



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

32 23000.008458.2016-88, a CGRS informa que médica residente denunciante se pronunciou
33 solicitando o cancelamento do pedido de transferência frente a resolução dos problemas que
34 culminaram à denúncia. Rodrigo ainda noticiou dois informes extra pauta da Diretoria de
35 Desenvolvimento da Educação em Saúde - DDES: 6) Reunião com a direção do Hospital
36 Universitário Pedro Ernesto, Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro e as
37 Coordenações de Residência Médica e Residência Multiprofissional em razão de denúncia de
38 atraso no pagamento de bolsas e o pagamento adiantado de médicos residentes em
39 detrimento de residentes da área multiprofissional, além do noticiado na imprensa sobre a
40 crise no Hospital Pedro Ernesto e de uma série de comunicados informais de que o hospital
41 teria problemas para desenvolver os programas de residência. Referiu que obteve respostas
42 satisfatórias da administração local, o secretário falou que tiveram problema de recursos no
43 início do ano, mas que até julho a situação estará sanada. Foi informado que houve uma queda
44 no número de leitos no auge da crise, mas já estão reabrindo os leitos desativados. A situação
45 foi vista como algo transitório, porém se houver nova denúncia voltará para discussão da
46 plenária da CNRM. 7) Audiência Pública com a participação da DDES participou sobre terapias
47 alternativas à transfusão de sangue para pacientes com questões culturais e religiosas,
48 especificamente a quanto a pacientes vinculados à Associação das Testemunhas de Jeová
49 mediante necessidade de transfusão sanguínea, em que muitas vezes os profissionais da saúde
50 restringem de liberdade a pessoa realizando o procedimento sem consentimento do paciente
51 ou mesmo contra a vontade expressa. O que se solicita é que as especialidades que utilizam
52 este procedimento estejam informadas sobre o desejo pessoal, familiar ou cultural e de que
53 este esteja expresso em documentos legais e de temas como este sejam incluídos nos
54 programas de residência para melhor compreensão do profissional. Será elaborado pela
55 Associação e pelo Ministério Público do Rio de Janeiro documento sobre este tema inclusive
56 trazendo alternativas terapêuticas, o qual, posteriormente, será encaminhado à plenária da
57 CNRM para discussão,. Pedro Mendonça, do Ministério da Saúde, fez um informe extra pauta:
58 8) Maria Aléssio não participará mais da plenária, visto que assumiu um concurso do GDF.
59 Além disso Felipe Proenço foi exonerado e ainda não houve nova nomeação para
60 representante do Ministério da Saúde. **2. Pontos de pauta. 2.1)** Aprovação da ata da reunião
61 anterior. A ata foi aprovada sem ressalvas. **2.2)** Presença do representante do Colégio
62 Brasileiro de Cirurgiões, Professor Dr. Corsi, para apresentar sobre ampliação da duração do



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

63 programa de 2 para 3 anos de formação em Cirurgia Geral. O professor Corsi ressaltou que
64 essa discussão é antiga e que é uma mudança que beneficiará todos envolvidos. Referiu ainda
65 que a Residência em Cirurgia Geral como está hoje é uma especialidade de passagem, de
66 formação de outros especialistas. O residente em cirurgia geral faz dois anos nesta
67 especialidade e depois faz a formação em outras áreas, como cirurgia plástica, cirurgia
68 vascular, cirurgia pediátrica, etc. Então é como se a cirurgia geral fosse um curso preparatório
69 para outras especialidades, e sendo assim não é suficiente para formação de um especialista.
70 O que se pleiteia é a melhor formação do cirurgião, para que seja realmente um especialista.
71 Outro problema detectado é que o cirurgião, no segundo ano de residência não está
72 preocupado com a cirurgia geral, mas sim, com o exame de acesso à outra especialidade, e
73 acaba não se dedicando de maneira adequada. A Dr^a. Elizabeth, secretária-geral do Colégio
74 Brasileiro de Cirurgiões, iniciou sua apresentação lembrando que não é a primeira vez que
75 aborda o assunto na CNRM. Ressaltou que a cirurgia geral é especialidade que existe em todos
76 os países e que não existe nenhum programa de treinamento com duração de dois anos, nem
77 na América Latina, nem na Europa. De maneira geral tem a duração de quatro ou cinco anos.
78 Nos Estados Unidos a duração é de cinco anos. Foi realizada pesquisa em âmbito nacional, por
79 meio eletrônico para conhecer a opinião da comunidade do Colégio Brasileiro de Cirurgiões,
80 investigando competências, objetivos de cada ano de residência, desempenho que deverá ser
81 atingido ao final de cada ano. A pesquisa contemplou também o conteúdo teórico. Foram
82 enviados e-mails e tiveram aproximadamente 37% (trinta e sete por cento) de respostas,
83 quantidade que pode parecer baixa, mas está acima do índice de respostas de trabalho pela
84 internet. Perguntou-se quantos anos o programa de cirurgia geral deveria ter.
85 Aproximadamente 85% (oitenta e cinco por cento) acreditam que o tempo ideal seriam três
86 anos. Interrogou-se quais seriam os rodízios indispensáveis para os residentes. A proposta é
87 que a cirurgia geral seja um programa de acesso direto, com três anos de duração em um
88 rodízio mais equilibrado entre as especialidades. O objetivo é qualificar os especialistas.
89 Exemplificou a proposta de conteúdos e objetivos de cada ano de residência. No que diz
90 respeito aos custos, apresentou as especialidades que dependem da cirurgia geral como pré-
91 requisito, com sua duração e a quantidade de vagas ocupadas em 2016. Total de mil
92 novecentos e oitenta e oito residentes, com bolsa atualizada de aproximadamente três mil e
93 trezentos reais, então esse seria o total gasto por residente/mês, isso considerando que o MEC



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

94 pagaria todas as bolsas, mas o que se sabe é que algumas são pagas pelos hospitais ou Estados
95 e Municípios. O que inicialmente aparenta ser um aumento de custos, na verdade não é, isto
96 se houver ação conjunta: aumentar a duração de cirurgia geral e modificar o acesso para as
97 especialidades. Rodrigo acredita que o que chama atenção não é a elevação do gasto, mas em
98 fazer um investimento adequado que gere retorno. A preocupação deve ser se há realmente
99 necessidade de ampliação no tempo de formação e melhor qualidade. Adnan acredita que
100 mudou o panorama da cirurgia geral, da formação do cirurgião e que o custo será maior do
101 que foi apresentado e seria o grande entrave neste momento. Citou o programa de obstetria
102 e ginecologia que não evoluiu após mudar para três anos. Indagou se não é necessário mudar
103 outros programas também. Romano entende que a questão econômica não é mais
104 importante. A prioridade das áreas básicas é uma necessidade do sistema de saúde do Brasil.
105 Há baixo número de especialistas nessa área. É a favor da proposta do CBC, pois é necessário
106 reforçar a área básica. Propôs a realização de um fórum de residência médica para repactuar
107 as questões das especialidades médicas, pois tudo vem mudando rapidamente. Acredita que
108 nesse momento vale a pena tentar a prorrogação de três anos como experiência. Citou que
109 tem havido reforço na área clínica, mas não vê isso na área cirúrgica. Então não adianta
110 ampliar a Medicina de Família e Comunidade por exemplo, mas não ampliar as áreas
111 cirúrgicas. Susana acredita ser importante a prorrogação para três anos, principalmente por
112 ser área básica. José Henrique falou que percebe que no segundo ano de cirurgia geral, clínica
113 médica e pediatria os residentes estão mais preocupados em fazer a nova prova do que com o
114 programa de residência no qual estão matriculados. Acredita que a proposta deve ser avaliada
115 dentro de um contexto mais amplo, talvez promover um novo fórum de residência médica,
116 atualizando a resolução n 2 de 2006, considerando que essa proposta afeta outras áreas.
117 Refere que há muitos especialistas e a cirurgia geral este com defasagem de profissionais.
118 Acredita que a mudança nesse momento é prematuro, pois tem que ser feito com todas
119 especialidades. Naiara acha importante o médico fazer residência em uma área geral para
120 depois escolher o que vai fazer. Receia colocar como acesso direto pois pode acarretar muitas
121 desistências. Questionou se há estudos sobre qual é, hoje, a demanda necessária seja em
122 cirurgia geral, quanto nas demais especialidades. José Bonamigo noticiou que no ano de 2010
123 foi iniciada uma atualização do conteúdo programático de todas especialidades, mas o
124 trabalho não foi levado adiante porque o governo e a secretaria executiva na época optaram



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

125 por expandir os programas ao invés de discutir a qualidade dos mesmos. Mencionou que a
126 função da CNRM não é fomento, é discutir conteúdos, qualidade e tempo de formação, entre
127 outras coisas. O CBC sempre defendeu formação de três anos, desde 2001 e a AMB corrobora
128 com esse entendimento. Quando este assunto foi trazido à CNRM anos atrás, foi instituído o
129 programa de cirurgia avançado, porém não houve muita adesão. Esse programa talvez deva
130 ser extinto, principalmente em caso de aprovação do programa de cirurgia geral de três anos
131 ou ficar como ano adicional. DR Corsi refere que não se deve comparar ao programa de
132 obstetrícia e ginecologia, pois o que se quer é que a cirurgia geral tenha tratamento de
133 especialidade. Explicou que o primeiro ano é básico de todas as áreas cirúrgicas e a formação
134 do residente, hoje, se complementa com mais um ano, o que se deseja é que se complemente
135 com mais dois anos. O que vai ocorrer com as outras especialidades não é competência do
136 CBC, pois são as outras especialidades que deverão tomar essa decisão. Naiara concordou que
137 dois anos é pouco para formação de um especialista em cirurgia geral. Adnan disse que não é
138 contra os três anos e propôs projeto piloto a ser desenvolvido em determinadas instituições
139 para testar. Antônio Lages considerou a proposta da CBC interessante, mas se preocupa sobre
140 como ficarão as outras especialidades que tem pré-requisitos de cirurgia geral. Receia que se a
141 decisão ficar restrita à cirurgia geral prejudique as outras. Romano destacou que se forem
142 colocados muitos óbices não será possível fazer a experiência. Acha importante a questão das
143 outras especialidades, mas receia que esperar para pactuar com todas especialidades, isto irá
144 impossibilitar a ampliação do programa. Apresentou como encaminhamento a adoção da
145 proposta hoje e repactuar depois as outras especialidades. Jedson acredita que a mudança
146 para três anos vai trazer qualidade. Citou que já houve essa alteração em outras especialidades
147 e em algumas como terapia intensiva não deu certo, mas que com a cirurgia geral pode ser
148 diferente. Apresentou preocupação com as consequências decorrentes, como afetar outras
149 especialidades e o risco de esvaziamento da especialidade. Acredita que a necessidade existe,
150 mas não sabe se o caminho é passar para três anos. Thiago considerou válida a proposta, mas
151 tem preocupações com as diferenças regionais e com a possibilidade de esvaziamento dos
152 programas. O que observa é que, quem faz cirurgia geral já entra querendo outra
153 especialidade. Isto pode provocar esvaziamento do segundo e terceiro anos ao saber que em
154 um ano já pode ir para outra especialidade. Outra questão é que nas cidades pequenas não se
155 encontram cirurgiões gerais, somente sub especialistas. Citou que no caso da pediatria, os



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

156 residentes não deixaram de fazer quando passou para três anos, mas com a cirurgia geral tem
157 essa preocupação, pois as pessoas já entram pensando na especialidade. Rodrigo acredita que
158 não dá para analisar a residência como um fato isolado, sendo necessário analisar até mesmo
159 a graduação para poder comparar com outros países. Nos EUA, por exemplo, é
160 completamente diferente. Para se comparar currículos externos é necessário uma matriz
161 muito ampla e, demonstrou preocupação quanto ao enfoque da discussão ser somente tempo.
162 É necessário considerar que os residentes são treinados para atuar no Brasil. Entende que é
163 preciso mais estudos para saber o que é mais necessário e quais seriam os impactos. Por
164 exemplo, quando se fala em aumentar a duração para três anos, deverá ser analisada a
165 quantidade de leitos necessários para isso. Ainda, acredita que se a duração do programa for
166 estendida, podem ser inseridos conteúdos pedagógicos, em que o residente pode até
167 aprender a trabalhar como preceptor. Elizabeth refere que a pretensão do CBC é formar
168 residentes com qualidade para atender a população. O foco foi no tempo, pois para adquirir
169 habilidade técnica é necessário repetir e realizar número de cirurgias suficientes. Junto com o
170 tempo vem o aprofundamento das habilidades técnicas, do conhecimento e do
171 comportamento. O professor Corsi considera que se a conclusão é de que é necessário
172 aumentar a duração do programa é preciso também analisar a melhor forma de execução. O
173 que o CBC não deseja é um cirurgião vascular atuando como cirurgião geral, por exemplo.
174 Deseja-se o cirurgião geral atuando como cirurgião geral, e não que a cirurgia geral seja um
175 preparatório para outras especialidades. Não há dúvida de que o que o SUS mais precisa é de
176 cirurgiões gerais. O que não pode acontecer é o cirurgião do aparelho digestório, por exemplo,
177 formar em quatro anos e o cirurgião geral em dois. Sugeriu que a reflexão sobre as outras
178 especialidades seja feita posteriormente pois é inviável reunir todas as especialidades para
179 discutir. Rodrigo sintetizou as três propostas de encaminhamento: 1) aprovação dos três anos
180 de imediato para implementar em 2017 ou 2018, realização de estudo para alterar a resolução
181 que regulamentará o programa, e, posteriormente, de discute com a demais especialidades.
182 2) projeto piloto com alguns programas, como foi feito no caso da pediatria, com o conteúdo
183 programático proposto pelo CBC. 3) aumentar para três anos, mas considerar as
184 especialidades cirúrgicas e UTI. Cristina Sette lembrou que no caso do programa de pediatria
185 não se discutiu a necessidade de conversar com as outras especialidades. A professora Sônia
186 ressaltou que gostaria que se discutisse e elaborasse um projeto pedagógico, determinando



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

187 conteúdos, competências e habilidades que o residente precisará desenvolver a cada ano e
188 trazer à plenária para discussão. É importante para termos um documento base para orientar
189 os programas. Naiara concluiu que o programa de cirurgia geral não pode continuar com
190 apenas dois anos. Referiu que a resposta no caso da pediatria é ruim, pois não há orientação
191 de como seriam esses três anos. Concordou com a professora Sônia e pediu para próxima
192 plenária projeto delimitado de como serão os três anos. Rodrigo ressaltou que é fato que
193 existem diferenças entre os casos da pediatria e a proposta da cirurgia geral, mas é importante
194 considerar o aprendizado adquirido quando o programa de pediatria passou para duração de
195 três anos. Rodrigo procedeu à votação e decidiu-se acatar a proposta de aguardar a
196 apresentação detalhada dos conteúdos programáticos de cada um dos três anos propostos, na
197 próxima plenária, para a residência em cirurgia geral, para então o plenário tomar uma decisão
198 definitiva. **2.3)** Acompanhamento da proposta de ampliação dos PRMs de pediatria para três
199 anos de duração. A professora Sônia informou que a discussão sobre o terceiro ano do
200 programa de pediatria vem ocorrendo desde o ano de 2012, quando a CNRM deliberou por
201 aprovar a implementação de um projeto piloto, inicialmente foram convidadas 11 (onze)
202 instituições, dessas somente cinco tiveram condições de oferecer os três anos e iniciaram os
203 programas. No ano de 2014, a SBP apresentou mais 23 (vinte e três) instituições com interesse
204 em ampliar o PRMP para três anos. Dessas, apenas 10 (dez) encaminharam solicitação e foi
205 alterado no SisCNRM. Está ocorrendo uma confusão grande de informações e alguns
206 entendem que os três anos foram estendidos, obrigatoriamente, a todos os programas de
207 residência médica em pediatria. Sendo assim, é necessário que a CNRM reafirme que são
208 somente as 16 (dezesesseis) instituições do projeto piloto que tiveram sua duração alterada.
209 Susana citou que no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro o programa já tem três anos e
210 está indo bem, os primeiros residentes devem estar concluindo agora. Disse que não diminuiu
211 a procura e de maneira geral foi bom. Enfatizou que não houve avaliação dos programas do
212 projeto piloto e, que a sociedade de pediatria está trocando a presidência, o que pode levar a
213 novas mudanças. Naiara informou que conversou com residentes dos programas de três anos
214 e a principal queixa foi de que não tinha currículo bem estruturado, e em vários serviços os R3
215 foram cobrados de assumir o papel de preceptor. Acredita ser válido o aumento para três
216 anos, mas tem que ser bem definido e estruturado. José Henrique enfatizou que a discussão é
217 importante para que problemas da pediatria não ocorram na cirurgia. Falou ainda que supõe



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

218 que não pode haver transferência de médicos(as) residentes de programas com duração de
219 dois anos para três e vice-versa. Adnan lembrou que na última plenária houve pedido do Dr.
220 Clovis para discutir posteriormente esse assunto, visto que em virtude da mudança da
221 Diretoria da SBP haverá discussão sobre este assunto. Romano refere que na pediatria não há
222 consenso nesta questão dos três anos. Então, não é prudente aprovar sem consenso da
223 própria sociedade. Rodrigo destacou que é necessário observar que o programa de pediatria
224 está vinculado ao currículo pediátrico global, que descreve o conteúdo do programa e aborda
225 técnicas pedagógicas, mas não de cenário de prática. Citou que a preocupação com preceptor
226 têm sido secundária à estrutura. Observa que alguns preceptores não conhecem os programas
227 que executam e seria interessante reforçar isso. Apresentou como proposta a suspensão de
228 novas adesões ao projeto piloto e cobrar da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP, o relatório
229 e dados de avaliação dessa experiência até o momento, mesmo que seja preliminar. Apenas as
230 instituições que já aderiram poderão abrir novas vagas. A professora Sônia refere que é
231 necessário repensar as composições das câmaras técnicas temáticas constante da Resolução
232 CNRM nº 4 de 2014, pois as mesmas possuem um número grande de representações que
233 dificulta a continuidade das discussões para que sejam efetivamente constituídas. Rodrigo
234 disse que preocupa ter que compor a Câmara Técnica de Saúde de Criança e do Adolescente
235 para começar a discussão e informou que as instituições que iniciaram em 2014 foram o HUB,
236 a USP, IMIP e o Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro. Ficou decidido que não serão
237 abertos mais programas e, mantidos apenas os projetos piloto, por enquanto. Rodrigo sugeriu
238 notificar a SBP para enviar avaliação preliminar em 60 (sessenta) dias sobre esta experiência,
239 pois não há formados ainda e, na plenária de julho colocar novamente em discussão, com
240 apresentação da SBP. José Henrique propôs avaliação de instituições que tem o programa de 2
241 (dois) anos também para haver comparação. Rodrigo recomendou às instituições presentes
242 que procedam avaliação dos programas de 2 (dois) e 3 (três) anos para fazer-se um
243 comparativo. **2.4)** Nota explicativa sobre a EBSEH e suas competências frente aos HU's
244 Universitários. Rodrigo realizou leitura do documento elaborado pela CGRS, que trata-se de
245 nota explicativa detalhando sobre as relações institucionais entre a Gerência de Ensino e
246 Pesquisa da EBSEH e as COREMEs dos Hospitais Universitários Federais. A nota foi aprovada.
247 **2.5)** Apresentação de proposta elaborada pelo Grupo de Trabalho da CNRM, acerca do
248 cronograma de ingresso de médicos residentes. Francisco procedeu à leitura da proposta de



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

249 resolução. Rodrigo sugeriu incluir dispositivos legais pertinentes ao tema e colocar atribuições
250 da CNRM. A professora Sônia ressaltou que o maior prejuízo ocorre quando o residente
251 desiste no último dia do prazo para inserção no SisCNRN, pois a instituição não consegue
252 chamar o próximo candidato, gerando vagas ociosas. É necessário haver um intervalo de
253 tempo para que ele possa desistir e o programa possa chamar o próximo candidato aprovado.
254 Rodrigo acredita que é necessário estipular uma data para término de matrícula ou para
255 realização do processo seletivo. Foram realizadas algumas modificações na proposta de
256 resolução, ficando o texto da seguinte forma: Dispõe sobre o calendário de matrícula e
257 cronograma para ingresso em Programas de Residência Médica em território nacional, a partir
258 do ano de 2017, e dá outras providências. 3º CONSIDERANDO as dificuldades de
259 preenchimento de vagas em função de desistências no período final de matrículas em
260 programas de residência médica. 2º CONSIDERANDO o grande número de candidatos que
261 mudam várias vezes de programa de residência no mês de início do mesmo. 1º
262 CONSIDERANDO o grande número de vagas não preenchidas a cada ano apesar de haver
263 candidatos selecionados para as vagas o que leva a grande prejuízo na formação de
264 especialistas. RESOLVE: Estabelecer o calendário para matrícula de médicos residentes no
265 SisCNRN da seguinte forma: Art. 1º - Todos os Programas de Residência Médica iniciarão no
266 dia 1º de março e encerrarão no último dia de fevereiro, independentemente do dia em que a
267 matrícula do médico residente seja efetivada. Cabe à COREME de cada Instituição fazer os
268 ajustes nas atividades dos seus Programas de Residência para garantir a carga-horária mínima
269 estabelecida e os períodos de férias correspondentes. Art. 2º - A matrícula dos residentes
270 aprovados nos processos seletivos deverá ser realizada por cada instituição do dia 10 de
271 fevereiro ao dia 31 de março de cada ano. PARÁGRAFO ÚNICO - Cada candidato classificado
272 poderá ser matriculado uma única vez no SisCNRN. Art. 3º - Somente durante o primeiro ano
273 de residência ou área de atuação, o candidato matriculado poderá ser remanejado/transferido
274 para outro programa em que tenha sido aprovado em processo seletivo até 15 de março. Art.
275 4º - Entre os dias 11 e 31 de março, uma vaga disponível apenas poderá ser ocupada por
276 candidato selecionado e que não tenha se matriculado em nenhum Programa de Residência
277 Médica no ano em curso ou tenha se matriculado e desistido do programa até o dia 10 de
278 março. (Revisão da Redação). Art. 5º - Todos os processos seletivos complementares para
279 preenchimento de vagas não ocupadas em editais anteriores deverão estar finalizados até o



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

280 dia 20 de março, com a publicação dos candidatos aprovados e classificados. Art. 6º - Para
281 efeitos de matrícula em Programa de Residência com pré-requisito, poderá ser aceita
282 declaração de conclusão, emitida pela instituição de origem, a ser comprovada até o dia 15 de
283 março do início do PRM. Art. 7º - Os residentes efetivamente matriculados no Sistema da
284 Comissão Nacional de Residência Médica SisCNRM, mas que não se apresentarem ou não
285 justificarem por escrito sua ausência até o dia 5 de março, serão considerados desistentes,
286 estando a instituição autorizada a convocar os demais candidatos aprovados, em ordem
287 decrescente de classificação. Art. 8º - Em caso de transferência pela existência de vaga ociosa,
288 a bolsa integral correspondente ao mês de março será paga pela instituição de destino. Art. 9º
289 - Fica revogada a Resolução CNRM 02/2011. Art. 10º - Essa Resolução entra em vigor na data
290 da sua publicação. **2.6)** PROJETO DE LEI do Deputado Sr. Sérgio Reis que sugere a alteração da
291 Lei 8.501, de 30 de novembro de 1992. A professora Sônia explicou que os projetos de lei
292 chegam na CGRS para emissão de parecer e que não acha prudente a discussão do tema, pois
293 a inclusão na pauta foi a pedido do Dr. Rodrigo e ele não está presente no momento. Susana
294 falou que, pelo que leu, a única coisa que muda é que abre o acesso a cadáveres para à
295 residência. **2.7)** Ano opcional em Medicina Geral de Família e Comunidade. A professora Sônia
296 relatou que foi discutida a questão do terceiro ano opcional no grupo de trabalho de Medicina
297 de Família e Comunidade, mas não encontrou nenhuma decisão nas atas da CNRM sobre este
298 assunto. Entretanto foi detectado nos SisCNRM um programa de residência médica em
299 Medicina de Família e Comunidade com duração de três anos. Solicita a plenária que ainda não
300 haja esta autorização, pois existem questões sobre esta especialidade que a CNRM deve
301 discutir e se posicionar. A Plenária solicita entrar em contato com o PRM da UNIFESP, para
302 verificar sobre os 03 anos deste programa. Disse ainda que como gestora tem que seguir os
303 regimentos, mas se o programa tem um, dois ou três anos é decisão da plenária. O que não
304 se pode admitir é excepcionalidade, pois altera todo fluxo de trabalho no SisCNRM. Francisco
305 sugeriu remeter para o CME e por hora manter como excepcionalidade. Propôs transformar o
306 terceiro ano em Administração em Saúde – área de atuação. Pedro também sugeriu
307 transformar o terceiro ano em administração em saúde. Decidiu-se então que a discussão será
308 enviada à CME e será pauta na próxima reunião, no dia 7 de julho. **2.8)** Transferência de
309 médicos residentes em períodos que os PRM's novos ainda não possuem residentes cursando.
310 Sonia informou que houve descredenciamento de um programa de residência médica em



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

311 anesthesiologia em São Paulo, somente com R3 cursando, porém não havia nenhuma vaga
312 disponível nos programas em funcionamento, então conseguiu-se três vagas no Hospital São
313 Camilo, que teve o programa autorizado em 2015, mas ainda não realizou nenhum processo
314 seletivo. A dúvida consiste na possibilidade de transferir residente para programa que ainda
315 não iniciaram as atividades de residência. Neste caso, o Hospital São Camilo se dispôs a
316 receber e dispõe de condições. Susana acredita que se o programa está credenciado,
317 estruturado e tem condições, não há problema em receber os residentes. Francisco concordou
318 com o posicionamento da Dr. Susana. **2.9)** Solicitações somente de Aumento de Vagas geram
319 uma nova data de validade no SisCNRM. Marcelo explicou que quando chega pedido de
320 aumento de vaga no sistema e vai fazer homologação ele gera uma nova data de validade.
321 Então a dúvida é se consideramos a data anterior ou a que está sendo gerada, uma vez que
322 não foi solicitado credenciamento. Decisão de manter como está e avaliar com a TI
323 alternativa de colocar só aumento de vagas. Após a discussão dos pontos de pauta foram
324 analisados os processos físicos e logo após os eletrônicos. Os trabalhos foram concluídos às 13
325 horas do dia 25 de maio de 2016 e eu Rafaela Pereira Tostes, transcrevi a presente ata que
326 encaminho para aprovação.