexa, como o tema requer, mas que necessita de leitura detalhada para a aplicação de suas determinações.

Atualmente, com a internet oferecendo-nos informações quase ilimitadas, pode o médico consultar os ambientes eletrônicos (sites) tanto do Conselho Federal como do Regional de Medicina (pelos endereços

www.crmp.org.br e www.cfm.org.br) onde poderá ser encontrado tudo o que diz respeito ao prontuário médico.

Caso o profissional deseje um documento específico sobre o prontuário médico, poderá consultar o ambiente eletrônico do CRM do Distrito Federal (www.crmdf.org.br), onde está disponível a publicação "Prontuário Médico do Paciente – Guia para uso prático", que traz um apanhado geral sobre o tema.

Por último, lembramos o que dispõe o artigo 299 do Código Penal Brasileiro, de que a anotação incorreta, incompleta, falsa ou inexistente no prontuário quanto aos fatos relacionados com o paciente pode caracterizar falsidade ideológica:

"Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante."

Pena – reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular."

A atenção permanente com o registro de todos os procedimentos, desde a consulta até os mais complexos, é dever de todo médico e a sua observação reflete a qualidade do atendimento, tanto da instituição quanto do profissional médico. •

PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE

"O prontuário do paciente representa segurança para os médicos cultos e conscienciosos, ameaça constante para audazes sem escrúpulos, ignorantes incorrigíveis e uma barreira intransponível contra reclamações e caprichos de clientes descontentes."

Lacassagne



19 O MÉDICO RESIDENTE E A DECLARAÇÃO DE ÓBITO

João Carlos Simões

O médico residente muitas vezes será chamado para atestar um óbito e para preencher corretamente a declaração de óbito, que é um ato médico. Ela não é somente um documento seminal do ponto de vista legal; ele é um documento ético. É imprescindível para análise da situação da saúde da população, vigilância epidemiológica, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

O médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos deste documento. Deve, portanto, revisar o documento antes de assiná-lo.

A declaração de óbito (DO) é o documento padrão do sistema de informação sobre mortalidade do Ministério da Saúde no Brasil. É composto de três vias carbonadas, pré-numeradas sequencialmente e distribuído pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Primeira via: recolhida nas Unidades Notificadoras, devendo ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados, na instância municipal ou na estadual;

Segunda via: entregue pela família ao cartório do registro civil, devendo nele ficar arquivada para os procedimentos legais;

Terceira via: permanece nas Unidades Notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, IML ou SVO, para ser anexada à documentação médica pertencente ao falecido.

A Declaração de Óbito (DO) é composta por nove blocos de variáveis:

Bloco I – Cartório;

Bloco II – Identificação;

Bloco III – Residência;

Bloco IV – Ocorrência;

Bloco V – Óbito fetal ou menor de um ano;

Bloco VI – Condições e causas do óbito;

Bloco VII – Médico;

Bloco VIII – Causas externas;

Bloco IX – Localidade sem Médico.

A quem cabe atestar o óbito

Mortes por causas naturais (com assistência médica)

Causa conhecida: cabe ao médico que assiste ao paciente ou, na sua ausência, ao médico plantonista do serviço de saúde que atendeu o paciente.

Causa mal definida: Encaminhar o cadáver ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

Mortes por causas externas

Homicídios, suicídios, acidentes... Independente do tempo decorrido entre o evento e a morte.

Encaminhar o cadáver ao Instituto Médico Legal (IML) conforme artigo 2º da Resolução CFM 1601/2000, pois neste caso a DO só poderá ser emitida pelo IML.

Óbito fetal

Os óbitos fetais devem ter DO preenchidas quando a gestação tiver duração igual ou superior a 22 semanas ou quando o feto tiver peso igual ou superior a 500 gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

Nascidos vivos

Para crianças nascidas vivas que venham a falecer ainda não registradas, preencher a DO com o nome completo escolhido pelos familiares. Observar se houve preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DN).

Óbito no domicílio

Causa natural: deve ser fornecido pelo médico que assistiu ao paciente ou, na impossibilidade, encaminhada ao SVO.

Causa externa: encaminhar sempre ao IML.

Como preencher corretamente as causas da morte

O campo 49 da DO (Causas da Morte) dispõe de duas partes. Parte I, com quatro linhas (a,b,c,d) e parte II.

Na parte I da declaração devem ser registradas as causas que levaram à morte, organizadas numa sequência lógica. Na Parte I deve-se registrar na linha "a" a causa imediata ou terminal e, nas linhas subsequentes, as causas que deram origem às declarações na linha imediatamente anterior. Assim, a causa básica da morte deverá ser registrada na última linha.

Causa básica da morte: é a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos que conduziram diretamente à morte ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal. (OMS ← 1996).

A sequência de causas registradas deve ser coerente, do ponto de vista fisiopatológico e também temporal. Assim, é importante preencher os campos à direita das causas, registrando-se, sempre que possível, o tempo entre o início da doença e a morte, em horas, dias, meses ou anos.

Observe que existe a frase "devido ou como consequência de" impressa entre as linhas da Parte I. Essa frase se aplica à sequência de causas, relacionando o evento da linha anterior ao da linha subsequente, dando consistência ao atestado.

Na Parte II do atestado devem ser registradas outras causas que contribuíram para a morte, mas que não estejam relacionadas com a cadeia de eventos registradas na Parte I.

A causa básica deve ser registrada na linha "d"?

É necessário ter todas as linhas preenchidas na parte I?

Não é necessário que a causa básica seja registrada na linha "d". O importante é que ela seja registrada na última linha preenchida da Parte I, a partir da qual se inicia a sequência lógica que termina na causa registrada na linha "a". Portanto, não é necessário que todas as linhas da declaração sejam preenchidas.

E se não houver linhas suficientes para registrar toda a sequência de causas na Parte I?

As estatísticas de mortalidade são elaboradas a partir da causa básica da morte. Portanto, deve-se sempre preservar a causa básica, excluindo outras de menor interesse epidemiológico, como sinais e sintomas e afecções mal definidas.

Recomendações

1. Nunca atestar um óbito sem que o tenha verificado pessoalmente ou sem que tenha prestado assistência ao paciente, salvo, se o fizer como plantonista, médico substituto.
2. Os dados de identificação devem ser preenchidos com base em um documento da pessoa falecida.
3. Escrever de forma legível e por extenso todas as palavras, sem abreviaturas.
4. Cuidado para não haver rasuras. Caso isto ocorra, o documento deverá ser anulado (não rasgado), pois sua série numérica é rigorosamente controlada.
5. Não riscar ou anular linhas não preenchidas.
6. Revisar se todos os campos estão corretamente preenchidos antes de assinar.
7. Não utilizar termos vagos como causa de morte, tais como parada cardíaca ou cardiopulmonar.
8. Quando a morte for consequência de complicações cirúrgicas ou de procedimentos, declarar a causa que levou à indicação da cirurgia ou do procedimento, pois esta é a causa básica da morte.
9. No caso de neoplasias, indicar sempre a localização e se é benigna ou maligna. Em caso de desconhecimento da localização primária, registrar como

neoplasia maligna de sítio primário desconhecido.

10. No caso de óbitos de recém-nascidos e natimortos devidos a doença materna, não esquecer de registrá-la, pois ela é a causa básica da morte.

11. As fraturas, exceto as patológicas, são

consideradas lesões devido a causas externas. Portanto, deverão ser atestadas por médico legista.

12. No caso de infecção hospitalar que leva à morte, a causa básica é aquela que motivou a internação. Isso é importante quando o paciente tem múltiplas doenças, o que pode gerar confusão. •

O preenchimento dos itens relativos à causa da morte na DO deve seguir o seguinte exemplo:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SEMPRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a	Edema agudo do pulmão	5 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Devido ou como consequência de:			
		b	Insuficiência cardíaca hipertensiva	2 meses	
		Devido ou como consequência de:			
		c	Cardiopatia hipertensiva	2 anos	
		Devido ou como consequência de:			
		d	Hipertensão arterial	35 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Neoplasia maligna de próstata	2 meses	

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Outros exemplos:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SEMPRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a	Choque hipovolêmico	2 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Devido ou como consequência de:			
		b	Rotura de varizes esofageanas	6 horas	
		Devido ou como consequência de:			
		c	Hipertensão portal	2 anos	
		Devido ou como consequência de:			
		d	Esquistossomose mansônica	5 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Diabetes mellitus		

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SEMPRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a	Choque séptico	8 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Devido ou como consequência de:			
		b	Peritonite aguda	2 dias	
		Devido ou como consequência de:			
		c	Volvo do sigmóide	3 dias	
		Devido ou como consequência de:			
		d	Megacolon chagásico	5 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Cardiopatia chagásica		

* O código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Exemplos de morte por causa não-natural

Exemplo 1

Masculino, 25 anos, pedreiro, estava trabalhando quando sofreu queda de andaime (altura correspondente a dois andares). Foi recolhido pelo serviço de resgate e encaminhado ao hospital, onde fez cirurgia em virtude de traumatismo cranioencefálico. Morreu após três dias.

29 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SEMPRE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Edema cerebral	3 dias	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Traumatismo crânio encefálico	3 dias	
		c	Queda de andaime	3 dias	
		d			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			Operado		

* O Código de Classificação Internacional de Doenças relativo a cada diagnóstico será preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde.

Referências

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Mortalidade Brasil 1995*. Brasília : 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria/FUNASA nº 474, de 31/ 08/2000. Diário Oficial, de 04/09/2000. *Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade. SIM.*
- BRASIL. *Sistemas de Informações sobre Mortalidade: manual de procedimentos*. Brasília: 2000.
- BRASIL. Lei nº 9.454, de 07.04.1997, *Institui o número único de Registro de Identidade Civil*. Diário Oficial nº 66, de 08.04.97, p. 6.741, Seção I.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde: SUCES*. Rio de Janeiro: Fiocruz: IBGE, 1991.
- LAURENTI, R., Jorge, M. H. P. *O Atestado de Óbito*. São Paulo: Centro Brasileiro para a Classificação de Doenças em Português, 1994. [Série Divulgação, 1].
- OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID 10*. São Paulo: EDUSP, 1994.
- REGISTROS Públicos: Lei nº 6.015, de 31.12.1973. São Paulo: Atlas, 1976.

20 METODOLOGIA DA PESQUISA PARA O MÉDICO RESIDENTE

João Carlos Simões

“Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens educam-se em comunhão, mediatizados pelo mundo.”

Paulo Freire – *Pedagogia do Oprimido*, 1987

A Residência Médica tem como missão precípua a formação profissional. É a instituição que, por lei, fornece o título de especialista.

A sua essência é o treinamento em serviço sob a supervisão de um médico competente e qualificado.

No decorrer de sua prática, o médico residente vai se deparar com algumas exigências e demandas de pesquisa: a apresentação de artigos em reuniões científicas, pesquisa bibliográfica da internet de um caso visto nas enfermarias, a exigência da confecção e apresentação de um tema livre, de um trabalho de revisão em jornada, congresso, ou monografia no final da residência.

A resolução nº 1 da Comissão Nacional de Residência Médica, de 14 de maio de 2002, no artigo 10, parágrafo 2º, diz que, a critério da instituição, poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.

Destarte, considerando o papel formativo que a pesquisa e o método científico tem na educação do médico residente, percebe-se que essa atividade é fundamental na qualificação da residência médica e poderá servir de base para que possa eventualmente prosseguir na pós-graduação senso estrito.

A pesquisa

“O êxito em qualquer empreendimento decorre de um grande esforço trabalhando uma boa idéia.” [Ramon y Cajal]

A pesquisa é um dos pilares da universidade.

Na graduação, uma das melhores qualidades do estudante de Medicina é a curiosidade. A outra característica fundamental é a compaixão.

A curiosidade leva o aluno a querer ver, saber, aprender, fazer, perguntar e pesquisar.

Essas qualidades se manifestam também nos médicos residentes em diferentes intensidades e alguns demonstram um grande entusiasmo pela pesquisa clínica ou experimental com animais, com interesse em publicação de seus trabalhos científicos nas revistas indexadas.

O que é pesquisa?

A palavra vem do latim *perquirere*: busca, procura.

O dicionário Aurélio define como indagação ou busca minuciosa para averiguação da realidade; investigação; inquirição.

Pesquisar significa, de forma bem simples, procurar respostas para indagações ou dúvidas.

Trata-se de um processo de investigação orientada por um método com o objetivo de levantar, explorar e analisar dados para criação, formalização e/ou renovação de áreas do conhecimento.

“Pesquisa é o conjunto de investigações, operações e trabalhos intelectuais ou práticos que tenham como objetivo a descoberta de novos conhecimentos, a invenção de novas técnicas e a exploração ou a criação de novas realidades.” [Kourganoff, 1990]

A pesquisa é utilizada para:

1. Gerar e adquirir novos conhecimentos sobre si mesmo ou sobre o mundo em que vive.
2. Obter e/ou sistematizar a realidade impírica (conhecimento impírico).
3. Responder a questionamentos (explicar e/ou descrever).
4. Resolver problemas.
5. Atender a necessidades de mercado.

A pesquisa científica necessita a aplicação do método, da técnica, de uma maneira específica de comunicar e apresentar os resultados.

História do método científico

“Sempre que ensinares, ensina a duvidares o que estás ensinando” [Ortega y Gasset]

Metodologia (do grego *methodos*= caminho para chegar a um fim): é um conjunto de processos e etapas para buscar o conhecimento.

A metodologia estuda os meios ou métodos de investigação do pensamento correto e do pensamento verdadeiro e procura estabelecer a diferença entre o que é verdadeiro e o que não é, entre o que é real e o que é ficção.

Método é um procedimento de investigação e controle que se adota para o desenvolvimento rápido e eficiente de uma atividade qualquer (Bastos e Keller).

A pesquisa deve obedecer os rigores que impõe o método científico, sendo a principal característica a reprodutibilidade.

As bases para a realização da pesquisa foram instituídas no século XVI por Galileu Galilei, Francis Bacon e René Descartes.

Galileu Galilei (1564-1642)

Introduziu o método científico. Esta proposta inclui três etapas: observação, hipótese e experimentação. Foi o primeiro a combinar a experimentação científica com a matemática. Galileu destacou que *“ninguém ensina nada a ninguém, o máximo que se pode fazer é ajudar as pessoas a descobrir*

as coisas dentro de si mesmas”.

Francis Bacon (1561-1626)

Traçou a realização de experimentos de caráter indutivos. *“A descoberta de fatos verdadeiros depende da observação e da experimentação guiadas pelo raciocínio indutivo”.* Constituem os meios para se chegar a verdade.

René Descartes (1596 – 1650)

Advertia para a fuga do subjetivismo e pregava a dúvida como meio de raciocínio. Duvidar significa pensar. Seu aforismo: *“cogito, ergo sum”* (penso, logo existo). O método cartesiano possui as quatro regras de ouro:

4 REGRAS DE OURO DE DESCARTES

1. Dividir todos os problemas em tantas partes quanto necessário para resolvê-los adequadamente;
2. Conduzir ordenadamente os pensamentos: do mais simples para o mais complicado;
3. Realizar periodicamente revisões cuidadosas;
4. Acolher como verdadeiro exclusivamente a conclusão que não deixa dúvida. Se houver dúvida a conclusão deve ser rejeitada.

Claude Bernard (1813-1878)

Introduziu a Medicina experimental e dissertou sobre os termos observação e experiência. Ressaltou o papel da hipótese: a ideia que dirige a experiência.

Santiago Ramon y Cajal (1852-1934)

Ganhou o Prêmio Nobel em Medicina em 1906.

Escreveu sobre as regras de investigação científica: independência mental, curiosidade intelectual, perseverança, devoção à pátria e à língua, desejo de boa reputação.

“Não há pesquisa esgotada,

Há pesquisadores esgotados”

No Brasil, os paradigmas do ensino da metodologia científica em Medicina foram:

Alfonso Bovero (1871-1937)

Um dos professores pioneiro da Universidade de São Paulo. Publicou sobre a *“Introdução ao método científico”* e enfatizou a seriedade da pesquisa bibliográfica.

Renato Locchi (1896-1978)

Discípulo de Bovero na USP, de quem disse: *“Determinadas pessoas deveriam ser poupadas da inexorabilidade da morte. Poderíamos ter eternamente o brilho do saber do prof. Locchi.”* Publicou *“Normas Gerais para a Investigação e a Publicação Científica em Medicina”*, em 1948.

Alípio Correa Neto (1898 -1988)

Professor catedrático de cirurgia da USP, publicou o livro *“Metodização da Pesquisa Científica”*, em 1970. E esta é um das frases conhecidas de Alípio: *“O problema do pobre não é ser pobre, é ter amigo pobre.”*

Como começar uma pesquisa científica metódica

“A melhor maneira que a gente tem de fazer possível amanhã alguma coisa que não é possível fazer hoje, é fazer hoje aquilo que hoje pode ser feito. Mas se eu fizer hoje o que hoje pode ser feito e tentar fazer hoje o que hoje não pode ser feito, dificilmente eu farei amanhã o que hoje também não pude fazer.” [Paulo Freire]

A pesquisa inicia-se sempre com uma pergunta que nasce de uma ideia que surgiu de uma leitura de um artigo, ao se assistir um tema livre, da lide na prática clínica diária ou a partir da linha de pesquisa de um orientador.

Existem perguntas cujas respostas estão na literatura. Há outras cujas respostas não são conhecidas.

A pergunta deve ser apresentada de modo claro e preciso. O objetivo do pesquisador deve ser bem definido. Deve-se evitar a formulação de mais de uma per-

gunta, já que cada pergunta gera novas variáveis.

Goldenberg refere que após formulada a pergunta, a pesquisa exige trabalho no escritório e no laboratório.

O trabalho do escritório compreende: a pesquisa bibliográfica, as horas de estudo e a redação científica.

O exercício no laboratório corresponde ao trabalho artesanal com o animal de experimentação ou na pesquisa clínica no ambulatório, enfermaria ou centro cirúrgico.

“ Todo trabalho científico requer um por cento de inspiração e noventa e nove por cento de perspiração.” (Thomas Edison)



Etapas da pesquisa

A pesquisa pode ser dividida em três etapas:

- A) planejamento.
- B) execução.
- C) divulgação.

O planejamento se subdivide em:

- A escolha do tema.
- A revisão da literatura.
- Teste dos procedimentos.
- Projeto de pesquisa.
- Encaminhamento à comissão de ética.

Na execução temos: o objetivo, a hipótese, métodos, população e tamanho da amostra, a pesquisa piloto, coleta de dados, tabulação, análise, interpretação e relatório final.

Na divulgação, temos a forma de apresentação: tema livre, artigo científico e tese.

Normas para elaboração do projeto de pesquisa

“Pior que a falta de recursos é a miséria da falta de vontade.” (Ramon y Cajal)

O projeto de pesquisa constará dos seguintes capítulos:

Título provisório

O título definitivo deverá ser a última etapa.

Introdução

É a justificativa que apresenta as razões que levaram o pesquisador a desenvolver o trabalho. Faz referência do estado atual da questão baseado na literatura.

Objetivo

O objetivo é a formulação da pergunta.

Métodos

- Local da pesquisa.
- Aprovação da comissão de ética em pesquisa.
- Amostra (população de estudo) clínico ou com animais, caracterizar o número total, sexo, idade e peso, etnia etc.
- Delineamento da pesquisa – prospectivo, retrospectivo, randomizado, duplo-cego, coorte etc.
- Etapas dos procedimentos.
- Serviços auxiliares: histologia, laboratório clínico e outros.
- Planejamento estatístico.
- Protocolo: elaborado a partir das observações obtidas durante a execução do estudo piloto.
- Estimativa de custo.
- Cronograma de execução.

Referências (bibliografia)

Submeter, ao final, ao professor orientador para correções e aprovação.

Pesquisa em animais

“Nós temos o direito de fazer experimentos animais e viviseção? Eu penso que temos este direito, total e absolutamente. Se-

ria estranho se reconhecêssemos o direito de usar os animais para serviços caseiros e alimentação, mas proibir o seu uso para o ensino de uma das ciências mais úteis para a humanidade. Experimentos devem ser feitos tanto no homem quanto nos animais. Penso que os médicos já fazem muitos experimentos perigosos no homem, antes de estudá-los cuidadosamente nos animais. Eu não admito que seja moralmente aceitável testar remédios mais ou menos perigosos ou ativos em pacientes hospitalizados, sem primeiro experimentá-los em cães. Eu provarei, a seguir, que os resultados obtidos em animais podem ser todos conclusivos para o homem, quando nós sabemos como experimentar adequadamente.” (Claude Bernard - *An Introduction To The Study Of Experimental Medicine, 1865*)

“Quanto mais eu conheço a espécie humana, mais eu gosto do meu cachorro.” (Hitler, 1926)

A primeira pesquisa científica que utilizou animais, sistematicamente, talvez tenha sido a realizada por William Harvey, publicada em 1638, sob o título “*Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*”. Neste livro o autor apresentou os resultados obtidos em estudos experimentais sobre a fisiologia da circulação realizados em mais de 80 diferentes espécies animais.

Os estudos em animais de laboratório cresceram nos últimos três séculos e viabilizaram uma série de impedimentos associados às pesquisas em seres humanos.

Critérios normativos mínimos para as pesquisas que utilizam animais

- Definir objetivos legítimos para a pesquisa em animais.
- Impor limites à dor e ao sofrimento.
- Garantir tratamento humanitário.
- Avaliar previamente os projetos por um comitê independente.
- Fiscalizar instalações e procedimentos.
- Garantir a responsabilização pública.

Hampson J. Animal Experimentation: Practical Dilemmas and Solutions. In: Paterson D, Palmer M. The Status of Animals. Oxon (UK): Cab, 1989: 101

A utilização de animais em experimento oferece algumas vantagens:

1. A probabilidade de um melhor controle local.
2. Uma menor diversidade ou pureza genética.
3. A facilidade de obtenção de animais (particularmente roedores).
4. Um maior número de repetições.
5. O alcance da análise microscópica em áreas de difícil obtenção em humanos.
6. Uma menor restrição bioética.
7. A escolha de um animal apropriado para a pesquisa experimental é uma decisão fundamental para a extrapolação dos resultados obtidos em seres humanos.
8. Não obstante, o modelo animal, por mais acurado, não pode ser trasladado aos seres humanos sem reserva. “*O efeito de um tratamento sobre o homem só pode ser observado no próprio homem*” (Vieira e Hossne).

Em 1959, Russel e Burch estabeleceram os três Rs da experimentação animal: replace, reduce e refine.

- **Replace** - substituição do uso de animais por métodos alternativos, tais como: testes *in vitro*, modelos matemáticos, cultura de células e/ou tecidos, simulação por computador etc.
- **Reduce** - redução do número de pesquisas realizadas em modelos animais, redução do número de animais utilizados nas pesquisas e aumento na qualidade do tratamento estatístico.
- **Refine** - refinamento das técnicas utilizadas visando minorar a dor e o sofrimento dos animais, incluindo cuidados de analgesia e assepsia nos períodos pré, trans e pós-operatório.

O manejo e o número de animais utilizados no experimento devem seguir os critérios éticos. Não se deve minimizar esforços para garantir o tratamento adequado aos animais, principalmente em referência à qualidade das instalações, alimentação,

anestesia e analgesia pós-operatória e à morte dos animais sem sofrimento.

Os experimentos devem respeitar as diretrizes e princípios éticos da experimentação.

No Brasil, a experimentação em animais está prevista na lei de procedimentos para o uso científico de animais, Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008 (Regulamenta o Inciso VII do § 1º do artigo 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; revoga a Lei nº 6.638, de 8 de maio de 1979; e dá outras providências).

Princípios éticos na experimentação animal (COBEA)

Artigo I

Todas as pessoas que pratiquem a experimentação biológica devem tomar consciência de que o animal é dotado de sensibilidade, de memória e que sofre sem poder escapar à dor.

Artigo II

O experimentador é, moralmente, responsável por suas escolhas e por seus atos na experimentação animal.

Artigo III

Procedimentos que envolvam animais devem prever e se desenvolver considerando-se sua relevância para a saúde humana, o animal, a aquisição de conhecimentos ou o bem da sociedade.

Artigo IV

Os animais selecionados para um experimento devem ser de espécie e qualidade apropriadas e apresentar boas condições de saúde, utilizando-se o número mínimo necessário para se obter resultados válidos. Ter em mente a utilização de métodos alternativos, tais como modelos matemáticos, simulação por computador e sistemas biológicos *in vitro*.

Artigo V

É imperativo que se utilizem os animais de maneira adequada, incluindo aí evitar o desconforto, angústia e dor. Os investigadores devem considerar que os processos determinantes de dor ou angústia em seres humanos causam o mesmo em

outras espécies, a não ser que o contrário tenha demonstrado.

Artigo VI

Todos os procedimentos com animais, que possam causar dor ou angústia, precisam se desenvolver com sedação, analgesia ou anestesia adequadas. Atos cirúrgicos ou outros atos dolorosos não podem se implementar em animais não anestesiados e que estejam apenas paralisados por agentes químicos e/ou físicos.

Artigo VII

Os animais que sofram dor ou angústia intensa ou crônica, que não possam se aliviar e os que não serão utilizados devem ser sacrificados por método indolor e que não cause estresse.

Artigo VIII

O uso de animais em procedimentos didáticos e experimentais pressupõe a disponibilidade de alojamento que proporcione condições de vida adequadas às espécies, contribuindo para sua saúde e conforto. O transporte, a acomodação, a alimentação e os cuidados com os animais criados ou usados para fins biomédicos devem ser dispensados por técnico qualificado.

Artigo IX

Os investigadores e funcionários devem ter qualificação e experiência adequadas para exercer procedimentos em animais vivos. Deve-se criar condições para seu treinamento no trabalho, incluindo aspectos de trato e uso humanitário dos animais de laboratório.

Roteiro de pesquisa experimental para o médico residente

“Quando on ne sait pás ce que l’on cherche, on ne voit pás e que l’on trouve” (Claude Bernard)

Para alguém que se inicia na pesquisa experimental com animais de laboratório, um dos principais problemas é saber por onde começar, e para isto vamos enumerar os diversos passos para a sua execução.

Já foi referido que toda pesquisa é motivada por curiosidade científica, que é o elemento principal que irá gerar uma pergunta (*research question*).

Formulação da pergunta (objetivo)

Deve ser clara e precisa. Ex.: Quais são as alterações morfológicas do pulmão na pancreopatia aguda experimental em ratos?

Revisão da literatura

Pesquisa bibliográfica do problema: a resposta já existe? Se existe, satisfaz a minha dúvida? A resposta está completa? Existe algum detalhe que não foi abordado nos outros estudos?

A retrospectiva bibliográfica deverá ser de 10 anos, salvo algumas poucas referências históricas.

As principais bases de dados são:

a) **Medline** – indexa a literatura internacional desde 1966. Disponível na internet nos seguintes endereços:

<http://www.Bireme.Br/iah/homepage.Html> (escritores em português)

<http://www.Pubmed.Gov> (escritores em inglês)

b) **Lilacs** – indexa a literatura Latino-Americana e do Caribe desde 1982:

<http://www.bireme.br/iah/homepage.htm> (escritores em português)

Deve-se obedecer a cronologia das referências, eliminar os trabalhos repetidos e não citar referência que não foi lida.

Protocolo

A partir da pergunta e da revisão da bibliografia, monta-se um protocolo para a coleta de dados. Deve ser o primeiro documento estabelecido antes de uma pesquisa e deve ser mantido em uma pasta em separado. Estabelece os itens estudados em relação ao objetivo formulado. Ex: número de aderências, número de fibroblastos.

Escolha do animal de experimentação

- **Anatomia e fisiologia apropriada** - o cão não tem esôfago abdominal. O cólon do coelho possui tênias. O rato não tem apêndice cecal. O coelho tem apêndice cecal.
- **Genética** - o rato não desenvolve hipertensão naturalmente, mas alguns ratos modificados geneticamente sim.

Definição e tamanho da amostra

• **Número total** de animais utilizados (tamanho da amostra). Ex: 15 ratos para cada grupo; 10 cães no grupo controle e 10 no grupo experimento.

(Para determinar o tamanho da amostra, habitualmente é realizado um projeto piloto, para a seleção de variáveis a serem estudadas e a confecção do protocolo de coleta de dados a ser seguido durante a pesquisa. Convém discutir com o estatístico o número de animais necessários de acordo com o delineamento do trabalho de pesquisa).

• **Espécie e linhagem** - coelhos new zeland, wistar (ratos brancos), bufalo (ratos isogênicos).

• **Sexo, peso e idade** - ratos machos têm veias mais calibrosas. Rato adulto tem maior volume sanguíneo.

• **Procedência** - identificar as condições em que foi procriado e mantido. Ex: ratos wistar provenientes do Instituto Tecnológico do Paraná (Tecpar).

• Modo de **aleatorização** na escolha dos animais (forma de sorteio).

Ambiente de experimentação

• Local onde se **desenvolveu** o trabalho (instituição, serviço, hospital).

• Local da **experimentação** (laboratório de técnica operatória da disciplina de técnica operatória e cirurgia experimental da instituição).

• **Condições sanitárias** - biotério com barreiras sanitárias, quarentena, período de adaptação.

• **Condições de alojamento** - tipo e dimensões das gaiolas, número de animais por caixa, iluminação (ciclo noite/dia) temperatura ambiental, ruídos, trocas de ar (aeração).

• **Condições nutricionais** - ração padrão, água potável e regime de jejum e *ad libitum*.

Definição dos grupos

• **Grupo controle** - corresponde ao grupo onde não foi feito procedimento - padrão normal para se comparar.

• **Grupo simulado (SHAM)** - é o grupo onde eventualmente poderá ser utilizado como grupo controle.

• **Grupo experimento** - pode ser mais de um grupo experimento.

Etapas experimentais (método)

• Descrição minuciosa da **tática**, técnica, materiais aplicadas no experimento e formas de mensuração das variáveis.

• **Pré-operatório.**

• **Anestesia.**

• **Procedimento cirúrgico** - posição do animal, fixação, tonsura ou epilação (tricotomia não é recomendado) operação (fios, tipos de sutura e outros materiais utilizados).

• **Pós-operatório** até a eutanásia ou morte dos animais (evitar o termo sacrifício).

• **Marcação** dos animais para não confundir (orelha, ácido pícrico).

Tempo de aferição e cronograma

Tempo necessário quando vai se obter ou pesquisar os resultados. Calendário do experimento. Ex.: para se estudar a cicatrização de uma anastomose intestinal em cães, geralmente podemos colher o material aos 7 e 14 dias.

Experiência piloto

Usado quando não sabemos a viabilidade do projeto, o método de aferição, as dificuldades encontradas, o gasto do material e o preenchimento correto dos protocolos. Testa-se as melhores técnicas.

No caso de pesquisas clínicas, protocolar todos as drogas usadas, horário e via de administração, dose por kg de peso, tempo de observação, procedimentos e qualquer variável.

Serviços auxiliares

Quando for necessário estudo histopatológico, determinar como a peça foi cortada, como foi fixada e de que forma foi incluída em formalina. Com quantos micrômetros foi realizado o corte e qual coloração foi utilizada.

Podem ser necessárias fotomicrografias que devem ser realizadas por patologista experiente.

Citar os serviços que realizaram os procedimentos.

Documentação

Alguns procedimentos poderão ser documentados fotograficamente. As fotos devem ser numeradas e legendadas com contraste adequado

Registro dos resultados e tratamento estatístico

"Afirmações corajosas são apanágio dos inexperientes e desorientados que ousam da segurança por ignorância". (Moraes)

Deve referir com a máxima honestidade e ética o registro objetivo de tudo o que foi obtido no experimento. Não há citações, nem comentários. São apresentados na mesma ordem de sua citação no capítulo de método. Este capítulo é constituído de tabelas (*), figuras, quadros (†), gráficos e desenhos.

Junto com o profissional da bioestatística e de acordo com a qualidade e a quantidade de variáveis, determinar o tipo de teste a ser empregado.

Paramétrico quando houver uma distribuição normal ou não paramétrico quando as variáveis não obedecem esta distribuição.

A estatística determina qual a probabilidade dos resultados encontrados são de causa determinada e não por acaso. O risco de 5% ou $p < 0,05$ para a rejeição da hipótese de nulidade é o utilizado na maioria das pesquisas. Isto significa que teremos 95% de chance da hipótese ser aceita como verdadeira. A discussão dos resultados deve se basear nos testes estatísticos efetuados.

Discussão

É o capítulo da capacidade crítica do pesquisador. Os dados são apresentados objetivamente.

Comparará os seus resultados encontrados com os que constam na literatura consultadas e discutir as possíveis justificativas quando os resultados forem diferentes.

O autor poderá exprimir comentário final, com opinião pessoal sobre a aplicabilidade dos seus resultados. Ou sobre dúvidas e problemas que poderão contribuir para outros investigadores e para a continuidade do assunto.

* **Tabela** - apresenta números, percentagem e estatística e é numerado em algarismos arábicos, na parte de cima, antecedendo o título. É aberta.

† **Quadro** - informações descritivas. Numerado em algarismos arábicos. É fechado.

A linguagem obedece ao estilo crítico e o verbo será utilizado sempre no passado.

Conclusões

Apenas considerar como conclusões os resultados estatisticamente significantes, procurando responder as perguntas formuladas.

Anexos

São informações adicionais que não constam do corpo do trabalho, como especificações técnicas de produtos e aparelhos, rações, fios. Os anexos são numerados consecutivamente com algarismos arábicos.

Comitê de ética da utilização de animais em pesquisa experimental da instituição

Todos os planos de pesquisa deverão ser encaminhados previamente ao CEP para liberação do início do trabalho experimental.

Orientador

Por último e, talvez, o mais importante, é o orientador de um trabalho de pesquisa. Não se deve fazer nada sozinho de princípio.

O papel do orientador é fundamental no início do trabalho e o papel principal dele é educativo. *"Agradece o teu crítico porque ele te constrói; aos que te bajulam porque te corrompem."* (Santo Agostinho)

Colocaremos, à guisa de ilustração, uma história interessante:

A TESE DO COELHO

Num dia lindo e ensolarado o coelho saiu de sua toca com o *notebook* e pôs-se a trabalhar, bem concentrado.

Pouco depois, passou por ali uma raposa e viu aquele succulento coelhinho, tão distraído, que chegou a salivar. No entanto, ela ficou intrigada com a atividade do coelho e aproximou-se, curiosa:

R: – Coelhinho o que você está fazendo aí "tão" concentrado?

C: – Estou redigindo a minha tese de doutorado, disse o coelho sem tirar os olhos do trabalho.

R:– Humm... E qual é o tema da sua tese?

C: – Ah, é uma teoria provando que os coelhos são os verdadeiros predadores naturais de animais como as raposas.

A raposa fica indignada:

R: – Ora! Isso é ridículo! Nós é que somos os predadores dos coelhos!

C: – Absolutamente! Venha comigo à minha toca que eu mostro a minha prova experimental.

O coelho e a raposa entraram na toca. Poucos instantes depois ouvem-se alguns ruídos indecifráveis, alguns poucos grunhidos e depois silêncio.

Em seguida o coelho volta sozinho, e mais uma vez retorna os trabalhos da sua tese, como se nada tivesse acontecido.

Meia hora depois aparece um lobo. Ao ver o apetitoso coelhinho tão distraído agradece mentalmente à cadeia alimentar por estar com o seu jantar garantido. No entanto, o lobo também acha muito curioso um coelho trabalhando naquela concentração toda. O lobo então resolve saber do que se trata aquilo tudo, antes de devorar o coelhinho:

L: – Olá jovem coelhinho. O que faz trabalhar tão arduamente?

C: – Minha tese de doutorado, seu lobo. É uma teoria que venho desenvolvendo há algum tempo e que prova que nós, os coelhos, somos os grandes predadores naturais de vários animais carnívoros, inclusive dos lobos.

O lobo não se contém e farfalha de risos com a petulância do coelho.

L: – Ah, ah,ah,ah! Coelhinho! Apetitoso coelhinho! Isto é um despropósito. Nós, os lobos, é que somos os genuínos predadores naturais dos coelhos. Aliás, chega de conversa...

C: – Desculpe-me, mas se você quiser eu posso apresentar a minha prova experimental. Você gostaria de acompanhar-me à minha toca?

O lobo não consegue acreditar na sua boa sorte. Ambos desaparecem toca adentro. Alguns instantes depois ouve-se uivos desesperados, ruídos de mastigação e... Silêncio. Mais uma vez o coelho retorna sozinho, impassível, e volta ao trabalho da sua tese, como se nada tivesse acontecido.

Dentro da toca de coelho vê-se uma enorme pilha de ossos ensanguentados e pelancas de diversas ex-raposas e, ao lado desta, outra pilha ainda maior de ossos e restos mortais daquilo que um dia foram lobos. Ao centro das pilhas de ossos, um enorme leão, satisfeito, bem alimentado e sonolento a palitar os dentes.

Moral da história:

Não importa quão absurdo é o tema da sua tese. Não importa se você não tem o mínimo fundamento científico. Não importa se os seus experimentos nunca chegaram a provar sua teoria. Não importa nem mesmo se suas ideias vão contra o mais óbvio dos conceitos lógicos: o que importa é quem é o seu orientador.

Sugestões para apresentação pública de trabalho científico

Preparação do material (datashow, transparências, slides, cartazes)

1. Iniciar com o nome do tema e do que será apresentado.
 2. Usar muitas figuras, gráficos e esquemas, preferencialmente aos textos.
 3. Não colocar muitos dados em um mesmo slide; não usar texto normal.
 4. Explorar a possibilidade das cores. É aconselhável fundo claro e letras escuras.
 5. Observe a regra das sete:
 - Utilize no máximo sete palavras por linha e sete linhas por slide.
 - Evite embaralhar texto e imagens.
 - Seja breve.
 - Dê espaço entre as linhas para maior legibilidade
 - Balance textos e imagens.
 - Seja consistente.
 - Cheque a ortografia
 - Dê vida ao material.
2. Use o apontador apontando para o item e sem movimentá-lo.
 3. Não complicar; não ficar preso aos detalhes.
 4. Concentrar-se no que fala e não nos detalhes.
 5. Falar devagar. Cuidado com os vícios de linguagem (o famigerado né).
 6. Checar o nível de compreensão da plateia.
 7. Não ler o que está escrito e, sim, desenvolver o assunto.
 8. Dar um tempo para as pessoas lerem antes de começar a falar.
 9. Falar primeiro sobre a mensagem e, após, sobre o conteúdo.
 10. Nunca exceder o tempo.
 11. Título curto e interessante.
 12. Apelar para a visão e a audição. Abusar dos recursos técnicos disponíveis.
 13. Agradecer com um final para ser lembrado.
 14. Permanecer natural e tranquilo, não ter medo de usar a criatividade, não imitar, não forçar.
 15. Ao responder as questões, repeti-las e agradecer.
 16. Ensaiai a apresentação. •

Da apresentação

1. Cheque o estado do datashow e do microfone. Coloque o microfone próximo ao queixo.

Referências

- CAMPANA AO. *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole, 2001.
- D'ACAMPORA AJ. *Investigação experimental*. Florianópolis: Papa-livro, 2001.
- ECO U. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GOLDBERG S. *Orientação normativa para elaboração de tese*. Acta cir bras. 1993;(Supl 1):1-24.
- GOLDBERG S. *Orientação normativa para elaboração e difusão de trabalhos de pesquisa*. [Http://www.Metodologia.Org](http://www.Metodologia.Org).
- GONÇALVES EL. *Pesquisa médica*. São Paulo: EPU, 1983.
- OLIVEIRA SL. *Tratado de metodologia científica*. São Paulo: Pioneira, 1997.
- RAMÓN Y CAJAR S. *Regras e conselhos sobre a investigação científica*. São Paulo: Ed. Da USP, 1979.
- SEVERINO AJ. *Metodologia do trabalho científico*. 20 Ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- VIEIRA S, HOSSNE WS. *Metodologia científica para a área da saúde*. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

21 MÉTODOS QUANTITATIVOS DA PESQUISA CLÍNICA

Thelma Larocca Skare

Ter dúvidas é um sentimento comum em seres humanos e isto é percebido de uma maneira bem aguda em situações sérias, como as de doença. Não é raro que, frente a um novo diagnóstico, tanto médicos quanto pacientes se defrontem com uma série de questionamentos quanto ao grau de certeza de diagnóstico, quanto à seleção do tratamento, possibilidades de cura etc. Ao tentar responder estas questões, existem basicamente dois tipos de conhecimentos dos quais alguém pode lançar mão. Um deles é o conhecimento empírico, obtido pela observação; outro é o conhecimento científico obtido através de um conjunto de regras.

O conjunto das regras usadas para se obter um conhecimento científico é chamado de metodologia e vai desde a confecção de um projeto de pesquisa (planejamento) até a sua realização e interpretação dos resultados obtidos. A ciência que estuda as diferentes maneiras de se fazer e interpretar as observações científicas é conhecida como epidemiologia clínica e o seu objeto principal é desenvolver métodos que levem a conclusões válidas.

A escolha de um estudo

Os estudos epidemiológicos são as formas de organização da pesquisa e eles podem ser divididos de acordo com o esquema da tabela abaixo.

Tabela 1

Tipos de estudos epidemiológicos	
1. Estudos de observação (observacionais) <ul style="list-style-type: none">a. Descritos ou estudos de casosb. Analíticos<ul style="list-style-type: none">Transversais (estudos de prevalência ou retrospectivos)Estudos Longitudinais (prospectivos ou de coorte)Estudos de casos e controleEstudos de casos ecológicos<ul style="list-style-type: none">Comparação de frequência históricaComparação de tendência histórica	2. Estudos experimentais (de intervenção) <ul style="list-style-type: none">a. Ensaios clínicosb. Intervenções comunitáriasc. Estudos laboratoriais

Estudos observacionais

1. Estudo de casos (ou relato de casos)

São apresentações detalhadas de um único caso ou de uma série com poucos casos. Eles são a única maneira de estudo de eventos raros. Servem para elucidar mecanismos fisiopatológicos ou para analisar tratamentos muito caros ou sofisticados, que não seriam possíveis de serem aplicados em larga escala. Além disso, servem para levantar dúvidas e hipóteses para outros tipos de estudo. Entretanto, como analisam poucos elementos e tendem a apresentar "situações bizarras e pouco comuns", estão sujeitos a uma série de vícios.

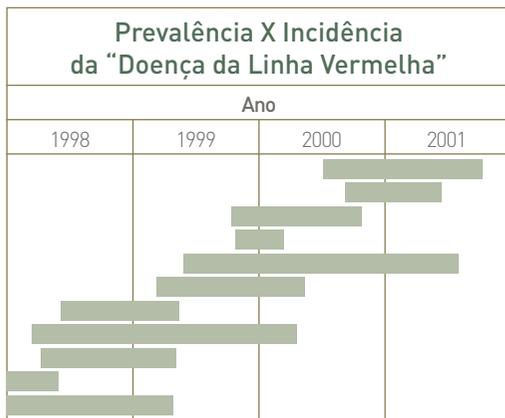
2. Estudos analíticos

São estudos que procuram definir quais são os elementos causais de uma doença. Eles testam hipóteses etiológicas específicas e estimam os efeitos crônicos. Geram hipóteses de mecanismos causais e, portanto, também geram hipóteses preventivas.

2a) Estudos de levantamento de prevalências: Nestes estudos, procura-se estudar uma determinada população, classificar as pessoas em afetadas e não afetadas por uma certa doença, verificar dados sobre exposições e estudar a sua associação com a doença em estudo, e identificar

fatores de risco. Estes estudos também são chamados de *cross-sectional*. São estudos baratos, úteis para planejamento em saúde, para estudar doenças comuns e de longa duração. Existem técnicas já padronizadas que podem ser utilizadas. Têm a desvantagem de serem afetados por variáveis intervinientes, não diferenciam fatores de risco de fatores prognósticos, não servem para doenças raras e de curta duração. Medem prevalência e não incidência.

OBS: Prevalência é a fração de um grupo de pessoas que apresenta uma certa condição clínica em um determinado ponto do tempo. Incidência é a fração de um grupo sem doença no início que a desenvolve ao longo de um período de tempo, ou seja, são os casos novos. Abaixo um exemplo:



Imagine que cada linha vermelha representa o período de doença de pessoa numa certa população. A prevalência dessa doença no ano de 1999 é de 8 (tem 8 pessoas afetadas); a incidência é de 4 (só 4 começaram a ficar doentes nesse ano). Em 2000, a prevalência é de 7; incidência de 2 casos.

2b) Estudos longitudinais (prospetivos ou de coorte): Neste tipo de estudo, um grupo de pessoas sem a doença que se quer estudar (ou um coorte) e que podem se expor, ou não, a um certo fator de risco, é acompanhada durante tempo suficiente para o aparecimento da doença em questão. Compara-se a incidência no grupo exposto e no não exposto. Assim:



Este tipo de estudo permite calcular o chamado risco relativo (RR):

$$RR = \frac{\text{Incidência nos indivíduos expostos}}{\text{Incidência nos indivíduos NÃO expostos}}$$

As vantagens deste tipo de estudo são: medem incidência e prevalência de doenças e oferecem uma maior precisão nas inferências causais (ou seja, são os mais adequados para testar hipóteses etiológicas). São relativamente livres de variáveis intervinientes e de vícios de seleção. Têm, como desvantagem: são caros, levam tempo, não servem para doenças raras e os resultados podem ser afetados pela perda de membros da coorte.

2c) Estudos de caso-controle (estudo retrospectivo): Imagine agora que se quer descobrir se a exposição a um certo componente A (ex: fumo) causa a doença B (ex: câncer de pulmão), mas não se quer ter que esperar tanto tempo nem gastar tanto dinheiro como seria necessário para fazer um estudo longitudinal ou de coorte. Para isso, pode-se estudar um grupo de pessoas que foi exposta à A e um outro grupo de pessoas não foi exposta à A para ver quantos desenvolveram ou não a doença B. Assim:



Pacientes com e sem a doença que devem ser semelhantes em tudo, exceto no que se refere à exposição ao fator A.

Têm a vantagem de ser relativamente rápidos e baratos. São estatisticamente eficientes. Têm a desvantagem de poderem ser afetados por variáveis intervinientes, pelo fato de pacientes com a doença (casos) se lembrarem melhor das exposições que os controles. Além disso, a exposição pode mudar como consequência da doença. Estes estudos não medem a incidência e, às vezes, casos e controle podem provir de populações distintas.

Observe que um estudo de caso X controle não pode medir risco relativo. Este é um estudo retrospectivo. Ele pode estimar o chamado *ODDS RATIO* ou razão das chances. Veja que num estudo caso-controle está se lidando com dois grupos: um com doença e outro sem (controle) e que uma tabela de contingência pode ser assim analisada nesta situação:

		DOENÇA	
		Presente	Ausente
FATOR DE RISCO	Presente		
	Ausente		

$$ODDS RATIO = \frac{A/B}{C/D}$$

Na tabela abaixo encontra-se uma comparação entre os estudos de coorte (longitudinais) e casos X controles

	TIPO DE ESTUDO	
	COORTE (longitudinal)	CASO X CONTROLE
Exposição	Medida antes da doença	Medida depois da doença
Memória	Não influi	Influi
Incidência	Pode ser medida	Não pode ser medida
Custo	Mais caro	Mais barato
Duração	Muito demorado	Rápido
Estudo de doenças raras	Impossível	Possível

Tabela 2 - Comparação entre estudos de coorte e casos controle.

3. Estudos ecológicos (ou estudos de população ou estudos de riscos agregados)

Neste tipo de estudo, seleciona-se uma população e estuda-se um determinado número de fatores agregados (definidos geograficamente, economicamente ou politicamente), que são chamados de unidades de análise. No estudo analisa-se o número de casos de doença ou morte em relação à população total exposta ao "agregado de variáveis". Aqui usa-se a média de exposição.

Pode-se comparar diferentes características de agregados e tentar identificar fatores de risco. São estudos rápidos e baratos nos quais pode-se usar dados já existentes

(prevalência, incidência, mortalidade). Pode-se comparar dados de várias fontes para estimar morbidade e mortalidade em cada grupo. Podem sugerir e testar novas hipóteses e são úteis principalmente para avaliar o impacto de programas e serviços na saúde de uma população-alvo.

Entretanto, as associações podem ser afetadas por variáveis intervinientes e, além disso, não se sabe exatamente a proporção dos casos expostos ao fator de risco (porque a gente só usa a média). A possibilidade de erro que acontece é porque algumas pessoas do grupo exposto podem não estar (elas próprias) expostas ao risco e porque o fator de exposição estudado pode não ser o único que faz a distinção entre as pessoas do grupo exposto e não exposto. É chamado de falácia ecológica. A falácia ecológica foi definida "dramaticamente" por Michael et al como sendo "... uma raposa, um animal de duas faces que espreita nos cantos escuros dos estudos de grandes populações, levando os leitores desavisados a aceitar conclusões infundadas".

Estudos de Experimentação e de Intervenção Experimental

1. Ensaios clínicos

Neste caso é selecionado um grupo de indivíduos com uma certa doença e a metade deles (escolhida ao acaso, ou seja, randomizada) é exposta a um agente terapêutico. Acompanha-se a evolução da doença nos dois grupos. Tem o objetivo de investigar se há uma associação entre frequência e/ou gravidade da doença e ao agente de tratamento.

Suas vantagens são: não são afetados por variáveis intervinientes e permitem estudar a história natural da doença. Por outro lado, são caros, não podem ser generalizados, podem ser eticamente condenáveis e muitos pacientes podem desistir do tratamento.

Na realidade, este é um estudo longitudinal (de coorte), no qual as condições de estudo são fixadas pelo pesquisador, o que evita o risco de comparações viciadas.

O elenco de um estudo de ensaio clínico inclui três populações: (1) a dos que aplicam o tratamento (clínicos); (2) a dos que

recebem o tratamento (pacientes); (3) e a dos que avaliam os seus efeitos (pesquisadores). É possível que os investigadores sejam os próprios clínicos mas, neste caso, ele, sabendo quem recebe o tratamento, pode “se viciar” inconscientemente ao julgar resposta. Para evitar este tipo de problema, pode-se fazer um estudo “cego”. Nele, o clínico que aplica o medicamento não sabe que medicamento cada paciente recebeu; o paciente não deve saber que remédio está tomando e o pesquisador, ao julgar o resultado, não deve saber como cada um foi tratado. O estudo pode ser unicego (só paciente é cego) ou duplo cego (paciente e médicos estão cegos). Para isto é necessário que os pacientes não tratados recebam um placebo. Mesmo assim, efeitos colaterais ou para efeitos de medicamentos, odor ou gosto diferentes podem revelar quem está tomando a droga efetiva. Além disso, certos procedimentos não podem ser “cegados”, como cirurgias, dieta, fisioterapia, radioterapia etc.

Pacientes e médicos que participam de ensaios clínicos podem se preocupar com o fato de que o paciente pode não estar recebendo o melhor tratamento possível de acordo com os conhecimentos vigentes. Como o médico, numa situação de doença, tem muito poder de persuasão sobre o paciente, um grande número de mecanismos de proteção vem sendo desenvolvido para que pacientes não sejam usados em ensaios clínicos contra a sua vontade. É por isso que todo ensaio clínico envolven-

do seres humanos deve ser levado para aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa ligada à instituição e o paciente deve assinar um consentimento informado (de preferência, bem informado), escrito em linguagem simples, onde o procedimento e as características experimentais estão bem claras.

2. Intervenções comunitárias ou ensaios profiláticos

Seleciona-se um grupo de pessoas saudáveis e a metade (escolhida aleatoriamente) é exposta à ação de um agente profilático (Ex: vacinas, programas de educação, uso de flúor etc). Estes indivíduos são acompanhados por um certo tempo, o suficiente para o aparecimento da doença em questão. Compara-se a incidência no grupo exposto e no não exposto e calcula-se o risco relativo. As vantagens e desvantagens são as mesmas dos ensaios clínicos.

Qual o melhor delineamento para cada questão a ser pesquisada? Na tabela abaixo, uma sugestão.

Diagnóstico	Estudo transversal
Prognóstico	Coorte
Incidência	Coorte
Prevalência	Transversal
Risco	Coorte / Caso X controle
Tratamento	Ensaio clínico
Causa	Coorte / Caso X controle

Escolha de delineamento de pesquisa de acordo com o assunto a ser estudado.

Referências

- DORIA FILHO U. *Introdução à bioestatística para simples mortais*. 1 ed. São Paulo: Ed Negócio Ltda, 1999.
- FLETCHER RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia Clínica*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- NEGRÃO DIAS LA. *Bases da Pesquisa em Oncologia*. Curitiba: Apostila do Serviço de Epidemiologia e Cirurgia Abdominal - Hospital Erasto Gaertner, 1996.

22 O RESIDENTE PODE SER EXCLUÍDO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA?

Evandro Guimarães de Souza

Em qualquer Programa de Residência Médica podem surgir situações que levem à exclusão do residente, desde que o processo de sua avaliação seja estabelecido de forma correta e os resultados conhecidos por parte dos interessados.

A Residência Médica constitui um curso de pós-graduação, em nível de especialização, destinado a médicos e caracterizado por treinamento em serviço do residente, cujas atividades são sempre supervisionadas por profissionais de reconhecida competência ética e técnica.

De acordo com o estipulado na Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 2/2006, temos os seguintes artigos que tratam sobre a avaliação do médico residente:

Art. 13º – *Na avaliação periódica do Médico Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da Coreme da Instituição.*

§ 1º. *A frequência mínima das avaliações será trimestral.*

§ 2º. *A critério da instituição poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.*

§ 3º. *Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente.*

Art. 14º – *A promoção do Médico Residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, dependem de :*

a) cumprimento integral da carga horária do Programa;

b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.

Art 15º – *O não-cumprimento do disposto no art. 14 desta Resolução será motivo de desligamento do Médico Residente do programa.*

A promoção para o ano subsequente do treinamento e a obtenção do certificado de conclusão do programa dependem do cumprimento integral da carga horária prevista, da aprovação final da avaliação e do desempenho satisfatório em todas as etapas do curso.

Como bem colocado na resolução, os critérios da avaliação devem ser estabelecidos previamente no Regimento Interno da Coreme da Instituição, antes do início das atividades planejadas, e os residentes devem ter conhecimento dos resultados obtidos.

Recomenda-se que os resultados dessas avaliações sejam registrados, assinados e discutidos com os residentes em reunião formal com o coordenador do programa e demais preceptores envolvidos. A avaliação permite, ainda, uma adequação do programa, quando forem detectadas falhas no planejamento.

Oportunidades deverão ser oferecidas para a recuperação do residente naquelas áreas em que foram verificadas insuficiências. Caso apresente sérias deficiências no seu desempenho, o residente deverá ser informado de maneira explícita da possibilidade de seu desligamento do programa. Não havendo a esperada recuperação, ele poderá ser excluído mediante exposição de motivos, que será enviada para aprovação da Comissão de Residência Médica (Coreme) da instituição e remetida a comunicação para a respectiva Comissão Estadual e para a CNRM. •



23 LEGISLAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Adriano Keijiro Maeda

Este capítulo propõe-se a mostrar um esboço da legislação vigente e principal sobre a Residência Médica.

Da definição

A Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.

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. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Da regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)

DECRETO Nº 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977

DECRETO Nº 91.364, DE 21 DE JUNHO DE 1985

Alteração da composição da Comissão Nacional de Residência Médica - alterou o § 1º do art. 2º do Decreto nº 80.281/77

Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, decreta:

Art. 1º – *A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.*

§ 1º. *Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas:*
Clínica Médica;
Cirurgia Geral;
Pediatria;
Obstetrícia e Ginecologia;
Medicina Preventiva e Social.

§ 2º. *Os programas de Residência terão a duração mínima de 1 (um) ano, correspondendo ao mínimo de 1.800 (um mil e oitocentas) horas de atividade.*

§ 3º. *Além do treinamento em serviço, os programas de Residência compreenderão um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clinicopatológicas ou outras, sempre com a participação ativa dos alunos.*

Art. 2º – *Fica criada no âmbito do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura a Comissão Nacional de Residência Médica, com as seguintes atribuições:*

- a) credenciar os programas de Residência, cujos certificados terão validade nacional;
- b) definir, observado o disposto neste Decreto e ouvido o Conselho Federal de Educação, as normas gerais que deverão observar os programas de Residência em Medicina;
- c) estabelecer os requisitos mínimos necessários que devem atender as Instituições onde serão realizados os programas de Residência, assim como os critérios e a sistemática de credenciamento dos programas.
- d) assessorar as Instituições para o estabelecimento de programas de Residência;
- e) avaliar periodicamente os programas, tendo em vista o desempenho dos mesmos em relação às necessidades de treinamento e assistência à saúde em âmbito nacional ou regional;
- f) sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos programas que não estiverem de acordo com as normas e determinações emanadas da Comissão.
- § 1º.** A Comissão Nacional de Residência Médica, será composta de 9 (nove) membros, designados pelo Ministro da Educação, e assim constituída:
- a) o Secretário da Secretaria da Educação Superior do Ministério da Educação, que é membro nato da Comissão e seu Presidente;
- b) um representante da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação;
- c) um representante do Ministério da Saúde;
- d) um representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;
- e) um representante do Conselho Federal de Medicina;
- f) um representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas;
- g) um representante da Associação Médica Brasileira;
- h) um representante da Federação Nacional dos Médicos;
- i) um representante da Associação Nacional dos Médicos Residentes.
- § 2º.** Sempre que necessário, a Comissão Nacional de Residência Médica

poderá convidar representantes de outras entidades e órgão governamentais, para exame de assuntos específicos.

§ 3º. A Comissão Nacional de Residência Médica terá um Secretário Executivo, substituto eventual do Presidente, designado pelo Ministro da Educação e Cultura.

§ 4º. O Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura proverá o suporte administrativo e técnico necessário aos trabalhos da Comissão.

Art. 3º – Para que a instituição de saúde não vinculada ao sistema de ensino seja credenciada a oferecer programa de Residência, será indispensável o estabelecimento de convênio específico entre esta e Escola Médica ou Universidade, visando mútua colaboração no desenvolvimento de programas de treinamento médico.

Art. 4º – Os programas de Residência serão credenciados por um prazo de cinco anos, ao final do qual o credenciamento será renovado a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 5º – Aos médicos que completarem o programa de Residência em Medicina, com aproveitamento suficiente, será conferido o certificado de Residência Médica, de acordo com as normas baixadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Parágrafo Único. Os certificados de Residência em Medicina, expedidos até janeiro de 1979, poderão ser convalidados de acordo com normas a serem estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 6º – Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 5 de setembro de 1977, 156º da Independência e 89º da República.
Ernesto Geisel, Ney Braga, Paulo de Almeida Machado, L.G. do Nascimento e SILVA e Moacyr Barcellos Potyguara.
(Publicado no DOU de 06/09/77)

Relação das especialidades de Residência Médica, de acordo com a resolução CNRM nº 02/06

Acesso direto

- Acupuntura
- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Cirurgia da Mão
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Genética Médica
- Homeopatia
- Infectologia
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina do Tráfego
- Medicina do Trabalho
- Medicina Esportiva
- Medicina Física e Reabilitação
- Medicina Legal
- Medicina Nuclear
- Medicina Preventiva e Social
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Obstetrícia e Ginecologia
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Patologia
- Patologia Clínica / Medicina Laboratorial
- Pediatria
- Psiquiatria
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Radioterapia

Com pré-requisito

A – Com pré-requisito em clínica médica

- Alergia e Imunologia
- Angiologia
- Cancerologia/Clínica
- Cardiologia
- Endocrinologia
- Endoscopia

- Gastroenterologia
- Geriatria
- Hematologia e Hemoterapia
- Nefrologia
- Pneumologia
- Reumatologia

B – Com pré-requisito em cirurgia geral

- Cirurgia Geral – Programa Avançado
- Cancerologia/Cirúrgica
- Cirurgia Cardiovascular
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- Cirurgia do Aparelho Digestivo
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Torácica
- Cirurgia Vascular
- Coloproctologia
- Urologia

C – Com pré-requisito em obstetrícia e ginecologia ou cirurgia geral

- Mastologia

D – Com pré-requisito em anestesiologia ou clínica médica ou cirurgia geral

- Medicina Intensiva

E – com pré-requisito em pediatria

- Cancerologia/Pediátrica

F – com pré-requisito em clínica médica ou cirurgia geral

- Nutrologia

Do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica

RESOLUÇÃO CNRM Nº 008/2004, DE 05 DE AGOSTO DE 2004

Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09/1977 e a Lei 6.932, de 07/07/1981, e considerando que:

- Há necessidade de atualizar os critérios de avaliação do processo seletivo para ingresso nos Programas de Residência Médica, especialmente a introdução de mecanismos de seleção que contemplem aspectos referentes à aquisição de habilidades necessárias ao desenvolvimento de atividades essenciais para uma boa formação médica;
- A resolução que fixou o percentual mínimo de 90% (noventa por cento) de questões objetivas em prova escrita para seleção de candidatos aos programas de residência médica teve como finalidade reduzir o componente subjetivo desse processo;
- A prova escrita se restringe exclusivamente ao componente cognitivo da formação;
- A avaliação das habilidades e comportamentos constitui elemento essencial à seleção do candidato;
- O conhecimento do perfil do candidato constitui elemento fundamental à especialidade pretendida e ao próprio desenvolvimento institucional do programa de formação, resolve:

Art. 1º – Os candidatos à admissão em Programas de Residência Médica deverão se submeter a processo de seleção pública que poderá ser realizado em duas fases, a escrita e a prática.

Art. 2º – A primeira fase será obrigatória e consistirá de exame escrito, objetivo, com igual número de questões nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social, com peso mínimo de 50 % (cinquenta por cento).

Art. 3º – A segunda fase, opcional, a critério da Instituição, será constituída de prova prática com peso de 40 % (quarenta por cento) a 50 % (cinquenta por cento) da nota total.

§ 1º. O exame prático será realizado em ambientes sucessivos e igualmente aplicado a todos os candidatos selecionados na primeira fase, envolvendo Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social.

§ 2º. Serão selecionados para a segunda fase os candidatos classificados na primeira fase, em número mínimo correspondente a duas vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, podendo cada instituição, a seu critério, ampliar essa proporção.

§ 3º. Em caso de não haver candidatos em número maior que o dobro do número de vagas do programa, todos que obtiverem rendimento na primeira fase serão indicados para a segunda fase.

§ 4º. A prova prática deverá ser documentada por meios gráficos e/ou eletrônicos.

Art. 4º – A critério da Instituição, 10% (dez por cento) da nota total poderá destinar-se à análise e à arguição do currículo.

Art. 5º – Para as especialidades com pré-requisito o processo seletivo basear-se-á exclusivamente no programa da(s) especialidade (s) pré-requisito (s).

Art. 6º – Para os anos adicionais o processo seletivo basear-se-á exclusivamente no programa da (s) especialidade (s) correspondente(s).

Art. 7º – A nota de cada candidato representará o somatório da pontuação obtida nas fases adotadas no processo seletivo.

Art. 8º – O exame prático poderá ser acompanhado por observadores externos à instituição, indicados pela Comissão Estadual de Residência Médica.

Art. 9º – Os critérios de avaliação dos exames e demais dispositivos desta resolução a serem utilizados pela instituição deverão constar explicitamente do edital do processo de seleção.

Art. 10º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CNRM Nº 003/2004, publicada no DOU de 14 de maio de 2004, Seção I e demais disposições em contrário.

Nelson Maculan Filho, Presidente

Dos requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica

RESOLUÇÃO CNRM Nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006.

Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências

Esta resolução estabelece a duração dos programas de residência médica, bem como os requisitos mínimos necessários para sua realização. Cada especialidade detém características próprias e programação específica, descritos individualmente aqui.

Ressaltamos os seguintes artigos:

Art. 9º – Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares.

§ 1º. Entende-se como atividades teórico-complementares: sessões anatomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários.

§2º. Das atividades teórico-complementares devem constar, obrigatoriamente, temas relacionados a Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística. Recomenda-se a participação do Médico Residente em atividades relacionadas ao controle das infecções hospitalares.

Art. 10º – A instituição deverá ter estrutura, equipamento e organização necessários ao bom desenvolvimento dos programas de Residência Médica.

Art. 13º – Na avaliação periódica do Médico Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da Coreme da Instituição.

§ 1º. A frequência mínima das avaliações será trimestral.

§ 2º. A critério da instituição poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.

§ 3º. Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente.

Art. 14º A promoção do Médico Residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, dependem de :

- a) cumprimento integral da carga horária do Programa;
- b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.

Art. 15º – O não-cumprimento do disposto no art. 14 desta Resolução será motivo de desligamento do Médico Residente do programa.

Art. 16º – A supervisão permanente do treinamento do Médico Residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

Das atividades do médico residente

Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981

Alterações:

Lei nº 7.217, de 19 de setembro de 1984
Altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

Lei nº 7.601, de 15 de maio de 1987
Altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

Lei nº 8.138, de 28 de dezembro de 1990

Altera a redação do art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

Lei nº 8.725, de 5 de novembro de 1993

Dá nova redação ao caput do art.4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, alterado pela Lei nº 8.138, de 28 de dezembro de 1990.

Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002

Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, altera as tabelas de vencimentos.

Lei nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006

Alterou a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 09 de janeiro de 2002.

Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981

Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§1º . As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§2º . É vedado o uso da expressão residência médica para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º – Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao

processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º – O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

- a) a qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa;
- b) o nome da instituição responsável pelo programa;
- c) a data de início e a prevista para o término da residência;
- d) o valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Art. 4º – Ao médico residente será assegurada bolsa no valor correspondente a R\$ 1.916,45 (mil, novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais. [Redação dada pela Lei nº 11.381, de 2006].

§1º. O médico residente é filiado ao Sistema Previdenciário na qualidade de segurado autônomo. [Redação dada pela Lei nº 8.138, de 1990].

§2º. Para efeito do reembolso previsto no art. 69 da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, com redação dada pela Lei nº 5.890, de 8 de junho de 1973, combinada com o § 1º do art. 1º do Decreto-Lei nº 1.910, de 29 de dezembro de 1981, o valor da bolsa referida neste artigo será acrescido de dez por cento sobre o salário-base ao qual está vinculada a contribuição do médico residente, em sua qualidade de segurado autônomo do Sistema Previdenciário. [Redação dada pela Lei nº 8.138, de 1990].

§3º. Para fazer jus ao acréscimo de que trata o § 2º deste artigo, o médico residente deverá comprovar, mensalmente, os recolhimentos efetivados para a Previdência Social. [Redação dada pela Lei nº 8.138, de 1990].

§4º. As instituições de saúde responsáveis por programas de residência médica oferecerão aos residentes alimentação e moradia no decorrer do período de residência. [Redação dada pela Lei nº 8.138, de 1990].

§5º. Ao médico residente filiado ao Sistema Previdenciário na forma do § 1º deste artigo são assegurados os direitos previstos na Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960 e suas alterações posteriores, bem como os decorrentes de acidentes de trabalho. [Redação dada pela Lei nº 8.138, de 1990].

§6º. A médica residente será assegurada a continuidade de bolsa de estudos durante o período de quatro meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes desta lei. [Redação dada pela Lei nº 8.138, de 1990].

Art. 5º – Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§1º. O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§2º. Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º – Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 7º – A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão.

Art. 8º – A partir da publicação desta Lei, as instituições de saúde que mantenham programas de Residência Médica terão um prazo máximo de 6 (seis) meses para submetê-los à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 9º – Esta Lei será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação.

Art. 10º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 11º – Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 07 de julho de 1981; 160º da Independência e 93º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

Rubem Ludwig

Murilo Macêdo

Waldir Mendes Arcoverde

Jair Soares

Este texto não substitui o publicado no DOU de 9.7.1981

Da data do início dos Programas de Residência Médica

RESOLUÇÃO Nº 3, DE 14 DE MAIO DE 2002

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM), no uso de suas atribuições, previstas no decreto n.º 80.281 de 5 de setembro de 1977, resolve unificar a data de início dos programas de Residência Médica.

Art. 1º. Os programas de Residência Médica terão início no primeiro dia útil do mês de fevereiro de cada ano.

Art. 2º. Em caso de desistência de Médico Residente no primeiro ano ou nos anos opcionais, a vaga deverá ser preenchida até sessenta (60) dias após o início do programa, a critério da Comissão de Residência Médica da Instituição.

Parágrafo único. Para preenchimento dessa vaga, deverá ser observada rigorosamente, a classificação obtida no processo de seleção.

Art. 3º – Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria Executiva da Comissão Estadual de Residência Médica.

Parágrafo único. Nos Estados onde não estiver constituída a Comissão Estadual de Residência Médica os casos omissos serão resolvidos pela Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 4º – Esta Resolução revoga a Resolução CNRM N.º 10/82 e entrará em vigor na data de sua publicação, podendo as Instituições terem 01 (um) ano para a sua adaptação.

FRANCISCO CESAR DE SÁ BARRETO
Presidente da Comissão

Reserva de vaga para médico residente que preste serviço militar obrigatório

RESOLUÇÃO CNRM Nº 01/2005, DE 11 DE JANEIRO DE 2005

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09/1977 e a Lei 6.932, de 07/07/1981 e considerando a necessidade de se estabelecer normas para a reserva de vaga para médico residente que preste Serviço Militar, resolve:

Art. 1º – O médico residente matriculado no primeiro ano de Programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, poderá requerer o trancamento de matrícula em apenas 01 (um) programa de Residência Médica, por período de 01 (um) ano, para fins de prestação de Serviço Militar.

Art. 2º – O requerimento de que trata o artigo 1º desta Resolução deverá ser formalizado até 30 (trinta) dias após o início da Residência Médica.

Art. 3º – O trancamento de matrícula para prestação do Serviço Militar implicará na suspensão automática do pagamento da bolsa do médico residente até o seu retorno ao programa.

Art. 4º – A vaga decorrente do afastamento previsto nesta Resolução poderá ser preenchida por candidato classificado no mesmo processo seletivo, respeitada a ordem de classificação.

Art 5º – Nenhum programa de Residência Médica poderá ampliar o número de vagas para reingresso de médico residente que tiver solicitado trancamento de matrícula para fins de Serviço Militar.

Parágrafo único. A vaga para reingresso no ano seguinte deverá ser subtraída do total de vagas credenciadas e especificada no edital de seleção.

Art. 6º – O reingresso do Médico Residente se dará mediante requerimento à Comissão de Residência Médica – COREME, no prazo de até 30 (trinta) dias antes do início do programa.

Parágrafo único. O não cumprimento do disposto no caput deste artigo implicará em perda da vaga, que será preenchida por candidato classificado no processo seletivo correspondente.

Art. 7º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a resolução CNRM nº 11, de 15 de setembro de 2004 e demais disposições em contrário.

NELSON MACULAN FILHO
Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica
(Publicada no DOU de 13/01/05, Seção I, pág. 26 e 27)

Da transferência de médicos residentes

RESOLUÇÃO CNRM Nº 03, DE 24 DE SETEMBRO DE 2007

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09/1977, e a Lei 6.932, de 07/07/1981, e considerando que a Residência Médica é um sistema público de formação de especialistas médicos que deve funcionar de forma articulada e solidária; considerando a necessidade de regulamentar os casos de transferências de médicos residentes; resolve:

Art. 1º – A transferência de médico residente de um programa de Residência Médica para outro da mesma especialidade somente será possível com aprovação da CNRM. A solicitação de transferência deverá ser encaminhada à Secretaria Executiva da CNRM com comprovação da existência de vaga, bolsa, da concordância das Coreme das Instituições de origem e destino, bem como da concordância das CEREM dos estados envolvidos.

Art. 2º – É vedada a transferência de médicos residentes entre programas de Residência Médica de diferentes especialidades, inclusive na mesma instituição.

Art. 3º – Nos casos de descredenciamento de um programa de Residência Médica (PRM), os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados da mesma especialidade em outras instituições.

§ 1º. Os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados em vagas credenciadas ociosas ou vagas credenciadas em caráter extraordinário, conforme determinação da CNRM.

§ 2º. As instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos residentes transferidos conforme determinação do plenário da CNRM.

§ 3º. O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem até o tempo inicialmente previsto para a conclusão do PRM.

§ 4º. O certificado será expedido pela instituição de destino.

Art. 4º – Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM.

Art. 5º – Revogam-se os artigos 37 a 40 da Resolução CNRM 02/2005.

RONALDO MOTA
Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica
(Publicada no DOU, seção 01, pág. 17, de 27/09/07)

Este capítulo buscou mostrar a legislação vigente que rege a Residência Médica, no que tange ao interesse do médico residente. Procuramos expor os itens da legislação que consideramos ser de maior relevância para o médico residente, lembrando que a legislação é extensa e pode sofrer alterações no decorrer dos anos.

Ressaltamos que deve haver uma boa relação entre o médico residente e instituição em que desenvolve o programa de residência médica. Isto deve ocorrer através da Comissão de Residência Médica (Coreme) de cada instituição, que tem como função primordial ajudar no bom andamento dos programas e a formação do médico residente.

Situações que não puderem ser resolvidas na própria instituição deverão ser encaminhados, através da COREME, à Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) do estado brasileiro aonde o programa estiver sendo desenvolvido, utilizando-se se necessário a Associação dos Médicos Residentes, por meio de seu representante.

Em caso de necessidade a CEREM poderá encaminhar assuntos para serem resolvidos no órgão gestor da Residência Médica, a Comissão Nacional de Residência Médica, através de seu presidente. •



24 INSTITUIÇÕES DO PARANÁ COM RESIDÊNCIA MÉDICA E VAGAS

No Paraná temos 27 instituições que oferecem Programas de Residência Médica. Em 2009, temos as seguintes informações:

ASSOCIAÇÃO BOM SAMARITANO HOSPITAL SANTA RITA

Endereço: PRAÇA 7 DE SETEMBRO 285 ZONA 05 - Maringá/PR CGC: 04792670000149
 CEP: 87015290 Telefone: 44 32206000 Fax: 32206000
 Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: diretoria@hsr.org.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CIRURGIA GERAL	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	-	-	-	-	4
CLÍNICA MÉDICA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	-	-	-	-	4
Total A			4	4	0	0	0	0	8

CLÍNICA HEIDELBERG LTDA

Endereço: RUA PADRE AGOSTINHO 687 MERCES - Curitiba/PR CGC: 76440577000186
 CEP: 88043050 Telefone: (41) 3223 2342 / 3224 9862 Fax: (41) 3324-8044
 Categoria Administrativa: Privada - Sentido Estrito Email: heidelberg@onda.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
PSIQUIATRIA	CREENCIADO	31/05/2012	2	2	2	-	-	-	6
Total A			2	2	0	0	0	0	6

CLÍNICA MÉDICA NOSSA SENHORA DA SALETE

Endereço: RUA CARLOS DE CARVALHO 4191 - Cascavel/PR
 CEP: 85810080 Telefone: (45) 3219-4500

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CARDIOLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	1	-	-	-	-	3
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	1	1	-	-	-	-	2
Total A			3	2	0	0	0	0	5

HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA

Endereço: RUA SENADOR SOUZA NAVES 648 A CENTRO - Londrina/PR CGC: 85021665000134

CEP: 86010170 Telefone: (43) 3356 6000 Fax: (43) 3322 0433

Categoria Administrativa: Privada - Sentido Estrito Email: hoftalon@sercomtel.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
OFTALMOLOGIA	CREENCIADO	25/09/2013	6	6	6	-	-	-	18
Total A			6	6	6	0	0	0	18

HOSPITAL BOM JESUS PONTA GROSSA

Endereço: RUA D PEDRO II 108 NOVA RÚSSIA - Ponta Grossa/PR CGC: 75608547000173

CEP: 84053000 Telefone: (42) 3220-5000 Fax: (42) 3220-5000

Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: chcamargo@duol.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	1	1	1	-	-	-	3
CIRURGIA GERAL	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	2	2	-	-	-	-	4
CLÍNICA MÉDICA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	2	2	-	-	-	-	4
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	5	5	-	-	-	-	10
Total A			10	10	1	0	0	0	21

HOSPITAL CARIDADE PR IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

Endereço: PRAÇA RUI BARBOSA 694 CENTRO - Curitiba/PR CGC: 76613835000189

CEP: 80010030 Telefone: (41) 3320-3558 Fax: (41) 3222-1071

Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: academica.santacasa@pucpr.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	RECRENCIADO	12/09/2012	2	2	2	-	-	-	6
CARDIOLOGIA	RECRENCIADO	18/07/2011	3	3	-	-	-	-	6
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	RECRENCIADO	12/09/2012	2	2	2	2	-	-	8
CIRURGIA GERAL	RECRENCIADO	12/09/2012	5	5	-	-	-	-	10
CIRURGIA VASCULAR	RECRENCIADO	18/07/2011	2	2	-	-	-	-	4
CLÍNICA MÉDICA	RECRENCIADO	12/09/2012	5	5	-	-	-	-	10
DERMATOLOGIA	RECRENCIADO	12/09/2012	2	2	2	-	-	-	6

NEFROLOGIA	RECRENCIADO	12/09/2012	1	1	-	-	-	-	2
NEUROLOGIA	CANCELADO	18/07/2011	-	-	-	-	-	-	-
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	12/09/2006	5	5	5	-	-	-	15
OFTALMOLOGIA	RECRENCIADO	18/07/2011	2	2	2	-	-	-	6
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	RECRENCIADO	12/09/2012	1	1	1	-	-	-	3
OTORRINOLARIN- GOLOGIA	CREENCIADO	12/09/2012	2	2	2	-	-	-	6
UROLOGIA	RECRENCIADO	12/09/2012	1	1	-	-	-	-	2
Total A			33	33	16	2	0	0	84

HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA

Endereço: AVENIDA VICENTE MACHADO 1310 - Curitiba/PR

Telefone: (41) 30745349 Email: hospital@cruzvermelhapr.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CIRURGIA GERAL	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2011	3	3	-	-	-	-	6
NEUROLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2012	1	1	1	-	-	-	3
OTORRINOLARIN- GOLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2012	1	1	1	-	-	-	3
UROLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2012	2	2	2	-	-	-	6
Total A			7	7	4	0	0	0	18

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR

Endereço: RUA GENERAL CARNEIRO 181 ALTO DA GLORIA CENTRO - Curitiba/PR CGC: 75095679000149

CEP: 80900900 Telefone: (41) 360 1839 Fax: (41) 362 2841

Categoria Administrativa: Federal Email: gcl@ufpr.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	4	4	4	-	-	-	12
CANCEROLOGIA/ CLÍNICA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2001	2	2	2	-	-	-	6
CARDIOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	-	-	-	-	6
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	RECRENCIADO	07/10/2009	2	2	2	2	-	-	8
CIRURGIA DA MÃO	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2012	2	2	2	-	-	-	6
CIRURGIA DO AP. DIGESTIVO	RECRENCIADO	07/10/2009	4	4	-	-	-	-	8

CIRURGIA GERAL	RECRENCIADO	07/10/2009	10	9	-	-	-	-	-	19
CIRURGIA GERAL - CIRURGIA GERAL	RECRENCIADO	07/10/2009	-	-	2	-	-	-	-	2
CIRURGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	07/10/2009	1	1	1	-	-	-	-	3
CIRURGIA VASCULAR	RECRENCIADO	07/10/2009	1	1	-	-	-	-	-	2
CLÍNICA MÉDICA	RECRENCIADO	07/10/2009	24	24	-	-	-	-	-	48
COLOPROCTOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	1	1	-	-	-	-	-	2
DERMATOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	2	2	2	-	-	-	-	6
ENDOCRINOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	-	-	-	-	-	6
GASTROENTEROLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	2	2	-	-	-	-	-	4
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	-	-	-	-	-	6
INFECTOLOGIA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2005	2	2	2	-	-	-	-	6
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	4	4	-	-	-	-	-	8
MEDICINA INTENSIVA	CRENCIADO	25/09/2013	2	2	-	-	-	-	-	4
NEFROLOGIA	RECRENCIADO	17/10/2004	2	2	-	-	-	-	-	4
NEUROCIRURGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	1	1	1	1	1	-	-	5
NEUROLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	3	-	-	-	-	9
NEUROLOGIA - NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	RECRENCIADO	07/10/2009	-	-	-	2	-	-	-	2
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	RECRENCIADO	02/08/2011	10	10	10	-	-	-	-	30
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	-	3	-	-	-	3
OFTALMOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	3	-	-	-	-	9
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	8	8	8	-	-	-	-	24
OTORRINOLARINGOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	3	-	-	-	-	9
PATOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	2	2	2	-	-	-	-	6

PEDIATRIA	RECRENCIADO	02/08/2011	16	16	-	-	-	-	-	32
PEDIATRIA - ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	1	-	-	-	-	1
PEDIATRIA - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	1	-	-	-	-	1
PEDIATRIA - INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	1	-	-	-	-	1
PEDIATRIA - MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	3	3	-	-	-	6
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	2	-	-	-	-	2
PEDIATRIA - NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	1	1	-	-	-	2
PEDIATRIA - PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	-	1	-	-	-	1
PNEUMOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	-	-	-	-	-	6
PSIQUIATRIA	CRENCIADO	07/10/2009	3	3	3	-	-	-	-	9
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	3	-	-	-	-	9
REUMATOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	2	2	-	-	-	-	-	4
UROLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	2	2	2	-	-	-	-	6
Total A			133	132	65	12	1	0		343

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO LTDA

Endereço: AV REPÚBLICA ARGENTINA 4650 NOVO MUNDO - Curitiba/PR CGC: 7757668000106
CEP: 81050001 Telefone: 041-30188115 Fax: 041-30188074
Categoria Administrativa: Privada - Sentido Estrito Email: hospitalnovomundo@hospitalnovomundo.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	2	-	-	-	6
Total A			2	2	2	0	0	0	6

HOSPITAL DO TRABALHADOR FUNPAR

Endereço: AVENIDA REPÚBLICA ARGENTINA 4406 NOVO MUNDO - Curitiba/PR CGC: 78350188000195

CEP: 81050000 Telefone: (41) 3212-5710 Fax: (41) 3212-5709

Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: hospstrab@sesapr.gov.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2012	2	2	2	-	-	-	6
CIRURGIA GERAL	CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	2	2	2	-	-	-	6
MEDICINA DO TRABALHO	CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2011	2	2	-	-	-	-	4
MEDICINA INTENSIVA	CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	2	2	-	-	-	-	4
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	2	-	-	-	6
Total A			10	10	6	0	0	0	26

HOSPITAL E MATERNIDADE ANGELINA CARON CAMPINA GRANDE DO SUL PR

Endereço: RODOVIA DO CAQUI 1150 KM 1 ARAÇATUBA - Campina Grande do Sul/PR CGC: 76463280000136

CEP: 83000000 Telefone: (41) 3679 8288 Fax: (41) 3679 8289

Categoria Administrativa: Privada - Sentido Estrito Email: repka@hospitalcaron.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CANCEROLOGIA/ CIRÚRGICA	CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	1	1	1	-	-	-	3
CARDIOLOGIA	CREDENCIADO	18/10/2010	1	1	-	-	-	-	2
CIRURGIA GERAL	RECRENCIADO	21/07/2011	3	3	-	-	-	-	6
CLÍNICA MÉDICA	RECRENCIADO	21/07/2011	3	3	-	-	-	-	6
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	RECRENCIADO	21/07/2011	2	2	2	-	-	-	6
OFTALMOLOGIA	CREDENCIADO	17/11/2009	1	1	1	-	-	-	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CREDENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	2	2	2	-	-	-	6
OTORRINOLARINGOLOGIA	CREDENCIADO	17/11/2009	1	1	1	-	-	-	3
PEDIATRIA	PEDIATRIA	17/11/2009	2	2	-	-	-	-	4
Total A			16	16	7	0	0	0	39

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Endereço: AV BANDEIRANTES 618 JARDIM IPIRANGA - Londrina/PR CGC: 78613841000161

CEP: 86015900 Telefone: (43) 3378 1800 Fax: (43) 3324 2161

Categoria Administrativa: Privada - Sentido Estrito Email: concien@sercomtelcombr

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	3	3	3	-	-	-	9
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2012	2	2	2	-	-	-	6
UROLOGIA	CREDENCIADO	18/10/2010	2	2	2	-	-	-	6
Total A			7	7	7	0	0	0	21

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETTA

Endereço: R DES MOTTA 1070 REBOUÇAS - Curitiba/PR CGC: 76591569000130

CEP: 80250060 Telefone: (41) 310 1202/1203 Fax: (41) 225 2291

Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: ensino@hpp.org.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CANCEROLOGIA/ PEDIÁTRICA	CREDENCIADO	18/10/2010	1	1	-	-	-	-	2
CIRURGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	18/10/2010	1	1	1	-	-	-	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	RECRENCIADO	18/10/2010	4	4	4	-	-	-	12
PEDIATRIA	RECRENCIADO	18/10/2010	10	10	-	-	-	-	20
PEDIATRIA - CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	18/10/2010	-	-	3	-	-	-	3
PEDIATRIA - GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	18/10/2010	-	-	1	-	-	-	1
PEDIATRIA - MEDICINA INTENSIVA NEONATAL	RECRENCIADO	18/10/2010	-	-	1	-	-	-	1
PEDIATRIA - MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	18/10/2010	-	-	3	3	-	-	6
PEDIATRIA - NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	18/10/2010	-	-	1	-	-	-	1

PEDIATRIA - NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	18/10/2010	-	-	1	1	-	-	2
PEDIATRIA - PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	18/10/2010	-	-	1	-	-	-	1
Total A			16	16	16	4	0	0	52

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS CURITIBA PR

Endereço: RUA ALCIDES MUNHOZ 433 MERCES - Curitiba/PR CGC: 76562198000169
 CEP: 80810040 Telefone: (41) 3240-6501 Fax: (41) 3240-6500
 Categoria Administrativa: Privada - Sentido Estrito Email: secretaria.geral@hns.org.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	CRENCIADO	12/09/2012	2	2	2	-	-	-	6
CANCEROLOGIA/ CIRÚRGICA	RECRENCIADO		2	2	-	-	-	-	4
CARDIOLOGIA	CRENCIADO	20/09/2006	2	2	-	-	-	-	4
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	RECRENCIADO	10/02/2009	1	1	1	1	-	-	4
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	-	-	-	-	4
CIRURGIA GERAL	RECRENCIADO	21/06/2011	3	3	-	-	-	-	6
CIRURGIA GERAL - CIRURGIA VÍDEO- LAPAROSCÓPICA	RECRENCIADO	21/06/2011	-	-	2	-	-	-	2
CIRURGIA VASCULAR	RECRENCIADO	21/06/2011	2	2	-	-	-	-	4
CLÍNICA MÉDICA	CRENCIADO	20/09/2006	3	3	-	-	-	-	6
INFECTOLOGIA	CRENCIADO	12/09/2012	2	2	2	-	-	-	6
NEUROCIRURGIA	RECRENCIADO	17/10/2004	1	1	1	1	1	-	5
NEUROLOGIA	RECRENCIADO	10/02/2009	2	2	2	-	-	-	6
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	DESCRENCIADO	10/02/2009	-	-	-	-	-	-	-
PNEUMOLOGIA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	01/02/2006	1	1	-	-	-	-	2
UROLOGIA	RECRENCIADO	10/02/2009	2	2	2	-	-	-	6
Total A			25	25	12	2	1	0	65

HOSPITAL PSIQUIATRICO NOSSA SENHORA DA LUZ

Endereço: AV MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 2509 PRADO VELHO - Curitiba/PR CGC: 76613835000260
 CEP: 80220000 Telefone: 41 3320-3558 Fax: 41 3222-1071
 Categoria Administrativa: Privada - Sentido Estrito Email: academica.santacasa@pucpr.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
PSIQUIATRIA	CRENCIADO	12/09/2012	3	3	3	-	-	-	9
Total A			3	3	3	0	0	0	9

HOSPITAL SÃO VICENTE - CURITIBA - FUNDAÇÃO DE ESTUDOS DAS DOENÇAS DO FÍGADO - FUNEF

Endereço: AV. VICENTE MACHADO 401 CENTRO - Curitiba/PR Telefone: (41)3111-3000

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CARDIOLOGIA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	-	-	-	-	4
CIRURGIA GERAL	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	-	-	-	-	4
CLÍNICA MÉDICA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2011	2	2	-	-	-	-	4
MEDICINA INTENSIVA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	-	-	-	-	4
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2011	1	1	1	-	-	-	3
Total A			9	9	1	0	0	0	19

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Endereço: AVENIDA SÃO JOSÉ 300 CRISTO REI - Curitiba/PR CGC: 76659820000232
 CEP: 80350350 Telefone: (41) 3271-3009 Fax: (41) 3262 1012
 Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: academica.huc@pucpr.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	RECRENCIADO	17/08/2011	4	4	4	-	-	-	12
CARDIOLOGIA	CANCELADO	13/06/2007	-	-	-	-	-	-	-
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	CRENCIADO	13/06/2007	2	2	2	2	-	-	8
CIRURGIA DA MÃO	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2012	2	2	2	-	-	-	6
CIRURGIA GERAL	RECRENCIADO	12/09/2012	5	5	-	-	-	-	10
CIRURGIA GERAL - CIRURGIA DO TRAUMA	RECRENCIADO	12/09/2012	-	-	2	-	-	-	2

CIRURGIA GERAL - CIRURGIA VÍDEO-LAPAROSCÓPICA	RECRENCIADO	07/10/2009	10	9	-	-	-	-	-	19
CIRURGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	07/10/2009	-	-	2	-	-	-	-	2
CIRURGIA PLÁSTICA	RECRENCIADO	07/10/2009	1	1	1	-	-	-	-	3
CIRURGIA TORÁCICA	RECRENCIADO	07/10/2009	1	1	-	-	-	-	-	2
CIRURGIA TORÁCICA - ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA	RECRENCIADO	07/10/2009	24	24	-	-	-	-	-	48
CIRURGIA VASCULAR	RECRENCIADO	07/10/2009	1	1	-	-	-	-	-	2
CLÍNICA MÉDICA	RECRENCIADO	07/10/2009	2	2	2	-	-	-	-	6
COLOPROCTOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	-	-	-	-	-	6
GERIATRIA	RECRENCIADO	07/10/2009	2	2	-	-	-	-	-	4
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	-	-	-	-	-	6
MEDICINA INTENSIVA	CRENCIADO	25/09/2013	2	2	-	-	-	-	-	4
NEFROLOGIA	RECRENCIADO	17/10/2004	2	2	-	-	-	-	-	4
NEUROCIRURGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	1	1	1	1	1	-	-	5
NEUROLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	3	-	-	-	-	9
OFTALMOLOGIA	RECRENCIADO	07/10/2009	-	-	-	2	-	-	-	2
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	RECRENCIADO	02/08/2011	10	10	10	-	-	-	-	30
PNEUMOLOGIA	RECRENCIADO	02/08/2011	-	-	-	3	-	-	-	3
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	RECRENCIADO	07/10/2009	8	8	8	-	-	-	-	24
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR	RECRENCIADO	07/10/2009	3	3	3	-	-	-	-	9
Total A			61	61	27	5	2	0		156

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Endereço: AV TANCREDO NEVES 3224 SANTO ONOFRE - Cascavel/PR CGC: 78680337000770

CEP: 85804260 Telefone: (45) 3326 3752 Fax: (45) 3326 3752

Categoria Administrativa: Estadual Email: residenciaunioeste@yahoo.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CIRURGIA GERAL	CRENCIADO	21/06/2011	4	4	-	-	-	-	8
CLÍNICA MÉDICA	CRENCIADO	21/06/2011	4	4	-	-	-	-	8
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	CRENCIADO	02/08/2011	5	5	-	-	-	-	10
MEDICINA INTENSIVA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	2	2	-	-	-	-	4
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	CRENCIADO	21/06/2011	4	4	4	-	-	-	12
PEDIATRIA	CRENCIADO	21/06/2011	4	4	-	-	-	-	8
Total A			23	23	4	0	0	0	50

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA PR

Endereço: RUA DES. OTÁVIO DO AMARAL 337 BIGORRILHO - Curitiba/PR CGC: 76575604000209

CEP: 80730400 Telefone: (41) 3240 5486 Fax: (41) 3335.7172

Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: coremehuec@hotmail.com

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	RECRENCIADO	19/10/2010	4	4	4	-	-	-	12
CANCEROLOGIA/ CIRÚRGICA	RECRENCIADO	21/06/2011	1	1	-	-	-	-	2
CARDIOLOGIA	RECRENCIADO	19/10/2010	3	3	-	-	-	-	6
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	RECRENCIADO	19/10/2010	2	2	2	2	-	-	8
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	RECRENCIADO	21/06/2011	2	2	-	-	-	-	4
CIRURGIA GERAL	RECRENCIADO	19/10/2010	9	9	-	-	-	-	18
CIRURGIA PLÁSTICA	RECRENCIADO	17/11/2009	1	1	-	-	-	-	2
CIRURGIA TORÁCICA	RECRENCIADO	21/06/2011	2	2	-	-	-	-	4
CIRURGIA VASCULAR	RECRENCIADO	12/09/2012	1	1	-	-	-	-	2

CLÍNICA MÉDICA	RECRENCIADO	19/10/2010	8	8	-	-	-	-	-	16
COLOPROCTOLOGIA	RECRENCIADO	17/11/2009	1	1	-	-	-	-	-	2
DERMATOLOGIA	RECRENCIADO	21/06/2011	1	1	1	-	-	-	-	3
ENDOCRINOLOGIA	RECRENCIADO	17/11/2009	1	1	-	-	-	-	-	2
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	RECRENCIADO	17/11/2009	1	1	-	-	-	-	-	2
NEFROLOGIA	RECRENCIADO	19/10/2010	4	4	2	-	-	-	-	10
NEUROCIRURGIA	RECRENCIADO	17/11/2009	3	3	3	3	3	-	-	15
NEUROCIRURGIA - CIRURGIA DA COLUNA	RECRENCIADO	17/11/2009	-	-	-	-	2	-	-	2
NEUROLOGIA	RECRENCIADO	21/06/2011	1	1	1	-	-	-	-	3
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	RECRENCIADO	19/10/2010	7	7	7	-	-	-	-	21
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA - MEDICINA FETAL	RECRENCIADO	19/10/2010	-	-	-	1	-	-	-	1
OFTALMOLOGIA	RECRENCIADO	19/10/2010	4	4	4	-	-	-	-	12
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	RECRENCIADO	30/06/2011	4	4	4	-	-	-	-	12
OTORRINOLARINGOLOGIA	RECRENCIADO	19/10/2010	2	2	2	-	-	-	-	6
PATOLOGIA	RECRENCIADO	21/06/2011	1	1	1	-	-	-	-	3
PEDIATRIA	RECRENCIADO	19/10/2010	8	8	-	-	-	-	-	16
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA	RECRENCIADO	19/10/2010	-	-	2	-	-	-	-	2
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	RECRENCIADO	12/09/2012	2	2	2	-	-	-	-	6
REUMATOLOGIA	CRENCIADO	17/11/2009	1	1	-	-	-	-	-	2
UROLOGIA	RECRENCIADO	19/10/2010	2	2	2	-	-	-	-	6
Total A			25	25	12	2	1	0		65

HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA

Endereço: AV ROBER KOCH 60 CXPOSTAL 791 CERVEJARIA - Londrina/PR

CGC: 78640489000153

CEP: 86038350

Telefone: (43) 3371 2278

Fax: (43) 3371 2278

Categoria Administrativa: Estadual

Email: residhu@uel.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	RECRENCIADO	25/09/2013	5	5	5	-	-	-	15
CARDIOLOGIA	RECRENCIADO	25/09/2013	3	3	-	-	-	-	6
CIRURGIA GERAL	RECRENCIADO	25/09/2013	6	7	-	-	-	-	13
CIRURGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	18/10/2010	1	1	1	-	-	-	3
CIRURGIA VASCULAR	RECRENCIADO	25/09/2013	1	1	-	-	-	-	2
CIRURGIA VASCULAR - ANGIORADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR	RECRENCIADO	25/09/2013	-	-	1	-	-	-	1
CLÍNICA MÉDICA	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	16	16	-	-	-	-	32
DERMATOLOGIA	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	4	4	4	-	-	-	12
ENDOCRINOLOGIA	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	2	2	-	-	-	-	4
GASTROENTEROLOGIA	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	2	2	-	-	-	-	4
INFECTOLOGIA	RECRENCIADO	18/10/2010	2	2	2	-	-	-	6
MEDICINA INTENSIVA	CRENCIADO	17/07/2011	3	3	-	-	-	-	6
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	2	2	-	-	-	-	4
NEFROLOGIA	RECRENCIADO	25/09/2013	1	1	-	-	-	-	2
NEUROCIRURGIA	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	18/10/2010	1	1	1	1	1	-	5
NEUROLOGIA	RECRENCIADO	25/09/2013	3	3	3	-	-	-	9
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	9	9	9	-	-	-	27
OFTALMOLOGIA	RECRENCIADO	18/10/2010	2	2	2	-	-	-	6
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	RECRENCIADO	18/10/2010	3	4	3	-	-	-	10
OTORRINOLARINGOLOGIA	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	2	2	2	-	-	-	6

PATOLOGIA	RECRENCIADO	18/12/2013	2	2	2	-	-	-	6
PEDIATRIA	RECRENCIADO	12/09/2012	10	10	-	-	-	-	20
PEDIATRIA - INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	12/09/2012	-	-	2	-	-	-	12
PEDIATRIA - MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	RECRENCIADO	12/09/2012	-	-	3	3	-	-	6
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA	RECRENCIADO	12/09/2012	-	-	3	-	-	-	3
PNEUMOLOGIA	RECRENCIADO	25/09/2013	1	1	-	-	-	-	1
PSIQUIATRIA	CRENCIADO	17/07/2011	2	2	2	-	-	-	6
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	2	2	2	-	-	-	6
REUMATOLOGIA	RECRENCIADO C/ EXIGÊNCIA	25/09/2013	1	1	-	-	-	-	2
UROLOGIA	RECRENCIADO	18/10/2010	1	1	1	-	-	-	3
Total A			87	89	48	4	1	0	229

INSTITUTO DE CÂNCER DE LONDRINA

Endereço: R. LUCILA BALLALAI Nº 212 JARDIM PETRÓPOLIS - Londrina/PR CEP: 86015520 43) 3379-2600

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CANCEROLOGIA/ CIRÚRGICA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2011	2	2	2	-	-	-	6
Total A			2	2	2	0	0	0	6

INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA

Endereço: RUA JEREMIAS MACIEL PERRETTO 300 MOSSUNGUÊ - Curitiba/PR CGC: 00942063000167
 CEP: 81210310 Telefone: (41) 3028 8545 Fax: (41) 3028 8580
 Categoria Administrativa: Privada - Comunitária Email: inc@incneuro.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CARDIOLOGIA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	1	1	-	-	-	-	2
NEUROCIRURGIA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	15/02/2009	1	1	1	1	1	-	5
NEUROLOGIA	CRENCIADO	31/10/2012	1	1	1	-	-	-	3
Total A			3	3	2	1	1	0	10

LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER PR HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Endereço: RUA DR OVANDE DO AMARAL 201 PREDIO JARDIM DAS AMERICAS - Curitiba/PR
 CGC: 76591049000128 CEP: 81060060 Telefone: (41) 3361 5123 Fax: (41) 3361 5166
 Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: cepep@lpcc.org.br; ensino@lpcc.org.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CANCEROLOGIA/ CIRÚRGICA	RECRENCIADO	17/07/2011	4	4	4	-	-	-	12
CANCEROLOGIA/ CLÍNICA	RECRENCIADO	17/07/2011	1	1	-	-	-	-	2
CANCEROLOGIA/ PEDIÁTRICA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	2	2	-	-	-	-	4
PATOLOGIA	CRENCIADO	17/07/2011	1	1	1	-	-	-	3
RADIOTERAPIA	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2011	2	2	2	-	-	-	6
Total A			10	10	7	0	0	0	27

MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE FÁTIMA CURITIBA PR

Endereço: AV VISCONDE DE GUARAPUAVA 3077 CENTRO - Curitiba/PR CGC: 76583160000415
 CEP: 80010100 Telefone: (41) 323 6020 (R 299) Fax: (41) 323 6020 (R 210)
 Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: mnsfatima@terra.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	CANCELADO	16/10/2004	-	-	-	-	-	-	0
Total A			0	0	0	0	0	0	0

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ

Endereço: RUA SANTOS DUMONT 555 VILA OPERARIA - Maringá/PR CGC: 79115762000193
 CEP: 87050100 Telefone: (44) 3027 5605 Fax: (44) 3027 5799
 Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: coreme@santacasamaringa.com.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	CRENCIADO	20/07/2011	1	1	1	-	-	-	3
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	CANCELADO	15/02/2007	-	-	-	-	-	-	-
CIRURGIA GERAL	CRENCIAMENTO PROVISÓRIO	19/10/2010	1	1	-	-	-	-	2
CLÍNICA MÉDICA	CRENCIADO	19/10/2010	1	1	1	-	-	-	3
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	CRENCIADO	19/10/2010	1	1	1	-	-	-	3

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2006	1	1	1	-	-	-	3
PEDIATRIA	CREENCIADO	19/10/2010	1	1	-	-	-	2	
PEDIATRIA - MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	CREENCIADO	19/10/2010	-	-	1	1	-	2	
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	15/02/2008	1	1	1	-	-	3	
Total A			7	7	5	1	0	0	20

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA

Endereço: AV DR FRANCISCO BURZIO 774 CENTRO - Ponta Grossa/PR CGC: 80238926000159
 CEP: 84010200 Telefone: (42) 30268000 Fax: (42) 30268000
 Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: coreme@scmpg.org.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2010	2	2	2	-	-	-	6
CIRURGIA GERAL	CREENCIADO	19/06/2011	3	3	-	-	-	-	6
CIRURGIA VASCULAR	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	2	2	-	-	-	-	4
CLÍNICA MÉDICA	CREENCIADO	19/06/2011	6	6	-	-	-	-	12
MEDICINA INTENSIVA	CREENCIADO	19/06/2011	2	2	-	-	-	-	4
NEFROLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	2	2	-	-	-	-	4
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	CREENCIADO	25/09/2013	3	3	-	-	-	-	6
Total A			20	20	5	0	0	0	45

UNIÃO OESTE PARANAENSE DE ESTUDOS E COMBATE AO CÂNCER UOPECCAN PR

Endereço: R. ITAQUATIARAS 769 HOSPITAL DO CÂNCER SANTO ONOFRE - Cascavel/PR CGC: 81270548000153
 CEP: 85806300 Telefone: 45 2101-7000 Fax: 45 2101-7005
 Categoria Administrativa: Privada - Filantrópica Email: coreme@uopecan.org.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
CANCEROLOGIA/ CIRÚRGICA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2011	2	2	-	-	-	-	4
CANCEROLOGIA/ CLÍNICA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2012	2	2	2	-	-	-	6
CANCEROLOGIA/ PEDIÁTRICA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2011	2	2	-	-	-	-	4
Total A			6	6	2	0	0	0	14

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

Endereço: AV. MANDACARU 1590 DEPT DE MEDICINA JARDIM CANADÁ - Maringá/PR CGC: 79151312000156
 CEP: 87080000 Telefone: (44) 2101-9423 Fax: (44) 2101-9119
 Categoria Administrativa: Estadual Email: sec-dmd@uem.br

Programa	Situação	Vencimento	VAGAS						Total
			R1	R2	R3	R4	R5	R6	
ANESTESIOLOGIA	CREENCIADO	18/07/2011	2	2	2	-	-	-	6
CIRURGIA GERAL	CREENCIADO	17/11/2009	2	2	-	-	-	-	4
CLÍNICA MÉDICA	CREENCIADO	17/11/2009	4	4	-	-	-	-	8
DERMATOLOGIA	CANCELADO	10/02/2003	-	-	-	-	-	-	-
MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	3	3	-	-	-	-	6
MEDICINA INTENSIVA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	1	1	-	-	-	-	2
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	CREENCIADO	17/11/2009	2	2	2	-	-	-	6
PEDIATRIA	CREENCIADO	17/11/2009	2	2	-	-	-	-	4
PEDIATRIA - MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	CREENCIADO	17/11/2009	-	-	2	2	-	-	4
PSIQUIATRIA	CREENCIADO	17/11/2009	2	2	2	-	-	-	6
PSIQUIATRIA - PSICOTERAPIA	CREENCIADO	17/11/2009	-	-	-	2	-	-	2
REUMATOLOGIA	CREENCIAMENTO PROVISÓRIO	10/02/2009	1	1	-	-	-	-	2
Total A			19	19	8	4	0	0	50

TOTAL GERAL 600 600 295 41 11 0 1.547