



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

1 **ATA DA 8ª SESSÃO ORDINÁRIA DA CNRM NO ANO DE 2014**

2 **24 DE SETEMBRO DE 2014**

3 No vigésimo quarto dia do mês de setembro do ano de dois mil e quatorze, no 9º andar do
4 Edifício Sede do Ministério da Educação, reuniu-se em sessão plenária a Comissão Nacional
5 de Residência Médica – CNRM. Presentes: Vinicius Ximenes Muricy da Rocha
6 (DDES/SESU/MEC), Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira (Secretário Executivo da
7 CNRM), Sônia Regina Pereira (CGRS/DDES/SESU/MEC), Eliana Goldfard Cyrino (MS -
8 Suplente), Beatriz Figueiredo Dobashi (CONASS), Maria Cristina Sette de Lima (CONASEMS),
9 Sigisfredo Luís Brenelli (ABEM), Naiara Costa Balderramas (ANMR – suplente), Adherbal Casé
10 (Câmara Técnica), Marize Lima de Sousa Holanda Biazotto (Câmara Técnica), Sílvia de Melo
11 Cunha (Câmara Técnica), Adnan Naser (CEREM SP), Fábio Ruiz de Moraes (CEREM –TO), José
12 Henrique Leal Araújo (CEREM DF), Luiz Carlos de Lima Ferreira (CEREM-AM), Mauro Shosuka
13 Asato (CEREM RR), Susana Maciel Wuillaume (CEREM RJ), Tânia Resener (CEREM RS), Tatiana
14 Magalhães Aguiar (CEREM BA), Vanda Maria Ferreira Simões (CEREM-MA) Técnicos da CNRM
15 e convidados. Iniciando a sessão, o Secretário Executivo Francisco Arsego cumprimentou os
16 presentes e deu início aos trabalhos, citando os pontos de pauta como: aprovação da ata da
17 reunião plenária passada, discussão de informes e processos, discussão da nova matriz
18 curricular da Medicina Geral de Família e Comunidade, e para este gostaria de aguardar a
19 presença do Dr. Vinícius para participar das discussões. Informou ainda que Dr. André veio
20 do Rio de Janeiro representando a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e
21 Comunidade. Sugeriu que começassem pela apreciação da pauta e pela proposta de
22 resolução e análises dos processos até a chegada do Dr. Vinícius. Informou que são mais de
23 60 processos no sistema que ainda não estavam encerrados e fazer um mutirão para
24 terminar no mesmo dia. Com relação à ata da reunião dos dias 27 e 28 de agosto não houve
25 alterações e foi acatada por unanimidade. Comentou que a equipe de trabalho da CGRS que
26 apoia a CNRMN foi alterada com entrada de novos consultores. A Coordenadora da CGRS
27 Sônia Regina sugeriu que voltassem à forma antiga de redação da ata, pois estava muito
28 extensa e que fossem registrados apenas os pontos de discussão deixando os processos
29 gravados apenas em mídia e somente colocar na ata quando for decidido por realizar visita
30 ou outra demanda não habitual, o que foi acatado. Deu-se continuidade à discussão da
31 proposta para Resolução da CNRM para áreas de atuação. Dr. Francisco solicitou que Dr.
32 Adnan fizesse a leitura da proposta da Resolução. Este informou que a comissão foi
33 designada pela plenária da CNRM e foi composta por ele, Dra. Susana, Dr. Adherbal e pela
34 CEREM-SP com Dr. Evandro, Dr. Ramiro e Dra. Ana Zollner. As propostas já estavam em vigor,
35 inclusive todo conteúdo programático das áreas de atuação, exceto da medicina do
36 adolescente. Dr. Adnan fez a leitura da minuta da resolução, fazendo algumas observações:



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

37 Artigo 5º - “A parte teórica complementar será de 10 a 20% da carga horária anual” Dr.
38 Adnan comenta que isso não foge ao habitual daquilo que é aceito para as especialidades;
39 Artigo 6º - “O Residente deverá ser avaliado por prova escrita (trimestralmente) ou trabalho
40 de conclusão do curso que deverá ser apresentado a uma banca composta por três
41 preceptores” .Disse ainda que isso simplificaria a área de atuação. Art. 7º - “O ingresso para
42 Programas de Área de Atuação será por processo seletivo público aberto a todo residente
43 egresso de Programas que concederam título de especialista CNRM (vide interfaces
44 Resolução 2068/2013)”, sempre preservando a interface, como por exemplo:
45 endocrinologia pediátrica cabe título de especialista em endocrinologista e título de
46 especialista em pediatria, portanto são 2 programas de residência reconhecidos e devem
47 constar nos editais. §1º - “Caso os candidatos inscritos sejam originários de um único
48 Programa a Prova escrita conterà questões do Programa de Origem”, Dr Adnan disse que ela
49 simplifica, pois se houver candidatos que tenham os mesmos títulos. Art. 8º - “As Áreas de
50 Atuação previstas pela CME e listadas no item 3, terão sua certificação sob responsabilidade
51 de CNRM e da AMB (Resolução CFM)”. Art. 9º - “Os Programas de Residência Médica que
52 optarem pelo Ano Opcional da Área de Atuação deverá apresentar Projeto Pedagógico
53 diferenciado dos anos de formação do Programa original e por ano de Área, bem como
54 objetivos gerais e específicos” Dr. Adnan sugeriu acrescentar após os objetivos gerais e
55 específicos os conteúdos programáticos. Art. 10º - “A instituição deverá manter previsão de
56 férias de 30 dias por ano de Programa”, férias previstas de acordo com o residente e o
57 programa ou pode deixar para tirar no último mês do programa. As discussões sobre a
58 proposta de resolução continuou com a Dra. Susana e Dr. Adherbal que abordaram sobre a
59 proposta de prova escrita trimestral, sendo que no resto da residência é solicitada uma
60 avaliação bimestral, afirmam que fica muito difícil prova trimestral e trabalho de conclusão
61 de curso. Dr Adnan disse que estranhou, pois a regra geral é avaliação trimestral e a
62 instituição escolheria os tipos de avaliação, mas que resolveram incluir na minuta para que
63 se fizesse uma discussão. Dra Maria Cristina sugeriu que fosse discutido o parágrafo 1º do
64 Art. 7º, pois achou complicado, primeiro o candidato se inscrever para depois ver qual tipo
65 de prova e, solicita a discussão conjunta do art. 9 e 7, pois sempre teve o entendimento de
66 que a área de atuação era vinculada a um programa mãe. Tanto é que os certificados,
67 depois da época em que tinha o apostilamento no verso, mudou, a denominação
68 reconhecida era certificado de especialista em pediatria, área de atuação em neonatologia;;
69 pediatria área de atuação endocrinologia pediátrica. Na CNRM sempre que era credenciada
70 uma área de atuação, esta era vinculada a uma especialidade, tanto é assim que no
71 SISCNRM, quando não tem esta informação, o sistema indica que “não foi informado a área
72 vinculada, qual é a área?”. Assim, algumas instituições que ofertavam várias especialidades
73 credenciadas, ofereciam para mais de uma especialidade, mas o que sempre existiu é que a
74 prova tinha que conter todo conteúdo se uma instituição tinha mais de uma especialidade



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

75 mãe credenciada. Afirma ainda que nunca entendeu porque, o candidato, primeiro se
76 inscreve para depois saber como será a prova. Entende que juridicamente isso pode ser
77 combatido, chama atenção para o fato de que, outra coisa seria fazer “questões” sobre
78 todas as especialidades que pode contar aquela área de atuação. Deste modo a
79 Administração em Saúde seria para todas as áreas de atuação, em sendo assim, faríamos
80 uma prova com perguntas de todas as especialidades. Dr Adherbal diz que o Art. 6º que
81 trata de avaliação e, que se deve manter o padrão de avaliação para todos os programas, se
82 for excluir algo que seja para todos, afirma também que é a favor que se padronize todos os
83 programas para que sejam uniforme e isonômico. No seu entender o Art. 6º tenta começar
84 a modelar um novo processo de avaliação, mas tendo a expressão “ou” dá a entender que
85 pode ser um ou outro processo. Dr. José Henrique parabenizou a equipe e disse que
86 gostaria de discutir o art. 3º no qual deveria ser explicitada a carga horária mínima e
87 máxima, quanto ao Art. 7º, permitiu-se discordar, pois antes tinham várias provas e
88 reclamavam que não estavam calibradas. Quanto ao Art. 8º disse que gostaria de tirar o
89 nome férias e colocar descanso remunerado, pois no caso do residente ele não é
90 funcionário. Dra. Tânia pediu a palavra e disse que coincidentemente na CEREM RS esse
91 assunto entrou em pauta e foi amplamente discutido, nessa reunião teve-se conhecimento
92 de que várias COREMES tinham opiniões diferentes, assim contactou-se a CNRM, sendo
93 informado que deveria ser seguida a Resolução da CFM , ou seja, tudo que pode ser pré-
94 requisito deve ter todos os itens relativos aos pré-requisitos. Este ano a AMRIGS entendeu
95 essa prova para especialidades com Pré-requisitos e atuação e, todos aderiram, para as
96 matérias que tem pré-requisitos teremos uma prova com 25 questões de uma área e 25 de
97 outra. A instituição precisa ter pelo menos uma área mãe, o edital deve conter um número
98 de questões X especificando as matérias. Dr. Francisco deu a palavra à Dra. Tatiana, que
99 cumprimentou todos, parabenizou o grupo e fez duas pontuações, a primeira no § 2º do Art.
100 7º sobre a questão de como fazer quando a área de atuação tem vários pré-requisitos como
101 DOR que tem 7 pré-requisitos, acrescente que há algo de conhecimento que seja comum a
102 todas as especialidades que vão formar um outro ramo. Com relação a proposta do Dr
103 Henrique ela também é favorável denominar de REPOUSO REMUNERADO e não FÉRIAS. Dr.
104 Adnan disse que concorda com Adherbal e cita como exemplo a Mastologia, e reafirma que
105 por área seria o pré-requisito. Acrescente ainda que a discussão foi ótima e que o debate já
106 ocorre há algum tempo, quanto a carga horária foi colocada como máxima, pois não
107 cumpria 60 horas semanais. Deste modo a carga horaria é variada e pode ser de 1940 ou
108 2000 horas, o que preocupa é a variação de [conteúdos], pois não existe um conteúdo
109 programático das áreas de atuação de pediatria, quando passaram de um para dois anos.
110 Ele indaga sobre quantos na Plenária conhecem o conteúdo nas áreas de atuação de
111 pediatria, em todas elas existe pré-requisito na área de pediatria, exceto na neuropediatria
112 e todas apresentam essa sequência. No que se refere a denominação de férias, a lei é clara



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

113 é o termo é férias mesmo. O que ocorre é que nas áreas de atuação, para beneficiar quem
114 está saindo depois de 1 ano no caso da pediatria ou depois de 2 anos, é mais do que
115 necessário ter férias pois o próximo ano poderá ser bem complicado. Quanto a prova
116 trimestral, foi mantido o termo constante da Resolução 02/2006, mas para o grupo que
117 trabalhou a minuta, é mais viável a monografia, pois é melhor um trabalho de monografia
118 que é um aprendizado para Pós graduação. Dr. Francisco apresenta os encaminhamentos
119 das propostas: Dr. Adherbal sugeriu que seja de acordo com a origem, ou seja, a residência
120 que ele terminou. Dr. Adnan informou que a proposta é um pouco diferente e que a prova
121 conteria os conteúdos das residências dos candidatos inscritos, o conteúdo da prova então
122 iria depender dos residentes inscritos e respectivos pré-requisitos. Dr. Vinicius disse que
123 primeiro acha que a intenção do grupo é válida para dirimir dúvidas e tem algo que precisa
124 ser delimitado, para uma reflexão da plenária é importante salientar alguns pontos que
125 considera importantes, por exemplo, a espera da publicação de um Decreto da presidenta
126 até o final do ano sobre o cadastro nacional de especialistas, que vai criar um arcabouço e
127 ajudar a ter um diagnóstico mais claro sobre as especialidades; de como o especialista
128 poderá trabalhar, regular a participação seja no sistema público seja na saúde
129 complementar; na definição do cadastro de especialistas, tem se um debate vindo da
130 comissão mista de especialidade. Sugeriu alguns ajustes referentes a esta situação, mas que
131 esta reflexão ficaria para a plenária, pois talvez haja modificações a partir desse Decreto.
132 Ressalta que há um debate com a AMB para ajustes, com propostas de explicitar melhor
133 sobre qual o papel da Residência Médica, da AMB. Isso vai ajudar a discutir melhor sobre
134 cada “instituição” AMB, CFM, CNRM. Pede ainda para esperar essas decisões para termos
135 uma definição sobre o conceito de especialidade e para que esta discussão fique mais
136 madura. Dr. Adnan perguntou qual a previsão e Dr. Vinicius respondeu que ainda este ano
137 teremos uma definição. Dr. Adherbal perguntou ao Dr. Vinicius se o grupo de trabalho e os
138 debates seriam viáveis já que existe a Comissão Mista de Especialidades para tratar destes
139 assuntos, no que diz respeito a área de atuação esta-se tentando dar resposta às questões
140 que aparece na CNRM, foi por isso que formou-se um grupo de trabalho sobre o assunto.
141 Dr. Vinicius complementou que a única coisa que queria esclarecer é que estão fazendo
142 falsas referencias a sua fala, em momento algum quis atrapalhar o trabalho, somente queria
143 auxiliar a discussão e salienta que existe um texto legal, um cadastro de especialistas no
144 MAIS MÉDICOS. Que não existe no Brasil regulamento de provimento de especialistas, e
145 que é necessário um norte como papel da CNRM, AMB, Executivo, Ministério da Saúde,
146 pois esta se lidando com um processo novo, e aguardando uma Lei que irá definir isso. Disse
147 também que é necessário discutir e gerir situações concretas, o SUS, hoje, depende da
148 presença de um clínico que seja especialista em saúde mental. Questões como estas
149 deverão se discutidas, entendendo-se sobre qual a necessidade, no Brasil, de atendimento
150 em saúde mental, por exemplo, e outras especialidades. O que se deseja é a formação de



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

151 especialistas, para não haver um trabalho dobrado, mas sim ter cautela, sugeriu que seja
152 feito um debate em todos os aspectos normativos, para que o sistema da residência médica
153 seja referência. Dr. Francisco deu continuidade às discussões e ressaltou que estão
154 analisando questões pontuais como carga horária mínima sugerida pelo Dr. Henrique. Dr.
155 Adnan disse para complementar que os conteúdos programáticos estão todos com 60 horas
156 semanais, estabelecendo 2880 horas, em contra partida tem duas ou três pessoas cursando
157 administração em saúde, estas são egressas no programa de medicina, família e
158 comunidade, na realidade é o máximo de horas e não o mínimo. Dr. Francisco sugeriu que
159 deixem a proposta do Art. 6º, para compatibilizar as opiniões. Foi aprovado que o residente
160 deverá ter avaliação trimestral e/ou uma avaliação que deverá ser apresentada a uma banca
161 composta por três preceptores, que foi acatado por todos os presentes e será incluída na
162 redação final. Dr. Adnan sugeriu que se inclua após o item A do Art. 9º - conteúdos
163 programáticos na área de atuação, a e letra B será C. Dr. Francisco deu continuidade à
164 discussão do Art. 9º, foram votadas as propostas de avaliação e foi definido que será feito
165 prova geral de acordo com todos os pré-requisitos, aprovada por unanimidade. Dra. Susana
166 sugeriu que colocassem alguma coisa de transição e que só mudassem em 2015. Dra.
167 Cristina lembrou que a Resolução só valerá a partir da data de sua publicação, sua sugestão
168 é incluir conteúdos programáticos no Art. 9º. Dr. Francisco discutiu sobre como ficou ano
169 opcional na área de atuação. Dr. Adnan disse que defende o critério sobre a área de atuação
170 e, que se usarmos o termo adicional, pode-se ter um conteúdo programático dos outros
171 anos e aqui é opcional. Dra. Susana diz que foi pesquisar e anteriormente se usava o termo
172 “ano opcional” e “depois ano adicional”, e depois numa Resolução os dois termos foram
173 incluídos como sendo iguais, e posteriormente volta com ano opcional e recentemente
174 aderimos novamente a denominação ano adicionais. Sugeriu suprimir os dois termos pois,
175 são considerados sinônimos e vão confundir, Dr. Adnan informa que opcional é voluntário e
176 adicional é optar por um ou dois anos opcionais, Dr. Francisco disse que a redação final do
177 Art. 9º ficou “os programas de residência médica que solicitarem programas na área de
178 atuação deverão apresentar projeto pedagógico pelos anos na área de atuação” e finalizou
179 a discussão da Resolução.; Passou a palavra ao Dr. Vinícius que expôs sobre a nova
180 Resolução de discussão do currículo, matriz curricular para a Medicina de Família e
181 Comunidade, disse que vem realizando algumas reuniões, mas que estão aguardando o
182 Decreto da área e também o debate para poder avançar no sentido de organizar uma nova
183 estrutura de acesso à residência médica, também esta no aguardo da resolução sobre as
184 câmaras técnicas temáticas. Citou que algumas pessoas vieram para organizar a reunião da
185 CNRM, colaborar sobre o ponto de vista do trabalho médico a nível nacional. Destacou a
186 sobre competências dos médicos de família da Associação Médica do Canadá que
187 apresenta um ritmo interessante na formação de recursos humanos para esta área e que
188 pode ser discutido durante os trabalhos nessa comissão ou em outras, juntos com os 2



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

189 Ministérios- MEC e MS. Pediu que seja verificado o trabalho que a CNRM está fazendo na
190 Res. 02/2006 que já está bem adiantado; verificar o que está previsto na formação das
191 competências do médico em família e comunidade e da necessidade de se avançar para
192 definir os pré-requisitos. Dr. Francisco informou que Dr. André do Rio de Janeiro, veio para
193 mostrar o trabalho que já está sendo feito. Dr. Andre disse que seria um debate de consulta
194 pública dos trabalhos para ajustes dos textos para que se tenha uma ideia dos fundamentos;
195 o que é a especialidade; objetivos gerais; competências; objetivos intermediários; e, se
196 seriam “macro competências” e que tentaram fazer documento baseada na Resolução
197 CNRM nº 02/2006 e vários outros documentos, mas que algumas especialidades estão
198 disformes conforme a resolução. Disse que na Medicina de Família já foi definido trabalhar
199 por competência, onde se quer chegar na formação do residente?. Foram apresentados no
200 Datashow, os Requisitos Mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina de
201 Família e Comunidade – R1 e R2. Dr. Dr. André finalizou a apresentação e abriu para
202 discussões. Dr. Henrique questionou como será a supervisão do residente conforme o item
203 5 – 3.1; Dr. Adnan salientou que não é contrário ao programa mas, questionou como o
204 residente vai atender todos os trabalhos de sua responsabilidade, Dra. Maria Cristina
205 discutiu sobre o item 3, sugeriu enxugar o plano da saúde coletiva e coloca-lo por grupos,
206 como deficientes e usuários de drogas. Questionou sobre o preceptor e pediu
207 esclarecimentos. Dr. Vinicius informou que algumas considerações precisam correlacionar
208 os fundamentos, clarear para ficar mais evidente o que o residente vai cumprir e a questão
209 da abordagem na pessoa, o registro clínico do paciente, que tudo deve entrar nos
210 fundamentos. É uma etapa importante para que organize os registros, outra questão é a
211 interprofissionalidade, compartilhar conhecimentos, pensar sobre etnias, etc. Deixar os
212 termos mais explícitos e também as questões que envolvem os modelos de preceptorias, é
213 necessário pensar que teremos situações diferentes por regiões, áreas, ter cuidado para
214 potencializar ofertas de programas, pois as características são muito diferentes.
215 Continuando as discussões Dr. Adherbal disse que o período de formação é curto para
216 formar esse super médico. Dra. Naiara questiona se essa estrutura seria para quem fará
217 especialidade completa ou só para quem quer fazer pré-requisito, como funcionará a
218 preceptorial já que o médico residente vai estar no posto, se o preceptor fica por perto, etc;
219 como será feito o sistema de supervisão. Dra. Eliana falou que gostaria de lembrar que essa
220 proposta está dentro de uma proposta de reformulação das graduações, assim elas devem
221 estar casadas. Saliencia que embora estejamos discutindo sobre residência, tem todo um
222 campo de trabalho de reformulação nas graduações que irá contemplar uma parte dessa
223 graduação. Todas as escolas terão que trabalhar 30% no seu internato na atenção primária
224 e na urgência e emergência. O trabalho em equipe tem que estar mais encorpado do que
225 aparece. Dr. Vinicius solicitou as respostas dos pontos ao Dr. André que explicou que a base
226 do marco de toda residência é que o preceptor fique o tempo todo com o residente, nosso



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

227 programa tem 100% um preceptor com o residente. Nosso modelo, no Rio de Janeiro, é um
228 preceptor para duas equipes. Quanto ao tempo de residência concordou que o tempo é
229 bem apertado, mas que diferente de outros países, o R3 já atende o paciente e na questão
230 do tempo são dois anos muito intensos, muitas vezes fica bem difícil conseguir cumprir o
231 que está proposto. Sobre as contribuições que a Dra. Maria Cristina expos, são bem
232 pertinentes e que será discutido a questão sobre a saúde coletiva. Sobre as Diretrizes
233 Curriculares concordou que o documento detalha pouca coisa, mas já se tem todo o
234 detalhamento e acrescentar-se questão de gênero, etnia. O Médico de Família tem que
235 estar muito envolvido na clínica, os temas clínicos são difíceis de abordagem, pois a
236 impressão é que teremos super médicos, mas ele sairá bem formado. Destacou que hoje
237 bem ou mau o residente acaba sendo protegido, pois o preceptor faz o apoio do residente e
238 acaba dividindo o peso de uma equipe. Dr. Vinicius deu continuidade às discussões e disse
239 que existe modelo em que o próprio residente assume a equipe e tem total autonomia pela
240 experiência, já termina a residência com muita responsabilidade e experiência. Dr. Adnan
241 pediu a palavra e salientou que o diferencial da medicina de família é, que a medicina busca
242 atender as necessidades da região, eles vão aprendendo com os casos específicos, com os
243 diagnóstico de problemas específicos, forma de organizar a agenda, lidar com a demanda,
244 ele acompanha o processo de evolução da doença. Dr. Vinicius explicou que o programa de
245 residência são dois anos, um ano para estágio na residência da MFC, o primeiro ano será
246 essencial e no segundo ano se aprofunda. A quantidade de vagas será bem maior, um total
247 de 18 mil vagas na MFC e, as outras de acesso direto entre 8 a 9 mil, assim ocorrerá um
248 certo funil. Outro ponto destacado foi de como funcionará os casos dos preceptores, pois
249 hoje temos quase 5000 especialista de Medicina de Família e assim sendo, será necessário
250 algo em torno de 3000 preceptores. Ressaltou que já está sendo discutido sobre como será
251 essas preceptorias. Destacou os modelos de preceptorias e explicou que no primeiro ano já
252 temos o médico que faz um matriciamento do residente, ou amplia prova de títulos para a
253 MFC, depende muito da realidade em cada lugar do país, no Rio tem apenas 30%, no
254 Nordeste tem lugares como mais de 90%, então tem que ser um arranjo por região. O perfil
255 da realidade de cada região deverá ser pensado junto a reformulação da resolução 02/2006
256 se será por reformulação curricular, currículo mínimo (se for assim ficará obsoleto), por
257 matriz curricular ou matriz de competência. Ressaltou que acredita que trabalhar a
258 reformulação curricular seria melhor. Dr. Vinicius disse ainda que a resolução está
259 trabalhando na lógica, primeiro que o Brasil é diferente de outros países, o residente já está
260 no curso de graduação e a outra entra como complementar. Disse que em segundo lugar
261 deverá haver uma reorganização na forma de conduzir a clínica, se houver necessidade da
262 comissão em aprofundar, poderão acontecer visitas aos programas para conhecer sobre
263 gestão da clínica, gestão do tempo, gestão da agenda, podemos trazer as experiências e
264 finalizou dizendo que este era um ponto de vista geral. Dra. Susana sugeriu criar um GT para



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

265 acompanhar essas questões e trabalhar os conteúdos da resolução, Dr. Vinicius acatou a
266 sugestão e acrescentou que à luz da resolução elaborar-se um documento para
267 preenchimento de vagas e abriu votação inclusive para criar um GT para trazer
268 encaminhamentos para a próxima plenária dias 21, 22 e 23 de outubro, com três modelos
269 de minuta, primeiro fechamento da Resolução da MFC, lembrando que todos devem revisar
270 os conteúdos programáticos. Sobre os encaminhamentos: haverá três minutas de resolução
271 para a próxima reunião, uma para definir a MFC, outra para os pré-requisitos a partir da
272 Resolução 02/2006 e que deve-se trabalhar com uma resolução mais geral que dará
273 arcabouço para cada especialidade/Câmara Técnica e depois por blocos que já foi colocado
274 na reunião anterior. Definiu-se que uma destas resoluções ficará com a câmara técnica de
275 atenção básica. Criou-se um grupo para preparar as três minutas de Resoluções formados
276 por Dr. Francisco, Dr. Adherbal, Dr Adnan, Dra. Susana e Dra. Eliana. Dr. Francisco finalizou a
277 reunião e informou que retornariam após 14 horas. Deu-se início a análise dos processos
278 físicos recebidos pela CNRM no período da tarde e posteriormente foram analisados os
279 processos digitais (conforme planilhas anexas). Nada mais havendo a tratar a Reunião
280 Plenária foi encerrada as 17 e eu. Maria Cristina de Queiroz transcrevi a presente ata que
281 encaminho para aprovação.