





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

37 seguida, o Secretário da SESu passou a palavra para o Secretário Executivo da CNRM,  
38 Francisco Arsego, que iniciou a fala se apresentado. Ele falou que era Médico de Família e  
39 Comunidade e trabalhava na linha de frente da unidade básica do Hospital das Clínicas de  
40 Porto Alegre. Destacou a contribuição dos secretários executivos anteriores e falou que o  
41 país estava passando por um contexto histórico diferente com uma revolução na área da  
42 saúde e, essa foi a motivação para participar da CNRM. Disse ainda era necessário fazer a  
43 integração das diretrizes curriculares dos cursos de graduação com o Sistema Único de  
44 Saúde e a integração da própria residência com todo esse processo. O secretário executivo  
45 finalizou agradecendo a acolhida de todos. Em seguida, o Secretário da SESu despediu-se e a  
46 Coordenada Sonia Regina Pereira iniciou os trabalhos da CNRM informando que sobre a  
47 inversão de pauta e fez leitura dos informes. **Informe 1** - A CEREM-RJ encaminha Ata da  
48 Eleição para o biênio 2013-2015: Presidente Dra. Susana Maciel Willaume, Vice-presidente  
49 Dr. José Carlos de Souza Lima, Secretária Dra. Ana Lúcia Teixeira Pinto e Tesoureiro Dr.  
50 Ronaldo Contreiras de Oliveira Vinagre. **Informe 2** – Representante dos alunos do sexto ano  
51 da Faculdade de Medicina da USP encaminha sugestão de utilização da data do Enade 2014  
52 para realização de processos seletivos de residência médica. O mesmo assunto foi  
53 encaminhado pelo coordenador de Coreme da USP. Dr. Adnam declarou que não via  
54 problema em atender ao pedido, já que a curso de medicina não iria participar do ENADE.  
55 Dra. Susana Wuillaume lembrou que uma resolução da CNRM já tratava do assunto e  
56 lembrou que toda vez que uma exceção é aberta, um grande número de casos similares  
57 ocorre em seguida. Dr. Adnam lembrou que nesse período existia um acúmulo de processos  
58 seletivos e não se tratava apenas de abrir uma exceção. Após a discussão, a Coordenadora  
59 Sonia colocou o assunto em votação. Encaminhamento: O Plenário da CNRM decidiu que no  
60 ano de 2014 seria possível utilizar a data do ENADE para realização dos processos seletivos  
61 de residência médica e a Coordenadora Sonia informou que faria um informe sobre o  
62 assunto. Após os informes, a avaliação dos processos aptos para análise da Câmara Técnica  
63 foi iniciada. Durante a análise do processo 23000.005613/2014-42 - pedido de retorno da  
64 Neurofisiologia Clínica à condição de especialidade médica – o Dr. Adnam disse que o pedido  
65 não estava adequado, porque neurofisiologia é um procedimento, uma metodologia e como  
66 tal deveria ser uma área de atuação, devendo a CNRM manter esse posicionamento. Dr.  
67 Henrique Leal informou que, durante a reunião da Comissão Mista, foi recomendado o  
68 encaminhamento do pedido para a CNRM e que uma discussão mais ampla fosse realizada  
69 para que a Comissão Mista tivesse subsídios para tomar uma decisão. Dra. Ana Zollner  
70 informou que o procedimento na Comissão Mista era o seguinte: 1. o pleito é apresentado  
71 para a Comissão Mista; 2. o material é remetido para cada um dos membros que deve fazer  
72 um estudo; 3. o resultado é encaminhado para a Comissão Mista. Durante a discussão,  
73 lembraram o exemplo da endoscopia digestiva, que já era ano opcional de gastroenterologia  
74 e foi elevada à condição de especialidade com o nome de endoscopia e, desde que foi criada

*[Handwritten signatures and notes at the bottom of the page]*



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

75 não existe procura por esta especialidade/ PRM, sendo que todos os médicos residentes  
76 preferem o ano opcional de gastroenterologia. Após a discussão, o Plenário decidiu pela  
77 formação de um grupo de trabalho sob a coordenação do Dr. Adnam para analisar o pedido.  
78 Durante a análise do processo 23000.005602/2014-62 - Decisão Judicial de Agravo de  
79 Instrumento nº 0019219-43.2014.014.4.1000/PA impetrado por médica residente – foi  
80 levantado a discussão sobre o número de mandado judicial. A Coordenadora Sônia Regina  
81 sugeriu que a resolução que trata do processo seletivo e edital fosse revisada pela plenária,  
82 para que o número de mandado judicial fosse reduzido. A coordenadora ressaltou que os  
83 juízes não têm o entendimento sobre o que seja residência médica, especialmente, sobre os  
84 processos seletivos de residência e, as decisões jurídicas ferem todos os marcos regulatórios  
85 da CNRM. A coordenadora reforçou a necessidade de explicitar determinados pontos nas  
86 resoluções, especificamente no que se refere à formulação dos editais. Dr. Henrique Leal  
87 sugeriu centralizar as ações judiciais em algum órgão. A coordenadora lembrou que,  
88 segundo resolução da CNRM, os editais são de responsabilidade da Instituição. Dr. Henrique  
89 Leal disse que com o processo de expansão de vagas em instituições de pequeno porte que  
90 não possuem apoio jurídico, a CNRM receberá um maior número de ações judiciais e por  
91 isso ele destacou a importância do suporte jurídico. A coordenadora lembrou o  
92 acompanhamento dos editais pelas CEREMs e Dra. Susana Wuillaume sugeriu a revisão da  
93 resolução, mas disse que a responsabilidade das Instituições sobre os editais deve continuar,  
94 porque as CEREMs não têm essa atribuição, não possui apoio jurídico e não tem como rever  
95 todos editais. Dra. Maria Alessio disse que fez uma análise e um aumento significativo de  
96 processo judicial não foi observado. Dra. Susana Wuillaume destacou que esse aumento é  
97 observado por um período maior de tempo e não apenas de um ano para outro. Dra. Maria  
98 disse que analisou os dados dos anos 2011, 2012, 2013 e falou que esse aumento não se  
99 devia ao PROVAB. A Coordenadora disse que essas decisões estão relacionadas aos editais e  
100 outras situações e não ao PROVAB. Dra. Maria disse que as instituições precisam de maior  
101 apoio jurídico e um modelo básico de edital deveria ser proposto. Dr. Adherbal Casé falou  
102 sobre a necessidade de revisão da resolução e lembrou que o assunto já foi citado em  
103 reuniões anteriores da Câmara Técnica e Plenário. Ele reforçou que ocorreu um aumento no  
104 número de processos judiciais relacionado aos editais. Afirmou ainda que era necessário, no  
105 mínimo, fazer uma nota técnica tratando do assunto. Após a discussão, o encaminhamento  
106 foi a releitura da resolução a ser realizada pela Coordenadora Sonia e pelo Secretário  
107 Francisco Arsego, destacando os pontos frágeis e encaminhar para análise e discussão do  
108 Plenário da CNRM. Durante a análise do processo 23000.003632/2014-34 - supervisão dos  
109 PRMs em diligência - foi levantada a discussão sobre as oficinas de treinamento de  
110 avaliadores. A coordenadora disse que alguns relatórios apresentam muitas fragilidades o  
111 que tem gerado dificuldades na elaboração dos pareceres. Ressaltou que o banco de  
112 avaliadores estava aberto, cerca de 160 inscrições de novos profissionais de medicina foi



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

113 registrada e reforçou a necessidade do retorno das oficinas de treinamento de avaliadores. A  
114 análise do processo 23000.003397/2014-09 - visita ao Programa de Residência Médica em  
115 Ortopedia e Traumatologia – levantou a discussão sobre "denúncia anônima". Dr. Adnam  
116 lembrou que é necessário definir os critérios relacionados à apuração das denúncias. Ele  
117 opinou sobre o assunto e disse que denúncias anônimas não deveriam ser investigadas e,  
118 justificou dizendo que esse tipo de denúncia coloca a instituição em alto risco, exige vistoria  
119 *in loco* e não se comprova efetividade da denúncia. Destaca que existiam duas  
120 possibilidades: apurar-se tudo que chega ou somente as denúncias com identificação do  
121 denunciante com sigilo preservado. Dr. Adherbal opinou que toda denúncia deveria ser  
122 investigada garantindo o sigilo do denunciante. Dra. Susana lembrou que a orientação para a  
123 CNRM e CEREMs era que as denúncias deveriam conter o nome do denunciante. Afirmou  
124 ainda que entendia que o Ministério Público aceitava qualquer denúncia e que deveria ser  
125 discutido a linha que a CNRM adotaria. Dra. Maria Alessio disse que o anonimato deveria ser  
126 preservado. Dr. Adnam afirmou que o que deve ser preservado é o sigilo e que o problema  
127 do anonimato era a impossibilidade de resposta ao denunciante. Reforçou que a discussão  
128 naquele momento era que a denúncia poderia ser feita com sigilo preservado e, chamou a  
129 atenção para o prazo (10 dias) de averiguação da denúncia dado pela CGRS que as vezes é  
130 insuficiente. Dra. Tatiana Magalhães concordou com as opiniões dos presentes e lembrou  
131 que é importante seguir alguns pressupostos processuais, pois, é necessário racionalizar a  
132 utilização de recursos financeiros e tempo. Após a discussão, a orientação foi a manutenção  
133 do procedimento atual: averiguar somente as denúncias com identificação, preservando o  
134 sigilo do denunciante na elaboração do processo. Durante a análise do processo  
135 23000.001978/2014-06 - Denúncia contra Programa de Residência Médica em  
136 Anestesiologia - a discussão sobre cooperativas foi levantada. Dr. Adnam explicou que a  
137 Sociedade Brasileira de Anestesiologia credencia o CET de acordo com a capacidade do  
138 serviço, principalmente, em relação a título superior de anestesiologia. Os médicos que  
139 entram em programas de anestesiologia credenciados pelo MEC não são valorizados quanto  
140 os que entram pela CET da sociedade. A solução para isso ocorrerá quando estiverem  
141 executando a mesma função, tanto o reconhecido pela Sociedade quanto pelo MEC. Dr.  
142 Adnam lembrou que a Sociedade Brasileira de Anestesiologia esteve no Plenário da CNRM e  
143 se empenhou em demonstrar essa proximidade e aceitar as regras da CNRM. Concluiu  
144 dizendo que o caso das cooperativas ocorre há muito tempo e essa questão só será resolvida  
145 com uma normativa da CNRM em conjunto com a Sociedade Brasileira de Anestesiologia.  
146 Dra. Ana Zollner pediu a palavra e informou que a análise do processo pela Câmara Técnica  
147 em nenhum momento fez julgamento de valor da participação de cooperativas nos PRMs de  
148 Anestesiologia. Ressaltando que existem PRMs que funcionam muito bem com a  
149 participação das cooperativas. O Diretor Vinicius iniciou as atividades do turno da tarde com  
150 a apresentação do trabalho realizado pelo grupo de estudo em Medicina Família e



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

151 Comunidade/MGFC. Esse grupo de estudo foi constituído pela área técnica da DDES/MEC,  
152 DEPREPS/MS e Sociedade Brasileira de Medicina Família e Comunidade. O resultado dos  
153 trabalhos foi consolidado num fluxograma baseado na Lei dos Mais Médicos. O Dr Vinicius  
154 recorda que na medida provisória, o curso de medicina passaria a ter 8 anos (primeiro ciclo  
155 com 6 anos e segundo ciclo com 2 anos). Entretanto, com aprovação da Lei dos Mais  
156 Médicos, o segundo ciclo foi retirado e, destacando-se o internato da graduação com ênfase  
157 na atenção básica e a maior relação entre residência médica e a MGFC. O Diretor disse que a  
158 para evitar confusão de nomenclatura, uma portaria estabeleceu a equivalência entre os  
159 termos "medicina de família e comunidade" e "medicina geral de família e comunidade"-  
160 MGFC a partir dos trabalhos realizados entre o MEC e MS. As reformulações curriculares do  
161 PRM MGFC, as atividades da graduação na área da atenção básica, aumento da oferta de  
162 vagas nessa área e processo de formação de preceptores são assuntos que também seriam  
163 tratados naquele momento. O Diretor apresentou alguns pontos da Lei dos Mais Médicos  
164 que estão relacionados com a residência médica, tais como: autorização dos cursos de  
165 medicina, formação de médicos no Brasil, avaliação dos cursos de medicina a cada 2 anos  
166 realizada pelo INEP, avaliação anual dos residentes dos programas de residência médica,  
167 acesso diretos para PRMs estratégicos para saúde pública, PRM MGFC e porta de acesso  
168 para os demais PRMs. Explicou ainda que o PRM MGFC terá vagas tanto para um ano,  
169 quanto vagas para 2 anos. Ele também que os ajustes curriculares serão feitos em vários  
170 PRMs para que matérias cursadas no PRM MGFC sejam aproveitadas em PRMs posteriores.  
171 Em relação aos contratos organizativos, disse que a ideia era ter um comitê gestor nacional  
172 com várias entidades que elaborariam uma minuta de contrato de pactuação entre gestão  
173 da saúde e programas de residências e, um sistema de avaliação desses contratos tanto em  
174 nível local, quanto em nível nacional. Dr. Adnam perguntou qual a semelhança e diferença  
175 que Medicina Geral de Família e Comunidade tem em relação ao antigo programa (medicina  
176 de família e comunidade). O Diretor disse que a Portaria os definiu como programas  
177 equivalentes e algumas adequações serão feitas no PRM MGFC para atender a Lei dos Mais  
178 Médicos. Dr. Adnam questionou como e onde se faz Educação Popular de Saúde, tema  
179 citado na Lei dos Mais Médicos. O Diretor respondeu que dentro de Medicina Geral de  
180 Família Comunidade é trabalhado a abordagem comunitária. Dr. Adnam disse que isso  
181 estava na resolução. O Diretor lembrou que adequações curriculares serão necessárias para  
182 MGFC e em demais áreas. Em seguida, foi apresentado um fluxograma de acesso aos PRMs  
183 baseado na Lei dos Mais Médicos. Dr. Sergio Botti perguntou se os residentes que passassem  
184 no processo seletivo de clínica médica faria o primeiro ano em MGFC ou seria necessário  
185 participar de dois processos seletivos. O Diretor disse que continua como é hoje, um  
186 processo seletivo para acessar cada PRM. Mas, explicou que no caso das áreas básicas  
187 constante da lei, como clínica médica, o médico residente antes de iniciar o conteúdo  
188 específico do PRM escolhido, o residente fará estágio de um ano MGFC. O diretor abriu para



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

189 discussão e as seguintes perguntas foram feitas: Um dos presentes perguntou qual seria o  
190 foco do estágio de um ano MGFC, no caso de residentes oriundos de região diferente do  
191 local do seu PRM? O diretor respondeu que seria do local do PRM. Dra. Tatiana perguntou se  
192 existe uma programação do número de vagas para receber os residentes? O Diretor disse  
193 que uma simulação foi feita baseada em 16.000 egressos dos cursos de graduação para  
194 2018, sendo necessária a criação de 2000 vagas por ano em MGFC para atingir essa meta.  
195 Dr. Paulo Vêncio solicitou que seja repensado o início da Clínica Médica com MGFC como  
196 pré-requisitos obrigatórios para especialidade clínicas, pois hoje não existe equivalência  
197 dentro dos programas para que isso aconteça. O Diretor afirmou que a Lei estabelece que é  
198 necessário passar em algum momento por MGFC. Dr. Paulo destaca que não existe  
199 equivalência pedagógica e seriam necessários ajustes e, casos esses ajustes sejam feitos, as  
200 pessoas fariam 2 anos de MGFC e seguiriam direto para seus PRMs, desestimulando ainda  
201 mais a Clínica Médica. Exemplificou que para ser um bom Cardiologista é necessário passar  
202 pela Clínica Médica. O Diretor disse que esse é um debate que se faz necessário para  
203 esclarecer o que é MGFC. Dra. Ana Zollner lembrou que existe um projeto da pediatria com  
204 3 anos e que o primeiro ano é totalmente voltado para Atenção Básica. Solicitou que esse  
205 projeto fosse bem discutido e, o Diretor disse que será necessário um dialogo para verificar  
206 esse ano na Atenção Básica. Dr. Adnam afirmou que, segundo a lei, o número de vagas da  
207 residência seria igual ao número de vagas dos egressos dos cursos de medicina e na  
208 proposta, 3000 vagas para Clínica Médica é citado. O diretor explicou que o número na  
209 proposta era só uma simulação para testar a ideia e era para ignorar esse número. Dr.  
210 Henrique Leal perguntou se as atividades de estágio poderiam ser relacionadas MGFC e ser  
211 feito no segundo ou terceiro ano. Ele lembrou que o residente sempre escolhe o local de  
212 residência baseado no PRM foco, mesmo que tenha que fazer um pré-requisito. O Diretor  
213 respondeu que o estágio é em MGFC e a lei caracteriza esse ponto. Dr. Evandro perguntou  
214 para o Diretor o que era MGFC e, este respondeu que MGFC é a mesma coisa de Medicina  
215 de Família e Comunidade. Foi questionado sobre o que levará o médico à escolher a  
216 Atenção Básica. O Diretor respondeu que os pré-requisitos, proporção de vagas e que uma  
217 série de incentivos estão em fase de elaboração e será apresentado no relatório final do  
218 grupo de estudo. Dr. Jorge Harada (CONASEMS) falou que passar pela Atenção Básica trará  
219 uma melhor formação aos médicos e para aqueles que seguirão para suas especialidades.  
220 Lembrou que serão necessários ajustes, porque o projeto ainda está no início, e que a  
221 discussão não se trata da Clínica Médica contra Medicina Geral de Família e Comunidade,  
222 porque essas são áreas complementares. Finalizou dizendo que o trabalho dos médicos tem  
223 que atender as necessidades da população. Dr. Adherbal sugeriu que primeiro é necessário  
224 avaliar a capacidade instalada para atender a lei e, segundo, sugerir uma adesão espontânea  
225 na participação de um projeto piloto. Disse também que, muitas vezes, no atendimento de  
226 uma política de estado, pode-se criar uma grande dissidência e o vínculo entre as



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

227 Instituições que compõem a comissão e a própria residência médica é quebrado. Afirma que  
228 existe o risco de se “dar um tiro no próprio pé” e, lembrou que o mercado aberto, a  
229 necessidade populacional e a necessidade do gestor de atender a população são aspectos  
230 que devem ser considerados. O Diretor salientou que é necessário saber a capacidade  
231 instalada, capacidade programada e a capacidade dos PRM em MGFC. Dra. Susana lembrou  
232 que o CFM, AMB e CNRM elaboraram uma resolução conjunta relacionada aos PRMs. O  
233 Diretor respondeu que a Comissão Mista de Especialidade é legitimada pela presença da  
234 CNRM, afirma que o MEC é responsável por definir questões que envolvem o *lato sensu* no  
235 país e, que algumas adequações em relação à Comissão Mista serão necessárias e o MEC  
236 estará aberto para diálogo. Dr. Adnam disse que atualmente existem aproximadamente  
237 17.000 egressos dos cursos de graduação de medicina e pelo projeto do MEC e MS mais  
238 11.500 vagas serão criadas, totalizando 28.500 vagas em 2018. Ressaltou que, em um  
239 planejamento anterior, seriam 22.000 vagas em 2020 e, de que não há tempo hábil para  
240 atingir esse número de vagas na residência e nem de preceptores para toda a massa que  
241 estará em formação. Afirma ainda que será necessário convencer os jovens que 30% das  
242 7.200h do curso médico deverá ser em Atenção Básica e que ainda existirá dificuldade para  
243 convencer os jovens a fazer uma residência que poderá vir a somar mais cinco ou seis anos  
244 para formação. Dr. Adnam ressaltou que é necessário tomar muito cuidado, saber onde  
245 estará o aparelho formador e como encantar aquele que será formado. O Diretor disse que  
246 não está discutindo somente números e sim, mudança de paradigma na residência médica e  
247 será necessário muito esforço. Dr. Igor, coordenador de Medicina de Família, disse que o  
248 programa que coordena tem muita interface com as especialidades médicas e, que a MGFC  
249 tem um trabalho ambulatorial, a diferença é que o espaço físico da prática está na  
250 comunidade. O Diretor disse que a ideia é chegar a um sistema de saúde baseado na  
251 atenção primária e citou um estudo da Inglaterra, no qual mostra que 80% dos casos são  
252 resolvidos com atenção primária. Dr. Rodrigo, médico de família e comunidade, perguntou  
253 sobre a formação de preceptores. Dra. Tatiana perguntou qual será o foco do primeiro ano  
254 MGFC. Lembrou que o Brasil possui um sistema híbrido de saúde - SUS e Saúde Suplementar  
255 - e disse que não adiantará todo esse trabalho se, no final da formação, o médico escolher a  
256 Saúde Suplementar. Afirma ainda, que a estrutura tem que ser modificada para que isso não  
257 ocorra. O Diretor respondeu que não é um estágio de atenção básica relacionada aos  
258 assuntos do PRM de uma determinada área e, sim, um estágio de um ano em MGFC.  
259 Ressalta que é importante destacar que o sistema de saúde é único e a saúde suplementar é  
260 um subsistema deste sistema único, que é regulado pelo Estado. Ele disse que é necessário  
261 refletir onde o dinheiro público está sendo alocado, porque bolsas do estado financiam os  
262 PRMs que são desenvolvidos no país. Cristina sugeriu apresentação no Plenário da CNRM  
263 sobre Atenção Básica, "Consultório na Rua", "Melhor em Casa". E, também a realização de  
264 um seminário sobre a residência médica em países que optaram por este modelo de



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

265 atenção a saúde, como Canadá, Cuba, Portugal. Afirma também que a Comissão Mista não  
266 se sobrepõe a Lei Federal. Dr. Adherbal refere que lamentava ter trabalhado tantos anos  
267 com a Comissão Mista de Especialidade e ouvir do Diretor, que a Comissão Mista é um  
268 arremedo – palavras do Diretor. Continua, afirmando que se o Ministro atual tiver interesse  
269 em legitimar a Comissão Mista que o faça e, que não quer passar novamente pela “Lei da  
270 Fábula”. Ele afirma que uma coisa é pensar bem e outra é fazer, sendo necessário pensar  
271 como pode ser feito e, que não consegue ter a visão real da iniciativa e se pergunta o que  
272 busca essa iniciativa. Continua salientando que consegue ter um arremedo de visão e que a  
273 única visão que consegue perceber é: atender as necessidades do sistema e do modelo de  
274 atenção preconizada pela constituição para o país. Destacou que, com açodamento e  
275 pretensão não vamos conseguir mudar o modelo, somente com trabalho essa mudança  
276 ocorrerá. É muito mais fácil pensar do que fazer, e é o fazer que é desafiador. Novamente  
277 sugeriu a aplicação de um modelo piloto para aprender, tirar os pontos positivos e afastar o  
278 que não for positivo. Sugeriu verificar o número de inscrito em Clínica Médica, Ginecologia e  
279 Obstetrícia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Anestesiologia, trabalhar com esses 4  
280 PRMs para verificar se existe capacidade instalada para atender ao que se preconiza e,  
281 colocar na prática os números. Falou que todos os presentes sabem que os PRMs mais  
282 demandados são os PRMs pré-requisitos (ex.: Clínica Médica, Cirurgia Geral...) e os demais  
283 PRMs mais requisitados pelo mercado. Dr. Adherbal sugeriu fazer um trabalho baseado  
284 nestas condições, pois acredita que somente fazendo um trabalho contínuo e paulatino  
285 ocorrerá uma evolução e isso não ocorrerá por meio de resolução, decreto ou lei. A médica  
286 residente Naiara perguntou como se daria a continuidade da discussão e sugeriu que a  
287 Sociedade Brasileira de Clínica Médica fosse convidada para as próximas reuniões pelo fato  
288 da Clínica Médica ser influenciada pelo pré-requisito de MGFC. Ela também solicitou a  
289 inclusão da AMRN na Câmara Técnica Temática. Dr. Felipe Proenço respondeu a pergunta do  
290 Dr. Rodrigo dizendo que o MS já estava realizando uma série de cursos de preceptores e o  
291 Ministério está disposto a ampliar esses cursos de formação. Disse ainda que a sugestão de  
292 um seminário sobre como ocorre a residência em outros países era bem interessante, citou  
293 a experiência do Canadá que possui um sistema universal de saúde, sendo que a residência  
294 é obrigatória, 50% das vagas de residência são para medicina de família e, que o governo  
295 canadense está ampliando o percentual de formação de médicos de família. Lembrou que  
296 75% da população brasileira são atendidas pelo SUS e os demais têm outras formas de  
297 seguridade e a maior carga horária de trabalho do médico ocorre no SUS. Dr. Paulo Vêncio  
298 disse que é necessário saber qual o motivo que leva o médico especialista a ficar fora do  
299 SUS, considerando a evolução da formação médica. Afirma que ver apenas a necessidade da  
300 saúde e da população sem falar da necessidade de ensino pode levar a erro. Ressaltou que é  
301 necessário convidar as Entidades Médicas para participar dessa construção, e finalizou  
302 dizendo que é necessário criar a identidade da MGFC e também das demais especialidades



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

303 no contexto da política pública. O Diretor respondeu ao questionamento da médica  
304 residente Naiara e disse que MGFC como pré-requisito é lei. Disse também que está aberto  
305 para diálogo com as Sociedades de Especialidades e a ideia das Câmaras Técnicas Temáticas  
306 é justamente fomentar os debates. Com relação ao questionamento sobre especialista fora  
307 do SUS, o Diretor salienta que estudos da década de 90 mostram que a expectativa que se  
308 tinha do SUS era uma proletarização completa da força de trabalho dos médicos, o número  
309 de médicos no país aumentaria e esses médicos seriam incorporados pelo sistema público.  
310 Em relação à identidade de Medicina de Família, disse que o novo Secretário tem o  
311 conhecimento das re-conformações desta área. Após toda discussão, o Diretor sugeriu  
312 quatro assuntos para as próximas reuniões: o conteúdo programático de MGFC, finalização  
313 do fluxograma fazendo a simulação dos números de vagas, os pré-requisitos dos PRMs, e  
314 discussão sobre o Seminário Internacional. Após a apresentação do grupo de trabalho, a  
315 análise dos processos avaliados pela Câmara Técnica foi retomada e por voltas das 18 h foi  
316 encerrado o primeiro dia da 5ª sessão ordinária da CNRM. No segundo dia, estavam  
317 presentes: Vinicius Ximenes Muricy da Rocha (DDES/SESU/MEC), Francisco Jorge Arsego  
318 Quadros de Oliveira (Secretário Executiva da CNRM), Sônia Regina Pereira  
319 (CGRS/DDES/SESU/MEC), Jorge Harada (CONASEMS), Felipe Proença de Oliveira  
320 (DEPREPS/SGTES/MS), Naiara (AMNR – Suplente), Ana Cristina Ribeiro Zollner (Câmara  
321 Técnica), Ana Lúcia Teixeira Pinto (Câmara Técnica), Evandro Guimarães Sousa (Câmara  
322 Técnica), Sergio Henrique de Oliveira Botti (Câmara Técnica), Silvia de Melo Cunha (Câmara  
323 Técnica), Renato Antunes dos Santos (Câmara Técnica), Laercio Robles (Câmara Técnica),  
324 Adnan Naser (CEREM-SP), Fábio Ruiz de Moraes (CEREM-TO), José Henrique Leal Araújo  
325 (CEREM-DF), Luiz Carlos de Lima Ferreira (CEREM-AM), Maria da Penha Zago (CEREM-ES),  
326 Rita Catarina Medeiros Sousa (CEREM-PA), Susana Maciel Wuillaume (CEREM-RJ), Tânia  
327 Resener (CEREM-RS), Tatiana Magalhães Aguiar (CEREM-BA), Técnicos da CNRM e  
328 convidados. Ao iniciar a sessão, o Diretor Vinicius Ximenes passou para discussão da minuta  
329 de resolução da Câmara Técnica Temática (a qual se transcreve a seguir) e leu os seguintes  
330 artigos:

331 *“Art. 1º Ficam instituídos as Câmaras Técnicas Temáticas e o Comitê de Sistematização, como*  
332 *forma de reorganização da atual Câmara Técnica, formando instâncias de assessoramento*  
333 *permanente da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM”.*

334 *Art. 2º As Câmaras Técnicas Temáticas, instâncias de assessoramento permanente da*  
335 *Comissão Nacional de Residência Médica, tem a finalidade de examinar matérias e questões de*  
336 *natureza específica, referentes à autorização e reconhecimento dos Programas de Residência Médica,*  
337 *em consonância com as linhas de cuidado em saúde, inseridas nas redes de atenção do Sistema*  
338 *Único de Saúde – SUS, dentre outras atribuições estabelecidas nesta Portaria.*

339 *Art. 3º Competirá ao Comitê de Sistematização a consolidação dos atos e pareceres advindos*  
340 *das Câmaras Técnicas Temáticas, que deverão ser sistematizados durante Reunião Pré-Plenária da*



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

341 *Comissão Nacional de Residência Médica.*

342 *Art. 4º O Comitê de Sistematização será composto pelos seguintes membros:*

343 *a)01 (um) representante do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de*  
344 *Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da*  
345 *Saúde – DEPREPS/SGTES/MS;*

346 *b)01 (um) representante da área técnica da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em*  
347 *Saúde da Secretaria de Educação Superior – SESu, no Ministério da Educação;*

348 *c)01 (um) representante da Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica;*

349 *d)02 (dois) representantes das entidades médicas que compõem o Plenário da CNRM;*

350 *e)02 (dois) representante das CEREMs;*

351 *f)01 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde –*  
352 *CONASEM;*

353 *g)01 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS.*

354 *PARÁGRAFO ÚNICO – serão convocadas pela Secretaria Executiva da CNRM plenárias*  
355 *nacionais reunindo um representante de cada uma das CEREMs em funcionamento nas 27*  
356 *unidades da federação do país, em caráter ordinário com periodicidade quadrimestral, onde*  
357 *será avaliada a execução das políticas voltadas à Residência Médica no país, realizado o*  
358 *planejamento da atuação das CEREMs nos processos de regulação destas políticas, e*  
359 *encaminhada a representação dessas comissões para composição do Comitê de*  
360 *Sistematização da CNRM.”.*

361 Durante a apresentação do artigo que trata do Comitê de Sistematização, Dr. Adnam explicou  
362 que a pré-plenária foi uma forma de desafogar o grande número de processos que seria  
363 encaminhado à Plenária. A ideia não era instituir como definitivo e que na proposta em  
364 discussão o Comitê de Sistematização já seria uma Plenária e a forma da redação não estava  
365 adequada. Dra. Tatiana Magalhães falou que a residência médica tem uma história e  
366 conhecimentos que poucas pessoas dominam e não basta ter o conhecimento específico de  
367 uma determinada área, existem conhecimentos que foram construídos ao longo do tempo  
368 que podem ser perdidos, a própria essência da residência pode se perder com essa divisão.  
369 Um membro presente falou que o Comitê de Sistematização é justamente compostos por  
370 membros que não estão participando das Plenárias. As pessoas que estão na Plenária e na  
371 Câmara Técnica são as CEREMs, pessoas que conhecem a residência médica. Afirma que a  
372 mensagem passada pelo Comitê descrito no artigo é que ele não funcionará. Dra. Maria  
373 Alessio disse que o Comitê de Sistematização é composto por 4 técnicos e não cabe dizer  
374 que essas pessoas não são capacitadas para fazer a discussão. O Diretor respondeu que será



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

375 impossível executar as demandas futuras com o fluxo de trabalho que é realizado  
376 atualmente. E voltou para a leitura dos artigos da minuta.

377 *"Art. 5º As Câmaras Técnicas Temáticas terão funcionamento conforme os artigos 6º 12º do Decreto*  
378 *Presidencial 7.562/2011, e serão estruturadas e organizadas segundo as áreas de atuação, a saber:*

379 *I - Câmara Técnica Temática da área de Atenção Básica;*

380 *II - Câmara Técnica Temática da área de Saúde do Adulto e do Idoso;*

381 *III - Câmara Técnica Temática da área de Saúde da Mulher;*

382 *IV - Câmara Técnica Temática da área de Saúde da Criança e do Adolescente;*

383 *V - Câmara Técnica Temática da área de Saúde Mental; e*

384 *VI – Câmara Técnica Temática da área de Saúde Pública e Saúde Coletiva.*

385 *§ 1º Nas Câmaras Técnicas Temáticas enquadram-se para abordagem as especialidades e*  
386 *áreas de atuação técnico-sanitárias, clínicas ou cirúrgicas voltadas para seus devidos ciclos*  
387 *de vida, núcleo temático ou campo de conhecimento correlato."*

388 O Diretor explicou que era importante evitar uma separação entre área clínica e cirúrgica.  
389 Disse que a Câmara Técnica temática também terá a função de discutir os marcos e não  
390 somente fluxo de trabalho. O Diretor apresentou as especialidades das Câmaras Técnicas  
391 Temáticas e esclareceu que a Câmara Técnica VI é formada por áreas que tem importância  
392 para Saúde Pública e que não se enquadravam nas demais. O Diretor passou para a leitura  
393 do artigo abaixo:

394 *"Art. 7º As Câmaras Técnicas Temáticas poderão ter em sua composição representantes advindos dos*  
395 *seguintes segmentos da sociedade:*

396 *a) Representantes da Comunidade Científica Médica, como as afiliadas a Associação Médica*  
397 *Brasileira (AMB);*

398 *b) Representantes de setores organizados de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS;*

399 *c) Representantes de instituições que ofertam programas de residência médica;*

400 *d) Autoridades acadêmicas, de serviços de saúde ou de programas de residência médica com*  
401 *expertise/propriedade sobre determinado núcleo temático;*

402 *e) Representantes da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS – no Ministério da Saúde,*  
403 *responsável pela elaboração de protocolos clínicos para o SUS;*

404 *f) Representantes de entidades científicas médicas da área de Saúde da Família, como a*  
405 *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade;*

406 *g) Representantes das Comissões Estaduais de Residência Médica – CEREM;*



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

407 *h) Representantes das equipes técnicas da SGTES/MS e da SESu/MEC;*

408 *i) Representantes de associações de médicos residentes, como a Associação Nacional de*  
409 *Médicos residentes."*

410 O Diretor disse que todos os presentes se enquadravam nos critérios e que deixava uma  
411 margem para convocação de outros atores. Dr. Fábio Moraes salienta que na Câmara Técnica  
412 de Saúde da Mulher estava faltando Medicina Fetal e Sexologia. O Diretor confirma que será  
413 possível fazer ajustes. Dra. Ana Zollner falou sobre o Comitê de Sistematização, reforçou que  
414 as pessoas que participam do processo de gestão, como os coordenadores de COREMES,  
415 eram justamente as pessoas que participam dos dois dias de atividades, tanto da Câmara  
416 Técnica quanto da Plenária. Em relação à Câmara Técnica Temática, falou que se a  
417 distribuição das especialidades respeitar a formação da especialização, a consolidação das  
418 CTs ocorrerá de modo mais apropriado. O Diretor passou para a leitura dos parágrafos  
419 abaixo:

420 *"§ 3º Deverá ser garantida a participação de 01 (um) representante do Conselho Nacional de*  
421 *Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS – na Câmara Técnica Temática de Atenção Básica.*

422 *§ 4º Caberá ao Secretário Executivo da CNRM definir, para cada Câmara Técnica Temática, quais*  
423 *segmentos constituirão seus membros natos, de acordo com as especificidades de cada núcleo*  
424 *temático.*

425 *§ 5º Os membros natos participantes das Câmaras Técnicas Temáticas deverão ser nomeados por*  
426 *Portaria do Presidente da CNRM.*

427 *§ 6º Os segmentos supracitados que não forem incluídos como membros natos de determinada*  
428 *Câmara Técnica Temática poderão participar como convidados da mesma, conforme houver*  
429 *necessidade.*

430 *§ 7º A ausência injustificada de qualquer dos membros natos da Câmara Técnica Temática em 03*  
431 *(três) convocações alternadas ou em 02 (duas) convocações consecutivas poderá implicar em nova*  
432 *indicação de um representante junto ao respectivo segmento.*

433 *Art. 8º Compete aos membros das Câmaras Técnicas Temáticas:*

434 *I – apresentar à plenária da CNRM minuta de diretrizes curriculares para os Programas de*  
435 *Residência Médica, conforme o conjunto de programas específicos que estejam sob a alçada de*  
436 *cada uma das respectivas câmaras.*

437 *II - instruir os processos referentes aos atos autorizativos de instituições e programas.*

438 *III - instruir os processos referentes à supervisão de instituições e programas, quando solicitado*  
439 *pela CNRM.*

440 *IV - apreciar processos que lhe forem distribuídos e sobre eles emitir parecer, subsidiando as*





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR  
COORDENAÇÃO-GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

474 *residência que tenham interface entre câmaras distintas."*

475 O Diretor passou para a leitura do artigo e parágrafos abaixo:

476 *"Art. 10º As Câmaras Técnicas Temáticas serão implementadas de forma gradual e progressiva,*  
477 *mediante a manutenção do modus operandi em vigor da Câmara Técnica, no formato atual.*

478 *Art. 11. Após a fase de transição, as Câmaras Técnicas deverão ser organizadas integralmente*  
479 *conforme modelo proposto nesta Resolução.*

480 *Art. 12. O modelo de transição terá duração de 1 (um) ano, podendo ser prorrogado por mais 6 (seis)*  
481 *meses.*

482 *Art. 13. A Câmara Técnica Temática de Atenção Básica e a Câmara Técnica Temática de Saúde Mental*  
483 *deverão ser implementadas imediatamente após aprovação desta resolução, conforme necessidades*  
484 *originadas pela Lei nº 12.871/2013.*

485 *Parágrafo único. As demais Câmaras Técnicas Temáticas serão instituídas progressivamente no prazo*  
486 *estabelecido, conforme limite previsto no artigo 12º.*

487 *Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação."*

488 Dr. Adnam opinou salientando que no artigo 5º não deve ter interferência do usuário,  
489 porque se trata da formação de especialista e não de segurança do paciente. Sugeriu a  
490 retirada dessa representatividade e, reforçou dizendo que se trata de uma área pedagógica e  
491 técnica. Dr. Luiz Carlos Ferreira ressaltou que as diretrizes curriculares precisam ser  
492 atualizadas e que alguns representantes das entidades não possuem a vivência da residência  
493 médica. Dr. Evandro disse que a residência médica não consegue trabalhar sem o apoio das  
494 CEREMs e, é necessário que os representantes das CEREMs façam parte das novas  
495 composições. Dr. Jorge Harada disse que é importante fazer a reestruturação dos trabalhos  
496 na residência médica para aperfeiçoar os fluxos, mas não se deve desconsiderar todo o  
497 trabalho que foi feito até aquele momento. Destacou que a minuta trata da descentralização  
498 e isso era um ponto importante. Outro papel importante era a discussão das políticas nas  
499 Câmaras Técnicas Temáticas, além das questões técnicas. Após ouvir todas as  
500 posicionamentos, o Diretor pediu que as contribuições, para o texto, fossem encaminhadas até  
501 o dia 13 de junho, disse que sistematização das contribuições com o jurídico seria feita até 4  
502 de julho, elaborando-se um texto consolidado que será encaminhado no dia 7 de julho e a  
503 aprovação ocorreria na sessão de julho. Ao final, Dr. Luiz Carlos Ferreira sugeriu uma  
504 homenagem para a ex-secretária executiva da CNRM, Maria do Patrocínio, agradecendo o  
505 trabalho realizado. E o Diretor sugeriu a sistematização da memória da CNRM. Nada mais  
506 havendo a tratar a Reunião Plenária foi encerrada as 12 h e, eu Eagles lavro a presente ata.

507



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

5ª SESSÃO ORDINÁRIA DA CNRM NO ANO DE 2014

Lista de Presença

21 e 22.05.2014

Conselheiros Titulares e Suplentes

Paulo Speller (Presidente MEC – Titular) \_\_\_\_\_

Vinicius Ximenes Muricy da Rocha (MEC – Suplente) Vinicius Ximenes →  
→ há pequenas ausências p/ convocação - serão encaminhadas por escrito.

Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira (MEC - Secretário Executivo) \_\_\_\_\_

Sonia Regina Pereira (MEC – Titular) SRP \_\_\_\_\_

Otoniel Gomes de Miranda Filho (MEC – Suplente) \_\_\_\_\_

Felipe Proença de Oliveira (MS – Titular) \_\_\_\_\_

Eliana Goldfard Cyrino (MS – Suplente) \_\_\_\_\_

Beatriz Figueiredo Dobashi (CONASS – Titular) BD \_\_\_\_\_

Lídia Maria Tonon (CONASS – Suplente) \_\_\_\_\_

Jailson Barros Correia (CONASEMS – Titular) \_\_\_\_\_

Maria Cristina Sette de Lima (CONASEMS – Suplente) Maria Cristina Sette de Lima

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima (CFM – Titular) \_\_\_\_\_

Mauro Luiz de Britto Ribeiro (CFM – Suplente) \_\_\_\_\_

José Luiz Bonamigo Filho (AMB – Titular) \_\_\_\_\_

Diogo Leite Sampaio (AMB – Suplente) \_\_\_\_\_

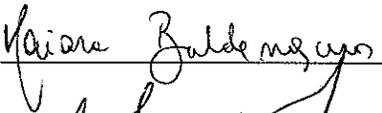
Sigisfredo Luís Brenelli (ABEM – Titular) \_\_\_\_\_

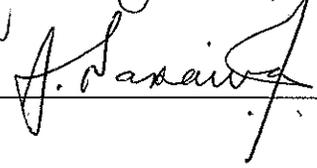
Jadete Barbosa Lampert (ABEM – Suplente) \_\_\_\_\_

Antônio José Francisco Pereira dos Santos (FENAM – Titular) \_\_\_\_\_

Ernani Galvão (FENAM – Suplente) \_\_\_\_\_

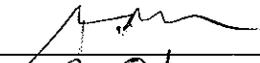
Marcelo Barbisan de Souza (ANMR – Titular) \_\_\_\_\_

Naiara Costa Balderramas (ANMR – Suplente)  \_\_\_\_\_

Jose Leite Saraiva (FBAM – Titular)  \_\_\_\_\_

José Marcio Soares Leite (FBAM – Suplente) \_\_\_\_\_

Câmara Técnica

Adherbal Casé  \_\_\_\_\_

Ana Cristina Ribeiro Zollner  \_\_\_\_\_

Ana Lucia Teixeira Pinto  \_\_\_\_\_

Clóvis Francisco Constantino \_\_\_\_\_

Denise Mashima \_\_\_\_\_

Evandro Guimarães Sousa \_\_\_\_\_

Geraldo Pereira Jotz \_\_\_\_\_

Laercio Robles \_\_\_\_\_

Marcelo Di Bonifácio \_\_\_\_\_

Marize Lima de Sousa Holanda Biazotto \_\_\_\_\_

Renato Antunes dos Santos \_\_\_\_\_

Sergio Henrique de Oliveira Botti *Sergio Botti* \_\_\_\_\_

Silvia de Melo Cunha *Silvia de Melo Cunha* \_\_\_\_\_

Comissões Estaduais de Residência Médica – CEREMs

Adnan Naser (CEREM-SP) \_\_\_\_\_

Adriano Keijiro Maeda (CEREM-PR) \_\_\_\_\_

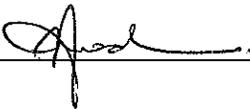
Fábio Ruiz de Moraes (CEREM-TO) \_\_\_\_\_

Gilmar Amorim de Souza (CEREM-RN) \_\_\_\_\_

José Henrique Leal Araújo (CEREM-DF) *José Henrique Leal Araújo* \_\_\_\_\_

Humberto Montoro (CEREME-AL) \_\_\_\_\_

Luiz Carlos de Lima Ferreira (CEREM-AM) \_\_\_\_\_

Magali Sanches (CEREM-MS)  \_\_\_\_\_

Márcia Hueb (CEREM-MT) \_\_\_\_\_

Márcia Meira Rocha (CEREM-RO) \_\_\_\_\_

Marcos Antonio Costa de Albuquerque (CEREM-SE) \_\_\_\_\_

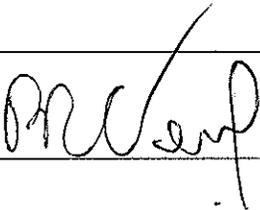
Maria da Penha Zago Gomes (CEREM-ES)  \_\_\_\_\_

Maria Zélia Baldessar (CEREM-SC) \_\_\_\_\_

Marta Rosal (CEREM-PI) \_\_\_\_\_

Mauro Shosuka Asato (CEREM-RR) \_\_\_\_\_

Nilton Ghiotti de Siqueira (CEREM-AC) \_\_\_\_\_

Paulo Roberto Cunha Vencio (CEREM-GO)  \_\_\_\_\_

Ricardo Antonio Rosado Maia (CEREM-PB) \_\_\_\_\_

Rita Catarina Medeiros Sousa (CEREM-PA) \_\_\_\_\_

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

Sérgio Gonçalves de Oliveira (CEREM-MG) \_\_\_\_\_

Susana Maciel Wuillaume (CEREM-RJ)  \_\_\_\_\_

