

## ATA DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA - 2007

1 Nos dias seis e sete de março de 2007 (06/03/2007 e 07/03/2007) reuniu-se em sessão plenária a  
2 Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM –, na sala de reunião do Departamento de  
3 Residência Médica e Projetos Especiais na Saúde – DEREM –, em Brasília – DF. Foram registradas  
4 as presenças dos membros da CNRM: Manoel Palácios, Presidente da CNRM, Antonio Carlos Lopes,  
5 Secretário-Executivo da CNRM e Presidente Substituto da sessão plenária, Maria do Patrocínio  
6 Tenório Nunes (ABEM), Daniel de L. Silva Pereira (ANMR), Rafael Dias Marques Nogueira (su-  
7 plente – CFM), André Longo Araújo de Melo (FENAM), Ana Estela Haddad (MS) e José Lúcio Mar-  
8 tins Machado (MEC); dos presidentes das Comissões Estaduais: doutores Renato Viscardi (DF),  
9 Juarez Antônio de Sousa (GO), Cervantes Caparossi (MT), José Ivan Albuquerque Aguiar (MS), Rita  
10 Catarina Medeiros Sousa (PA), Ione Maria Soares Ribeiro Lopes (PI), Robson Freitas de Moura  
11 (BA), Gracília Barros (PE), Rachel Duarte Moritz (SC), Humberto de Oliveira Serra (MA), Gilmar  
12 Amorim de Souza (RN), Salustiano Gomes de Pinho Pessoa (CE), Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
13 e Geraldo Pereira Jotz (RS); e dos convidados: doutores Valdecira Lilio de Lucena (Região  
14 Nordeste III), Francisco Mogadouro da Cunha (AMERESP), Fernando Starosta de Waldemar, José  
15 Luiz Bonamigo Filho (Câmara Técnica), Lorimilda Diniz Gualberto (MS), Marinice C. M. Joaquim  
16 (CNRM) e profa. Carmen L. da S. Cunha (CNRM). Dr. José Nicolau (AMB) não pôde comparecer à  
17 reunião devido a problemas relacionados à liberação de sua passagem pelo setor competente do MEC.

18 **Item 01: Abertura – Informes.** Prof. Antonio Carlos Lopes dá boas-vindas aos participantes e co-  
19 munica a todos os elogios à Residência Médica que tem recebido. Informa que o Ministro Fernando  
20 Haddad deverá permanecer à frente do Ministério da Educação e que isso será bastante positivo, uma  
21 vez que o ministro tem dado apoio às ações da CNRM. Por fim, mostra o livro de Memórias da  
22 CNRM, o qual foi oriundo de trabalho realizado pela Dra. Marinice C. M. Joaquim, assessora técnica  
23 da CNRM, agregando leis, decretos, portaria, resoluções e demais documentos de legislação específi-  
24 ca da Residência Médica. Prof. Antonio Carlos Lopes destaca que a obra teve de ser produzida em  
25 meio escrito e em mídia (CD) com seus próprios recursos financeiros, uma vez que a SESu não teve  
26 recursos suficientes para realizar o feito. Prof. Antonio Carlos Lopes exhibe, também, outro livro con-  
27 tendo material produzido durante o I Fórum de Residência Médica, realizado em dois mil e quatro e  
28 também editado com recursos próprios. Dr. José Lúcio Machdo comenta que é preciso haver registro  
29 de documentos para que não se percam dados relevantes e louva a atitude do Prof. Antonio Carlos  
30 Lopes. Dr. André Longo destaca que a pauta está extensa e que seria necessário haver reuniões mais  
31 freqüentes para que se discutissem grandes temas. Prof. Antonio Carlos Lopes considera que vários  
32 problemas não podem ser resolvidos apenas nas reuniões. Concorda que é preciso maior número de  
33 reuniões, mas ainda não é possível estabelecer isto, uma vez que se está em período de transição e há  
34 a questão dos recursos financeiros necessários para realizar tal feito. Apresenta o Prof. Manuel Palá-  
35

36 cios, Secretario Substituto da SESu, uma vez que o Prof. Nelson Maculan deixou o cargo, passando a  
37 Secretário de Educação do Rio de Janeiro. Prof. Palácios deu boas vindas a todos, colocando-se à dis-  
38 posição da CNRM, no sentido de colaborar, e enfatizando que irá contar com elementos da CNRM  
39 em várias comissões. Prontificou-se a encadernar os livros apresentados e, para isso, solicitou ao  
40 Prof. Antonio Carlos Lopes enviar o mais brevemente possível o CD ao seu gabinete. Comunica que  
41 o Prof. Maculan deixou um abraço a todos, lamentando não poder despedir-se pessoalmente de cada  
42 um, e agradeceu o apoio que recebeu durante o período em que presidiu a CNRM. **Item 02: Leitura**  
43 **e aprovação da ata da reunião anterior.** A ata da reunião anterior foi lida e aprovada pelos pre-  
44 sentes. **Item 03. Documento final sobre Avaliação.** Dra. Valdecira Lucena apresenta análise com-  
45 parativa entre as propostas de avaliação da CNRM e da USP, destacando que são semelhantes, no en-  
46 tanto divergem quanto a alguns itens a serem avaliados. Destaca que resta decidir qual deles será uti-  
47 lizado. Dr. André Longo lembra que o perfil da USP não se aplica a todas as instituições do país, pois  
48 tem certas particularidades. Talvez isso tenha gerado diferenças no documento. O documento da  
49 CNRM adequa-se melhor à realidade geral do país. É preciso aplicar o modelo inicialmente conce-  
50 bido, que é o da CNRM. Dr. Maria do Patrocínio esclarece que a aplicação do documento na USP  
51 teve dois objetivos: 1 – ouvir cada programa de Residência Médica, pois são independentes entre si; 2  
52 – avaliar proposta elaborada pela CNRM. Então, era preciso iniciar política de discussão sobre instru-  
53 mento de avaliação. Cada programa de Residência Médica fez propostas ao instrumento. Houve audi-  
54 tor externo. Dr. José Lúcio Machado ressalta importância da iniciativa da USP, destacando que todo  
55 processo de avaliação precisa de maturação. Pela análise comparativa apresentada não há dois mode-  
56 los; a concepção não foi questionada. É fase de recolher aplicações do instrumento no país para  
57 análise geral. Dra. Valdecira Lucena sugere que pelo menos uma instituição em cada região aplique o  
58 instrumento de avaliação para verificar sua adequação. Prof. Antonio Carlos Lopes propõe que cada  
59 presidente de Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) leve o instrumento de avaliação  
60 proposto pela CNRM para aplicar em instituições públicas (federais, municipais e estaduais), fi-  
61 lantrópicas e particulares em sua região em um prazo de sessenta dias. Afirma que a subcomissão re-  
62 sponsável, após análise, deverá elaborar documento final para uniformizar a avaliação. A proposta foi  
63 aprovada por unanimidade. Em seguida, Dr. Antonio Carlos apresenta o Prof. Manuel Palácios, Se-  
64 cretário-Substituto da Secretaria de Educação Superior (SESu), e passa-lhe a palavra. Prof. Manuel  
65 Palácios faz saudações aos membros e disponibiliza a SESu para o que for necessário. Esclarece que  
66 a SESu está com novos projetos para abertura e acompanhamento de novos cursos de Medicina e afir-  
67 ma que a CNRM está convidada a participar desse processo. Além disso, discute-se a estrutura  
68 acadêmica da Educação Superior promovida pelo Ministério da Educação (MEC). Dentro desta dis-  
69 cussão, debate-se qual o papel da Residência Médica nessa estrutura acadêmica. Há possibilidade de  
70 se colocar a Residência Médica como Mestrado Profissionalizante. **Item 4 – Câmara Interministeri-**  
71 **al.** Dra. Ana Haddad destaca as atividades interministeriais e informa que o Governo Federal está  
72

73 apresentando a proposta de Criação da Câmara Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, vin-  
74 culada aos Ministérios da Educação e da Saúde, com o objetivo de ordenar a formação de recursos  
75 humanos na área da saúde, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e os ob-  
76 jetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde tem expressado em  
77 vários fóruns de discussão que a formação de especialistas com recursos públicos, nos aspectos quan-  
78 titativos e qualitativos deve atender às necessidades de saúde e ao perfil sócio-epidemiológico da po-  
79 pulação brasileira. Neste sentido, os Ministérios da Saúde e da Educação têm promovido ações e re-  
80 flexões conjuntas, e a proposta da Câmara Interministerial é parte da consolidação deste trabalho in-  
81 tersectorial para o desenvolvimento da educação na saúde. Cumpre ressaltar que a proposta da Câmara  
82 não está fechada e sua concepção vem se desenvolvendo à luz de todo o novo processo de avaliação e  
83 regulação da Educação Superior. Não perdemos de vista que suas atribuições, ao agregarem elemen-  
84 tos específicos da educação na saúde em relação às demais áreas do conhecimento, devem estar har-  
85 monizadas com toda a estrutura já existente, como é o caso não apenas da CNRM, mas também do  
86 Conselho Nacional de Educação. A necessidade de um trabalho intersectorial na formação dos profis-  
87 sionais da saúde, desde o nível técnico, passando pela graduação até a pós-graduação não é hoje ape-  
88 nas uma demanda da área da saúde, mas envolve também a percepção já expressa pelo MEC, dos be-  
89 nefícios e do valor agregado deste trabalho conjunto. Temos trabalhado na lógica de que a ação inter-  
90 sectorial deve respeitar as competências do MEC de avaliação e regulação de toda a Educação Superi-  
91 or, ao tempo em que cabe ao Ministério da Saúde interferir, no nível macro-político, no perfil, na  
92 quantidade e distribuição dos profissionais da saúde formados com recursos públicos, luz das necessi-  
93 dades de saúde da população brasileira. Dr. José Lúcio Machado cita os artigos segundo, parágrafos  
94 quarto e quinto, e terceiro, parágrafos primeiro ao sexto, afirmando que o decreto não se atém a  
95 questões macro. Da forma como está escrito, esvazia as funções da CNRM. No colegiado, há  
96 desproporção quanto à área da saúde. Dra. Ana Haddad informa que são três secretários do MEC e  
97 três do MS. A lógica para a composição é que não se dissociam as três instâncias da gestão. Prof.  
98 Antonio Carlos Lopes ressalta que a composição da Câmara não garante a presença de profissionais  
99 que representem a área médica. Sugere que alguém da CNRM ou do DERM esteja presente. Dr.  
100 José Bonamigo lembra que já houve outra minuta semelhante há alguns anos. Nesta atual proposta,  
101 percebe-se sobreposição de atribuições da CNRM. Pessoalmente, acredita que é mais uma tentativa  
102 de esvaziar a CNRM. Todas as conquistas atuais resultam de esforços e coragem de médicos  
103 residentes e profissionais médicos. Repudia veementemente a minuta. Dr. José Bonamigo afirma,  
104 ainda, que essa discussão transcende uma reunião ordinária da CNRM. É preciso haver muito cuidado  
105 com esta proposta. Dr. Daniel Pereira enfatiza que diariamente a Residência Médica é ameaçada,  
106 justamente por “ressuscitar” o médico residente. A Residência Médica resgata o médico residente  
107 quanto à competência de cuidar do paciente. Afirma que também repudia a minuta. Dr. Fernando de  
108 Waldemar considera que o decreto conferirá poder total para gerir formação médica. Quanto mais o  
109 governo normatizar, mais haverá saída de médicos residentes do sistema público. Dr. André Longo

110 afirma que é preciso analisar e discutir o assunto. É preciso discutir a articulação entre os ministérios.  
111 O decreto passará a ser possibilidade de discutir perspectivas da Residência Médica. Dr. José Lúcio  
112 Machado considera que é preciso reagir de forma menos reacionária às propostas. A minuta avança  
113 quanto à sugestão de formação de especialistas no país. Agora que a regulação está sendo discutida,  
114 há forte reação contrária. É preciso apoiar o espaço de participação democrática. Dr. Rafael Nogueira  
115 afirma que levará à discussão no CFM, pois não se pode pensar na saúde voltada apenas para o SUS. É  
116 preciso haver consideração de mercado. Dra. Maria do Patrocínio reforça que é necessário que haja  
117 discussão quanto ao aspecto pedagógico. Considera que se perdeu muito da Residência Médica; ainda  
118 não há uma situação ideal. Acredita que a minuta saiu de diretrizes macropolíticas e concentrou-se  
119 em aspectos específicos. Acredita que é necessário reescrever o texto, selecionando termos mais  
120 adequados e claros. Vê como um avanço, mas questiona, também, a composição da Câmara. Vê  
121 como avanço nas diretrizes para formação de profissionais da saúde entre os ministérios. A idéia é  
122 que se possa discutir e reescrever a proposta. Dra. Ana Haddad agradece pela inclusão do tema na  
123 pauta e pelas intervenções. Não há qualquer intenção de criar litígio e sobrepor-se à CNRM. Não  
124 houve inspiração em qualquer outra minuta que quisesse substituir ou destituir a CNRM. Propõe que  
125 o secretário Francisco Campos fizesse explanação sobre minuta e sobre Medicina de Família e  
126 Comunidade. Todos concordam. No dia sete de março de dois mil e sete, o Secretário de Gestão do  
127 Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, Francisco Eduardo de Campos,  
128 compareceu à reunião da CNRM para esclarecer os termos do decreto de criação da Câmara Inter-  
129 ministerial. O Dr. Francisco Campos disse, inicialmente, que deve muito à Residência Médica por ser o  
130 que ele é e fez um breve histórico de sua vida profissional, dizendo que já fez parte da Comissão Na-  
131 cional de Residência Médica como representante do Ministério da Saúde, foi o primeiro Secretário de  
132 Recursos Humanos do Ministério da Saúde na Nova República do Brasil e também foi, durante oito  
133 anos, coordenador de uma Residência, sendo que, nessa época, ainda não havia a descentralização  
134 das Comissões Estaduais e da própria Comissão de Residência Médica. Segundo ele, toda essa vivên-  
135 cia deu a ele a exata noção do impacto e a exata valorização da importância que tem a residência, que  
136 é chamada, por alguns, de padrão-ouro da formação. Dr. Francisco Campos questiona sobre até que  
137 ponto o SUS, de fato, ordenou a formação de recursos humanos da forma como prevê o texto consti-  
138 tucional. Segundo ele, o SUS não cumpriu, ainda, seu papel nesse campo com o cuidado, ênfase e ri-  
139 gor que deveria. Isso pode ter sido porque optou-se na Constituição do Brasil pela utilização de dois  
140 sistemas, o que poderia ter sido diferente, mas que, na opinião dele, foi a forma mais correta. Dr.  
141 Francisco disse que, apesar dos conflitos e pontos de vista diferentes que os cargos de direção possam  
142 apresentar, a criação da Comissão é assunto de maior consenso entre ele, o Ministro José Saraiva, o  
143 Ministro José Agenor e o Secretário José Temporão, que por ser um secretário da Casa, é uma pessoa  
144 da área essencial do Ministério da Saúde. O Dr. Francisco disse, ainda, que, dentro de poucos dias,  
145 haverá mudança de gestão e ninguém sabe quem será o ministro, mas que se vier alguém alinhado  
146 com esse grupo, com certeza essa política será mantida. O Secretário da SGTES enfatizou que a posi-

147 ção dele é de tentar favorecer o diálogo para que as coisas possam acontecer da melhor forma possí-  
148 vel, pois, para alguns gestores municipais e estaduais, esse assunto, na verdade, nem precisaria ser co-  
149 locado em discussão, uma vez que as residências são pagas pelo SUS. Foi relatado o sucesso alcança-  
150 do pelo PROFAE - programa coordenado pela SGTES, que é considerado o maior programa de for-  
151 mação de pessoal de nível técnico até então realizado no mundo, citado em vários relatórios da Orga-  
152 nização Mundial de Saúde. Dessa forma, quanto à ordenação de recursos humanos, a Secretaria pos-  
153 sui outras políticas de recursos humanos além da Residência. Dr. Francisco disse que há uma falta de  
154 4,3 (quatro vírgula três) milhões de trabalhadores de saúde no mundo e que provavelmente isso não  
155 será resolvido às custas da formação de médico nem de especialista, sendo que boa parte desse núme-  
156 ro será reduzido se houver incentivo no campo da formação técnico-profissional. O PROFAE possibi-  
157 litou, ainda, a criação de uma aliança global para uma força-tarefa em saúde para incrementar a força  
158 de trabalho no mundo e essa experiência demonstra, de fato, o reconhecimento do trabalho que o Bra-  
159 sil tem feito e que permite ao país dar muitas respostas aos problemas que outros países estão tendo  
160 quanto à formação profissional na área da saúde. Além disso, foi explanado sobre o Pró-Saúde, pro-  
161 grama voltado para a mudança na graduação e foi dito que, provavelmente, não existe programa al-  
162 gum em curso no mundo que vai investir cem milhões de dólares para o incentivo à mudança na gra-  
163 duação. Certamente os resultados desse programa não irão aparecer agora, mas sim daqui a quinze,  
164 vinte anos. Além disso, na pós-graduação, o MS tem feito um grande esforço de indução para que a  
165 produção acadêmica seja de alguma forma vinculada às necessidades do SUS e, na questão da resi-  
166 dência, o que importa ao Ministério da Saúde é a adequação da oferta de especialistas para que o MS  
167 atinja sua missão final que é prover serviço de saúde de qualidade à população. Segundo o Secretário  
168 da SGTES, é preciso endireitar, mudar, fazer uma graduação mais relevante de acordo com o serviço  
169 e à necessidade da sociedade e é importante levar isso em consideração para não se perder a dimensão  
170 exata da história. Dr. Francisco disse que a representação da Ana Estela na Comissão é legítima; que  
171 ela participa das reuniões representando a Secretaria e o Ministério da Saúde e que as orientações que  
172 ela leva às reuniões são orientações da direção superior do Ministério da Saúde, em nome do gestor  
173 federal do SUS. De acordo com o Dr. Francisco, o que existe hoje é uma não governabilidade macro-  
174 política do setor público sobre as políticas de especialização no Brasil, o que impede que, muitas ve-  
175 zes, determinadas políticas das esferas tanto federal, estadual como municipal sejam levadas adiante.  
176 Foi dado o exemplo da Política do SAMU, que não podia ser atendida pela ausência que havia de for-  
177 mação de pessoal na área de urgência e emergência em número suficiente para dar conta dessa políti-  
178 ca. Dessa forma, Dr. Francisco ressaltou que para anunciar uma política como a do SAMU, que prevê  
179 a expansão dos cento e onze SAMUs que existem no Brasil para cento e noventa e dois, é preciso atu-  
180 ar em conjunto com o Ministério da Educação. Caso contrário, no dia seguinte a imprensa estará co-  
181 brando do Presidente da República por ele ter anunciado uma política para a qual não tinha cobertura.  
182 Na opinião do Dr. Francisco, provavelmente não é possível anunciar políticas de atenção à população  
183 envelhecida com a estrutura atual que se tem de oferta, considerando tanto o que é ensinado em Geri-

184 atri e Gerontologia dentro da graduação como o que é tratado depois, na Residência Médica. Outro  
185 exemplo dado pelo Dr. Francisco foi em relação à política de desinstitucionalização dos portadores de  
186 sofrimento mental, celebrada no mundo inteiro e que, teoricamente, é muito interessante, na medida  
187 em que a Saúde da Família toma conta das pessoas que anteriormente se encontravam institucionali-  
188 zadas. No entanto, o que se pôde perceber, inclusive a partir da análise de uma tese de mestrado pelo  
189 Secretário da SGTES sobre o assunto, é que na prática o que aconteceu foi o abandono dos macro-  
190 hospícios para a formação de micro-hospícios. Ou seja, as práticas continuavam similares àquelas fei-  
191 tas anteriormente, isso porque havia se desinstitucionalizado o portador do sofrimento mental, mas a  
192 equipe não estava e não foi preparada para atender a essas pessoas. Segundo o Secretário, a partir des-  
193 ses exemplos, é possível perceber que não existe uma adequação das políticas de formação às neces-  
194 sidades. Nesse sentido, o que o Ministério da Saúde e o que a Secretaria tem feito, na pessoa da Ana  
195 Estela, é propor políticas positivas no sentido de incentivar os profissionais a se fixarem no interior.  
196 O Dr. Francisco também disse que, para o gestor do SUS, é interessante ter políticas para antecipar  
197 quantos especialistas são necessários e quantos devem ser formados, até porque é o gestor do SUS  
198 quem financia boa parte da residência e ele não se pode dar ao luxo de desperdiçar os recursos na for-  
199 mação de pessoas que não são necessárias. De acordo com o Dr. Francisco, uma coisa de que ele e  
200 Ana Estela têm uma definição muito clara é que eles não defendem que todos os egressos de curso  
201 médico façam Residência Médica, pois eles acham que isso levaria a um preço insustentável da assis-  
202 tência no Brasil. Existem dados mundiais que provam muito bem que existe uma correlação entre o  
203 tempo de formação e o custo final de assistência. O que a Secretaria defende é que boa parte das pes-  
204 soas deveriam ser graduadas para poderem exercer uma prática em ambiente federal, por exemplo,  
205 uma proposta de Saúde da Família e que parte desses profissionais deveriam ter acesso à Residência.  
206 Mas não se defende que a Residência seja um requisito, uma extensão e uma complementação natural  
207 de todos os cursos de graduação em Medicina, pois isso significa, na prática, elevar a graduação de  
208 seis para nove anos no Brasil. Segundo o Secretário, estudos recentes deixam todos os educadores  
209 médicos envergonhados, ao demonstrar que cinquenta por cento das profissionais são formados e que  
210 entram no mercado de trabalho não possuem as habilidades necessárias para ser um bom profissional  
211 na prática, por exemplo, do Saúde da Família. O que se defende, então, é que a Residência, que privi-  
212 legia o treinamento em serviço, seja um tipo de formação oferecida no padrão ouro, complementada  
213 por atividades didáticas para que se tenha o melhor padrão de formação. O que o MS defende é que  
214 haja uma oferta muito ampliada de educação permanente, utilizando todos os outros meios possíveis  
215 para que todas as pessoas que estão na equipe saúde da família possam se manter atualizadas. Dessa  
216 forma, é consensual que é necessário se qualificar a graduação e eventualmente financiar especializa-  
217 ção, caso o país tenha necessidade de especialistas. Além disso, O Ministério da Saúde sabe que é  
218 muito mais econômico e viável formar um profissional bem do que deixar pessoas mal formadas que  
219 utilizarão propedêuticas e terapêuticas desnecessárias e que podem custar até dez vezes o valor da  
220 formação, segundo cálculos de economistas em saúde. Dessa forma, não interessa ao MS nem ter es-

221 pecialistas em excesso nem que as pessoas comecem a fazer improvisações e que cheguem ao título  
222 de especialista por outra via que não seja a Residência, que é a mais legítima. Há também uma ques-  
223 tão central que é a da gestão da Saúde da Família. Em relação a isso, na União Européia, o médico da  
224 família é uma especialidade médica e, para que ele ganhe o título, é preciso fazer uma residência com  
225 duração de três anos após a graduação. Aqui no Brasil, não há condições de adotar nesse momento  
226 esse modelo, pois não há como oferecer a quantidade necessária de vagas aos profissionais já forma-  
227 dos e aos que ingressarão nesse mercado depois. São aproximadamente cinco por cento das pessoas  
228 que estão chegando ao mercado que tem possibilidade de fazer Residência Médica e, mesmo assim os  
229 profissionais não cumprem, não preenchem as vagas oferecidas. A SGTES tem uma resposta para a  
230 graduação por meio do PRÓ-SAÚDE e a Residência Médica apenas toma um conjunto dessas pesso-  
231 as, provavelmente esses cinco por cento. Segundo o Dr. Francisco, ele não espera que todos os vinte e  
232 seis mil profissionais, que ele espera que até o final do mandato do Presidente Lula cheguem a qua-  
233 renta mil, tenham residência, pois isso seria impossível. O MS está financiando, neste momento, cem  
234 por cento das demandas das Residências que são apresentadas no Saúde da Família, seja na Residên-  
235 cia Médica, seja na Residência Multiprofissional e todos os países do mundo se impressionam diante  
236 disso, pois ninguém tem uma situação como essa. Além de financiar, o MS também está preocupado  
237 com os critérios regionais e a qualidade das residências. Segundo o Secretário da SGTES, é inconce-  
238 vível que o Rio Grande do Sul ofereça vinte vezes o número de vagas de residência que o Rio de Ja-  
239 neiro. Nesse momento, quinze estados da federação não estão oferecendo nenhuma modalidade de  
240 pós-graduação a nível lato-sensu na área de residência de Saúde da Família e esse desequilíbrio o pre-  
241 ocupa. A preocupação do MS não é apenas habilitar, mas habilitar com qualidade já que a Residência  
242 em Saúde da Família é uma política central do MS. E toda essa ênfase é dada nessa área porque a si-  
243 tuação que menos se defende de acordo com as leis de mercado é a da Saúde da Família. De todas as  
244 faculdades de medicina que há no Brasil, pode-se dizer que uns dez por cento dos egressos dirigir-se-  
245 ão ao mercado de trabalho de Saúde da Família. No entanto, não há uma faculdade de medicina no  
246 Brasil que tem dois por cento do seu corpo docente nessa área. É preciso, então, pensar em opções  
247 criativas para propiciar o ingresso de docentes da área de Saúde da Família nas faculdades. Segundo o  
248 Dr. Francisco, eles estão pensando, por exemplo, que uma das propostas poderia ser dar bolsas às  
249 equipes de Saúde da Família para que seus profissionais sejam capacitados em pedagogia, em meto-  
250 dologia de investigação e recebam como pesquisadores-colaboradores e estudantes. Mas o fato é que  
251 tem que se buscar uma solução para esse problema. Na verdade o que se quer é uma vanguarda de  
252 pessoas da Saúde da Família, não para o atendimento do dia-a-dia, mas sim para que ela tenha um pa-  
253 pel de *feedback*, de retorno tanto como docente, gestor, coordenador de residências, quanto da gradu-  
254 ação, pois não há esse quadro hoje em dia. E o que se pode ver hoje é o seguinte: graduados e gradu-  
255 andos tanto de atualmente quanto do passado que não foram expostos ou não conhecem a prática, o  
256 dia-a-dia do Saúde da Família. Dr. Francisco citou o exemplo da faculdade de medicina que ele cur-  
257 sou – UFMG – que tem uma forte inserção na atenção básica e que cerca de vinte a trinta por cento

258 do currículo é feito em posto de saúde em virtude do incentivo do PRO-SAÚDE. Mas, na opinião  
259 dele, essa exposição ainda é muito pequena. O Dr. Francisco disse, também, que o MS, junto com ou-  
260 tros gestores, tem conversado muito sobre como se cria uma governança pública sobre a questão da  
261 oferta não regulamentada pelo mercado. Segundo o Secretário, a sugestão da Câmara foi feita pelo  
262 Ministro Haddad, inclusive se valendo, em um primeiro momento, das chamadas Câmaras Intersetori-  
263 ais Ministeriais, e foi prontamente acolhida pelo Ministro Agenor. A partir disso, o Ministério da  
264 Saúde deu todo o apoio necessário e celeridade a essa proposta de criação da Câmara Interministerial,  
265 fazendo todo o esforço para que ela fosse adiante. Segundo o Dr. Francisco, existe um papel da Co-  
266 missão Nacional de Residência Médica, assim como também haverá um papel da Comissão de Resi-  
267 dência Multiprofissional em Saúde, que não entra em conflito um com o outro. As atribuições de uma  
268 comissão como a que está sendo proposta são muito mais macro do que micro. São atribuições de re-  
269 fletir qual a análise que se pode fazer nesse momento de necessidade, quais são os pontos de estran-  
270 gulamento, quais são os pontos de sobreoferta e direcionar investimento público. De acordo com o  
271 Dr. Francisco, ele não vê problema algum se o setor privado quer financiar, pois não se trata só de  
272 saúde pública. O que se pode é fazer com que os recursos sejam direcionados para atender às necessi-  
273 dades de saúde do Brasil, pois o SUS coloca mais da metade dos recursos da Residência Médica. E é  
274 isso que essa Comissão se propõe a fazer: subsidiar diretrizes, não apenas na área de residência, mas  
275 também nas outras áreas, todas dando curso às diretrizes do artigo 200 da Constituição. O Dr. Fran-  
276 cisco disse que a decisão de se criar a Comissão já está definida, pois é uma decisão já tomada no ní-  
277 vel executivo. Mas enquanto houver tempo, ainda é possível aperfeiçoar a proposta, mesmo depois de  
278 aprovada. Segundo o Dr. Francisco, há a necessidade de existir uma política macro, que não seja só  
279 de Residência Médica, mas que seja uma política de não desperdiçar recursos públicos, formando es-  
280 pecialistas desnecessários, e de não passar o vexame de anunciar uma política para a qual não há re-  
281 cursos. O Dr. Francisco pediu desculpas por falar muito enfaticamente, mas é porque ele gosta das  
282 coisas absolutamente claras. Ao expor tudo isso, ele diz que não haverá deslocamento de papel, pois  
283 jamais uma comissão dessas irá pensar, por exemplo, sobre os aspectos internos da Residência Médi-  
284 ca, pois a proposta dessa comissão é de se fazer uma macropolítica. O Dr. Francisco disse ainda que  
285 será de extrema importância trabalhar com a Comissão de Residência Médica, utilizando mecanismos  
286 em curso da própria residência para ajudar o MS na questão da distribuição profissional. O Secretário  
287 da SGTES disse que quando o MS apoiou a opinião do Ministro sobre a criação da Câmara, reforçou  
288 a intenção do SUS para que pudesse ser melhor atendido nessas condições. O Dr. Francisco agrade-  
289 ceu, então, pela oportunidade de poder participar e contribuir com a reunião e se desculpou, dizendo  
290 que teria de ir a outra reunião. A Dra. Ana Estela continuaria na reunião para responder as questões  
291 advindas da explanação do Secretário. Dr. José Bonamigo acredita que a solicitação foi do MEC, en-  
292 tretanto não admite que foi esta a redação dada. Apontou que o Secretário Francisco Campos fala  
293 como é formado o médico de família nos países desenvolvidos, mas também ressaltou que o país ou o  
294 SUS não tem recursos para formar os médicos de família semelhante a outros países. Também apon-



295 tou que os problemas apresentados pelo Secretário são problemas dos SAS. Dr. André Longo pensa  
296 que o documento avançou e também que o Secretário algumas coisas com que ele concorda, mas gos-  
297 taria de ter mais tempo para opinar sobre o documento. Prof. Antonio Carlos Lopes sugere que seja  
298 formada uma comissão para, por via eletrônica, opinar sobre o documento. A comissão será constituí-  
299 da por Dr. André Longo, Dr. Rafael Nogueira, Dra. Maria do Patrocínio, Dr. José Bonamigo, Dr.  
300 Robson Moura, Dr. Renato Viscardi, Dr. José Ivan, Dr. Fernando de Waldemar, Dra. Ana Haddad e  
301 ele mesmo, o qual será o coordenador. A comissão terá o prazo de uma semana para indicar sugestões  
302 à minuta do decreto. Prof. Antonio Carlos Lopes receberá as sugestões e encaminhá-las-á ao Ministé-  
303 rio da Saúde; tão logo haja resposta, esta será encaminhada ao grupo. Uma reunião presencial será  
304 feita caso o grupo julgue necessário. Dr. José Lúcio Machado destaca que a fala do Secretário Fran-  
305 cisco Campos foi desconfortável. Acredita que a falta de governabilidade sobre a produção de especi-  
306 alistas no país é muito mais por deficiência e omissão histórica de gestores do SUS do que de erros  
307 cometidos pela CNRM. A democracia tem custos. Um deles é de que nem sempre a quem paga a con-  
308 ta é permitido mandar sozinho. Na democracia, quem paga a conta tem de compartilhar o mando com  
309 a participação de outros atores sociais. E, aliás, é bom que se diga que os gestores são servidores pú-  
310 blicos e devem satisfação a toda a sociedade acerca do que fazem, inclusive aos membros da CNRM,  
311 formada por representantes de entidades que constituem parte da sociedade. Portanto, a vinda do Dr.  
312 Francisco Campos a esse plenário não constitui favor algum a ninguém. É, sim, obrigação de servidor  
313 público, que ele é, e que tem o dever de explicar seus atos à sociedade, seja ele ou mesmo o próprio  
314 ministro. O governo, na pessoa do Dr. Francisco, cai em profunda contradição ao dizer que não pre-  
315 tende garantir vagas de Residência Médica a todos os egressos dos cursos de Medicina e, ao mesmo  
316 tempo, assume a Residência Médica como padrão ouro de formação médica. Afirmar isso, em última  
317 análise, é assumir que não vai dar assistência de qualidade à população brasileira nos próximos anos,  
318 pois permitirá que médicos com formação incompleta entrem no mercado de trabalho e assumam co-  
319 locações assistenciais inclusive no Programa de Saúde da Família. Dra. Valdecira Lucena afirma que  
320 ficou estarecida com a fala do Secretário Francisco Campos, pois: 1. esta Comissão não é do MEC;  
321 ela está no MEC (os membros não fazem parte do MEC); 2. esta Comissão congrega a sociedade civil  
322 governamental e não governamental. E o MS, durante muitos anos, foi omissivo. Dra. Valdecira Luce-  
323 na destaca que, segundo a fala do Secretário, seria médico do SUS e não para o SUS. Há preocupação  
324 em fazer divisões e ela acredita que a Câmara buscará fazer congregações. Lembra que definição de  
325 democracia não é só voto e que não quer vivenciar o que vivenciou na década de setenta. Dr. Rafael  
326 Nogueira questiona se a Câmara poderá decidir pela CNRM, já que esta foi criada por lei. Afirmar que  
327 apresentará o assunto na plenária do CFM. Tem dúvidas de se é necessário enviar sugestões ou conse-  
328 lho toma sua decisão. Dr. Geraldo Jotz esclarece que o MS entende que as idéias são dos gestores que  
329 respondem pelo povo e afirma que o Secretário Francisco Campos não quis dizer que formará dois ti-  
330 pos de médicos, mas sim que o curso médico é terminal, portanto não é necessário fazer Residência.  
331 Dr. Fernando de Waldemar e outros membros da CNRM solicitam que a fala do Secretário seja trans-

332 crita na íntegra. Questiona por que não se utilizam os médicos formados. Afirma que o SUS não esta-  
333 belece pormenores da carreira para o médico. Garante que os médicos residentes manifestar-se-ão so-  
334 bre a Câmara e sobre a fala do Secretário Campos. Prof. Antonio Carlos Lopes pondera que parceria  
335 com o MS é importante e que a criação da Câmara também é importante. Porém, dentro do contexto  
336 da discussão que o MEC iniciou. O decreto, cuja minuta está em debate, tem por objetivo antingir a  
337 CNRM, mas entende que pode até ser benéfico, pois há tempo hábil para que esta discuta a proposta.  
338 Prof. Antonio Carlos Lopes ressaltou a inquestionável importância da Residência médica, refletindo  
339 que, se a Residência não é para todos, a universidade também não é; e o PROUNI está colocando alu-  
340 nos em algumas escolas sem condições de formar os profissionais de que a comunidade necessita.  
341 Destaca que foi uma das últimas pessoas a saber sobre esse decreto, sendo que houve várias reuniões  
342 para discuti-lo, e que somente após falar com o Ministro da Educação tomou conhecimento do docu-  
343 mento. Prof. Antonio Carlos Lopes encerra a discussão, sugerindo as seguintes datas para as próximas  
344 reuniões ordinárias da CNRM: dias três e quatro de abril; oito e nove de maio; cinco e seis de junho;  
345 e três e quatro de julho. Ressalta que essa proposta está sujeita à disponibilidade de recursos financei-  
346 ros por parte do MEC. **Item 05: Anos Opcionais e Área de Atuação – Definição e competência da**  
347 **CNRM frente à Comissão Mista de Especialidades – Resolução CFM 1.785/06.** Prof. Antonio  
348 Carlos Lopes informa que na Resolução CFM 1.785/06 algumas áreas de atuação foram criadas e ou-  
349 tras tiveram a duração ampliada. O CFM e a AMB estiveram presente na CNRM e acertou-se o se-  
350 guinte: caberia à Comissão Mista definir o que é ou não área de atuação, bem como estabelecer o mo-  
351 delo pedagógico. Prof. Antonio Carlos Lopes acredita que é necessário que todos opinem sobre as  
352 áreas de atuação a fim de discutir o assunto com a Comissão Mista. Dr. André Longo lembra encami-  
353 nhamento da reunião anterior: separar ano opcional de área de atuação, mas a CNRM não tem ele-  
354 mentos para discutir ainda. Além disso, Dr. André Longo lembra que existe a “lei da reciprocidade”,  
355 pela qual deve haver equivalência de títulos. Acredita que a posição atual da CNRM na Comissão  
356 Mista é de inferioridade quanto à questão da titulação. No mínimo, se se é especialista pela Residên-  
357 cia Médica, deveria haver acesso à área de atuação tanto quanto há para o especialista pelas Socieda-  
358 des. Dra. Valdecira Lucena argumenta que as Sociedades ganham muitos recursos financeiros com  
359 esta exigência e que a CNRM está sendo preterida, apesar de sua posição soberana quanto à Residên-  
360 cia Médica. Dr. André Longo não questiona o papel da AMB, mas acredita que a CNRM deve passar  
361 a dirigir a certificação das áreas de atuação, ao invés de isso ficar somente com a AMB. Dr. José Bo-  
362 namigo ressaltou que é preciso estar claro no documento que o médico tenha Residência Médica ou tí-  
363 tulo da Sociedade e não ser permitido acesso para estagiários. Propõe que isto seja discutido com a  
364 Comissão Mista. Dra. Maria do Patrocínio considera que ocorre desconfiança recíproca entre Socie-  
365 dades e Residência Médica. Um grande problema, a seu ver, foi a criação da Comissão Tripartite  
366 (Mista), pois vem ocorrendo briga pelo poder, não pelo fazer. Dra. Maria do Patrocínio afirma que  
367 talvez seja interessante retornar ao apostilamento pelas instituições e a CNRM certificaria as especia-  
368 lidades e seus anos opcionais. Outra discussão a ser feita é quanto ao limite para ingresso e perma-

369 nência em cada programa de Residência Médica. Prof. Antonio Carlos Lopes considera que o proble-  
370 ma é que as áreas de atuação são iniciadas como quiserem as Sociedades e mesmo intuições. Isto  
371 não pode ocorrer. É preciso haver normatização e fiscalização rigorosa das áreas de atuação por parte  
372 da CNRM, bem como esta deve participar ativamente da Comissão Mista. A CNRM é governo, é lei.  
373 Sua posição é soberana. Lembra que é preciso zelar pelo dinheiro público. Dr. Geraldo Jotz sugere a  
374 formação de uma subcomissão para estudar a Resolução CFM 1.785/06. A proposta é acatada por  
375 unanimidade. Prof. Antonio Carlos Lopes define a subcomissão: ele mesmo como coordenador, Dra.  
376 Lorimilda Diniz, Dra. Valdecira Lucena, Dr. André Longo e Dr. Robson Moura. A subcomissão terá  
377 um prazo de quinze dias para realizar a atividade e encaminhar relatório por e-mail. Dra. Ana Haddad  
378 sugere a criação de um grupo de discussão (GT CNRM – Área de Atuação). Todos concordam. **Item**  
379 **06: Solicitação de Área de Atuação – Transplante de Medula.** Item retirado de pauta, pois os re-  
380 presentantes da USP de Ribeirão Preto e do INCA foram alertados de que foi criada subcomissão  
381 para discussão do assunto e haverá apresentação de resultados em outra plenária. **Item 07: Revelia de**  
382 **Instituições quanto às normas da CNRM.** Prof. Antonio Carlos Lopes ressalta que as instituições  
383 precisam respeitar as normas da CNRM a fim de que os programas possam desenvolver-se a conten-  
384 to. **A) Hospital de Messejana (CE):** Dra. Valdecira Lucena relata que, no ano de dois mil, a institui-  
385 ção ofereceu vagas para o programa de Residência Médica de Cardiologia além das autorizadas, por  
386 decisão própria. Na época, houve diligência. Posteriormente, solicitou ano opcional (R3). O proble-  
387 ma, recentemente, repetiu-se. A coordenação do programa supracitado decidiu, por si mesma, deslo-  
388 car residentes para áreas do interesse dela e não conforme as vagas autorizadas para ano opcional. Dr.  
389 Salustiano Gomes solicita que a plenária da CNRM considere as dificuldades de as Comissões Esta-  
390 duais (CEREMs) gerenciarem todos os processos das etapas de formação de um residente. Não defen-  
391 de, em absoluto, o não-seguimento das normas contidas nas resoluções da Comissão, mas faz um ape-  
392 lo em nome da CEREM-CE para que o ocorrido seja relevado, que se regularize a situação de todos  
393 os médicos que comprovadamente cursaram os programas de Residência Médica do Hospital de Mes-  
394 sejana, que é uma instituição padrão em seu campo de atuação em toda a região. Que o citado progra-  
395 ma passe a ser observado rigidamente a partir desta data. Dr. Salustiano Gomes solicitou, ainda, que,  
396 caso fosse realmente necessário punir, que seja a coordenação do programa e/ou a direção da institui-  
397 ção, e não os médicos que cursaram os programas reconhecidos pela CNRM. Descredenciar o Hospi-  
398 tal de Messejana, sem dúvida, trará prejuízo a toda classe médica do Ceará e da região. Além de moti-  
399 var, com certeza, os interessados a recorrerem judicialmente, medida totalmente desinteressante para  
400 qualquer instituição, em sua opinião. Perder questões judiciais leva a descrédito, considerando-se que  
401 neste mérito só a CNRM pode emitir o título do residente, que os editais foram aprovados pela CE-  
402 REM-CE e que os médicos em questão tiveram acesso por processo seletivo público e cursaram o  
403 programa sendo aprovados. Dr. Gilmar Amorim adverte que descredenciar um programa de Residên-  
404 cia Médica traz grandes prejuízos para a região. Dra. Maria do Patrocínio destaca que a ABEM traba-  
405 lha com educação médica. Demonstra-se que é melhor atender às normas do que desrespeitá-las e que

406 os limites são necessários. É preciso considerar o efeito das atitudes no grupo de médicos residentes.  
407 No entanto, não é possível temer tanto o Poder Judiciário no âmbito da Residência Médica. Prof. An-  
408 tonio Carlos Lopes solicita votação dos membros, decidindo-se por conceder o certificados aos médi-  
409 cos que cursaram o ano opcional e punir a instituição (cinco votos favoráveis e dois contrários). Os  
410 médicos residentes terminarão o curso neste ano sem serem transferidos. Punição à instituição: fecha-  
411 mento dos anos opcionais, por unanimidade, com advertência de que se houver reincidência a institui-  
412 ção terá o programa de Residência Médica descredenciado. **B) Instituto de Laranjeiras – R3 Opcio-  
413 nal em Cardiologia Pediátrica:** Profa. Carmen Cunha informa que a partir de dois mil e dois, houve  
414 resoluções do CFM quanto às áreas de atuação. As instituições foram oficiadas sobre as providências  
415 a serem tomadas. O Instituto de Cardiologia de Laranjeiras solicitou ano opcional (R3) e Cardiologia  
416 – Cardiologia Pediátrica. No entanto, admitiam pediatras. A instituição ofereceu vagas a mais do que  
417 as credenciadas pela CNRM. Agora, insiste em solicitar reconhecimento dos certificados obtidos por  
418 pediatras. Dra. Valdecira Lucena enfatiza que as instituições desrespeitam a legislação vigente quanto  
419 à Residência Médica, criam problemas e, depois, exigem uma solução por parte da CNRM. Dra. Gra-  
420 cília Barros lembra que se o convênio não foi vistoriado, não é reconhecido. Após discussão e vota-  
421 ção, Prof. Antonio Carlos Lopes anuncia que o concurso para dois mil e sete não será reconhecido,  
422 uma vez que o edital não foi aprovado conforme trâmites exigidos; os pediatras receberão o certifica-  
423 do com o ano opcional apostilado no verso; e será feita vistoria para avaliar a solicitação para dois  
424 mil e oito. Decisão aprovada por unanimidade. **C) Hospital Conceição – Programa de Medicina de  
425 Família e Comunidade:** Dr. Geraldo Jotz informa que o hospital ofereceu vagas a mais, sem serem  
426 autorizadas pela CNRM. Solicitou vinte e duas vagas à CEREM-RS, no entanto, aumentou para  
427 trinta e duas vagas sem autorização da coordenação da COREME nem do gerente de ensino. Sugere  
428 que a instituição seja punida severamente, havendo cópia do ofício para o Ministério da Saúde, e que  
429 as vagas devem ser diminuídas para apenas vinte e duas. Considera que é melhor formar com qualida-  
430 de um número menor de médicos residentes. Dra. Maria do Patrocínio sugere que, no edital, o núme-  
431 ro de vagas seja igual ao número de bolsas. Após discussão, Prof. Antonio Carlos Lopes propõe que  
432 seja formada comissão vistoriadora com os seguintes membros: Dr. Geraldo Jotz, Dra. Valdecira Lu-  
433 cena, Dra. Lorimilda Diniz e Dr. Paulo Amaral (ANMR-RS), a fim de avaliar a competência dos hos-  
434 pital quanto ao número de vagas da instituição e verificar relação entre COREME e direção do hospi-  
435 tal. Conforme vistoria, será estabelecida punição à instituição. Proposta aprovada por unanimidade.  
436 **D) UNIFESP – Cirurgia Cardiovascular:** Prof. Antonio Carlos Lopes informa que havia um médi-  
437 co residente cumprindo horas a mais, trabalhando na própria instituição no programa de Residência  
438 Médica de Cirurgia Cardiovascular, como se fosse um “estágio extracurricular”. No entanto, a situa-  
439 ção já foi regularizada. **E) Hospital Agamenon Magalhães – R3 Opcional:** Dra. Gracília Barros in-  
440 forma que a Secretaria. **Item 08: Trancamento de matrícula – Prazo e Resolução da CNRM.** Dra.  
441 Gracília Barros lê artigos da Lei 6.932/81 relacionados ao assunto e informa que as instituições deve-  
442 riam estabelecer normas em Regimento Interno. No caso, o programa de Residência Médica em Radi-

443 ologia do Hospital da Restauração foi extinto. Na ocasião, um médico residente requereu trancamento  
444 do curso e a instituição concedeu-lhe o prazo de um ano, sendo que o Regimento Interno estabelecia  
445 seis meses. Prof. Antonio Carlos Lopes sugere que o médico residente seja matriculado em instituição  
446 que tiver vaga e que a COREME da instituição receba advertência quanto à inobservância de seu pró-  
447 prio regimento. Decisão aprovada por unanimidade. **Item 09: Interiorização do médico.** Item retirada  
448 do de pauta a pedido do Senador Tião Viana, pois este não pôde comparecer à reunião. **Item 10:**  
449 **Transferência de Médicos Residentes.** Dra. Gracília sugere que seja elaborada resolução que esta-  
450 beleça prazo máximo para retorno à Residência Médica. Dr. André Longo considera que é preciso es-  
451 tabelecer regulamentação da Lei 6.932/81 por meio de resoluções. **Item 11: Mestrado Profissional.**  
452 Item retirado de pauta a pedido do Prof. Gianine/CAPES, pois não pôde comparecer à reunião. Item  
453 12: Denúncias. **A) Associação dos Médicos Residentes do estado do Rio de Janeiro no Programa**  
454 **de Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Municipal Lourenço Jorge:** re-  
455 tirado de pauta devido a ausência do Dr. José Carlos. **B) Hospital Geral de Goiânia – programa de**  
456 **Neurologia.** Deverá ser visitado por comissão vistoriadora a pedido da CNRM. **C) Fundação Banco**  
457 **de Olhos:** houve queixa por parte dos médicos residentes de irregularidades na instituição. Foi feita  
458 visita e reunião com a coordenação. Constatou-se que antes a instituição pagava dez salários mínimos  
459 e agora resolveu pagar o valor da bolsa. Além disso, foram observadas várias irregularidades no pro-  
460 grama de Residência Médica, conforme relatório da comissão vistoriadora. O plenário indicou dili-  
461 gência por cento e vinte dias. Decisão por unanimidade. **D) Hospital da Lagoa:** Retirado de pauta  
462 devido à ausência do Dr. José Carlos. **E) Hospital Vera Cruz e F) Hospital Luxemburgo:** retirados  
463 de pauta devido à ausência do Dr. Reginaldo Valácio. **G) Hospital Getúlio Vargas – UFAM:** retira-  
464 do de pauta devido à ausência do Dr. Raymison de Souza. **H) Atraso no pagamento da bolsa do**  
465 **Médico Residente no programa de Medicina de Família e Comunidade – Hospital Duque de**  
466 **Caxias:** Dr. Daniel Pereira comunica que, conforme relato de um médico residente, o pagamento de  
467 bolsas não vem sendo feito por cerca de três meses, ao longo do período de um ano e meio. Assim,  
468 Dr. Daniel Pereira propõe solicitar à prefeitura de Duque de Caxias os pagamentos dos médicos resi-  
469 dentes para este período e, se não houver pagamento algum, descredenciar de imediato. Dra. Ana  
470 Haddad esclarece que o hospital solicitou o programa de Residência Médica de Medicina de Família  
471 e Comunidade e recebeu parecer favorável. Diferentemente do MEC, o MS tem sérias dificuldades  
472 para repassar valores que são empenhados, pois dependem do Fundo Nacional de Saúde para libera-  
473 ção. Ressalta que durante o período eleitoral o repasse foi interrompido. No entanto, informa que até  
474 o dia dez de março do corrente ano o município deverá receber os recursos financeiros. Dr. Daniel  
475 Pereira reitera que os médicos residentes ficam sem condições de sustentar o curso, além de ficarem  
476 sem atividades da Residência Médica. Então, a formação deles vem sendo prejudicada. Ressalta que  
477 Residência Médica é formação em serviço e não mão de obra. Dr. André Longo e Dra. Maria do Pa-  
478 trocínio afirmam que é preciso parecer da CEREM-RJ. O plenário decide, então, que deverá ser feito  
479 contato com o Dr. José Carlos a fim de obter solução para o impasse. Após o contato, Dr. José Carlos

480 informa que será feita visita verificadora a fim de apurar os fatos. **I) Médico residente brasileiro**  
481 **formado em faculdade no exterior, matriculado e cursando o programa de Patologia da UFMA**  
482 **sem ter o diploma revalidado no Brasil:** O médico residente André Luiz Oliveira de Carvalho, bra-  
483 sileiro formado na Universidad Cristina da Bolívia, o qual possui diploma ainda não revalidado no  
484 Brasil, encontra-se matriculado e cursando o programa de Residência Médica em Patologia do Hospi-  
485 tal Universitário, unidade Presidente Dutra, da UFMA. O presidente da CEREM-MA, Dr. Humberto  
486 Serra, mostrou declaração do CRM-MA em que é fornecido o registro do referido médico no CRM  
487 (nº 4.928). O plenário entende que o presidente do CRM-MA interpretou portaria sobre médicos for-  
488 mados no exterior de forma imprópria e concedeu CRM provisório ao médico em questão. Após isso,  
489 o presidente da COREME solicitou o certificado do médico. Ao analisar o caso, o plenário conside-  
490 rou que, extinto o prazo para apresentação do diploma devidamente registrado no país e não o tendo  
491 feito o candidato, a matrícula deverá ser cancelada por divergência de apresentação de documento,  
492 conforme edital do concurso e as normas específicas vigentes no país. Decisão por unanimidade. **J)**  
493 **Hospital Geral de Goiânia – Cardiologia:** o plenário decidiu que o programa deverá ser colocado  
494 em exigência por sessenta dias. Decisão por unanimidade. **Item 13: Homologação de pareceres.** Os  
495 pareceres das Comissões de Verificação foram lidos, discutidos e avaliados pelos membros, sem mai-  
496 ores destaques. **Item 14: Outros assuntos: A) Hospital Getúlio Vargas – UFPI e B) Hospital San-**  
497 **ta Maria.** Retirados de pauta. **C) Hospital das Forças Armadas – Ortopedia e Traumatologia.**  
498 Após análise do problema, o plenário, por unanimidade, decidiu baixar o programa em diligência por  
499 noventa dias. **D) Oculistas Associados da Paraíba:** Retirado de pauta. **E) Remoção, por médico re-**  
500 **sidente, de pacientes em ambulância – DF:** Após análise do caso, o plenário decidiu, por unanimi-  
501 dade, que a CNRM envie ofício ao CFM solicitando que o Parecer nº 26/05 do CRM-DF seja revisto.  
502 Sem outras discussões, a reunião foi encerrada.

503 Brasília, 07 de março de 2007.

**504 Membros:**

505 Prof. Manuel Palácios (Presidente) \_\_\_\_\_

506 Prof. Antonio Carlos Lopes (Presidente Substituto) \_\_\_\_\_

507 Dra. Ana Estela Haddad (MS) \_\_\_\_\_

508 Dr. Daniel de L. Silva Pereira (ANMR) \_\_\_\_\_

509 Dr. Rafael Dias Marques (suplente – CFM) \_\_\_\_\_

510 Dr. André Longo Araújo de Melo (FENAM) \_\_\_\_\_

511 Dr. José Lúcio Martins Machado (MEC) \_\_\_\_\_

512 Dr. Maria do Patrocínio Tenório Nunes (ABEM) \_\_\_\_\_

**513 Comissão Estadual e Convidados:**

514 Dra. Valdecira Lilio de Lucena (Região Nordeste III) \_\_\_\_\_

515 Dr. Renato C. Viscardi (CDRM-DF) \_\_\_\_\_

516 Dr. Salustiano Gomes de Pinho Pessoa (CEREM-CE) \_\_\_\_\_

517 Dr. Ione Maria Soares Ribeiro Lopes (CEREM-PI) \_\_\_\_\_

518 Dr. Ana Cristina Ribeiro Zöllner (CEREM-SP) \_\_\_\_\_

519 Dr. Juarez Antônio de Sousa (CEREM-GO) \_\_\_\_\_

520 Dr. Cervantes Caparossi (CEREM-MT) \_\_\_\_\_

521 Dr. José Ivan Albuquerque Aguiar (CEREM-MS) \_\_\_\_\_

522 Dra. Rita Catarina Medeiros Sousa (CEREM-PA) \_\_\_\_\_

- 523 Dr. Robson Freitas de Moura (CEREM-BA) \_\_\_\_\_
- 524 Dra. Gracília Barros (CEREM-PE) \_\_\_\_\_
- 525 Dra. Rachel Duarte Moritz (CEREM-SC) \_\_\_\_\_
- 526 Dr. Humberto de Oliveira Serra (CEREM-MA) \_\_\_\_\_
- 527 Dr. Gilmar Amorim de Souza (CEREM-RN) \_\_\_\_\_
- 528 Dra. Ana Cristina Ribeiro Zöllner (CEREM-SP) \_\_\_\_\_
- 529 Dr. Geraldo Pereira Jotz (CEREM-RS) \_\_\_\_\_
- 530 Dr. José Luiz Bonamigo Filho (Câmara Técnica) \_\_\_\_\_
- 531 Dra. Lorimilda Diniz Gualberto (MS) \_\_\_\_\_
- 532 Dr. Francisco Mogadouro da Cunha (AMERESP) \_\_\_\_\_
- 533 Dr. Fernando Starosta de Waldemar \_\_\_\_\_
- 534 Dr. Francisco Eduardo de Campos (SGTES-MS) \_\_\_\_\_