

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



***“Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência)”***

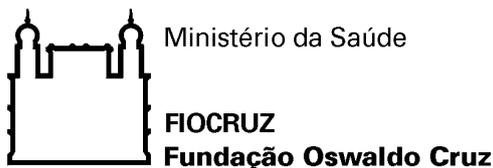
*por*

***Helena Lemos Petta***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Roberto Passos Nogueira*

Rio de Janeiro, junho de 2011.



*Esta dissertação, intitulada*

***“Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência)”***

*apresentada por*

***Helena Lemos Petta***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Frederico Augusto Barbosa da Silva

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego

Prof. Dr. Roberto Passos Nogueira – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 29 de junho de 2011.*

## Catalogação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

P499 Petta, Helena Lemos

Formação de Médicos Especialistas no SUS: Descrição e Análise da Implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRO-RESIDÊNCIA). / Helena Lemos Petta. -- 2011.

112 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Nogueira, Roberto Passos

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Educação Médica. 2. Sistema Único de Saúde. 3.  
Formulação de Políticas. 4. Políticas Públicas. 5. Gestão em  
Saúde. 6. Estratégias. I. Título.

CDD - 22.ed. – 610.7

"As coisas mudam no devagar depressa dos tempos"

*João Guimarães Rosa*

Para Adriano, meu amor, e ao nosso futuro rebento...

## **Agradecimentos**

A minha família: Augusto, Tide, Tininha, Orlando, Gustavo, Silvia e Renata, exemplos de dedicação a um mundo melhor. E a nova geração, tão querida: Maria e Guilherme.

À Ana Estela Haddad, pela oportunidade.

Às minhas amigas e “mestras”: Denise Mafra e Eliana Claudia de Otero Ribeiro.

Aos grandes pensadores e filósofos da saúde: Roberto Passos Nogueira, a quem tive a honra de ter como orientador e Sábado Girardi, culpado por tudo isso.

Aos amigos da SGTES e do MEC: Brenelli, Clarice, Regina Nogueira, Ana Maria, Andréa, Marcio, Bruno, Patro e Jeanne, também autores desta história.

E a todos que lutam por um Brasil melhor ...

## RESUMO

O presente trabalho descreve e analisa os objetivos, estratégias, problemas e dificuldades na implementação do Programa Nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas – PRO-RESIDÊNCIA. A partir da descrição de sua construção, dos resultados dos dois Editais lançados em outubro de 2009 e dos avanços relacionados aos objetivos da política proposta, foi realizada uma pesquisa-ação, sendo utilizadas abordagens qualitativas e quantitativas. Como resultados, verificou-se que a entrada do tema na agenda política teve como fatores determinantes: ação organizada de grupos sociais ligados ao tema; embasamento científico em pesquisas e opiniões de especialistas na área; bem como institucionalização de Comissão Interministerial entre Ministérios da Saúde e da Educação para formulação de políticas na área Gestão da Educação na Saúde. A abertura de vagas pelo programa indicou uma melhor distribuição geográfica e priorização de especialidades estratégicas para o SUS e os projetos de apoio matricial revelaram uma capacidade em gerar mudança no modelo de formação iniciando uma nova relação entre as necessidades do sistema de saúde e a formação médica especializada. Conclui-se que a estratégia do apoio matricial constitui-se como um modelo de política pública mais potente para gerar as mudanças necessárias na formação médica especializada, porém outras ações estruturantes para a residência médica, como um novo marco regulatório e Diretrizes Curriculares Nacionais, combinada a implementação de políticas para gestão do trabalho médico especializado no SUS, são fundamentais para contribuir com a efetivação da política proposta.

## **ABSTRACT**

This paper describes and analyzes the objectives, strategies, problems and difficulties in implementing the National Programme to support the training of specialists in strategic areas - PRO-RESIDENCIA. From the description of its construction, the results of two Notices issued in October 2009 and progress toward the objectives of the proposed policy, we conducted an action-research, using both qualitative and quantitative approaches. As a result, it was found that the entry of the subject on the agenda was determined by: action of organized social groups related to the subject; scientific background in research and expert opinions in the area, as well as the institutionalization of the Interministerial Commission between the Ministries of Health and Education for policy formulation in the area Health Education . The vacancy by the program showed a better geographical distribution and prioritization of strategic expertise to the SUS and support projects, matrix revealed a capacity to generate change in the training model starting a new relationship between the needs of health care and specialized medical training. It is concluded that the strategy of support matrix as a model of public policy to generate more powerful the necessary changes in specialist medical training, but other structural actions for the residency as a new regulatory and National Curriculum Guidelines, combined implementation of policies for management of medical specialist in public health system is fundamental to contribute to the effectiveness of the proposed policy.

**INDICE**

<b>RESUMO</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>11</b>
<b>LISTA DE TABELAS E QUADROS</b> .....	<b>13</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 Objetivos</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2 Sobre o tipo da pesquisa</b> .....	<b>19</b>
<b>1.3 Delimitação do campo de estudo e coleta de material</b> .....	<b>20</b>
<b>1.4 Análise do material</b> .....	<b>20</b>
<b>1.5 Aspectos éticos</b> .....	<b>22</b>
<b>2. MARCOS HISTÓRICO-CONCEITUAIS</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 Políticas públicas, desenvolvimento social e recursos humanos em saúde</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 Novas necessidades em saúde e formação médica especializada</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3 Histórico da formação de médicos especialistas no Brasil</b> .....	<b>31</b>
<b>2.4 Estudos sobre necessidades de médicos especialistas no Brasil</b> .....	<b>38</b>
<b>3. A CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS</b> .....	<b>47</b>
<b>4. RESULTADOS DOS EDITAIS LANÇADOS</b> .....	<b>56</b>
<b>4.1 Edital 07/2009</b> .....	<b>56</b>
<b>4.2 Edital 08/2009</b> .....	<b>67</b>
<b>4.3 Análise dos eixos estruturantes</b> .....	<b>72</b>
<b>5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b> .....	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>83</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO I - RESOLUÇÃO CFM Nº 1845/2008 .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO II - DECRETO DE 20 DE JUNHO DE 2007.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO III - PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 1.001, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO IV - EDITAL CONVOCATÓRIO Nº 07, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009 .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO V - EDITAL CONVOCATÓRIO Nº 08, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009 .....</b>	<b>105</b>

## Lista de Figuras

<b>FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS POR REGIÃO – EDITAL 07/2009 .....</b>	<b>58</b>
<b>FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS POR ÁREAS DE INTERVENÇÃO – EDITAL 07/2009.....</b>	<b>58</b>
<b>FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO ATENÇÃO BÁSICA POR REGIÃO – EDITAL 07/2009....</b>	<b>59</b>
<b>FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA POR REGIÃO – EDITAL 07/2009.....</b>	<b>60</b>
<b>FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO ÁREAS BÁSICAS POR REGIÃO – EDITAL 07/2009 .....</b>	<b>60</b>
<b>FIGURA 6 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA POR REGIÃO – EDITAL 07/2009</b>	<b>61</b>
<b>FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS EM OUTRAS ESPECIALIDADES POR REGIÃO – EDITAL 07/2009 .....</b>	<b>61</b>
<b>FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO SAÚDE DA MULHER POR REGIÃO – EDITAL 07/2009</b>	<b>61</b>
<b>FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO SAÚDE MENTAL POR REGIÃO – EDITAL 07/2009.....</b>	<b>62</b>
<b>FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO ATENÇÃO AO CÂNCER POR REGIÃO – EDITAL 07/2009.....</b>	<b>63</b>
<b>FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO ATENÇÃO AO IDOSO POR REGIÃO – EDITAL 07/2009 .....</b>	<b>63</b>
<b>FIGURA 12 – BOLSAS EFETIVADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANO 2010, POR REGIÃO.....</b>	<b>64</b>

**FIGURA 13 – PERCENTUAL DE BOLSAS APROVADAS/EFETIVADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANO 2010, POR REGIÃO ..... 65**

**FIGURA 14 – PERCENTUAL DE BOLSAS APROVADAS/EFETIVADASPELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANO 2010, POR ÁREA DE INTERVENÇÃO ..... 66**

**FIGURA 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROJETOS APROVADOS POR REGIÃO – EDITAL 08/2009 ..... 69**

**FIGURA 16 – DISTRIBUIÇÃO DE PROJETOS APROVADOS POR ESPECIALIDADE – EDITAL 08/2009 ..... 69**

**FIGURA 17 - INSTITUIÇÕES MATRICIADORAS E ESTADOS MATRICIADOS - EDITAL 08/2009 ..... 70**

## Lista de Tabelas e Quadros

<b>TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS OCUPADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIÃO. BRASIL, 2008.....</b>	<b>39</b>
<b>TABELA 2 - NÚMERO DE MÉDICOS OCUPADOS (POR 100 MIL HAB.). BRASIL, 2008.....</b>	<b>40</b>
<b>QUADRO 1 – EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....</b>	<b>41</b>
<b>TABELA 3 - NÚMERO DE MÉDICOS POR ESPECIALIDADE (POR 100 MIL HAB.) BRASIL, 2008.....</b>	<b>41</b>
<b>QUADRO 2 - ÁREA DE INTERVENÇÃO E ESPECIALIDADES CORRESPONDENTES .....</b>	<b>56</b>
<b>QUADRO 3 – ESPECIALIDADES E ESTADOS APOIADOS PELO EDITAL08/2009 EM QUE NÃO HAVIA OFERTA DE FORMAÇÃO VIA RESIDÊNCIA MÉDICA .....</b>	<b>71</b>
<b>QUADRO 4 - ESPECIALIDADES REQUERIDAS PARA MATRICIAMENTO E NECESSIDADES DE SAÚDE LOCAIS CITADAS NOS PROJETOS APROVADOS.....</b>	<b>73</b>
<b>QUADRO 5 - INICIATIVAS RELATADAS NOS PROJETOS QUANTO À GESTÃO DA EDUCAÇÃO E/O TRABALHO NA LINHA DE CUIDADOS PERTINENTE À ESPECIALIDADE.....</b>	<b>74</b>



## 1. Apresentação

O presente trabalho descreve e analisa dados preliminares da implementação de uma política pública voltada para induzir a abertura de vagas e programas de residência médica em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde. Combinado à ampliação de vagas, buscou-se induzir a mudança de modelo dos programas de residência médica a partir de uma concepção que prioriza as necessidades sociais, a integração dos processos formativos aos serviços assistenciais organizados em redes de atenção em saúde e o desenvolvimento de habilidades e competências para formação do especialista.

A formação médica especializada, por meio da residência médica, embora institucionalizada no país há mais de 30 anos e financiada pelo poder público, nunca havia sido objeto de formulação de políticas públicas específicas, carecendo, portanto, de mecanismos de articulação entre necessidades de profissionais e a oferta de formação. Durante esse período, constata-se que prevaleceram interesses corporativos e de mercado pela ausência de ações regulatórias para a residência médica entendidas como “regras, orientações, medidas de controle e valoração que possibilitam o exercício do controle social em atividades de serviço público (...) permitindo a adequação necessária as diferentes circunstâncias que se configuram” (Conforto, 1998).

Em outubro de 2009, foi lançado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (MS), e pela Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação (MEC), o Programa Nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (PRO-RESIDÊNCIA) com objetivo de favorecer a formação de médicos especialistas, na modalidade residência médica, em especialidades e regiões prioritárias do país, definidas em comum acordo com gestores do Sistema Único de Saúde. Busca articular e promover a interlocução entre as demandas do sistema de saúde, focadas na organização de Redes de Atenção à saúde, e as potencialidades das instituições formadoras. Este programa já vem produzindo um conjunto de transformações que merecem ser investigadas, conforme o objetivo deste estudo.

Esta pesquisa foi desenvolvida como dissertação no programa de Mestrado Profissionalizante *Desenvolvimento e Políticas Públicas* do Instituto de Pesquisas

Econômicas Aplicadas (IPEA) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), organizado com o intuito de “fortalecer, no contexto brasileiro, a capacidade de gestão pública, por meio de formação teórica e capacitação técnica de gestores que atuam no campo da formulação, implementação, análise e avaliação de políticas públicas”.

O Mestrado Profissional é aqui entendido como uma modalidade de formação cujo objetivo primordial é a capacitação para o exercício profissional avançado e transformador, tornando os profissionais capazes de refletir sobre suas práticas e permitindo a análise de situações de seu cotidiano no mundo do trabalho num escopo mais amplo (CAPES, 2010). O presente estudo deve ser entendido como expressão desse modelo de formação, tendo como objetivo descrever e analisar o processo de implementação do Programa Nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas - PRO-RESIDÊNCIA, buscando problematizar a iniciativa dessa política pública, por meio da reflexão sobre seus primeiros resultados.

A autora desta dissertação, quando médica residente, foi presidente da Associação de Médicos Residentes do estado de São Paulo (AMERESP) e teve uma história de militância na área. Posteriormente trabalhou como consultora da Organização Pan-Americana de Saúde, estando responsável pela ordenação e acompanhamento da implementação do PRO-RESIDÊNCIA, junto ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS). Ocupa, portanto, nesta pesquisa, o lugar de uma observadora participante (Minayo, 2000).

Esteve inserida como assessora da Subcomissão de Estudos e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil e, posteriormente, no grupo formulador do PRO-RESIDÊNCIA. Participando da realidade dos atores envolvidos nesta pesquisa, em seus próprios contextos, teve contato direto com a formulação do problema aqui tratado, desde os primeiros estudos até o presente momento, podendo reconhecer o fenômeno observado em seu desenvolvimento cotidiano.

Este trabalho está estruturado em seções específicas com a abordagem de marcos histórico-conceituais de quatro aspectos fundamentais para análise a que se propõe a autora: Políticas públicas, desenvolvimento social e recursos humanos em saúde, novas necessidades em saúde e formação médica especializada, histórico da

formação de médicos especialistas e estudos sobre as necessidades de médicos especialistas no Brasil.

Na primeira, discute-se a centralidade do setor saúde no novo projeto de desenvolvimento e a importância dos recursos humanos para efetivação das políticas de saúde propostas. A segunda analisa as novas necessidades no campo da saúde e seus impactos na formação médica especializada. Na terceira, descreve-se o histórico da formação médica especializada no país e sua relação com as políticas públicas de saúde e educação. Na última parte, são apresentados dados sobre a distribuição de médicos no Brasil e os estudos encomendados sobre a escassez de médicos especialistas nas diversas regiões.

Em seguida, no Capítulo 3, analisa-se o processo de construção do Programa Nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas, desde a ação de grupos sociais até sua institucionalização em outubro de 2009. O Capítulo 4 apresenta os resultados dos Editais lançados pelo PRO-RESIDÊNCIA e analisa os eixos estruturantes da política.

Por fim, discutem-se os dados obtidos e conclui-se o estudo, com indicações de novas análises sistemáticas sobre o tema e da necessidade de um novo conjunto de ações para a efetivação da política proposta.

### *1.1 Objetivos*

O objetivo geral deste estudo é descrever e analisar os objetivos e estratégias, problemas e dificuldades na implementação do Programa Nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (PRO-RESIDÊNCIA).

Como objetivos específicos, o estudo pretende descrever e analisar a construção do PRO-RESIDÊNCIA, os resultados dos dois Editais lançados em outubro de 2009 e os avanços relacionados aos objetivos da política proposta.

## ***1.2 Sobre o tipo da pesquisa***

Esta pesquisa define-se como uma pesquisa-ação, na área de conhecimento das políticas públicas brasileiras de formação de recursos humanos na saúde.

Tripp (2005, pg 447) entende pesquisa-ação como sendo “uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática”, e que deve atender aos critérios comuns a outros tipos de pesquisa acadêmica (isto é, enfrentar a revisão pelos pares quanto a procedimentos, significância, originalidade, validade etc.). Essa se distingue claramente da prática e, embora seja pesquisa, também se distingue claramente da pesquisa científica tradicional, principalmente porque a pesquisa-ação ao mesmo tempo altera o que está sendo pesquisado, ao propor uma ação, e é limitada pelo contexto e pela ética da prática.

Thiollent (1996) define a pesquisa ação como uma pesquisa social, com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação e com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e participativo.

Nesse sentido, Souza (2006, p. 4) mostra que a Política Pública como campo de conhecimento “... busca ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar esta ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso desta ação (variável dependente)”. A Política Pública como área de conhecimento e disciplina acadêmica nasceu nos Estados Unidos, rompendo com a tradição européia que privilegiava mais a análise sobre o Estado e as instituições do que a produção dos próprios governos. O pressuposto analítico é de que o que os governos fazem ou deixam de fazer é possível se ser analisado cientificamente (Souza, 2006).

Laswell (1936) foi quem introduziu pela primeira vez a expressão *public analysis* (*análise de política pública*) como forma de conciliar o conhecimento científico e acadêmico com a produção empírica dos governos. Esse campo de conhecimento recorre a contribuições de uma série de disciplinas diferentes, a fim de interpretar as causas e conseqüências da ação do governo, em particular, ao voltar sua atenção ao processo de formulação de políticas.

### ***1.3 Delimitação do campo de estudo e coleta de material***

Diante das características da pesquisa proposta, diversas eram as possibilidades para se analisar e descrever o programa em questão. A complexidade referente ao conjunto de ações e atores envolvidos em uma iniciativa relacionada à implantação de um programa governamental gera diversos recortes e possibilidades de se apreender a realidade. Portanto, fez-se necessário um recorte no objeto que fosse capaz de conter relações essenciais e expressar a especificidade de uma área de interesse determinada (Minayo, 2000).

Para coleta de material para a pesquisa foram analisados dados secundários de revisão bibliográfica sobre o tema e foi realizada a análise documental.

Na revisão bibliográfica, consultou-se literatura nacional e internacional sobre os temas relativos a Políticas Públicas, Políticas de Saúde, Políticas para Formação de Recursos Humanos em Saúde, Trabalho Médico, Educação Médica e Residência Médica.

Foram também estudados, para análise documental, os documentos produzidos pela Comissão Interministerial da Gestão da Educação na Saúde, por meio da Subcomissão de Estudos e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, bem como as Portarias e Editais lançados. Também foram analisados os projetos enviados ao Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES), bem como banco de dados disponibilizado por este Departamento.

### ***1.4 Análise do material***

Na análise do material foram utilizadas abordagens qualitativas e quantitativas, produzindo triangulações (Minayo e cols, 2005).

Na análise quantitativa foi realizada estatística descritiva dos dados encontrados a partir dos resultados de dois Editais lançados pelo programa. Na análise qualitativa buscou-se descrever e analisar a construção e a implementação do programa a partir de três componentes principais:

1. Entrada do tema na agenda política;

2. Capacidade de indução de abertura de vagas;

3. Capacidade de mudança de modelo de formação

Para tanto, foram elaboradas três questões principais:

- Quais foram os principais elementos para que o tema em questão entrasse na agenda política?
- Os resultados dos Editais 07 e 08/2009 indicam uma melhor distribuição geográfica e priorização de especialidades estratégicas para o SUS, conforme os objetivos do programa?
- Os projetos aprovados pelo Edital 08/2009 contêm elementos que configuram uma nova relação entre as necessidades do sistema de saúde e a formação médica especializada?

Para responder à primeira questão, buscou-se analisar os dados de revisão bibliográfica e de documentos produzidos no período.

Para a segunda questão foram analisados os resultados dos editais verificando a distribuição dos projetos aprovados por área geográfica (regiões do Brasil) e por especialidades médicas. Em seguida, a partir do agrupamento das especialidades em linhas de cuidado, também se analisou a distribuição de projetos aprovados por região geográfica dentro de cada linha de cuidado.

Para responder à terceira questão, a pesquisadora optou por analisar os projetos aprovados do Edital 08/2009 pela possibilidade de uma melhor categorização de seus conteúdos. Para tanto, buscou-se analisar os projetos a partir de três eixos principais:

- Referência à necessidade de formação na especialidade a partir das necessidades de saúde;
- Grau de envolvimento da gestão da saúde do município ou estado na proposição;
- Referência a outros cenários de formação, contidos na linha de cuidados em que se insere a especialidade.

### ***1.5 Aspectos éticos***

Esta pesquisa foi realizada apenas com documentos e dados de livre acesso, públicos e divulgados, não necessitando, portanto, de aprovação pelo Comitê de Ética.

## 2. Marcos histórico-conceituais

### *2.1 Políticas públicas, desenvolvimento social e recursos humanos em saúde*

A questão dos recursos humanos na saúde, embora há várias décadas apareça como importante para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), permaneceu distante da agenda central das políticas de saúde formuladas e implementadas no Brasil. Da mesma forma que, as políticas de saúde, embora com uma longa tradição de formulação e implementação, ainda, de fato, não ocuparam centralidade na agenda estratégica para o desenvolvimento do país.

Muitos autores têm discutido sobre a necessidade de uma nova abordagem teórica e política sobre o tema do desenvolvimento, historicamente entendido apenas como “modernização técnica, crescimento econômico ou desenvolvimento das forças produtivas”. (Pochman, M. 2009; Delgado & Theodoro M., 2005). Esse novo paradigma, que prevê o “desenvolvimento com equidade”, entende a igualdade social como o princípio basilar para o desenvolvimento. O acesso dos grupos sociais historicamente excluídos das condições produtivas aos benefícios do crescimento econômico e às garantias de um sistema de proteção social constitui elemento essencial nesta nova abordagem. (Delgado & Theodoro M., 2005).

Ganha centralidade, a partir desse novo entendimento, o papel do Estado na formulação e implementação das Políticas Públicas. Em especial, as Políticas Sociais e a construção dos Sistemas de Proteção Social passam a ter um caráter estruturante, sendo elemento central para o desenvolvimento do país.

No Brasil, as Políticas Sociais foram institucionalizadas a partir da Constituição de 1988, em seu Art. 6º - Direitos Sociais –e em seu Título III – Da Ordem Social – com destaque aos Capítulos II e III: Seguridade Social e Educação, nos quais é tratada a constituição de Sistemas Públicos de Saúde, Previdência e Assistência Social (Santos, N. R., 2010).

Dentre esses, o SUS, constitui-se no maior Sistema de Proteção Social do país, tendo como princípios constitucionais a universalização do acesso, a integralidade da assistência, a equidade e a participação social. Embora vários avanços tenham sido alcançados, passados 23 anos de sua criação, muitos são os desafios para sua real

implementação. Além de questões estruturais centrais, como subfinanciamento do sistema e o modelo de gestão, merece destaque também a necessidade de mudança do modelo assistencial para maior ênfase à atenção primária à saúde (Campos, F. E, 2001; Starfield, B., 2002; Paim, J, 2008) e à formação de redes de atenção à saúde, com maior integração e co-responsabilização entre os níveis de assistência (Mendes, E.V, 2000; Campos G. W, 2006).

Também permanecem como problemas crônicos a serem enfrentados, a escassez e a fixação de profissionais de saúde, em especial de médicos, nas regiões mais carentes, assim como nas periferias dos grandes centros do nosso país. De maneira geral, há carência de médicos na atenção primária à saúde, mas também, conforme apontam pesquisas sobre o tema, há carência de médicos especialistas em diversas áreas e regiões do Brasil (Girardi et al, 2009).

Sabe-se que situações de carência e má distribuição geográfica de profissionais de saúde têm sido apontadas como problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos da maioria dos países e regiões (Girardi et al, 2009). O enfrentamento deste problema é complexo, exigindo um conjunto combinado de ações. Este conjunto de estratégias envolve desde incentivos financeiros até a construção de políticas públicas voltadas à gestão do trabalho e da educação na saúde.

Do ponto de vista educacional, destaca-se uma discussão bastante antiga, porém com poucos avanços: a formação, a qualificação e a regulação de recursos humanos na área da saúde, a partir das necessidades do SUS. Essa discussão presente na área da saúde desde a década de 70 (Nogueira, R. P, 1983, 1986; Machado, M. H., 1996, Pierantoni C., 2000), tem como marco fundamental a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 200, inciso III, que estabelece que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Desde então diversas são as iniciativas nesse sentido, tanto governamentais, como da sociedade civil organizada.

De maneira geral, durante esses anos, as iniciativas no campo da educação dos profissionais em saúde tiveram como foco a reorientação da formação em saúde no âmbito da graduação, tendo como marco a promulgação, em 2001, das novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação de Medicina (MEC/CNE, 2001). Também é importante destacar, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, o lançamento

de Programas de incentivo às mudanças curriculares, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROMED, 2001; PRO-SAÚDE, 2005) e de incentivo à integração ensino e serviços de saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho para saúde (PET – saúde, 2010).

Esses programas, de maneira geral, estão orientados para uma formação mais qualificada, que leva em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da saúde. Propõe a superação do “paradigma flexeriano”, que tem como características principais a predominância do enfoque biomédico, o conhecimento fragmentado por especialidades e as atividades de ensino utilizando como cenário de prática apenas o ambiente hospitalar. A superação desse paradigma busca promover a ênfase na promoção, preservação e recuperação da saúde, a partir da ampliação do referencial de entendimento do processo saúde-doença, com a incorporação de questões subjetivas e sociais, para além do componente biológico, com a incorporação de outros profissionais ao cuidado, com a constituição de equipes multiprofissionais e a utilização de todos os níveis de assistência como cenário de práticas (Campos, F. E et al, 2001; Lampert, J. B; 2009; Massuda, A., 2010).

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, destacam-se dois marcos importantes no contexto da regulação dos Cursos de graduação: a promulgação do Decreto nº 5.773 de 9 de maio de 2006, estabelecendo novos critérios para autorização de cursos de graduação em Medicina a partir das necessidades do SUS, e a retomada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) da emissão de pareceres para autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de novos cursos na área da Saúde, incluindo os de Medicina em 2007.

Entretanto, a formação médica especializada, presente no país há mais de 30 anos, nunca havia sido objeto de políticas públicas específicas. O Programa Nacional de apoio à formação de médicos especialistas – PRO-RESIDÊNCIA, lançado em outubro de 2009, constitui-se em um marco de construção e implementação de uma política pública destinada a fomentar a formação médica especializada, a partir das necessidades de saúde no país. Esta política, embora recente, tem produzido resultados e é objeto de investigação do estudo proposto.

## ***2.2 Novas necessidades em saúde e formação médica especializada***

A crescente incorporação tecnológica e o aumento de custos com saúde, aliados à baixa resolutividade dos problemas, resultaram em uma “crise de legitimidade” do modelo hegemônico, centrado no hospital, desarticulado em seus níveis de assistência e hiperfragmentado. Com isso, há várias décadas, diversos atores do setor saúde têm discutido sobre a necessidade de se implementar novos modelos de organização dos serviços, bem como novas práticas assistenciais.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, com o lançamento pela Organização Mundial da Saúde do programa *Saúde para Todos no ano 2000*, já apontava um conjunto de proposições, discutidas e implementadas por alguns países naquele período, que enfatizavam a necessidade de mudança no modelo de organização dos serviços, dando ênfase aos cuidados primários à saúde. Estas proposições entendiam como central a prevenção e promoção à saúde, a participação comunitária, a intersetorialidade para abordagem dos problemas dos determinantes sociais e atuação de equipes multidisciplinares (Coelho, 2008). A partir da década de 1980, inúmeros estudos demonstraram que países com uma orientação mais forte para a atenção primária à saúde, possuíam melhores níveis de saúde com custos mais baixos (Starfield, 2002).

Autores têm discutido, porém, sobre a necessidade de revelar quais são as distintas interpretações que envolvem o conceito de atenção primária a saúde. Giovanella (2008) destaca duas concepções predominantes: uma ligada a serviços ambulatoriais de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, não especializados, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e, por vezes, de ações de saúde pública, direcionados a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, tal como proposto em Alma Ata. Outra, de um programa focalizado e seletivo com cesta restrita de serviços, sem a reorganização do sistema com um todo. Para a autora, o debate sobre estas duas concepções, denominadas atenção primária “abrangente” ou “seletiva” torna-se imperativo, pois se constituem em distintas concepções sobre o modelo assistencial adotado.

Merhy e Queiroz (1993) identificaram estas distintas concepções como duas correntes políticas-ideológicas, presentes desde o início dos anos 1970 no país: a conservadora e a reformadora. A primeira, que defende uma lógica de mercado para a organização dos serviços de saúde e cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica baseada no produtor privado e que nada tinha a dizer sobre a reorganização do modelo assistencial, deixando para o Estado as áreas em que não há interesse econômico. Já a posição reformadora preconiza a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, através formação de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados de acordo com sua complexidade tecnológica e da unificação das ações a nível ministerial. Torna-se estratégica, nesta concepção, uma rede básica de saúde que funcione como porta de entrada de um sistema mais amplo e que obedeça à hierarquia tecnológica da assistência à saúde, com a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção.

No caso brasileiro, cabe destacar, que a corrente dita “reformadora” deu início à organização do *movimento sanitário* que se inicia nas décadas de 1970, em um período marcado pela Ditadura Militar, constituindo-se em um campo de saber e em um movimento ideológico, com intuito de reformar as práticas e a organização do sistema de saúde, na perspectiva de construção de uma Reforma Sanitária (Massuda, A., 2008). Para Jairnilson Paim “... a Reforma Sanitária Brasileira é um projeto político-cultural nascido da sociedade, no interior dos movimentos sociais pela democratização da saúde” (Paim, J, 1996, pg 59).

O movimento de Reforma Sanitária, aliado ao referencial proposto em Alma Ata, inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde de atenção primária no final da década de 1970 e início de 1980, trazendo aportes conceituais e práticos para a organização dos serviços (Gil, C. R. R, 2006). Posteriormente na década de 1990, o Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi escolhido como proposta de modelo para a atenção básica. Inicia-se em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e amplia-se em 1994, com a constituição das equipes de saúde da família (MS, 2005). Atualmente existem no país cerca de 30.000 equipes no país.

Apesar da expansão significativa do acesso e da ESF ter se consolidado nestas últimas décadas como modelo de atenção primária no nosso país, passadas mais de três

décadas, pouco se avançou na mudança de modelo assistencial e nas práticas de saúde adotadas. O hospital ainda permanece como locus principal da assistência, desintegrado dos demais níveis, bem como os serviços ainda mantêm uma abordagem fragmentada do cuidado, com dificuldade na abordagem de questões subjetivas e sociais, para além do componente biológico no entendimento do processo saúde-doença.

Com isso, têm se discutido no último período, as transformações do mundo contemporâneo e os limites do modelo de saúde tradicional proposto (Campos, 2006; Massuda, 2008). Os grandes conglomerados urbanos, o envelhecimento populacional, a violência, novos padrões de sexualidade, entre outros, relacionam-se diretamente com novas questões colocadas ao setor saúde, exigindo novas formas de organização e atuação dos profissionais. Novas questões como a re-emergência de doenças infecciosas como a dengue, o uso abusivo de álcool e outras drogas como o crack, as doenças crônicas degenerativas e os traumas, exigem outra relação intersetorial, entre os níveis do sistema de saúde e no próprio cuidado ao paciente.

A integração e a articulação entre os diversos níveis do sistema, assim como a ampliação da Clínica (Campos, 2006) aparecem como eixos primordiais para a concretização políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde. O reconhecimento da interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos aspectos, faz-se mais do que necessário. (Hartz Z, 2004)

No que tange a este aspecto, vem ganhando destaque nos últimos anos a discussão sobre a necessidade da formação de redes de atenção à saúde como estratégia de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção do SUS em âmbito nacional (Documento REDES/MS, 2009). As redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 1920, no Reino Unido, a partir da concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde (Mendes E. V., 2007), tomam novamente destaque na agenda política da saúde, a partir do intenso processo de municipalização e descentralização do setor saúde, pós Constituição Federal de 1988. Este processo, embora de alta relevância, ocorre de modo fragmentado, perdendo-se uma visão global do País. Gastão Wagner (2006) em artigo que descreve os efeitos paradoxais da descentralização do SUS mostra que, embora a descentralização tenha

sido sinônimo de redemocratização durante o período de construção do SUS, vai ter como um de seus efeitos a diminuição do caráter sistêmico do “sistema” de saúde, fragmentando as ações, os serviços e o cuidado ao paciente. O autor defende que a formação das redes de atenção à saúde é condição *sine qua non* para a constituição de um sistema público e integral.

Neste contexto torna-se imprescindível uma melhor definição do papel e das funções do Hospital, que passam a ser definidas a partir das demandas apresentadas pelo Sistema de saúde como um todo, integrado a outros níveis de atenção, a partir das Redes de atenção à saúde.

Alguns autores têm como propostas a implementação de arranjos e dispositivos para que esta integração ocorra de maneira efetiva, como a construção de diretrizes e protocolos clínicos compartilhados, a gestão por patologias, etc. Entre estas, ganha destaque a constituição de “linhas de cuidado”, a partir do entendimento da integralidade como síntese de múltiplos cuidados realizados por distintos profissionais em diferentes pontos do sistema (Cecílio & Merhy, 2003). As linhas de cuidado seriam a concretização do itinerário para garantir a construção da atenção à saúde, da Unidade básica ao Hospital. A partir desta concepção, alguns gestores têm apresentado como política de saúde a construção de linhas de cuidado a partir de núcleos de ações prioritárias, como a linha de cuidado da saúde mental, da saúde da criança, da saúde mulher, da saúde do idoso, etc.

Também como um dos dispositivos importantes de articulação entre os níveis, associado à ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença, Campos (1999) propõe a constituições de Profissionais e Equipes de referência com o Apoio Matricial Especializado, como mecanismos de articulação, responsabilização e co-produção do cuidado.

Para Campos (1999, p.4):

o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos

trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários”.

O Apoio matricial consiste em um arranjo complementar os mecanismos de referência e contra-referência, sendo construído a partir da constituição de uma retaguarda especializada de apoio às Equipes de referência, no próprio ambiente hospitalar ou do hospital para os demais níveis de assistência. Tem o propósito de uma co-responsabilização dos casos, com uma função técnica-pedagógica, com transferência de tecnologias para a qualificação das equipes.

Nesse contexto, surgem novas necessidades de formação de médicos especialistas, sendo necessária uma reavaliação do papel deste profissional neste novo cenário. A atuação nas linhas de cuidado ou nas redes de atenção a saúde, bem como uma maior responsabilização do cuidado, além de um entendimento diferenciado sobre o processo saúde-doença, para além da biomedicina, impõem uma nova formação médica especializada, baseada na qualificação técnica específica para cada área, porém aliada a uma formação que dialoga com outros profissionais e saberes e que incorpora aspectos relacionados ao cuidado e à gestão.

Nessa nova formação, o hospital deixa de ser o único cenário possível para prestação da assistência. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) passam a ser locus estratégico para uma atuação médica mais qualificada. A despeito da discussão sobre a terminalidade do curso de Medicina e a formação generalista necessária a todos os médicos ao final da graduação, a residência médica em Medicina de Família e Comunidade surge com formação médica especializada a partir de 2002 e importante mecanismo de qualificação destes profissionais.

Além da atenção primária, surgem em diversas áreas outros equipamentos como os hospitais secundários, centros de especialidades médicas, os Serviços de Atendimento Moveis Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS), os Centros de Atenção Psico-Sociais (CAPS), entre outros, todos como cenários de práticas da atenção especializada. Em geral estes equipamentos têm como diretrizes o trabalho multiprofissional, uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença e uma relação direta com atenção primária a saúde.

Também importante, neste contexto, é a incorporação na residência médica, dos arranjos e dispositivos de articulação das redes de atenção. Dispositivos como as Equipes ou profissionais de referência e o Apoio Matricial devem ser construídos com a incorporação dos médicos residentes, para que haja uma maior aproximação entre as necessidades do sistema e a formação médica especializada. Estes acabam por criar uma maior responsabilização sobre o cuidado e um olhar mais ampliado do processo em curso. Para tanto, faz-se necessário também repensar os currículos da residência médica, hoje apenas delineados por conteúdos das especialidades, e não baseados nas competências necessárias a serem adquiridas ao final do processo de ensino-aprendizagem. Soma-se a isso a necessária qualificação da preceptoria imprescindível para as transformações necessárias.

Dessa forma, a formação médica especializada necessita incorporar esse conjunto de transformações em curso para realmente estar em consonância com as necessidades do Sistema Único de Saúde. Torna-se fundamental que, para além da discussão numérica sobre o número de médicos especialistas ideal para o país, que a formação médica especializada, reveja seus cenários, conteúdos e modelos de aprendizagem, articulando-se as novas necessidades em saúde que se configuram.

### ***2.3 Histórico da formação de médicos especialistas no Brasil***

A especialização na área médica é um processo que ocorre após uma formação de caráter geral na graduação. No caso brasileiro, a condição de especialista pode ser alcançada de dois modos. O primeiro, mediante o mecanismo formal do sistema de ensino no âmbito da pós-graduação *lato sensu*, conhecida como residência médica, e o segundo por meio do reconhecimento formal por um órgão de certificação profissional, nomeadamente as Sociedades de Especialidades, pelo reconhecimento da apropriação de conhecimentos específicos em uma determinada especialidade. Ambos os procedimentos outorgam ao médico o título de especialista. (Belivacqua, J; Sampaio, S, 2002).

A residência médica como modalidade de pós-graduação na formação de recursos humanos teve início no século XIX nos Estados Unidos da América, após resoluções da Associação Médica Americana (AMA), entidade com grande influência

nas políticas de saúde da época (Elias, 1987). Ela nasce como uma proposta de aprimoramento profissional voltado para médicos recém-formados, iniciando uma nova concepção de formação médica que privilegia o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço (Feuerwerker, 1998).

Sabe-se que desde o início do século XIX, tanto nos EUA como na Europa, já existiam programas em que médicos cirurgiões recém-formados residiam dentro do ambiente hospitalar para treinamento cirúrgico. Porém, formalmente, foi no ano de 1848 que o Conselho de Hospitais e Ensino Médico da AMA determinou que o ensino médico deveria ser baseado na prática clínica com a utilização da rede hospitalar como cenário de prática de ensino.

Em 1879, no Departamento de Cirurgia do Hospital John's Hopkins, deu-se início à programação destinada ao ensino após a modalidade graduação. Ao assumir a função de chefe do Departamento, William Stewart Halsted nomeou quatro ex-internos para trabalhar como residentes, por um período de quatro a seis anos, com atribuição progressiva e crescente de responsabilidades. Em 1890, William Osler implantou o mesmo sistema para a especialização em Clínica Médica (Nogueira-Martins, LA, 1998).

O termo "Residência" estava relacionado ao fato de que o médico deveria residir na instituição, devendo estar à disposição do serviço em tempo integral, para acompanhar a evolução dos pacientes internados (Elias, 1987).

No Brasil, os primeiros programas surgiram na década de 1940, no então recém inaugurado Hospital das Clínicas de São Paulo, inicialmente, entre outras, nas áreas de Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, e no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro (Sampaio, 1984). Outros programas foram implantados na década de 40 por iniciativa dos serviços de saúde interessados em oferecer programas de aprimoramento profissional, sendo as vagas destinadas inicialmente a um pequeno número de egressos de cursos de medicina. A partir do fim dos anos 1950 e início dos anos 1960, ocorre um aumento do número de vagas para Residência, acompanhando o aumento no número de vagas para graduação em medicina. Neste mesmo período inicia - se o processo de configuração de um modelo médico-assistencial no país (Elias, 1987).

A ampliação do número de vagas oferecidas para treinamento em Programas de Residência Médica (PRM) ocorreu sem que, no entanto, houvesse qualquer tipo de

regulamentação. Isso só aconteceu em 1977, com a publicação do Decreto Federal número 80.281, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão regulador ligado ao Ministério da Educação e, em 1981, com a Lei Federal número 6.932, que elevou a residência médica à “*modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização com treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, sob supervisão de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional*”. Ao lado disso, tal norma também estabeleceu o valor da bolsa a ser paga aos médicos residentes, os direitos trabalhistas a que faziam jus como a licença maternidade, carga horária máxima de trabalho e folgas anuais, entre outros.

Por meio da regulamentação da residência médica, os egressos dos PRM conquistaram o direito de obter o título de especialista outorgado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Desse modo, a residência médica passa a se configurar como uma política pública, sendo a CNRM, composta por representantes do Governo Federal e da Sociedade Civil organizada, o órgão responsável por regulamentar e definir as diretrizes da residência médica no país. Esta Comissão assumiu a função de credenciar os programas de Residência, com base em critérios e em sistemática de credenciamento dos programas, cujos certificados passaram a ter validade nacional; definir as normas gerais que deveriam observar os programas de Residência em Medicina; estabelecer os requisitos mínimos necessários que deveriam atender as Instituições onde seriam realizados os programas de Residência; assessorar as Instituições para o estabelecimento de programas de Residência; avaliar periodicamente os programas, tendo em vista o desempenho esperado em relação às necessidades de treinamento e assistência à saúde em âmbito nacional ou regional; sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos programas que não estivessem de acordo com as normas e determinações emanadas da Comissão (BRASIL, 1977).

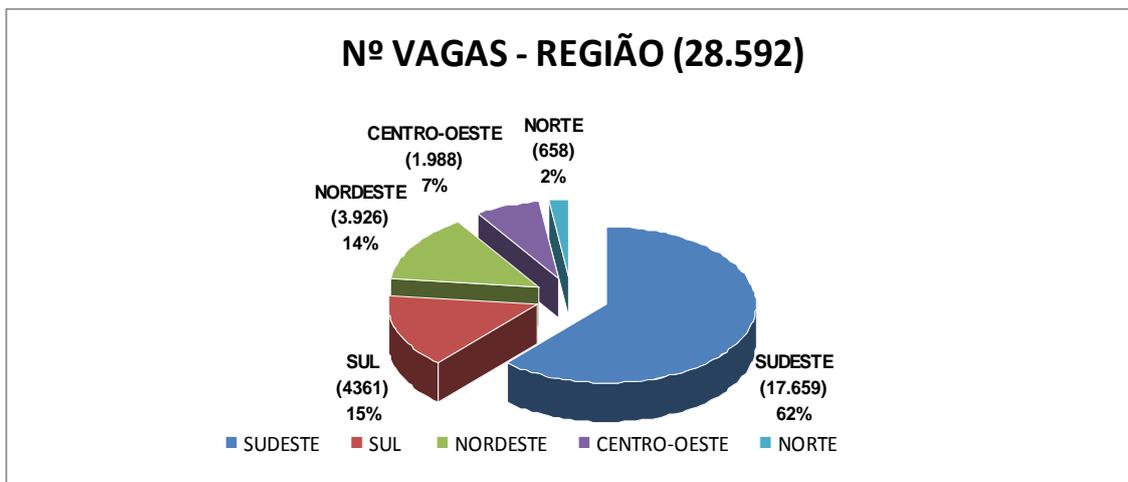
Nessa época, a CNRM era composta por dez membros, a saber: o Diretor Geral do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, um representante da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura; um representante do Ministério da Saúde; um representante do Ministério da Previdência e Assistência Social; um representante do Estado-Maior das Forças Armadas; um representante do Conselho Federal de Medicina; um representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas; um representante da Associação Médica Brasileira; um

representante da Federação Nacional dos Médicos; um representante da Associação Nacional de Médicos Residentes (BRASIL, 1977). Em 1985, através do Decreto N° 91.364, modificou-se esta composição excluindo o representante das Forças Armadas, mantendo-se os demais membros até os dias de hoje (BRASIL, 1985). Em 1987 também foram instituídas as Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREM), subordinadas a CNRM, com a função de vistoriar e fiscalizar os PRM nos estados (BRASIL, 1987).

Em 1977, também através do Decreto 80.281, a CNRM cita como especialidades médicas, passíveis de formação via Residência Médica, preferencialmente as seguintes áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva e Social, denominadas até hoje como especialidades “básicas”. Ao longo destes anos, este número se expandiu consideravelmente. Embora com assento na CNRM, a Associação Médica Brasileira reconhecia um número diferente de especialidades em processo diverso e não ajustado àquele realizado pela CNRM. Apenas em 2002, é celebrado um convênio pela CNRM, AMB e CFM visando a estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialistas. Ao todo, hoje 53 especialidades médicas são reconhecidas e 52 áreas de atuação, conforme Resolução CFM n° 1951/2010 (ANEXO I). Também foram estabelecidas quais especialidades seriam de acesso direto e quais teriam de ter outra especialidade como pré-requisito, e houve a definição de requisitos mínimos para formação em cada área, como cenários de práticas e conteúdos abordados obrigatoriamente. Nota-se uma intensa disparidade entre as especialidades, não sendo construídas diretrizes comuns para a formação médica especializada, como aconteceu no caso da graduação (Resolução CNRM N° 02 /2006).

Atualmente, existem no país 28.592 vagas credenciadas em Programas de Residência Médica (PRM), das quais 11.158 destinam-se a vagas de primeiro ano (R1), 11.170 a vagas do segundo ano (R2), 5.490 as vagas de terceiro ano (R3), e o restante a vagas de quarto, quinto e sexto ano de RM (MEC, 2010). Estas vagas estão distribuídas regionalmente, conforme Gráfico 1.

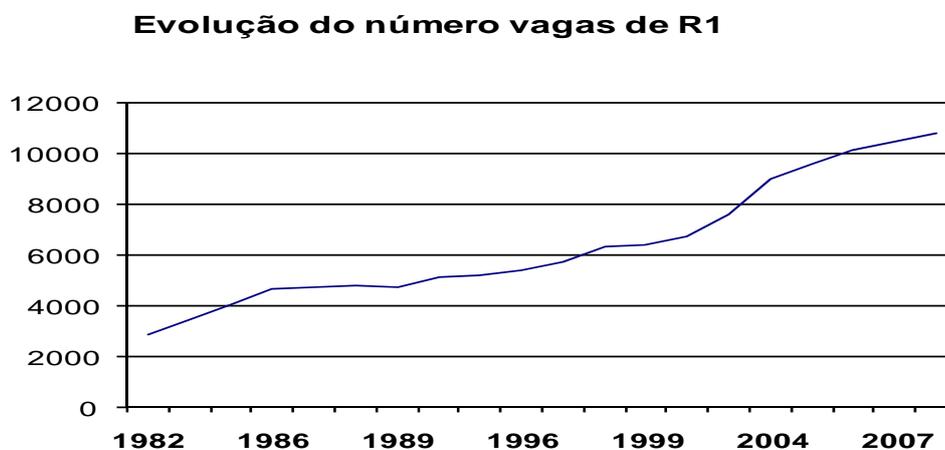
**GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA SEGUNDO REGIÃO DO PAÍS, 2010**



Fonte: MEC/CNRM

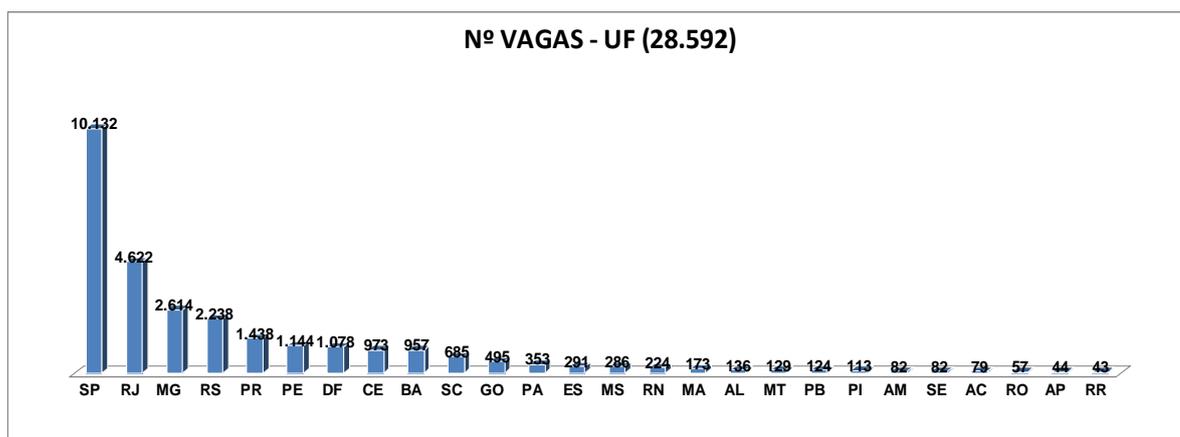
Apesar do crescimento expressivo das vagas (Gráfico 2) há uma distribuição bastante irregular pelas regiões do país.

**GRÁFICO 2 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE VAGAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA 1982-2007**



Fonte: Sampaio SAP, Bevilacqua RG, 2002/CNRM

Na distribuição por estado, observa-se uma grande concentração no estado de São Paulo (10.132 vagas), seguido pelo estado do Rio de Janeiro (4.622 vagas) e Minas Gerais (2.614 vagas), conforme demonstrado no Gráfico 3.

**GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA POR ESTADO, 2010**

Fonte: MEC/CNRM

Além disso, ao se analisar mais detalhadamente a expansão ocorrida nos últimos cinco anos, nota-se que ocorreu um aumento de vagas credenciadas de forma menos expressiva em áreas consideradas básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Medicina de Família e Comunidade), revelando uma tendência na abertura de vagas em áreas mais especializadas (1º Relatório de atividades/Subcomissão de estudos e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil, PAG.46).

Em estudo realizado em 2004, verificou-se que na distribuição de vagas por porte do município, 70,1% das vagas estavam em municípios com mais de 1.000.000 de habitantes e apenas 1% em municípios com menos de 100.000 habitantes. Além disso, 71,2% das vagas encontravam-se nas capitais e 28,8% no interior. Constatou-se também que há diversos municípios em todas as regiões do país que têm estrutura física (capacidade instalada) para receber programas de formação, tanto em áreas básicas, quanto nas especialidades, mas que ainda não os têm (Elias PEM et al, 2004).

Atualmente, 35% das vagas credenciadas são oferecidas por instituições estaduais, 30% por instituições federais, 8% por instituições municipais e o restante (27%) por instituições privadas. Considerando que a maioria das vagas em instituições privadas é custeada pelo poder público, é marcante o predomínio do financiamento público na formação médica especializada no país.

Porém, embora financiada eminentemente por recursos públicos, as decisões da CNRM em relação à definição das diretrizes gerais, como número de vagas, projeto

pedagógico e de avaliação, foram durante muitos anos orientadas por interesses particulares e corporativos, seja pelos serviços e suas chefias, seja pelas Sociedades de especialidades, e não pelas demandas apresentadas pelo Sistema de Saúde.

Por ser uma modalidade de formação baseada na prática, promovendo a inserção do médico recém-formado no processo de trabalho dos serviços de saúde, a residência médica tem um importante impacto para as práticas do Sistema de Saúde, na medida em que os saberes e culturas da formação institucionalizada são projetados para o mundo do trabalho. A residência médica é, assim, influenciada e influenciadora da conformação profissional e das práticas em saúde. Em decorrência dessa característica ambivalente da residência médica, formada pela intersecção entre ensino e trabalho, é preciso que seja entendida e tratada de modo articulado com as políticas públicas de saúde e de educação.

Elias (1987) estuda em sua tese intitulada “Residência Médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência” as modificações da residência médica seria marcada pelas transformações da prática médica e da organização dos serviços de saúde. Para o autor, a residência médica adquiriu papel fundamental na prestação de serviços de saúde, passando os residentes a serem profissionais fundamentais na produção da atenção à saúde. Com isso, teria ocorrido um processo de institucionalização da residência médica no interior das Políticas de Saúde pelo qual o caráter trabalhista da residência médica teria assumido uma importância muito maior do que o seu aspecto educacional. Porém, para o autor, em seu processo de institucionalização pelo Estado, e em decorrência da necessidade de consensos, em especial com a categoria médica, a residência definiu-se por seu projeto educacional.

Para Feuerwerker (1998), a residência médica é parte integrante e fundamental do processo de formação dos médicos, porém intrinsecamente ligada à produção de serviços. Ela estaria na interface entre as políticas de educação médica e as políticas de saúde. Para a autora, no processo de institucionalização da residência médica, prevaleceram os interesses do mercado de trabalho, mediados pelos representantes da corporação médica. Não teria havido nem por parte dos gestores da educação, nem por parte dos gestores da saúde interesse para a formulação de políticas para a residência médica atreladas às necessidades de saúde da população. A própria composição da Comissão Nacional de Residência Médica estaria marcada pela forte presença da corporação médica e de seus interesses. Com isso, a residência médica distanciou-se do

conjunto das transformações ocorridas tanto no âmbito da Educação Médica, quanto no âmbito das Políticas de Saúde.

#### ***2.4 Estudos sobre necessidades de médicos especialistas no Brasil***

Segundo Girardi et al (2009), o problema da escassez e má distribuição de profissionais de saúde é vivenciado por países com distintos sistemas econômicos e políticos e níveis de riqueza e desenvolvimento.

Hoje, o Brasil possui, dependendo da fonte utilizada, entre 150 a 190 médicos por 100 mil habitantes, em uma situação geral que é pior que a de países mais ricos como o Canadá (coeficiente de 210 médicos por 100 mil habitantes), o Japão (193:100 mil), os Estados Unidos (264:100 mil), ficando à frente de países como a Índia (110:100 mil) e a da Coreia (130:100 mil). Na verdade, a relação média de um médico para cerca de 600 habitantes, observada no Brasil, situa-se acima do parâmetro ideal de um médico para cada 1.000 habitantes, por alguns atribuído à Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, esta média geral não revela o grau de desigualdade existente na oferta de médicos entre as diversas regiões do país. De fato, cerca de 7% dos municípios brasileiros não registravam, no início de 2009, a presença de profissionais médicos nos seus limites e aproximadamente 42% da população residia em municípios com relação de menos de um médico para cada 4.000 habitantes (Girardi et al, 2009).

Realizando a análise por região, observa-se que do total de médicos do país ocupados no setor saúde, 249.218, ou seja, mais da metade - 54,33% - estão concentrados na região Sudeste. O número de profissionais ocupados das regiões Norte e Centro-Oeste corresponde a apenas 11,66% do total do país (Tabela 1).

**TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS OCUPADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR REGIÃO. BRASIL, 2008**

Região	Médicos ocupados (indivíduos)	
	N	%
Centro-Oeste	18.389	7,38
Nordeste	46.123	18,51
Norte	10.655	4,28
Sudeste	135.400	54,33
Sul	38.651	15,51
Brasil	249.218	100

Fonte: Girardi et al, 2009/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 2008.

Ponderando os resultados por população, o Sudeste apresenta o maior índice de disponibilidade; são 171,13 médicos ocupados por 100 mil habitantes; a região Sul apresenta o segundo melhor resultado 142,24. Os índices do Norte e Nordeste, abaixo de 100 médicos por 100 mil habitantes, respectivamente, são 71,55 e 89,77 (Tabela 2).

TABELA 2 - NÚMERO DE MÉDICOS OCUPADOS (POR 100 MIL HAB.). BRASIL, 2008

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

Fonte: Girardi et al, 2009/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2008.  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2007.

O autor discute como agravamento do problema o fato de que houve um crescimento vertiginoso no número de estabelecimentos de saúde: ao final da década de 1970, o Brasil contava com apenas 13.133 estabelecimentos de saúde, passando para 18.489, em 1980, e para 77.004, em 2005, gerando mais de 2,5 milhões de empregos diretos de saúde, dos quais boa parte está concentrada na esfera municipal (Quadro 1). Para Girardi et al (2009), paralelamente ao processo de municipalização do SUS, o Brasil experimentou um crescimento de municípios sem precedentes, tendo cerca de 2.763 municípios na década de 1950, registrando até 1964 um aumento de mais de mil municípios, e passando a ter, em 2004, 5.562 municípios. Resumindo, em 50 anos, o Brasil dobrou o número de municípios. Com isso, para o autor, os municípios acabaram apresentando menor aptidão para o provimento e fixação de profissionais de saúde.

**QUADRO 1 – EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.**

<b>Variáveis</b>	<b>1980</b>	<b>1992</b>	<b>2005</b>
<b>Estabelecimentos</b>	18.489	49.676	77.004
Privado	8.444	22.584	31.915
Público	10.045	27.092	45.089
Federais	1.575	1.387	1.044
Estaduais	5.768	7.043	1.496
Municipais	2.712	18.662	42.549
<b>Empregos*</b>	573.629	1.438.708	2.566.694
Público	265.956	735.820 (51,1)	1.448.749
Privado	307.673	702.888 (48,9)	1.117.945
<b>Empregos públicos</b>	265.956	735.820	1.448.749
Federais	122.475	113.987	105.686
Estaduais	96.443	315.328	345.926
Municipais	47.038	306.505	997.137

Fonte: Girardi et al, 2009/ IBGE/AMS

Com relação à escassez e má distribuição de médicos especialistas inúmeros são os estudos que apontam um agravamento desta questão nos últimos anos. Em 2008, a especialidade médica com o maior número de profissionais é a Clínica Médica, com 67.641 médicos. Isso corresponde a 36,42 profissionais para cada grupo de 100 mil habitantes. Em segundo lugar aparece a Pediatria com 19.170, equivalendo a 10,32 por 100.000 habitantes (Tabela 3).

**TABELA 3 - NÚMERO DE MÉDICOS POR ESPECIALIDADE (POR 100 MIL HAB.) BRASIL, 2008**

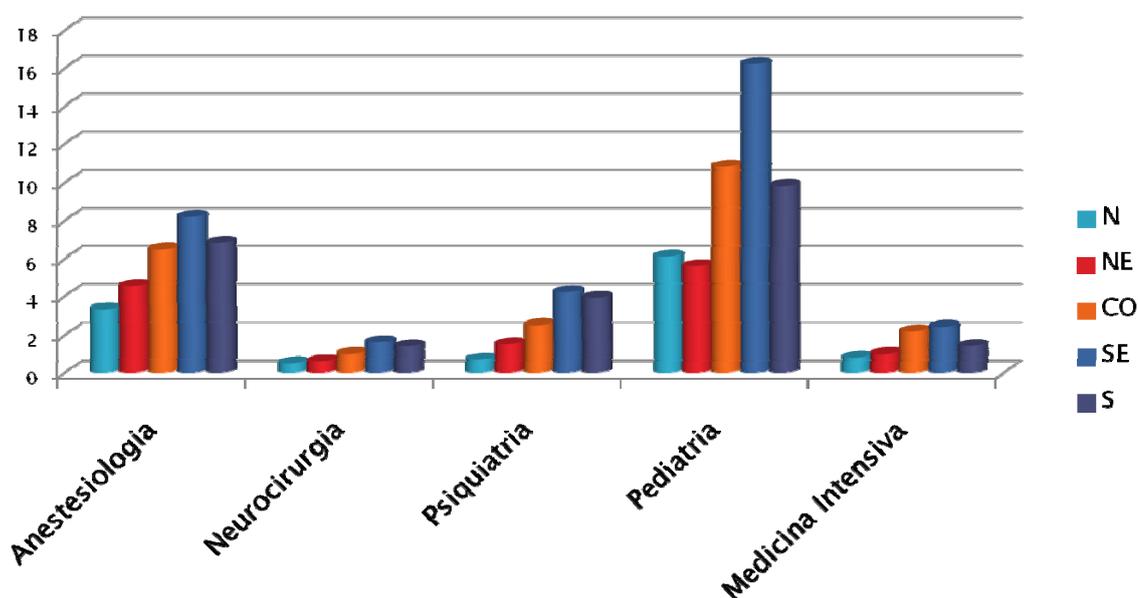
<b>Especialidades</b>	<b>BRASIL</b>	
<b>População</b>	<b>185.738.317</b>	
<b>Médicos (indivíduos)</b>	<b>N</b>	<b>N por 100 mil hab.</b>
Anestesiologia	11.959	6,44
Cardiologia	14.065	7,57
Cirurgia cardiovascular	2.011	1,08
Cirurgia geral	17.569	9,46
Cirurgia pediátrica	1.164	0,63
Cirurgião vascular	96	0,05
Clínica	67.641	36,42
Dermatologista	4.416	2,38
Medicina intensiva	3.070	1,65
Nefrologia	1.729	0,93
Neurocirurgia	1.953	1,05
Neurologia	2.612	1,41
Oncologia	1.191	0,64
Ortopedista e traumatologista	8.254	4,44
Otorrinolaringologia	3.953	2,13
Pediatria	19.170	10,32
Psiquiatria	5.226	2,81
Radiologia e diagnóstico por imagem	8.790	4,73
Saúde da família	16.823	9,06

Outros	57.526	30,97
<b>Total</b>	<b>249.218</b>	<b>134,18</b>

Fonte: Girardi et al, 2009/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2008.  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2007.

Ao se analisar a distribuição de médicos, por especialidade, nas diversas regiões do país, temos sempre uma predominância nas regiões Sudeste e Sul, como mostra o Gráfico 4.

**GRÁFICO 4 – NÚMERO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS OCUPADOS NAS ESPECIALIDADES POR 100.000 HABITANTES, 2008**



Fonte: CNES/DataSUS. Brasil, 2008

Desde 2004, o Ministério da Saúde vem encomendando uma série de estudos com o objetivo de investigar as necessidades de profissionais de saúde no país para o estabelecimento de políticas regulatórias para a abertura de cursos de graduação em saúde e para especialização em serviços de saúde na modalidade residência médica.

Os estudos confirmaram uma importante transição sociodemográfica e epidemiológica no país com características marcadas por fortes contrastes regionais e municipais. Desta forma, pode-se verificar uma grande escassez de algumas especialidades em geral, e em particular de médicos especialistas de áreas relacionadas a este novo cenário (BRASIL, 2004).

Considerando, por exemplo, a tendência de aumento da expectativa de vida da população, do crescente sucesso das terapêuticas contra o câncer, da necessidade de realização de diagnóstico precoce para esta patologia, observou-se uma grande desigualdade na distribuição de oncologistas, radioterapeutas e patologistas clínicos entre as regiões do país. E ainda, com o aumento da expectativa de vida da população brasileira e, assim, na proporção de idosos, os estudos mostraram que há um pequeno número de geriatras em todas as regiões (BRASIL, 2004).

Nesses estudos, verificou-se a falta de médicos especialistas em outras áreas, tais como:

- Uma relativa disponibilidade de equipamentos de imagem contrasta com a escassez nacional de radiologistas e ultrassonografistas, sendo a situação mais grave na região Norte, independente do porte do município;
- Carências de médicos intensivistas, e da mesma forma de leitos de UTI, embora estes cresçam significativamente com o tamanho da população dos municípios em todas as regiões;
- Mesmo nos lugares onde traumatologistas e neurocirurgiões são mais disponíveis, a carência destes especialistas ainda é a regra como em todo o país, a despeito do grande crescimento da morbi-mortalidade por causas externas;

De maneira geral, estes estudos concluíram que há carência de médicos gerais e especialistas, que surpreende não só pela magnitude, mas também por sua abrangência no território nacional, sugerindo a necessidade de dispositivos potentes para incentivar e orientar a formação, inserção e fixação destes profissionais no SUS.

A falta de médicos de algumas especialidades também é apontada por estudos encomendados pelo Ministério da Saúde junto aos gestores da área da Saúde. Um dos estudos mais importantes conduzido sobre o tema no país, foi publicado em março de 2009, pela Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado em saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais, através da rede de Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de saúde Coletiva (NESCON) denominado “Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores da saúde”(Girardi et al, 2009).

A pesquisa envolveu aspectos quantitativos e qualitativos, e consistiu na realização de um “*survey*” junto aos gestores de hospitais, por meio de Entrevistas Telefônicas Assistida por Computador (ETAC), em uma amostra de 426 estabelecimentos do país, estratificada pelo porte do estabelecimento (número de empregados) e por regiões geográficas segundo critério do IBGE.

A estratificação por porte do estabelecimento incluiu três faixas segundo número de empregados: (i) de 5 a 99; (ii) de 100 a 249, e (iii) acima de 250 empregados. Em consideração às especificidades regionais, a amostra foi estratificada também com base nas cinco regiões naturais do país - Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. As especialidades médicas pesquisadas foram Anestesiologia, Pediatria, Psiquiatria, Medicina Intensiva, Neurologia, Clínica Médica, Neurocirurgia, Radiologia, Nefrologia e Cardiologia. Além destas especialidades, disponibilizaram-se ainda campos para o preenchimento sobre alguma outra especialidade citada pelo respondente. Como resultado da pesquisa citada temos que no país como um todo três especialidades se destacam com mais de 25% de indicação: Anestesiologia, Pediatria e Psiquiatria. Esse padrão se repete nos hospitais de pequeno porte. Nos hospitais de médio porte as especialidades destacadas são Pediatria e Neurocirurgia, destacando-se Anestesiologia e Pediatria nos de grande porte. Estratificando-se por região, o Sudeste repete o padrão nacional. Na região Sul a Radiologia substitui a Psiquiatria como 3ª especialidade apontada mais frequentemente. Na Região Centro-Oeste as especialidades Medicina Intensiva e Neurologia são apontadas como de muita dificuldade para contratação por 42,9% e 50% respectivamente. Já na região nordeste, Anestesiologia e Pediatria ficam em destaque, ambas com 42%. E, finalmente, na região norte as especialidades apontadas são Psiquiatria e Neurocirurgia. Trinta por cento dos entrevistados relataram aumento da dificuldade de contratação nos últimos dois anos para as seguintes especialidades, em ordem decrescente: pediatria, com 43,2%, neurocirurgia com 38,7%, anestesiologia com 37,9%, nefrologia com 35,7%, psiquiatria, 35%, neurologia 33,9% e clínica médica com 30%. Entre as razões apontadas pelos gestores como mais importantes para dificuldade de contratação destacam-se: a falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB; a falta de profissionais com a experiência requerida para o trabalho; e o fato dos profissionais considerarem baixo o nível de remuneração praticado pela instituição.

A titulação foi destacada como o principal fator, sendo apontada por entre 40 a 57% dos gestores para todas as especialidades. Além disso, analisando-se cada especialidade em separado, a titulação era o fator apontado com mais frequência em 9 das 10 especialidades. A exceção é a Clínica Médica, onde a remuneração supera a titulação em importância.

Alguns fatores foram apontados por menos de 20% dos gestores para todas as especialidades pesquisadas. São eles: a falta de segurança no local de trabalho; dificuldades relacionadas a normas e regras de contratação; falta de condições técnicas para o exercício da especialidade e a carga de trabalho excessiva.

### **3. A Construção do Programa Nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas**

Inicialmente, a constatação de escassez de diversas especialidades médicas no Sistema Único de Saúde, a desarticulação do sistema formador e as necessidades de saúde, aliados ao marco constitucional que designava ao SUS a ordenação de recursos humanos na saúde, foram elementos fundamentais para que um conjunto de atores considerasse este tema estratégico em suas agendas políticas.

Do ponto de vista da ação política da sociedade civil organizada, devem ser citados como atores importantes neste período, o movimento de médicos residentes, liderados pela Associação de médicos residentes do estado de São Paulo (Ameresp) e o movimento das escolas médicas, liderados pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). A primeira entidade, juntamente com outras entidades estaduais de médicos residentes, apresentou durante greve realizada em 2006 um conjunto de propostas ao MS e da MEC, entre elas, a necessidade de construção de políticas públicas para a residência médica, incluindo a regulação das vagas a partir das demandas do SUS. Além disso, juntamente com a ABEM promoveu um conjunto de debates sobre o tema, ouvindo os principais atores envolvidos, como os ministérios e as sociedades médicas.

Na ação governamental, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) em diversas ocasiões destacaram a necessidade de construção de políticas para esta área como imprescindíveis para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Destaca-se do ponto de vista federal inicialmente a constituição, em 2003, da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) dentro da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Esta Secretaria passou a ter um papel destacado na construção de políticas públicas para a reorientação da formação em saúde o que permitiu que o tema da residência médica encontrasse um espaço apropriado. Em 2005, houve uma tentativa da SGTES em instituir políticas para a formação médica especializada, com a construção de programas de residências multiprofissionais em saúde, porém, após embates com a CNRM, este programa foi destinado a todas as outras profissões da área da saúde, sendo excluída a área médica.

No Ministério da Educação, o assunto residência médica passou a ter um espaço político mais importante neste período, culminando em 2008, com a criação da Coordenação de Residências em Saúde, dentro da Secretaria de Educação Superior. Também importante destacar mudanças na condução política da secretaria executiva da Comissão Nacional de Residência Médica fazendo com que a CNRM não mais atuasse apenas como um órgão normativo e de disputa de atores políticos, para ser também propositivo em ações e políticas para esta área.

Todos estes fatores contribuíram para a instituição de um espaço comum para a articulação dos dois grandes protagonistas governamentais imprescindíveis nesta ação: o Ministério da Saúde e da Educação. Em 20 de junho de 2007, foi publicado por Decreto, pelos ministros da Saúde e da Educação, a criação da Comissão Interministerial da Gestão da Educação na Saúde – CIGES (ANEXO II), com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e com o papel de estabelecer as diretrizes, em especial no que diz respeito aos critérios para a regulação de cursos superiores na Saúde e a oferta de formação em áreas prioritárias, segundo necessidades regionais. Após primeira reunião, instituiu-se a Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil conforme previsto no Artigo 4º, inciso 1º, do Decreto que criava a Comissão, por meio da Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007.

Com os objetivos de: (i) subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação de médicos especialistas; (ii) subsidiar a definição de critérios para a qualificação e regulação da formação de médicos especialistas; (iii) identificar periodicamente a demanda quantitativa e qualitativa de especialistas no país, assegurando as necessidades do SUS em todos os níveis de atenção; (iv) subsidiar a política de incentivo à fixação conforme as necessidades regionais e (v) identificar periodicamente a capacidade instalada no SUS a fim de subsidiar sua plena utilização no processo de formação de especialistas na área da Saúde, essa Subcomissão foi composta por estudiosos sobre o tema de Recursos Humanos em Saúde, em especial membros da Rede Observatório de Recursos Humanos – Rede OBSERVARH, da Organização Pan-Americana de Saúde, Representação Brasil (MS/OPAS). Esse grupo realizou reuniões com a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sistematicamente.

Após análise de diversos estudos encomendados por ambos os ministérios sobre o tema, foi apresentado um Primeiro Relatório de Atividades, em junho de 2008, ocasião em que ocorreu a 2ª Reunião da CIGES. O documento apresentado mostrou que ao se analisar a distribuição de médicos especialistas no país notavam-se graves desequilíbrios regionais na oferta, sinalizando para uma situação de *sub-oferta* ou escassez de médicos em algumas especialidades nas diversas regiões do país.

No que diz respeito especificamente à formação nas especialidades médicas, o Relatório apontou uma distribuição bastante irregular das vagas dos programas de residência médica oferecidas no país. Tal distribuição acompanhava, na maioria dos casos, a distribuição dos vínculos dos médicos especialistas nas regiões, mostrando sempre uma grande concentração nas regiões de maior desenvolvimento econômico. Com esses dados, a Subcomissão apresentou a CIGES as seguintes propostas, conforme Relatório já mencionado:

1. Aprimoramento do sistema de informações e atualização do banco de dados para orientar a tomada de decisão sobre a adequação da formação de especialistas. O Relatório apontou a necessidade de um novo sistema que deverá permitir acesso a informações atualizadas sobre o número de vagas efetivamente ocupadas, incorporando progressivamente dados sobre a organização dos programas em cada instituição.
2. Formação de Grupos de Trabalho em áreas estratégicas, considerando as áreas relevantes relacionadas à evolução do perfil epidemiológico da população, principalmente relacionadas ao envelhecimento e aumento de morbi-mortalidade decorrente de causas externas; as áreas onde as normas de funcionamento e credenciamento dos serviços trazem exigências específicas de incorporação de especialistas, sobretudo na alta complexidade; a carência ou dificuldade de contratação referida por gestores e as políticas públicas estratégicas para o SUS, propondo-se inicialmente analisar as seguintes especialidades: Cancerologia, Medicina Intensiva, Neurocirurgia, Anestesiologia, Psiquiatria, Pediatria e Medicina de Família e Comunidade.
3. Identificação das necessidades locais regionais pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), em articulação

com as Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs) e Comissões de Integração Ensino – Serviço (CIES), conforme preconizado pela Lei 1996/2007, que define o eixo de Educação Permanente em Saúde, pelo entendimento de que os espaços regionais de planejamento e gestão, compartilhados entre os gestores municipais e estaduais, via CGR, CIES e CIBs, devam ser privilegiados como centros da sistematização das demandas de formação/fixação de profissionais especialistas. Tais demandas deveriam ser constantemente apresentadas pelo gestor estadual às Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs) e à CNRM. Também a identificação das necessidades de especialistas deveria ser apoiada por estudos sistematizados, com o apoio e suporte da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (MS/OPAS).

4. Certificação e Contratualização com os Hospitais de Ensino como instrumento de indução, agregando como critério adicional, a oferta de vagas de residência médica em áreas consideradas prioritárias. Uma nova meta poderia ser introduzida no processo de contratualização para induzir a formação de médicos especialistas de acordo com o perfil socioepidemiológico e conforme as necessidades do SUS.
5. Política de fixação de profissionais egressos de RM em áreas estratégicas, com o favorecimento de condições para a fixação de especialistas recém-formados por períodos iguais aos dispendidos em sua formação. Mecanismos de bolsas de fixação, a exemplo dos programas de fixação de doutores, poderão ser avaliados pelo MEC e MS. Como exemplo, o documento apresentou a possibilidade do Financiamento Estudantil (FIES), prever a quitação do financiamento do curso de graduação em Medicina, vinculada à escolha profissional do egresso em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade ou no exercício profissional dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde que se fixando na atividade por igual período ao da sua formação (1º *Relatório de atividades/Subcomissão de estudos e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil, PAG.54*).

Durante a 2º Reunião da CIGES, após uma discussão sobre o envelhecimento populacional como um importante dado epidemiológico, optou-se por incluir a

especialidade Geriatria e excluir, em um primeiro momento, as especialidades Anestesiologia e Neurocirurgia, pelo entendimento de que a escassez apontada nestas especialidades passava por um conjunto de outras questões, que deveriam ser trabalhadas posteriormente. Também se ressaltou a necessidade de inclusão como área estratégica a Neonatologia, área de atuação da Pediatria, em consonância com o esforço do governo brasileiro para o combate à mortalidade infantil em regiões prioritárias do país, como o norte, o nordeste e o centro-oeste.

Em setembro de 2008, realizou-se uma reunião denominada “Propostas para o enfrentamento das necessidades de formação de médicos especialistas”, em Brasília. Foram convidadas as Sociedades Médicas das seis especialidades consideradas prioritárias (Medicina de Família e Comunidade, Pediatria/Neonatologia, Geriatria, Psiquiatria, Cancerologia e Medicina Intensiva), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM), para colaborarem na discussão sobre a distribuição da especialidade no país e atuais mecanismos de capacitação na área. Foram também convidadas as áreas técnicas afins do Ministério da Saúde para exposição das prioridades e principais desafios, além da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), representantes dos gestores municipais e estaduais (CONASEMS e CONASS) e de gestores da Saúde Suplementar, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Durante o evento, houve a apresentação do primeiro relatório de atividades da Subcomissão e de dados mais precisos relacionados às residências médicas das especialidades anteriormente citadas. Nessa reunião, pactuou-se um trabalho de novas pesquisas e propostas de intervenção em conjunto com os atores presentes.

Posteriormente, a AMB, em reunião com algumas das Sociedades de Especialidades envolvidas no processo, retirou-se desse grupo, alegando que os estudos e as propostas sobre formação e regulação da formação de médicos especialistas seriam realizados pelas Sociedades e pela própria AMB, considerando que os Ministérios não deveriam fazer parte desse processo.

No início de 2009, foi publicado o 2º Relatório de atividades da Subcomissão, mostrando que com a aproximação das áreas técnicas do Ministério da Saúde, em especial do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS); Coordenações de Urgência e Emergência e Atenção Oncológica, do Departamento de Atenção especializada (DAE/SAS); Coordenações de Atenção ao

Idoso, Saúde Mental, Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/MS) e ainda do Departamento de Apoio à Formação das Redes de Atenção (DARAS/SAS), redirecionou as prioridades de intervenção, a partir do entendimento de que a indução da formação de especialistas pretendida deveria resultar da interlocução entre as demandas do sistema de saúde, focadas na organização de Redes de Atenção, orientadas a agravos prevalentes, e às necessidades das instituições formadoras com potencial de resposta em cada macrorregião para desenvolverem programas de residência médica. Esse documento apontou que o contacto com as equipes técnicas do Ministério da Saúde trouxe elementos importantes de reflexão, que geraram o redirecionamento das prioridades - até então focadas em especialidades - para áreas de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS.

Como políticas prioritárias, conforme o Programa Mais Saúde da gestão 2006-2010 do Ministério da Saúde, estão as políticas de Atenção Básica, de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso, que são áreas de intervenção que incluem as especialidades consideradas como escassas no país. Também esse documento destaca a necessidade de priorização de algumas regiões, em especial as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, como regiões em que o problema apresenta maior gravidade.

O Relatório também define algumas iniciativas de indução denominadas intervenções estruturantes e intervenções focais, conforme descritas a seguir:

um vetor horizontal de intervenções estruturantes para a Residência Médica, com a definição de diretrizes nacionais, avaliação das condições de oferta dos programas e monitoramento da qualidade, novo marco regulatório e estruturação de apoio matricial por meio de instituições de excelência, e um vetor vertical, de intervenções focais, de curto prazo, com resultados imediatos, focados em prioridades inquestionáveis. Nesse caso, a intervenção poderia incidir inicialmente em estados sem programa na especialidade ou com ofertas muito pequenas nas especialidades deficitárias nos estados das regiões citadas”. (*2º Relatório de atividades/Subcomissão de estudos e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil*, PAG 5).

Também aponta, pela primeira vez, nas políticas públicas para a gestão da formação de recursos humanos na saúde do país, a necessidade de repensar os cenários da formação médica especializada, em consonância com os espaços de práticas de

cuidados. Cita que a maior parte dos programas de especialização no país, incluindo os de residência médica, tem seus currículos organizados com base em conteúdos disciplinares e definição de cargas horárias. Refere a necessidade da inclusão dos cenários de formação relevantes para a organização de toda a linha de cuidados e nos quais os residentes se responsabilizem, com graus crescentes de autonomia ao longo da formação, pelas tarefas exigidas da equipe de saúde no controle dos agravos prevalentes.

Com base na complementaridade entre intervenções estruturantes e focais, caracterizadas no 2º Relatório, definiu-se instituir o Programa Nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), em outubro de 2009, com o objetivo de favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas em comum acordo com gestores do SUS. Para tanto, em 22 de outubro de 2009, foi publicada a Portaria 1001/2009 (ANEXO III), que instituiu o programa e dois editais, conforme descritos a seguir.

O primeiro Edital - Edital 07/2009 (ANEXO IV) previu o apoio à formação de especialistas na modalidade residência médica em regiões e especialidades prioritárias por meio da concessão de bolsas para médicos residentes. Esse Edital foi destinado à expansão de Programas de Residência Médica (PRM) credenciados ou ainda abertura de novos PRM, quando o projeto de ajuste apresentado demonstrasse que a instituição proponente dependia apenas de bolsas para residentes para a ampliação ou criação do programa, tendo todas as demais condições asseguradas, em consonância com os requisitos da CNRM/MEC. Como postulantes poderiam concorrer Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino e secretarias estaduais e municipais de saúde. O Edital concedeu recursos financeiros para pagamento de bolsas diretamente aos médicos residentes, no âmbito das áreas prioritárias (Atenção Básica, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso), para as seguintes especialidades e áreas de atuação: Áreas Básicas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva e Social. Áreas prioritárias: Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, Geriatria, Cancerologia Clínica e Cirúrgica, Radioterapia, Patologia, Anestesiologia, Medicina Intensiva, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia. Áreas de atuação:

Neonatologia, Psiquiatria Infantil e da Adolescência, Cirurgia do Trauma e Medicina de Urgência.

O segundo Edital - Edital 08/2009 (ANEXO V) previu abertura de novos programas em regiões e especialidades prioritárias com apoio matricial de instituições de excelência e apoio a programas já existentes, cuja estrutura dependesse de aprimoramento, qualificação e estruturação do programa. A iniciativa teve por objetivo apoiar o desenvolvimento de novos Programas de Residência Médica em especialidades prioritárias no âmbito das áreas de intervenção em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção básica, atenção à mulher e a criança e saúde do idoso por meio de apoio matricial de instituições que incluíssem:

- Desenvolvimento de programa de qualificação de preceptores da unidade apoiada nas áreas clínica, didático-pedagógica, de gestão da atenção e do sistema de saúde, considerada a especificidade da área de intervenção a que se relaciona o programa;
- Identificação de necessidades, pactuação e aprovação de plano de apoio matricial com as esferas e instancias de gestão do SUS envolvidas;
- Oferta de estágios curriculares em articulação com rede de serviços, de forma a assegurar a formação em cenários compatíveis com aqueles requeridos pela linha de cuidados;
- Disponibilização de preceptores para atividades de supervisão presencial de curto prazo nas unidades parceiras;
- Oferta de atividades a distância com apoio das tecnologias de informação e comunicação viabilizadas pela RUTE/RNP;
- Desenvolvimento de projetos de avaliação das iniciativas desenvolvidas e de seu impacto sobre a qualidade da atenção e da formação;

Em ambos os Editais, os critérios de seleção e desempate contemplaram os seguintes itens:

- Demonstração de que a iniciativa é produto de pactuação com as esferas de gestão do SUS, respondendo às necessidades de saúde, e que exista

carência da especialidade em questão na região proponente, conferindo-se maior pontuação para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país;

- Abordagem de conteúdos e emprego de cenários da formação compatíveis e correspondentes aos espaços de prática envolvidos na linha de cuidados na área de intervenção em que se insere a especialidade, em consonância com os requisitos da CNRM e as políticas públicas do SUS;
- Coerência e sinergia entre o pleito de apoio à formação de especialistas contido no projeto e o compromisso do gestor com a implementação da linha de cuidados na área de intervenção em que se insere a especialidade, pela demonstração de: a) existência de dispositivos e/ou políticas de fixação dos profissionais formados no estado/município; b) oferta de programas de qualificação para preceptores que atuam em programas de formação nessa especialidade; c) prioridade conferida à área de intervenção em que a especialidade se insere em seu plano de Educação permanente no Estado ou Município;
- Demonstração da viabilidade de manutenção da qualidade do programa, com destaque para os recursos humanos e infra-estrutura existentes;
- Emprego de práticas de avaliação que denotem compromisso com a qualidade do PRM na especialidade;

Importante destacar que ambos os Editais foram construídos em conjunto com as áreas técnicas já citadas, além da participação do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sendo aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

## 4. Resultados dos Editais Lançados

### 4.1 Edital 07/2009

Para o Edital 07/2009 foram enviados projetos de 72 instituições, com cerca de 960 bolsas solicitadas, em todas as áreas de intervenção. Foram concedidas 785 bolsas, conforme publicação em Diário Oficial da União de 06/01/2010.

O Edital estabelecia que as instituições poderiam pleitear bolsas para vagas já credenciadas pela CNRM ou para vagas ainda não existentes (novos programas ou expansão). Os projetos foram selecionados, segundo os critérios estabelecidos no Edital. A Comissão de Seleção foi composta por membros do Ministério da Saúde e da Educação, áreas técnicas de ambos os Ministérios e médicos especialistas das áreas prioritárias convidados.

Para uma melhor visualização dos resultados, foram agrupadas as especialidades segundo áreas de intervenção, conforme previsto no Edital, com a seguinte correspondência:

**QUADRO 2 - ÁREA DE INTERVENÇÃO E ESPECIALIDADES CORRESPONDENTES**

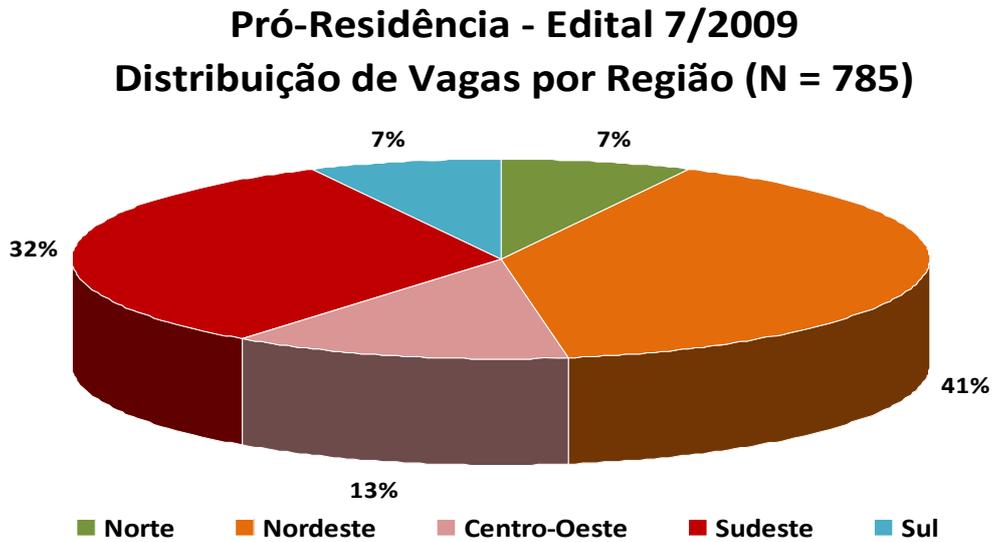
<b>Área de intervenção</b>	<b>Especialidade/área de atuação</b>
Atenção básica	Medicina de família e comunidade
Urgência	Medicina intensiva, anestesiologia, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e traumatologia/ Medicina de urgência e Cirurgia do trauma
Área Básica	Clínica Médica e Cirurgia Geral
Criança	Pediatria/ Neonatologia
Outras	Outras especialidades que não prioritárias, porém com escassez na região proponente.

Mulher	Ginecologia e obstetrícia
Mental	Psiquiatria/ Psiquiatria da infância e adolescência
Câncer	Cancerologia Clínica, Cancerologia Cirúrgica, Radioterapia e Patologia
Idoso	Geriatría

A análise dos dados referentes às bolsas para vagas selecionadas no Edital 07/2009 mostra que, de uma maneira geral, a iniciativa teve um caráter redistributivo em relação à tendência histórica de concentração de vagas na região Sudeste. Somando-se os percentuais de bolsas distribuídas nas regiões prioritárias (Norte 7%, Nordeste 40% e Centro-Oeste 13%) temos que 60% das vagas foram de regiões consideradas prioritárias. O restante foi dividido entre as regiões Sudeste 33% e Sul 7% (Figura 1).

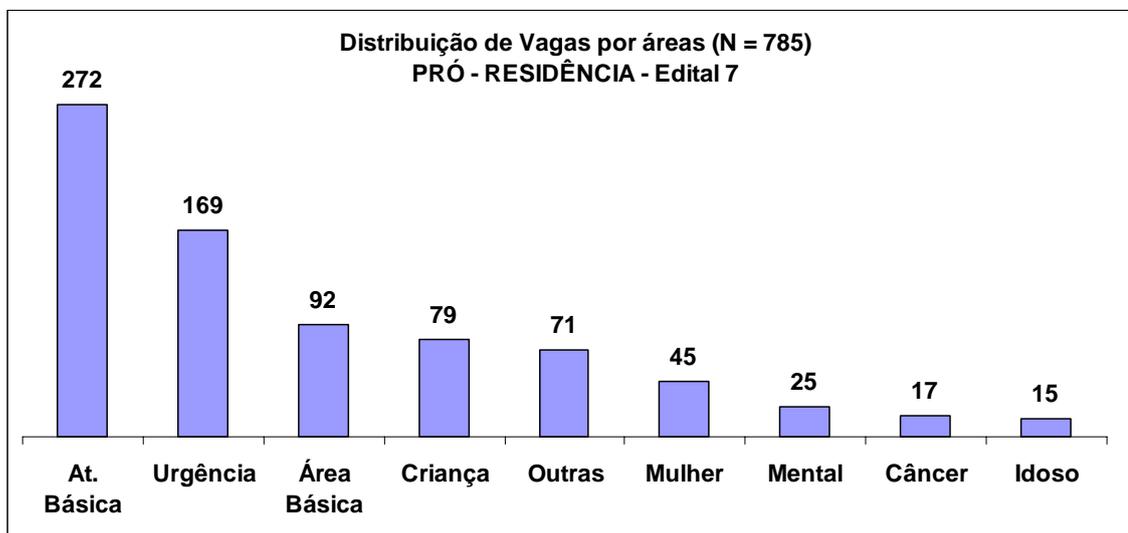
A distribuição das bolsas segundo as áreas prioritárias (Figura 2), destaca o volume significativo de vagas para programas de Medicina de Família e Comunidade (272 vagas). A FIGURA 2 mostra, ainda, o expressivo número de vagas selecionadas para a área de urgência, reconhecidamente crítica em muitos estados das regiões prioritárias. Esta divisão mostra também que as especialidades básicas (clínica médica e cirurgia geral), ocupam o terceiro lugar na distribuição de vagas.

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS POR REGIÃO – EDITAL 07/2009



Fonte: DEGES/SGTES/MS

FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS POR ÁREAS DE INTERVENÇÃO – EDITAL 07/2009

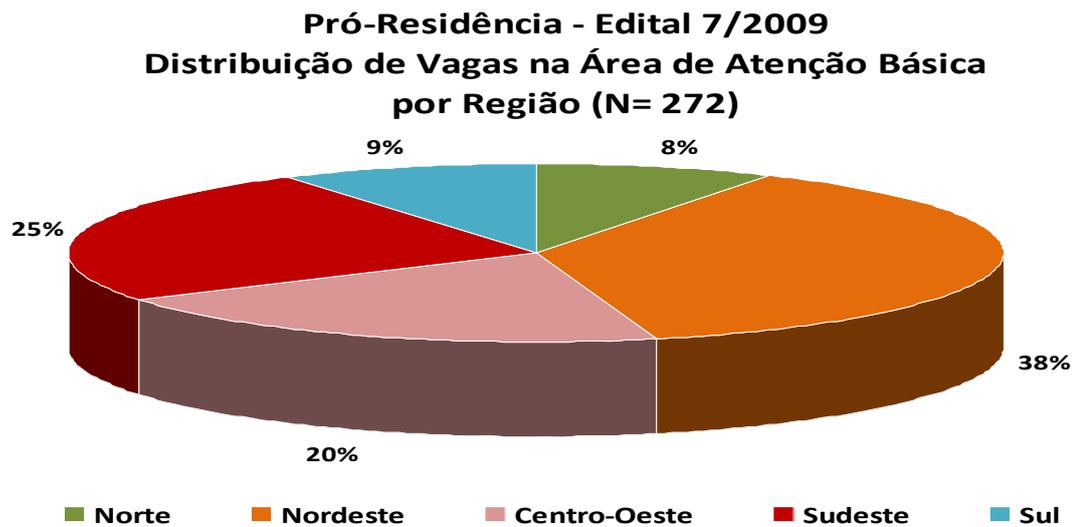


Fonte: DEGES/SGTES/MS

Ao se analisar a distribuição por região em cada área de intervenção, destaca-se na área de Atenção Básica, o elevado percentual para a região Nordeste (38%), porém

ainda reduzido percentual de vagas para a região Norte (8%). (Figura 3). Isto em parte pode ser justificado pelas elevadas taxas de cobertura da ESF na região Nordeste, favorecendo as iniciativas para o desenvolvimento de PRM em Medicina de Família e Comunidade e ainda baixas taxas de cobertura na região Norte.

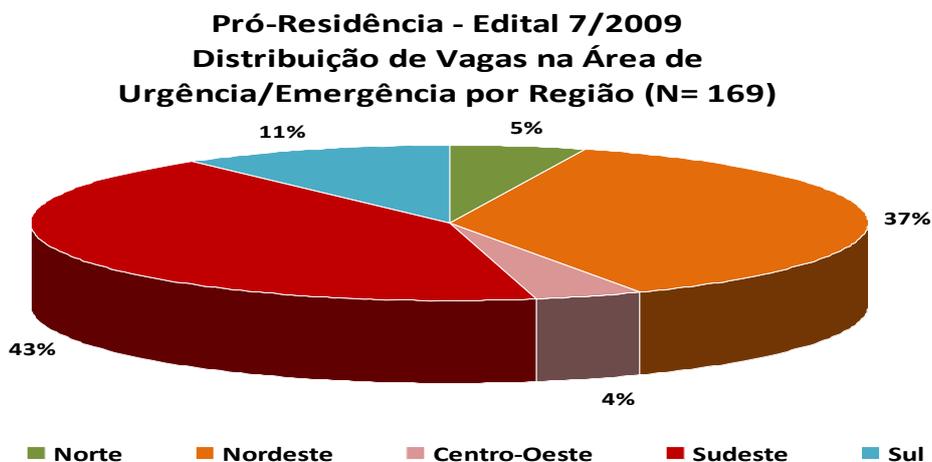
**FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO ATENÇÃO BÁSICA POR REGIÃO – EDITAL 07/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS.

O mesmo ocorre com a área de Urgências, com um reduzido número de vagas selecionadas na região Norte (5%), e neste caso, uma concentração ainda muito forte na região Sudeste (43%), conforme Figura 4, onde a concentração de serviços desta natureza é preponderante.

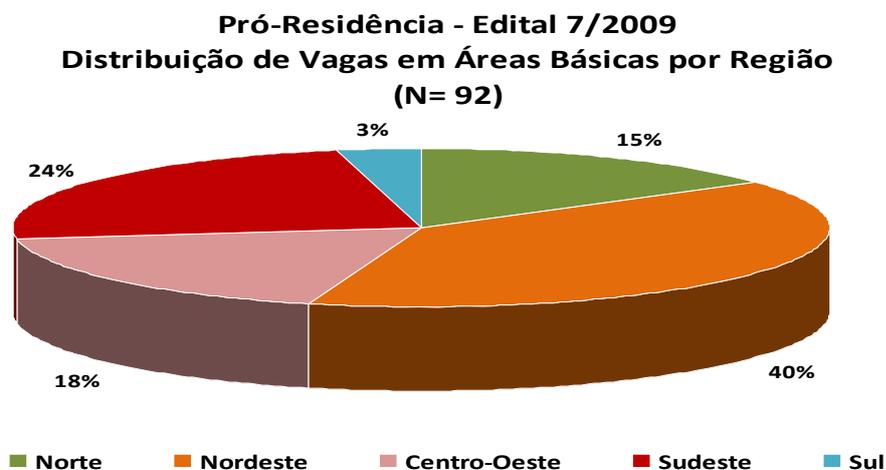
**FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO  
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA POR REGIÃO – EDITAL 07/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

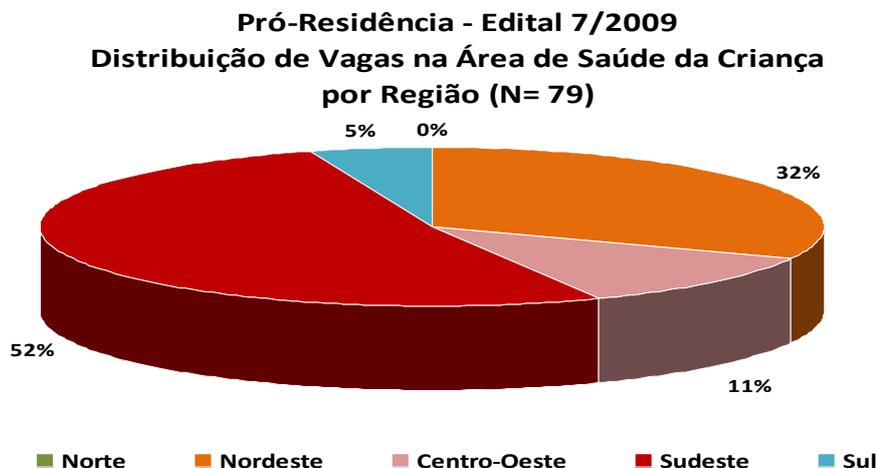
Já na análise das vagas destinadas às Áreas básicas (Figura 5) há uma concentração importante nas regiões prioritárias, com 73% das vagas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. Na área Saúde da criança, apesar de não termos vagas selecionadas na região Norte, nota-se um número grande de vagas na região Nordeste (32%), porém ainda uma concentração expressiva na região Sudeste (52%), como mostra a Figura 6.

**FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO ÁREAS BÁSICAS POR  
REGIÃO – EDITAL 07/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

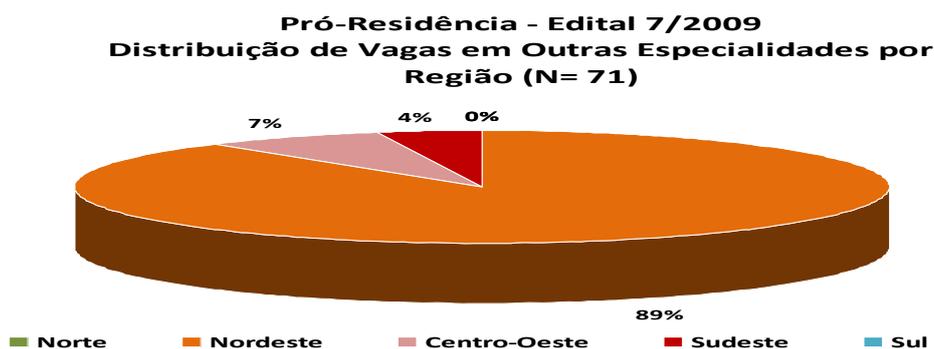
**FIGURA 6 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA POR REGIÃO – EDITAL 07/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

A Figura 7 destaca o elevado percentual de vagas selecionadas em áreas não prioritárias na região Nordeste (89%). Na Figura 8, temos a área de intervenção Saúde da mulher, com uma elevada concentração na região Sudeste (65%). Vale destacar que a Coordenação da saúde da mulher foi a Coordenação do MS que menos se envolveu no processo, o que pode ter se refletido nos baixos percentuais das regiões prioritárias.

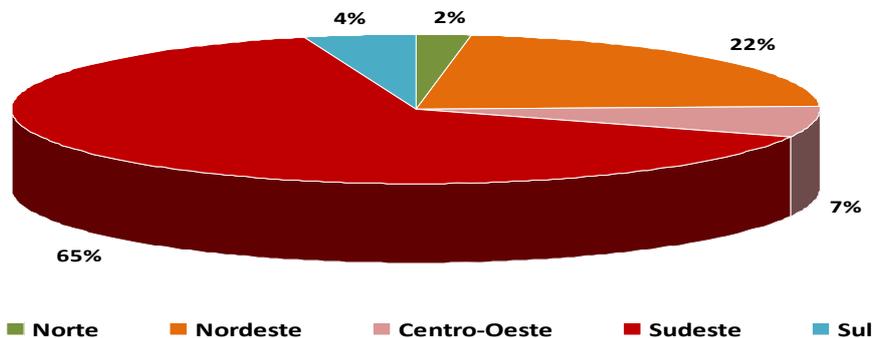
**FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS EM OUTRAS ESPECIALIDADES POR REGIÃO – EDITAL 07/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

**FIGURA 8 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO SAÚDE DA MULHER POR REGIÃO – EDITAL 07/2009**

**Pró-Residência - Edital 7/2009**  
**Distribuição de Vagas na Área de Saúde da Mulher**  
**por Região (N=45)**

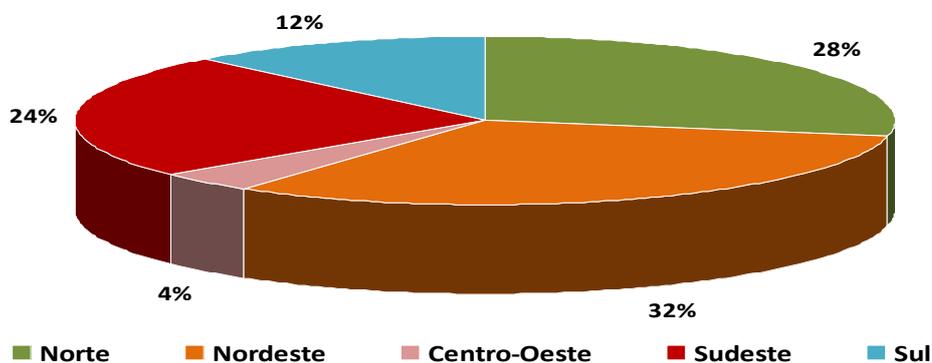


Fonte: DEGES/SGTES/MS

A distribuição das vagas na área de intervenção da Saúde mental (Figura 9) teve 64% das vagas destinadas às regiões prioritárias, destacando-se o elevado percentual na região Norte do país (28%). Importante destacar o trabalho realizado pela Coordenação de saúde mental (DAPES/SAS/MS) no sentido de oferecer apoio técnico para a construção de projetos de RM em Psiquiatria na região, o que refletiu diretamente nas características dos projetos aprovados.

**FIGURA 9 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO SAÚDE MENTAL POR REGIÃO – EDITAL 07/2009**

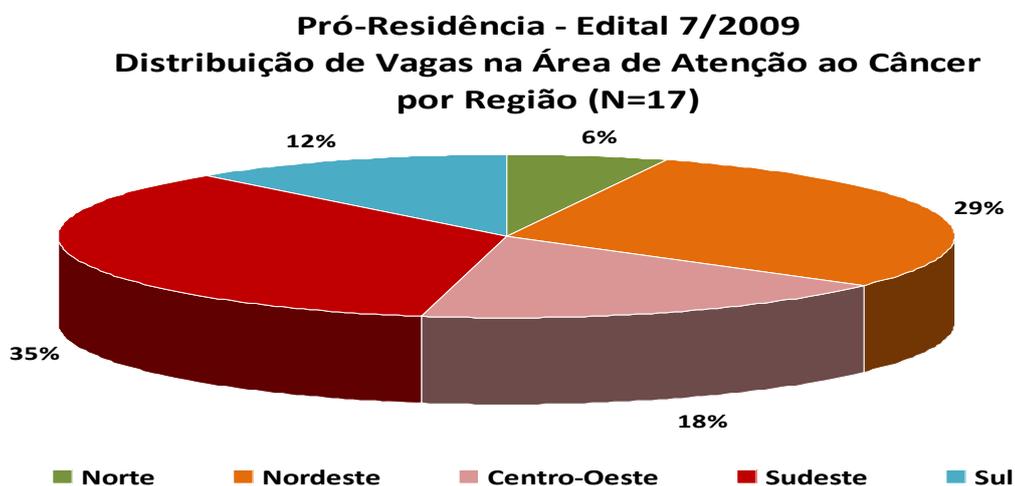
**Pró-Residência - Edital 7/2009**  
**Distribuição de Vagas na Área de Saúde Mental por**  
**Região (N=25)**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

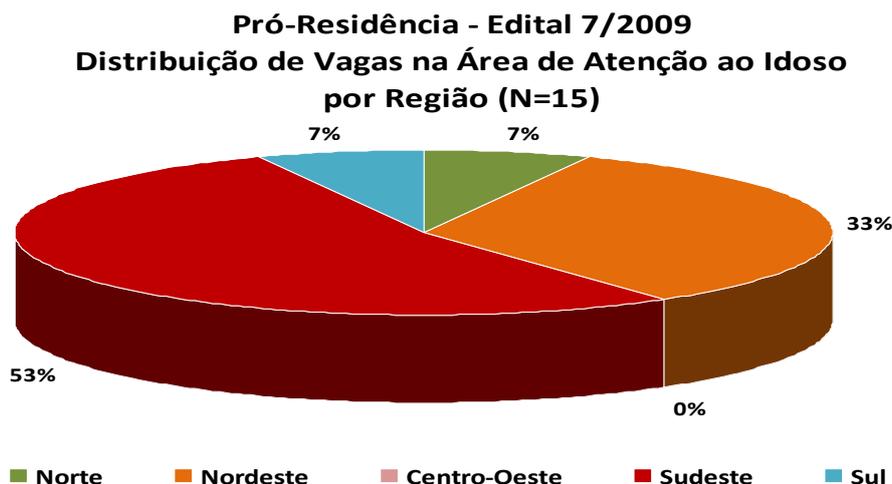
As Figuras 10 e 11 mostram respectivamente a distribuição das vagas selecionadas nas áreas de Atenção ao Câncer e Atenção ao idoso. Na primeira, notamos ainda um predomínio da região Sudeste (35%), porém também uma concentração expressiva na aprovação em regiões prioritárias (53%). Na segunda, uma grande concentração na região Sudeste (53%), destacando-se nas regiões prioritárias, a região Nordeste (33%). Estas duas áreas possuem um número de PRM muito reduzido em todo país, o que em parte justifica que no processo de expansão, a região Sudeste se destacasse.

**FIGURA 10 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO ATENÇÃO AO CÂNCER POR REGIÃO – EDITAL 07/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

**FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS/BOLSAS NA ÁREA DE INTERVENÇÃO ATENÇÃO AO IDOSO POR REGIÃO – EDITAL 07/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

Após a aprovação pela Comissão de seleção, os projetos selecionados, posteriormente, foram submetidos aos critérios de aprovação de credenciamento de vagas pela CNRM, que avalia outros aspectos, não avaliados pelo Edital, como o número de preceptores, o cumprimento dos requisitos mínimos da especialidade, a titulação do corpo docente, etc. Nesta etapa também foram realizadas visitas *in loco* por membros designados pela CNRM.

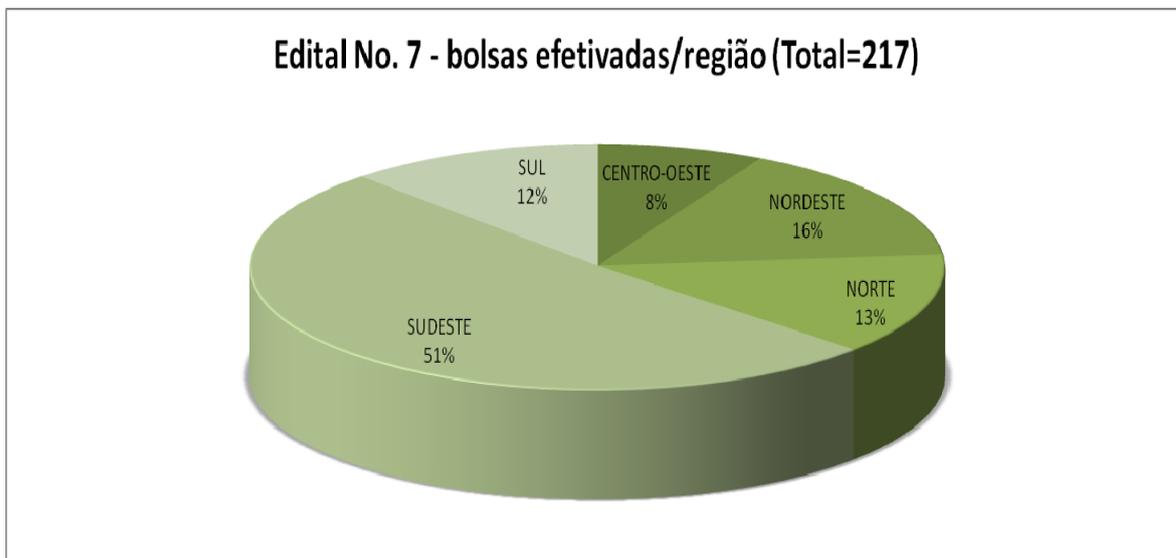
Das bolsas inicialmente aprovadas pela Comissão de seleção (785), 601 seriam financiadas pelo Ministério da Saúde e 184 seriam financiadas pelo Ministério da Educação, por se tratarem de instituições federais. Do total de bolsas que foram aprovadas pelo Edital e que seriam financiadas pelo MS (601), 468 (59,6%) foram aprovadas após os procedimentos de avaliação técnica preconizados pelo MEC. Deve ser levado em consideração na avaliação desses índices que uma parcela de projetos apresentados e selecionados não chegou a cumprir os requisitos formais do MEC, tendo sido, por essa razão, desaprovada antes mesmo da realização de procedimentos de avaliação *in loco*.

Dessas vagas/bolsas aprovadas pela CNRM e financiadas com recursos do MS, por fim, foram financiadas no ano de 2010, 217 bolsas (46,3%) de residência médica em áreas prioritárias, que foram distribuídas por região conforme ilustra a Figura 12.

Nota-se claramente um predomínio da região Sudeste, embora na análise da relação de bolsas selecionadas/bolsas efetivadas, perceba-se que foi a região Norte a

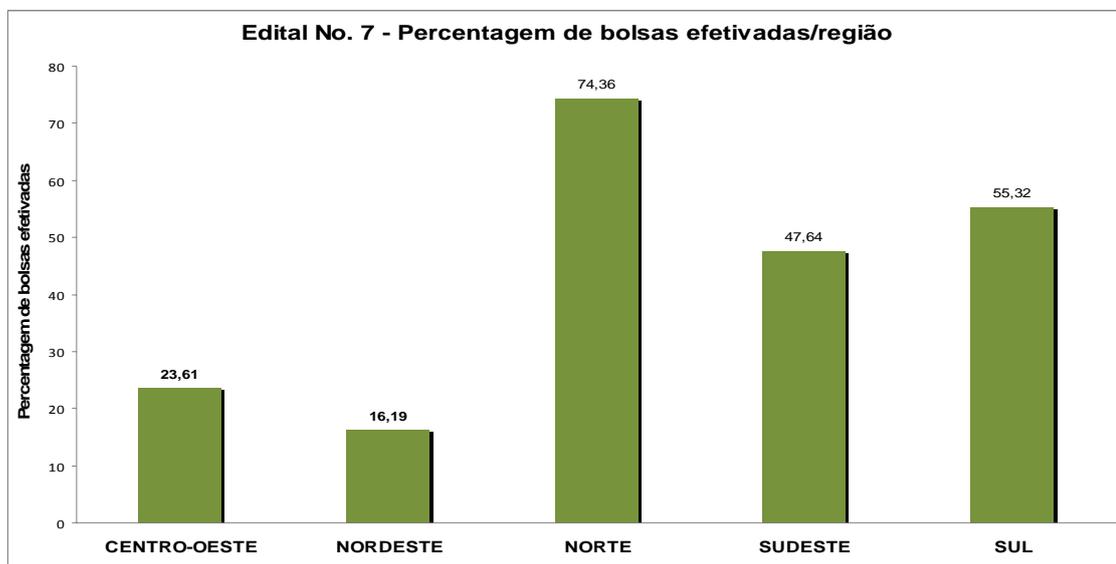
que alcançou melhor resultado no ano de 2010, seguida das regiões Sul e Sudeste. As regiões Nordeste e Centro-Oeste foram as que menos efetivaram suas vagas (Figuras 13).

**FIGURA 12 – BOLSAS EFETIVADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANO 2010, POR REGIÃO**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

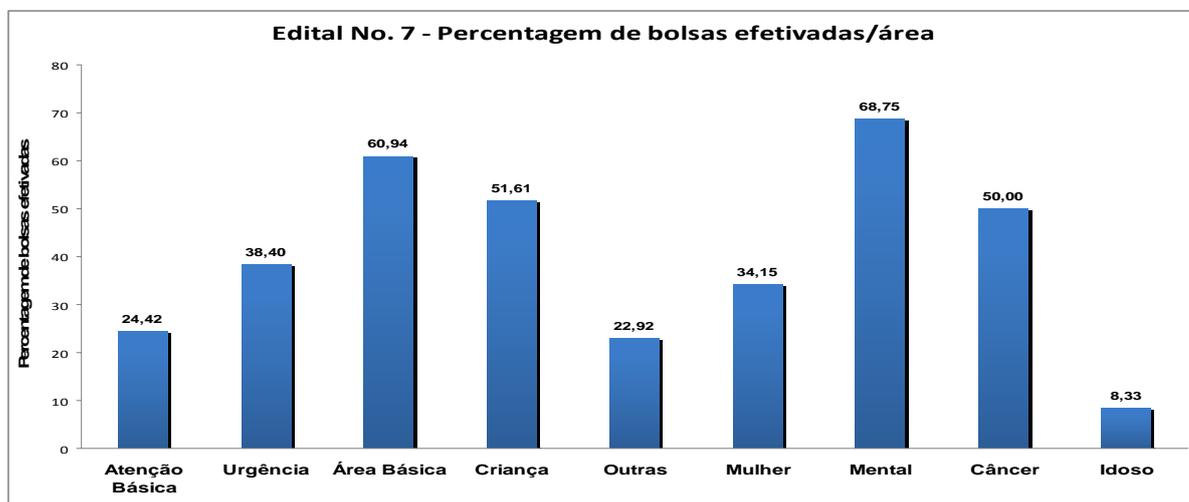
**FIGURA 13 – PERCENTUAL DE BOLSAS APROVADAS/EFETIVADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANO 2010, POR REGIÃO**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

Na análise de bolsas efetivadas por área, nota-se que a área da Saúde mental, Áreas básicas e Saúde da criança foram as que mais se destacaram, e as áreas de Saúde do idoso, Outras (não prioritárias) e Atenção básica aquelas que alcançaram menor número de bolsas em 2010.

**FIGURA 14 – PERCENTUAL DE BOLSAS APROVADAS/EFETIVADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANO 2010, POR ÁREA DE INTERVENÇÃO**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

Observa-se que as regiões com maiores estruturas organizacionais e tradição na formação médica especializada, como Sudeste e Sul, conseguiram efetivar uma porcentagem maior de vagas. Entretanto, chama atenção a Região Norte, que embora com pouca estrutura e tradição, teve uma porcentagem importante de bolsas efetivadas. Em parte, justificada por um maior apoio a esta região na estruturação dos projetos. A região Nordeste, embora tenha conseguido a aprovação de um número expressivo de projetos, foi a que menos de fato conseguiu efetivar suas bolsas. Na análise por área de intervenção, a saúde mental se destaca, o que se deve, como já comentado, ao empenho da própria Coordenação no apoio aos projetos. Saúde do Idoso aparece com o menor percentual e em segundo lugar a Atenção Básica, sendo o não preenchimento das vagas por médicos residentes (a despeito das bolsas terem sido oferecidas) um dos prováveis motivos a se considerar.

#### **4.2 Edital 08/2009**

A seleção dos projetos do Edital 08/2009 foi realizada em duas etapas, conforme descrito no Edital. A primeira etapa consistiu na seleção de pré-projetos enviados por instituições que requeriam o apoio matricial, a partir da descrição das necessidades regionais de formação na especialidade. A segunda etapa consistiu na seleção de projetos enviados pelas instituições pré-aprovadas na primeira etapa em conjunto com instituições matriciadoras, convidadas pelo Ministério da Saúde.

Para viabilizar a primeira e a segunda etapa do Edital 08/2009, foram realizadas diversas reuniões com especialistas convidados em todo o país, indicados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, para apoiar a estratégia do apoio matricial. Esses especialistas foram chamados a contribuir para a definição de parâmetros para a participação de instituições com perfil para oferecer o necessário matriciamento. Foi ainda solicitado o apoio técnico da Organização Panamericana de Saúde – Representação Brasil (OPAS-Brasil) e da Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura (FCPC) que firmaram instrumentos de financiamento e prestaram cooperação técnica, na modalidade carta-acordo, para que os pré-projetos fossem analisados em sua viabilidade e pudessem ser ainda iniciados em 2011.

Os especialistas convidados participaram, inicialmente, de reuniões técnicas na SGTES/MS, em Brasília, com vistas à elaboração de parâmetros e critérios quantitativos e qualitativos para identificação de instituições matriciadoras nas áreas prioritárias para o SUS. Em um primeiro momento, juntamente com a equipe técnica do PRO-RESIDENCIA, foram identificados critérios orientadores gerais para identificação/seleção das instituições matriciadoras, entre os quais podem ser destacados:

- Possuir programa de Residência Médica na especialidade reconhecida pelo MEC;
- Possuir credenciamento definitivo do programa de residência da especialidade perante o MEC;
- Apresentar histórico de comprometimento com a implantação da política pública na linha de cuidados em que se insere a especialidade;

- Possuir um corpo de preceptores com residência ou título de especialista;
- Utilizar ferramentas de comunicação a distância para interlocução e segunda opinião formativa em sua prática de ensino

A partir do estabelecimento desses critérios, foi então acordado que os especialistas de cada área, em conjunto com a área técnica do MS, deveriam discutir e elaborar os critérios específicos que orientariam a escolha das instituições matriciadoras nos novos programas de Residência Médica a serem implantados nas diferentes regiões do País.

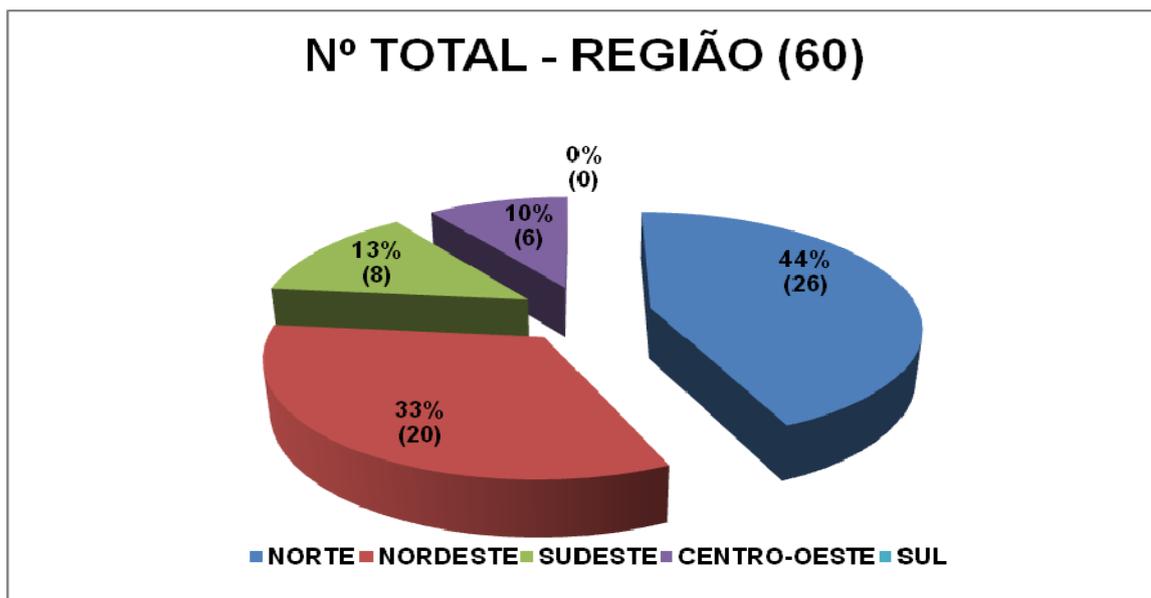
Foram convidadas 16 instituições matriciadoras que, prontamente, aceitaram a participação no projeto, denominado *Termo de Adesão*. Duas delas tiveram dificuldades no cumprimento do cronograma. Ao final, participaram 14 instituições listadas a seguir:

1. Universidade de São Paulo (USP)
2. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
3. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
4. Universidade Federal da Bahia (UFBA)
5. Universidade Federal do Ceará (UFC)
6. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
7. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
8. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)
9. Fundação Antonio Prudente - Hospital do Câncer – AC Camargo – SP
10. Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro (ESAM)
11. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR)
12. Hospital Odilon Behrens (MG)
13. Grupo Hospitalar Conceição (GHC-RS)
14. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS-FORTALEZA-CE)

A Comissão de Seleção inicialmente selecionou 71 pré-projetos enviados por instituições que requeriam o apoio matricial, com vistas à elaboração de projetos em conjunto com instituições matrificadoras.. Após visitas das instituições matrificadoras às instituições pré-selecionadas, realizadas *in loco* para análise da viabilidade dos pré-projetos, foram elaborados os projetos finais em estreita cooperação matrificada-matrificadora. Conforme Portaria 08/2010, publicada em 26/11/2010 no Diário Oficial da União foram aprovados 60 projetos.

Entre os projetos aprovados, há predominância da região Norte (44%) e Nordeste (33%), conforme a Figura 15. O Sudeste aparece com 13%, sendo seus três projetos referentes a Universidades Federais em processo de implantação da residência médica e o Centro-Oeste com 10%. Não foi aprovado nenhum projeto na região Sul.

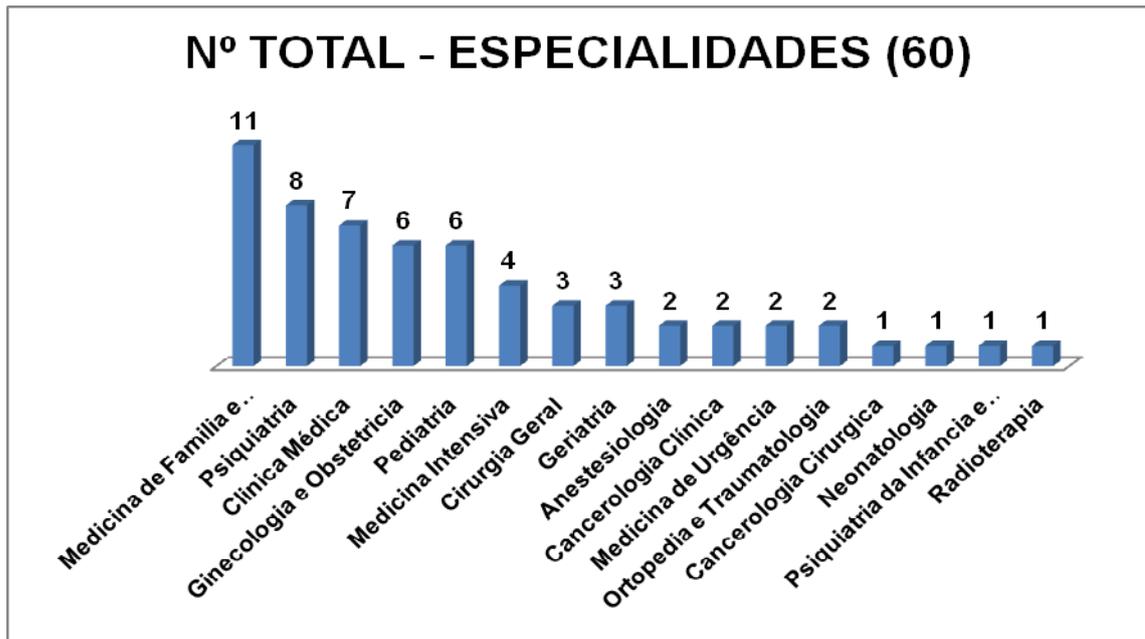
**FIGURA 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROJETOS APROVADOS POR REGIÃO – EDITAL 08/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

Entre as especialidades, a que teve maior número de projetos aprovados foi a de Medicina de Família e Comunidade (Figura 16). Em segundo lugar, a Psiquiatria aparece com oito projetos e na seqüência vêm os projetos da área básica Clínica Médica.

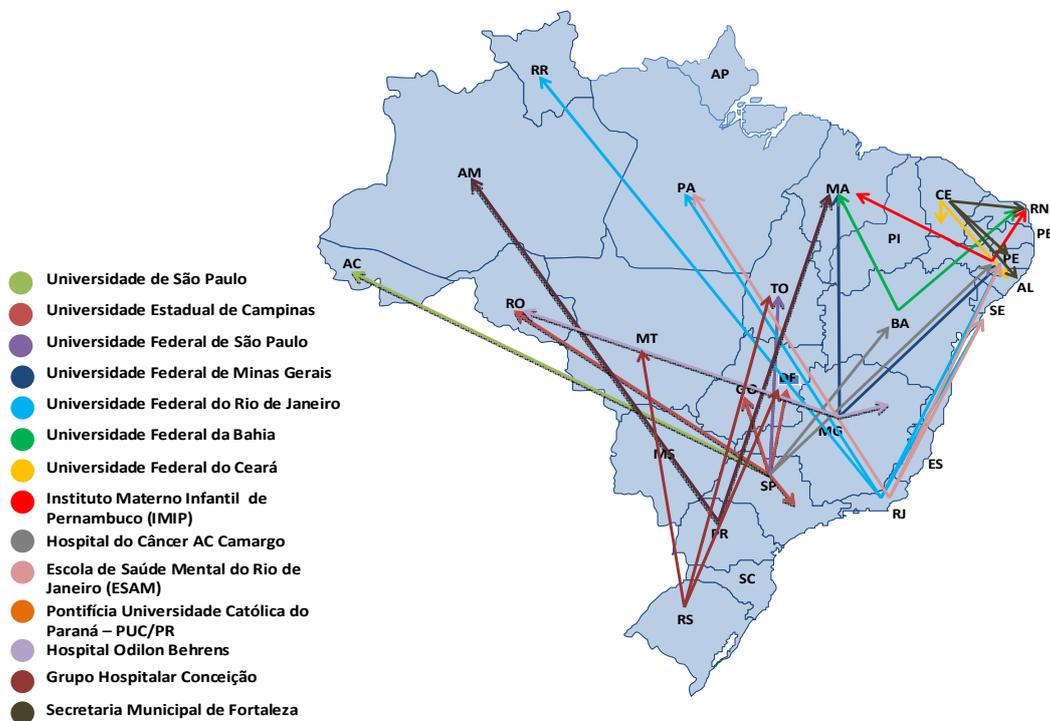
**FIGURA 16 – DISTRIBUIÇÃO DE PROJETOS APROVADOS POR ESPECIALIDADE – EDITAL 08/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

A Figura 17 ilustra os estados de origem de matriciadores e matriciadas aprovadas pelo Edital 08/2009.

**FIGURA 17 - INSTITUIÇÕES MATRICIADORAS E ESTADOS MATRICIADOS - EDITAL 08/2009**



Fonte: DEGES/SGTES/MS

Importante destacar que o apoio matricial permitirá a abertura de PRM em estados e especialidades que não existiam até então. A seguir, no Quadro 3 são listadas as especialidades e os estados em que havia zero programas de formação na modalidade residência médica e que foram selecionadas para a implantação de programas, via apoio matricial.

**QUADRO 3 – ESPECIALIDADES E ESTADOS APOIADOS PELO EDITAL 08/2009 EM QUE NÃO HAVIA OFERTA DE FORMAÇÃO VIA RESIDÊNCIA MÉDICA**

<b>Especialidade/ Área de atuação apoiada</b>	<b>Estado em que não havia formação via Residência Médica</b>
Clinica Médica	Tocantins
Cirurgia Geral	Tocantins
Pediatria	Tocantins
Ginecologia e obstetrícia	Tocantins
Anestesiologia	Acre, Roraima
Cancerologia Cirúrgica	Bahia
Cancerologia Clínica	Acre
Geriatrics	Maranhão, Pernambuco
Medicina de família e comunidade	Amazonas, Tocantins e Rondônia
Medicina Intensiva	Alagoas, Maranhão, Sergipe
Neonatologia	Acre
Psiquiatria	Tocantins, Sergipe, Maranhão
Psiquiatria infantil e da adolescência	Distrito Federal
Radioterapia	Acre

Em resposta às demandas apresentadas para o apoio matricial, foram descritas diversas iniciativas, entre as quais se destacam:

- Participação ativa na organização das equipes responsáveis pela preceptoria/capacitação e treinamento dos preceptores;
- Segunda opinião formativa/discussão de casos clínicos com recursos de tecnologias a distância, com apoio do telessaúde;
- Interlocação com o gestor municipal para garantia de cenário em rede ambulatorial/SAMU/CAPS/AB;
- Estágios específicos na matriciadora (residentes/preceptores);
- Supervisão presencial na matriciada com reuniões com preceptores e médicos residentes;
- Seminários/simpósios semestrais na matriciada;
- Transmissão por teleconferência de sessões clínicas da matriciadora.

#### ***4.3 Análise dos eixos estruturantes***

Também se buscou analisar os 60 projetos aprovados pelo Edital 08/2009, a partir de três eixos principais:

- Referência à necessidade de formação na especialidade a partir das necessidades de saúde;
- Grau de envolvimento da gestão da saúde do município ou estado na proposição;
- Referência a outros cenários de formação, contidos na linha de cuidados em que se insere a especialidade.

Com relação à referência no projeto sobre a necessidade de formação a partir das necessidades de saúde locais, os 60 projetos (100%) fazem esta referência, sendo que 24 (40%) destes referem-se apenas a dados epidemiológicos de saúde gerais, como

mortalidade geral e cobertura dos serviços de saúde e 36 (60%) fazem referência especificamente a dados de necessidades relacionados à especialidade a que se pleiteia apoio, conforme exemplos (Quadro 4).

**QUADRO 4 - ESPECIALIDADES REQUERIDAS PARA MATRICIAMENTO E NECESSIDADES DE SAÚDE LOCAIS CITADAS NOS PROJETOS APROVADOS**

<b>Especialidade e/ou área de atuação requerida para apoio matricial</b>	<b>Necessidades de saúde local citadas</b>
Medicina de Família e Comunidade	Ampla cobertura da ESF, baixo número de profissionais.
Psiquiatria	Baixo número de profissionais na rede assistencial de saúde mental
Clinica Médica	Baixo número de profissionais generalistas na rede ambulatorial
Ginecologia e Obstetrícia	Mortalidade materna elevada
Pediatria/neonatologia	Mortalidade infantil elevada
Geriatrics	Alto índice de envelhecimento populacional
Cancerologia clínica	Mortalidade por neoplasias elevada
Medicina intensiva	Aumento no número de leitos e falta de profissionais qualificados
Medicina de urgência	Constituição de rede de urgências integrada enfrenta falta de profissionais

**Fonte:** DEGES/MS

De maneira geral, os projetos que citam diretamente a busca do apoio para abertura/aprimoramento de PRM em determinada especialidade, relacionada às necessidades de saúde locais, o fazem citando as iniciativas da gestão para melhoria da assistência na linha de cuidados ou então os elevados índices de mortalidade/letalidade relacionados à área em questão.

Com relação ao grau de envolvimento da gestão da saúde do município ou estado na proposição, temos que os 60 projetos (100%) apresentaram adesão da gestão da saúde local, destes, porém, 38 (63,3%) projetos apenas citam a gestão como parceira, mas não apresentam nenhuma outra iniciativa relacionada à gestão da educação ou do trabalho na linha de cuidados em que se insere a especialidade. 22 (36,6%) projetos apresentam outras iniciativas, conforme Quadro 5.

**QUADRO 5 - INICIATIVAS RELATADAS NOS PROJETOS QUANTO À GESTÃO DA EDUCAÇÃO E/O TRABALHO NA LINHA DE CUIDADOS PERTINENTE À ESPECIALIDADE**

<b>Iniciativas relatadas</b>
Realização de concurso público para provimento de profissionais na área
Plano de cargos e carreiras
Diferenciação da bolsa para médicos residentes na especialidade
Criação de Secretaria da Gestão da Educação e do Trabalho no estado/município
Implantação de protocolos clínico-assistenciais
Organização de linha de cuidado na área
Reposição salarial para médicos especialistas da área
Plano de educação permanente
Melhora do parque tecnológico
Construção de modelo assistencial diferenciado

Fonte: DEGES/MS

Por fim, 40 projetos (66,6%) fizeram referência aos cenários de formação diversos dos já habituais, ou seja, cenários não considerados como obrigatórios segundo critérios CNRM (Resolução 02/2006). Apenas 6 projetos (10%) citaram a diversificação dos cenários como possível de ser construída ao longo do apoio matricial e 14 projetos (23,3%) não fizeram referência a essa questão. O Quadro 6 apresenta os cenários de formação citados, por especialidade/área de atuação.

**QUADRO 6 – ESPECIALIDADES REQUERIDAS PARA APOIO MATRICIAL E CENÁRIOS DE PRÁTICAS NÃO OBRIGATÓRIOS CITADOS.**

<b>Especialidade</b>	<b>Cenários de práticas na linha de cuidados (Não obrigatórios segundo critérios CNRM)</b>
Medicina de Família e Comunidade	<p>Núcleo de Apoio à saúde da família (NASF)</p> <p>Centro de Atenção Psico-social (CAPS)</p> <p>Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)</p> <p>Núcleo de vigilância epidemiológica</p> <p>Núcleo de gestão regional</p> <p>Centro de saúde do trabalhador</p> <p>Vivências em ambiente dos movimentos sociais, conselhos de saúde, associações comunitárias</p> <p>Estágios na gestão do SUS</p> <p>Estágios “estratégicos”: Comunidades remanescentes de quilombos, assentamentos de reforma agrária, distritos de saúde indígenas e comunidades ribeirinhas.</p>
Clínica Médica	<p>Estratégia saúde da família (ESF)</p> <p>Unidade básica de Saúde (UBS)</p> <p>Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)</p> <p>Centro de promoção à saúde</p>

	<p>Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)</p> <p>Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)</p> <p>Centro de Atenção Psico-social (CAPS)</p>
Cirurgia Geral	<p>Estratégia Saúde da Família (ESF)</p> <p>Unidade básica de Saúde (UBS)</p> <p>Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)</p> <p>Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)</p> <p>Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)</p> <p>Hospital secundário</p>
Pediatria	<p>Estratégia Saúde da Família (ESF)</p> <p>Unidade básica de Saúde (UBS)</p> <p>Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)</p> <p>Hospital secundário</p> <p>Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)</p> <p>CAPS infantil</p>
Ginecologia e Obstetrícia	<p>Estratégia Saúde da Família (ESF)</p> <p>Unidade básica de Saúde (UBS)</p> <p>Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)</p> <p>Unidade de Pronto Atendimento (UPA)</p> <p>Hospital secundário</p>

Psiquiatria	Estratégia Saúde da Família (ESF) Unidade básica de Saúde (UBS) Centro de Atenção Psico-social (CAPS) CAPS Álcool e Drogas CAPS infantil
Geriatria	Núcleos de referencia a saúde do idoso Estratégia Saúde da Família (ESF) Centro de Atenção Psico-social (CAPS)
Cancerologia clínica	Estratégia Saúde da Família (ESF) Unidade básica de Saúde (UBS)
Ortopedia	Unidade básica de Saúde (UBS)
Medicina de urgência	Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Centro de intoxicações Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Centro de regulação

Fonte: DEGES/MS

Pode-se observar que, com exceção da área de atuação em Medicina de Urgência, todas as especialidades fazem referência a estágios na Atenção básica (UBS, ESF). Muitas dessas citam o apoio matricial na Atenção Básica como uma estratégia interessante de arranjo possível na residência médica. Destacam-se também os CAPS, SAMU, NASF e UPAS como espaços institucionais possíveis para o desenvolvimento da formação médica especializada.

Embora com um curto período de implantação, a partir dos eixos analisados, nota-se que os projetos aprovados de apoio matricial revelaram conter elementos que iniciam uma nova relação entre as necessidades do sistema de saúde e a formação

médica especializada. A maioria absoluta dos projetos faz referência à necessidade de formação na especialidade a partir das necessidades de saúde, demonstram o envolvimento da gestão da saúde do município ou estado na proposição e incluem outros cenários de formação, contidos na linha de cuidados em que se insere a especialidade.

## 5. Discussão e conclusões

Primeiramente, é importante destacar o caráter provisório das conclusões aqui explicitadas, visto que a construção do projeto é recente e sua implantação ainda está em curso. Novos estudos devem ser realizados sobre o tema, em especial quanto aos futuros desdobramentos desta política, a fim de que sejam produzidas, do ponto de vista científico, evidências para que novas ações sejam implementadas.

A entrada do tema na agenda política contou com diversos elementos, revelando a complexidade que envolve a construção de um programa governamental e os múltiplos interesses dos atores envolvidos. Do ponto de vista metodológico, para Kingdon (1995) o ciclo de vida dos programas governamentais tem duas principais fases: a fase pré-decisional, constituída pelos processos de formação da agenda pública e especificação de alternativas, e a fase decisional, formada pelas decisões autorizadas dos agentes governamentais sobre a formulação dos programas que levam à implementação propriamente dita. Na fase pré-decisional a principal indagação do autor era a de que porque alguns problemas ou assuntos entram na agenda e outros não. Como resposta, temos uma primeira que focaliza os problemas, outra que focaliza a política propriamente dita e a terceira resposta que focaliza os participantes.

O autor ainda divide as agendas em três tipos: a sistêmica, a governamental e a decisória. Na agenda sistêmica estão os assuntos que mobilizam os cidadãos, mas ainda não estão na agenda dos governantes. Na governamental estão os assuntos que passaram a fazer parte da agenda dos governantes e na decisória ou política ficam os assuntos a serem decididos pelos governantes. Para um assunto deixar a agenda sistêmica e passar para a agenda governamental existiriam três caminhos. O primeiro seria em decorrência de crises, catástrofes; o segundo ocorreria por conta dos indicadores e o terceiro por acúmulo de informações. A sobrevivência da idéia ou de um assunto dependeria de sua factibilidade técnica, de sua aceitação por um grupo de especialistas e da força de consenso que mobilizam.

Especificamente no PRO-RESIDÊNCIA, a entrada do tema na agenda sistêmica se deu por um conjunto de ações capitaneadas pelos movimentos sociais e sociedade civil organizada. O histórico da construção do SUS e da constituição de grupos aliados na perspectiva da continuidade da Reforma Sanitária permitiu que este tema fosse

divulgado e debatido por um conjunto de atores não-governamentais. Aliado a isto surge um conjunto de indicadores e acúmulo de informações, fruto de pesquisas encomendadas sobre o tema. Esses foram elementos importantes para que o tema entrasse na agenda governamental.

Ao entrar nessa agenda, destaca-se como importante elemento à existência de uma estrutura interna constituída tanto no Ministério da Saúde, como no Ministério da Educação. Isso permitiu a constituição de uma terceira estrutura institucional, composta por ambos os ministérios. A Comissão Interministerial da Gestão da Educação na Saúde (CIGES) foi o grande marco para que o tema deixasse a agenda governamental e passasse para a agenda decisória. Soma-se a isto a constituição de um grupo de especialistas, com proposições, factibilidade técnica e ainda a construção de consensos, em especial entre membros da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O Programa contou, portanto, com um conjunto de ações que confluíram para sua construção e implementação.

No que diz respeito à capacidade de indução de aberturas de vagas pelo programa, os resultados dos Editais indicaram uma melhor distribuição geográfica e priorização de especialidades estratégicas para o SUS, conforme objetivos do programa. Cabe ressaltar, porém, que os resultados iniciais de aberturas de vagas induzida apenas pelo pagamento de bolsas a médicos residentes (Edital 7/2009) demonstrou uma fragilidade na efetivação das vagas, em especial nos estados sem tradição na formação médica especializada, com exceção da região Norte, que como já citado anteriormente, contou com um maior apoio por parte da equipe técnica do Ministério da Saúde. Da mesma forma, na análise da efetivação por especialidade, as com maior apoio do MS, como a saúde mental, tiveram melhores resultados.

Merece destaque o fato da CNRM aprovar a abertura ou não de vagas, cujas bolsas foram concedidas pelo Edital 07/2009, posteriormente à divulgação deste. Isso fez com que diversas instituições fossem aprovadas pelo Edital sem ter, de fato, condições para desenvolver os programas de residência propostos. Na visita *in loco*, pôde-se constatar o não envolvimento da gestão de saúde ou do corpo clínico na proposição, inviabilizando a abertura de vagas, conforme relatos de membros da CNRM. Isso também fez com que houvesse um atraso no calendário letivo, impossibilitando diversas instituições de abrirem suas vagas no ano de 2010, visto que, pelo calendário da CNRM, os programas deveriam começar até 31 de março. Essa

questão foi identificada pela equipe dos Ministérios da Saúde e da Educação, e em outubro de 2010, ao ser lançado um novo Edital (Edital 19/2010) com as mesmas características, reformularam-se os critérios, passando a serem passíveis de aprovação apenas os programas já anteriormente aprovados pela CNRM.

Outro aspecto importante a ser destacado foi o fato de que algumas instituições, mesmo após a aprovação da CNRM, não conseguiram efetivar suas vagas. Embora essa questão mereça ser mais bem investigada, sabe-se que as especialidades induzidas pelo PRO-RESIDÊNCIA não são hoje as mais procuradas pelos recém-formados. É notória a maior procura dos médicos recém-formados por especialidades que agregam procedimentos, elevando assim a remuneração, não necessitam de dedicação e envolvimento com os pacientes de maneira contínua e tem maior prestígio social. Dessa forma, a Medicina de Família e Comunidade e a Pediatria, por exemplo, possuem diversas vagas ociosas no país, e foram as especialidades priorizadas pelo programa. Importante destacar que outras estratégias devem ser desenvolvidas para avançar nesta questão. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE, 2005) e de incentivo à integração ensino e serviços de saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho para saúde (PET – saúde, 2010), são iniciativas importantes neste sentido e merecem ser avaliados quanto ao seu impacto. Além disso, ações relacionadas à gestão do trabalho, como melhores salários, plano de carreira e melhores condições de trabalho também tem relevância sobre esta questão.

Especificamente quanto ao Edital 08/2009, não foi possível analisar sua capacidade de indução de abertura de vagas, visto que ainda está em curso o processo de apoio matricial, devendo ter seus primeiros resultados em 2012.

Com relação à capacidade do programa em gerar mudança no modelo de formação, os projetos aprovados de apoio matricial revelaram conter elementos que iniciam uma nova relação entre as necessidades do sistema de saúde e a formação médica especializada. A maioria dos projetos, conforme já apresentado, demonstraram necessidade de formação na especialidade a partir das necessidades de saúde, envolvimento da gestão da saúde do município ou estado na proposição e referência a outros cenários de formação, contidos na linha de cuidados em que se insere a especialidade. Importante destacar que alguns programas de residência sob matriciamento foram identificados, na fase de análise da viabilidade dos pré-projetos, como passíveis de início de funcionamento e recebimento de bolsas em 2011, mas,

ainda assim continuarão a receber apoio por, no mínimo, 12 (doze) meses. O número de programas nessas condições é reduzido (7/60) estando a maior parte ainda em fase inicial do apoio matricial. Essa continuidade merece melhor investigada por futuros estudos sobre o tema.

É certo que essa indução na mudança de modelo de formação passa por outras ações, com especial atenção, a constituição de um novo marco regulatório da Residência Médica, que contenha elementos importantes desta mudança. A presença de representantes dos gestores estaduais e municipais na composição da CNRM, bem como o atrelamento da abertura de programas a necessidades sociais são itens importantes a serem considerados, e já existem iniciativas neste sentido. Arelado a isso, a construção de Diretrizes Curriculares para a Residência Médica, que vinculem a formação à construção das Redes de Atenção à Saúde, baseadas em competências a serem adquiridas pelo médico residente, e não mais em conteúdos e ainda que priorizem as necessidades sociais, também se constituem em marcos para a transformação da formação médica especializada. Por fim, a implementação de políticas relacionadas à gestão do trabalho especializado no SUS também é imprescindível para a efetivação dos objetivos da política proposta.

## Referências Bibliográficas

BEVILACQUA, RG, Sampaio SAP. As especializações: histórico e projeções. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002. p. 33-90.

BRASIL. Decreto de 20/06/2007. Cria Comissão Interministerial da Gestão da Educação na Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21/06/2007.

BRASIL. Decreto Nº 80.281, 05/09/1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão de Residência médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06//09/1977.

BRASIL. Decreto Nº 91.364, 05/09/1985. Modifica a composição da Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06//09/1985.

BRASIL. Edital de convocação nº 7, 22/10/2009. Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24/10/2009.

BRASIL. Edital de convocação nº 8, 22/10/2009. Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24/10/2009.

BRASIL. Lei Nº 6.932, 07/06/1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09/07/1981

BRASIL. Portaria Conjunta nº 1, 23/10/2007. Institui a Subcomissão de estudos e avaliação das necessidades de médicos especialistas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24/10/2007.

BRASIL. Portaria nº 1001, 22/10/2009. Instituiu o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24/10/2009.

BRASIL. Relatório de atividades/Subcomissão de estudos e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil. Brasília, 2008.

CAMPOS, F.E., Ferreira, J. R., Feuerwerker, L., Sena, R, Campos, J. J. B., Cordeiro, H. & Cordoni, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das

necessidades da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 25(2):53-9, outubro, 2001

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 4(2): 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. *Clinica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde*. In: Campos, G.W.S et al.(org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo:Hucitec, 2006

CAMPOS, G.W.S. *Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema único de saúde do Brasil*. In: FLEURY, S. (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CECÍLIO, L.C.O; Merhy, EE. *A integralidade como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>. Acessado em 25/01/2010

COELHO, I.B. *Formas de pensar e organizar os sistemas de saúde: os modelos assistenciais em saúde*. (Capítulo 4), In: CAMPOS, G.W.S e PIRES GUERREIRO, A.V (org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CONFORTO, G. *Descentralização e regulação da gestão de serviços públicos*. Rio de Janeiro: *Revista de Administração Pública*. Estado. v.32:27-40, 1998

DAWSON, B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines*, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, *Publicación Científica* nº 93, 1964.

DELGADO, G.C e Mário Theodoro - *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo* / Luciana Jaccoud, organizadora Frederico Barbosa da Silva et al. IPEA-Brasília: *Desenvolvimento e Política Sócia* in **CAPÍTULO 9**, 2005

ELIAS, P.E.M, Nunes MPT, Vieira JE, Ferraz da Silva LF, Carro ARL. *Relatório Final: Especialização em Serviços de Saúde - Residência Médica: Programas, Vagas e Perfil dos Residentes da Federação*. São Paulo: Ministério da Saúde, 2004.

ELIAS, P.E.M. *Residência médica no Brasil – a institucionalização da ambivalência* (Tese de mestrado). Orientador: Amélia Cohn. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva; 1987.

FEUERWEEKER, L.C.M. *Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 1998.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? Cadernos de Saúde Pública, vol.24, supl.1, Rio de Janeiro, 2008.

GIRARDI, S.N; Campos, F.E; Machado, M.H. A fixação dos profissionais de saúde em regiões de necessidade. Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n 44, p 13-24, maio, 2009.

GIRARDI, S.N; Petta, H.L; Oliveira, V.A. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores da saúde. Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado em saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

HARTZ, Z; de Araújo, M; Contandriopoulos, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(supl.2):331-336, 2004.

KINGDON, John. Agendas, Alternatives, and Public Policies. Boston: Little, Brown.1995.

LAMBERT, J.B. Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. 2 ed. São Paulo: Hucitec-Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

LASWELL, H.D. Politics: Who Gets What, When, How. Cleveland: Meridian Books. 1936/1958.

MACHADO, M.H. (coord). Perfil dos médicos no Brasil. Dados Radis, 19. 1996.

MASSUDA, A. O Método do Apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC - Unicamp. (Dissertação de Mestrado) - Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2010.

MASSUDA, A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. (Capítulo 7) In: CAMPOS, G.W.S e PIRES GUERREIRO, A.V (org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

MENDES, E.V. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E.V. (org.) A organização da saúde no nível local. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1998.

MENDES, E.V. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à saúde. Belo Horizonte, 2007. Disponível em [http://www.conass.org.br/admin/arquivos/redes\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_eugenio\\_vilaca.pdf](http://www.conass.org.br/admin/arquivos/redes_de_atencao_a_saude_eugenio_vilaca.pdf). Acessado em 02/06/2011.

- MERHY, E. E & Queiroz, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de saúde Brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9(2):177-84, abril-junho, 1993.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 6 ed., 2000.
- MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Organizadoras). Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005
- NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde. Revista de Administração Pública, Estado, 3(17): 61-70, março, 1983
- NOGUEIRA, R.P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde do Brasil 1970-1983 / Dynamics of health labor market. In: Brazil 1970-1983. Educacion Médica e Salud, Brasília: OPAS, 20(3):335-50, 1986.
- NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Residência Médica: estresse e crescimento Revista Jovem Médico 3 (3): 157-163, 1998
- PAIM, J.S. Modelos de Atenção a saúde no Brasil. In Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. Giovanella, L, Escorel, S, Lobato, LVC, et al. (Orgs). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008
- PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? Revista Saúde em Debate; Rio de Janeiro, (14):59-65, ago,1996.
- PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da Saúde e recursos humanos: limites e Possibilidades. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Estado, ABRASCO 6(2). 341-360, 2001.
- PIERANTONI, C.R. Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. (Tese de Doutorado) Orientadora: Ana Luíza d' Ávila Viana; Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2000.
- POCHMANN, M. Qual desenvolvimento? Oportunidades do Brasil contemporâneo. 1ª ed. São Paulo: Publisher Brasil, 2009
- RODRIGUES DOS SANTOS, N. - Política Pública de saúde: qual é o rumo? Para aprimoramento e debate com os órgãos colegiados do SUS, com as entidades sociais envolvidas na política pública de saúde e com o Poder Legislativo. Disponível em [http://www.cebes.org.br/media/file/Sus\\_politica.pdf](http://www.cebes.org.br/media/file/Sus_politica.pdf), consultado em 20/05/2010.
- SAMPAIO, S.A.P. Residência Médica no Hospital das Clínicas: 40 anos de história. São Paulo: FUNDAP, 1984.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. no.16 Porto Alegre July/Dec. 2006
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 7 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, 31(3) 443-466, set./dez. 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e capacidade instalada em saúde no Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Vínculos de especialistas médicos com o SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

*ANEXOS*

## ANEXO I - RESOLUÇÃO CFM Nº 1845/2008

(Publicada no D.O.U. de 15 Jul 2008, Seção I, p. 72)

(Republicada com **anexo** no D.O.U. 16 Jul 2008, Seção I, p.164-168)

(Modificada pela [Resolução CFM nº 1930/2009](#))

(Modificada pela [Resolução CFM nº 1951/2010](#))

Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº [1.785/2006](#), que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista;

**CONSIDERANDO** o disposto no art. 2º da Resolução CFM nº [1.634/2002](#), de 11 de abril de 2004, que prevê o reconhecimento de outras especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da referida resolução;

**CONSIDERANDO** a aprovação do novo relatório da Comissão Mista de Especialidades (CME), que modifica a relação de especialidades e áreas de atuação dispostas no Anexo II da Resolução nº [1.785/2006](#), de 5 de abril de 2006;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em reunião plenária de 12 de junho de 2008,

### **RESOLVE:**

**Art. 1º** Aprovar a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/06.

**Art. 2º** Revogam-se todas as disposições em contrário.

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 12 de junho de 2008

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**

Presidente

**LÍVIA BARROS GARÇÃO**

Secretária-Geral

## **RELATÓRIO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES**

### **CFM/AMB/CNRM**

#### **CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM**

A Comissão Mista de Especialidades (CME), no uso das atribuições que lhe confere o convênio celebrado em 11 de abril de 2002 entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), visando estabelecer critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades e áreas de atuação na Medicina, bem como a forma de concessão e registros de títulos de especialista, aprova o novo relatório que modifica o Anexo II da Resolução nº 1.785/06 – do qual fazem parte os seguintes itens: 1) Normas orientadoras e reguladoras; 2) Relação das especialidades reconhecidas; 3) Relação das áreas de atuação reconhecidas; 4) Titulações e certificações de especialidades médicas e 5) Certificados de áreas de atuação.

#### **1) NORMAS ORIENTADORAS E REGULADORAS**

a) O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) reconhecerão as mesmas especialidades e áreas de atuação;

b) A CME não reconhecerá especialidade médica com tempo de formação inferior a dois anos e área de atuação com tempo de formação inferior a um ano;

c) A CNRM somente autorizará programas de Residência Médica nas especialidades listadas no item 2 deste relatório;

d) As áreas de atuação previstas pela CME e listadas no item 3 terão sua certificação sob responsabilidade da AMB e/ou CNRM;

e) O tempo de formação de especialidade médica ou área de atuação, tanto para a CNRM como para a AMB, será oprevisto neste relatório, respeitados os pré-requisitos necessários;

f) Cabe à CNRM autorizar e disciplinar ano opcional com o mesmo nome dos programas de Residência Médica, para complementação da formação, mediante

solicitação da instituição e com a devida justificativa e comprovação da capacidade e necessidade de sua implantação;

g) A AMB emitirá apenas títulos e certificados que atendam às determinações da CME;

h) Em seus editais de concurso para título de especialista ou certificado de área de atuação, a AMB deverá observar o tempo mínimo de formação na especialidade ou área de atuação constante neste relatório;

i) A área de atuação que apresente interface com duas ou mais especialidades somente será criada ou mantida após consenso entre as respectivas Sociedades;

j) Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais Sociedades serão únicos e contarão, na sua elaboração, com a participação de todas as Sociedades vinculadas;

k) Os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela CME;

l) Os registros, junto aos CRMs, obedecerão aos seguintes critérios:

1) Os documentos emitidos pela CNRM ou AMB, prévios à Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos, deverão preservar, no registro, a denominação original;

2) Os documentos emitidos após a Resolução CFM nº 1.634/02 e anexos serão registrados de acordo com a denominação vigente no ato do registro. Se sofrerem alteração de especialidade para área de atuação, serão registrados por analogia;

m) Quando solicitada pelo médico, a AMB, por intermédio das Sociedades de Especialidade, deverá atualizar a anterior denominação dos títulos ou certificados para a nomenclatura vigente, cabendo aos CRMs promoverem idêntica alteração no registro existente;

n) As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs;

o) O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e duas áreas de atuação;

p) É proibida aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham o reconhecimento da CME;

q) A AMB deverá preservar o direito à certificação de área de atuação para as Sociedades que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Citopatologia, Endoscopia Digestiva, Endoscopia Respiratória, Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica;

r) Todas as demais áreas de atuação receberão certificação, na AMB, via Sociedades de Especialidade;

s) As Sociedades de Especialidade ou de áreas de atuação reconhecidas ficam obrigadas a comprovar sua participação em centros de treinamento e formação, mediante relatório anual enviado à AMB.

## **2) RELAÇÃO DAS ESPECIALIDADES RECONHECIDAS**

### **1. ACUPUNTURA**

2. ALERGIA E IMUNOLOGIA
3. ANESTESIOLOGIA
4. ANGIOLOGIA
5. CANCEROLOGIA
6. CARDIOLOGIA
7. CIRURGIA CARDIOVASCULAR
8. CIRURGIA DA MÃO
9. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
10. CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
11. CIRURGIA GERAL
12. CIRURGIA PEDIÁTRICA
13. CIRURGIA PLÁSTICA
14. CIRURGIA TORÁCICA
15. CIRURGIA VASCULAR
16. CLÍNICA MÉDICA
17. COLOPROCTOLOGIA
18. DERMATOLOGIA
19. ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
20. ENDOSCOPIA
21. GASTROENTEROLOGIA
22. GENÉTICA MÉDICA
23. GERIATRIA
24. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
25. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
26. HOMEOPATIA
27. INFECTOLOGIA
28. MASTOLOGIA
29. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
30. MEDICINA DO TRABALHO

31. MEDICINA DE TRÁFEGO
32. MEDICINA ESPORTIVA
33. MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
34. MEDICINA INTENSIVA
35. MEDICINA LEGAL
36. MEDICINA NUCLEAR
37. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
38. NEFROLOGIA
39. NEUROCIRURGIA
40. NEUROLOGIA
41. NUTROLOGIA
42. OFTALMOLOGIA
43. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
44. OTORRINOLARINGOLOGIA
45. PATOLOGIA
46. PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL
47. PEDIATRIA
48. PNEUMOLOGIA
49. PSIQUIATRIA
50. RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
51. RADIOTERAPIA
52. REUMATOLOGIA
53. UROLOGIA

### **3) RELAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDAS**

1. ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE
2. ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA
3. ANGIORADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR
4. ATENDIMENTO AO QUEIMADO
5. CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

6. CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL
7. CIRURGIA DA COLUNA
8. CIRURGIA DO TRAUMA
9. CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
10. CITOPATOLOGIA
11. DENSITOMETRIA ÓSSEA
12. DOR
13. ECOCARDIOGRAFIA
14. ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER
15. ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA
16. ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA
17. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
18. ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA
19. ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA
20. ERGOMETRIA
21. FONIATRIA
22. GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
23. HANSENOLOGIA
24. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA
25. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
26. HEPATOLOGIA
27. INFECTOLOGIA HOSPITALAR
28. INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA
29. MAMOGRAFIA
30. MEDICINA AEROESPACIAL ([sem efeito – Resolução CFM n. 1951/2010](#))
31. MEDICINA DE URGÊNCIA
32. MEDICINA DO ADOLESCENTE
33. MEDICINA FETAL
34. MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

35. NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
36. NEONATOLOGIA
37. NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA
38. NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
39. NEURORRADIOLOGIA
40. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL
41. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA
42. NUTROLOGIA PEDIÁTRICA
43. PERÍCIA MÉDICA ([Revogada pela Resolução CFM n. 1930/2009](#))
44. PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA
45. PSICOGERIATRIA
46. PSICOTERAPIA
47. PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
48. PSIQUIATRIA FORENSE
49. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA
50. REPRODUÇÃO HUMANA
51. REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA
52. SEXOLOGIA
53. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
54. ULTRA-SONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

ANEXO II - DECRETO DE 20 DE JUNHO DE 2007.

**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**DECRETO DE 20 DE JUNHO DE 2007.**

Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

**DECRETA:**

Art. 1º Fica instituída, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, de acordo com as competências estabelecidas no art. 2º, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º À Comissão Interministerial compete:

I - subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde;

II - subsidiar a definição de critérios para a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos superiores na área da saúde;

III - subsidiar a definição de critérios para a expansão da educação profissional, tecnológica e superior, incluindo a pós-graduação lato sensu nas modalidades de especialização, residência médica, multiprofissional e em área profissional na área da saúde;

IV - identificar, periodicamente, a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS, de forma a subsidiar políticas de incentivo à fixação de profissionais de saúde, conforme as necessidades regionais;

V - identificar, periodicamente, a capacidade instalada do SUS, a fim de subsidiar a análise de sua utilização no processo de formação de profissionais de saúde; e

VI - estabelecer diretrizes para a educação na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde na rede pública de educação básica.

Art. 3º A Comissão Interministerial será composta pelos seguintes membros:

I - Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação;

II - Secretário de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação;

III - Secretário de Educação à Distância do Ministério da Educação;

IV - Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde;

V - Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde;

VI - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde;

VII - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e

VIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

Parágrafo único. O Presidente da Comissão Interministerial, os suplentes e os membros de que tratam os incisos VII e VIII serão designados, em ato conjunto, pelos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 4º A Comissão Interministerial manifestar-se-á mediante parecer, aprovado por maioria de seus membros, a ser encaminhado à homologação dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 1º A Comissão Interministerial poderá instituir subcomissões temáticas com a função de colaborar, no que couber, para o cumprimento de suas atribuições, sistematizar as informações recebidas e subsidiar a elaboração de proposições.

§ 2º Sempre que necessário, a Comissão Interministerial poderá convidar representantes de entidades e de órgãos governamentais, para exame de assuntos específicos.

Art. 5º O apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos da Comissão Interministerial serão providos pela Secretaria de Educação Superior e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Art. 6º A participação na Comissão Interministerial é de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 7º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de junho de 2006; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Fernando Haddad*  
*José Gomes Temporão*

ANEXO III - PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 1.001, DE 22 DE  
OUTUBRO DE 2009

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO e MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 1.001, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009. Seção I, p. 9

Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA.

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando os termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007 que cria Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde com o papel de estabelecer as diretrizes para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para regulação de cursos superiores na saúde e a oferta de formação em áreas prioritárias, segundo necessidades regionais;

Considerando o disposto na Lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981, que instituiu a Residência Médica como modalidade de ensino de pós graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional;

Considerando o Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho em Saúde, instituído pelo artigo 15 da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005;

Considerando a Lei nº 11.381 de 1º de dezembro de 2006 que dispõe sobre o valor da bolsa do médico residente em treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais;

Considerando os resultados do trabalho realizado pela Subcomissão de Estudos e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, criada pela Portaria conjunta MEC/MS nº. 1º de 23 de outubro de 2007; resolvem:

Art. 1º Instituir o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA - que tem como objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas, em edital próprio, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS, por meio de:

a) Ampliação do número de vagas na modalidade Residência Médica e instituição de novos programas nos Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

b) Concessão de bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar Programas de Residência Médica (PRM);

c) Cooperação técnica e apoio matricial por parte de instituições de reconhecida excelência e destaque na implementação de políticas públicas a Programas de Residência Médica (PRM), selecionadas pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESu/MEC e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS para participar como parceiras do programa PRÓ-RESIDÊNCIA.

Art. 2º O PRÓ-RESIDÊNCIA será coordenado pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESu/MEC e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS.

Art. 3º Todas as ações implementadas pelo Programa ora instituído deverão estar em consonância com os requisitos estabelecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica -

CNRM/MEC.

Art. 4º As despesas decorrentes deste programa correrão à conta dos recursos orçamentários alocados nos orçamentos do MEC/SESu e do MS/SGETS.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD  
Ministro de Estado da Educação

JOSÉ GOMES TEMPORÃO  
Ministro de Estado da Saúde

## ANEXO IV - EDITAL CONVOCATÓRIO Nº 07, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009

**SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**EDITAL CONVOCATÓRIO Nº 07, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009**

**PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS  
ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS PARA O SUS - PRÓ-RESIDÊNCIA  
(Edital I)**

A SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação e O SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE do Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando os termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007, que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (CIGES) e a Portaria Interministerial nº 1001/2009, que instituiu o *Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS (PRÓ-RESIDÊNCIA)*, convidam à apresentação de propostas com vistas à seleção de projetos de Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a partir da data de publicação deste Edital I até **30/11/2009**, com publicação de resultados previsto para **11/12/2009**.

#### **1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

1.1. A seleção será regida pela Portaria Interministerial nº 1001/2009 e por este Edital.

#### **2. DO OBJETIVO**

2.1. O PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS - PRÓ-RESIDÊNCIA - tem o objetivo de favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas em comum acordo com gestores do SUS.

#### **3. DO OBJETO**

3.1. O presente edital tem por objeto selecionar propostas para:

3.1.1. Concessão de bolsas para residentes em Programas de Residência Médica (PRM) JÁ CREDENCIADOS que buscam expansão, quando o projeto de ajuste apresentado mostrar que a instituição depende APENAS DE BOLSAS PARA RESIDENTES para a ampliação do programa, com vagas já aprovadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC).

3.1.2. Concessão de bolsas para residentes para NOVOS PRM, quando o projeto apresentado demonstrar que a abertura do programa dependa APENAS DE BOLSAS PARA RESIDENTES, estando as demais condições asseguradas, em consonância com os requisitos da CNRM/MEC.

Parágrafo primeiro. A concessão de bolsas para residentes a que fazem referência os itens 3.1.1 e 3.1.2 deve incluir PRM desenvolvidos nas especialidades básicas e naquelas consideradas prioritárias, descritas no Anexo I deste Edital, no âmbito das áreas de intervenção em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção primária a saúde, atenção à saúde da mulher e da criança, e atenção ao idoso.

Parágrafo segundo – Também serão consideradas propostas para abertura de NOVOS PRM em especialidades em que não há formação nesta modalidade no Estado considerado.

#### **4. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE**

4.1. Poderão participar do presente processo de seleção Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, preferencialmente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país.

4.2. As instituições proponentes de projetos de EXPANSÃO do número de bolsas devem assegurar que o(s) programa(s) de Residência Médica a serem apoiados esteja(m) devidamente credenciado(s) pela CNRM/MEC e que não estejam em diligência ou exigência.

4.3. As instituições proponentes de projetos de ABERTURA DE NOVOS PROGRAMAS devem assegurar prévia aprovação do programa proposto a ser encaminhada ao MEC/MS pela sua COREME.

4.4. A COREME das instituições proponentes de projetos de ABERTURA DE NOVOS PROGRAMAS será responsável pelo subsequente cadastramento do PRM no Sistema Eletrônico do MEC, dentro do prazo regulamentar, com vistas à análise para credenciamento pela CNRM/MEC, etapa imprescindível para obtenção de apoio para abertura de novos programas.

4.5. O projeto de Hospitais Universitários Federais e de Hospitais de Ensino deverá ser elaborado e apresentado conjuntamente com a(s) Secretaria(s) Municipal(is) ou Estadual de Saúde e assinado por seus dirigentes máximos com o compromisso de implementá-lo em efetiva parceria.

4.6. Os Hospitais Universitários Federais e de Hospitais de Ensino, em parceria com o(s) serviço(s) de saúde (SMS ou SES) participantes do Programa, devem manifestar sua concordância em:

4.6.1 receber em suas instalações, representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;

4.6.2 realizar seminários internos anuais de avaliação do projeto, contando com a participação de preceptores e residentes de todas as especialidades envolvidas, bem como representantes dos serviços de saúde e representantes da Comissão de Integração Ensino- Serviço (CIES) da região envolvida.

4.6.3 participar, por meio de seus representantes, de Seminários Estaduais, Regionais ou Nacionais do PRÓ-RESIDÊNCIA, coordenados conjuntamente pelo CONASS, CONASEMS, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES e Secretaria de Ensino Superior - SESu do MEC.

## **5. DA INSCRIÇÃO NA SELEÇÃO**

5.1. O projeto deverá ser enviado pelo correio na forma impressa e em arquivo digital gravado em CD, com os devidos comprovantes para os seguintes endereços:

5.1.2. Se o proponente for Hospital Universitário Federal, deverá encaminhar o projeto ao endereço da Coordenação Geral de Residências em Saúde, Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde, Secretaria de Educação Superior, Ministério da Educação, Esplanada dos Ministérios, Bloco L, Anexo II, sala 400, CEP: 70.047-903, Brasília – DF.

5.1.3. Se o proponente for Hospital de Ensino (exceto federal); Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, encaminhar o projeto ao endereço, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Sala 717 CEP: 70058-900 Brasília DF.

5.2. O prazo final para postagem das propostas de concessão de bolsas de residentes para 2010 será o dia **30/11/2009**.

## **6. DA ELABORAÇÃO DOS PROJETOS**

6.1. Os PROJETOS, tanto de EXPANSÃO quanto de ABERTURA DE NOVOS PROGRAMAS, deverão conter informações relevantes sobre a instituição proponente e o(s) serviço(s) de saúde locais envolvido(s) na formação na especialidade, considerando-se para tanto a justificativa e motivação para sua implementação conjunta, em conformidade com a Portaria Interministerial nº 1001/2009 que institui o PRÓ-RESIDÊNCIA, e com este Edital.

Estas informações integrarão o corpo do projeto, devendo ser apresentadas em até (quatro) laudas.

6.2. Cada instituição deverá apresentar um único projeto, com período de duração inicial máxima equivalente ao número de anos do programa de residência previsto para apoio, e vir acompanhado, se o proponente for Hospital Universitário Federal ou Hospital de Ensino, de declaração conjunta com a Secretaria da Municipal ou Estadual de Saúde com o compromisso descrito no item 4.4.

6.2.1. Caso o projeto envolva pleito referente a mais de um programa de residência, o apoio solicitado deverá referir-se a cada programa, devendo ter o número de anos correspondente à duração para ele prevista pela CNRM/MEC.

6.3. Os projetos deverão atender:

a) aos requisitos formais exigidos pela CNRM/MEC disponibilizados no endereço <http://portal.mec.gov.br>;

b) aos termos da Portaria Interministerial nº 1001/2009 e do presente edital.

6.4. Os projetos deverão estar de acordo com o modelo apresentado no Anexo II deste Edital, contendo o diagnóstico da situação atual dos programas nas especialidades envolvidas e dos serviços de saúde que participarão como cenários da formação, bem como os objetivos, metas, atividades previstas, resultados esperados, estratégias e indicadores de acompanhamento e avaliação.

6.5. O projeto deverá ter, no máximo, 15 laudas, com letra tipo "arial" 12, espaço entre linhas 1,5.

## **7. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE DESEMPATE**

7.1. O processo de seleção consistirá em verificar se a instituição proponente atende às exigências e requisitos técnicos descritos neste Edital. A instituição proponente deverá observar todas as instruções, formulários e condições contidas neste edital. A inobservância quanto à informação solicitada nas propostas de projetos e o que desajuste em relação aos termos deste Edital poderá constituir motivo de rejeição do pleito.

7.2. A fim de contribuir no processo de análise da Proposta, a Comissão de Seleção designada pela SESU/MEC e SGTES/MS poderá:

i) solicitar à Instituição proponente esclarecimentos sobre sua Proposta. O requerimento para esclarecimento e a resposta deverão ser feitos por e-mail, telegrama ou fax-símile, mas nenhuma alteração na substância da Proposta deverá ser solicitada, oferecida ou permitida;

ii) contatar e/ou visitar as instalações indicadas pela Instituição em sua Proposta, bem como promover quaisquer outras diligências que entenderem necessárias. As Instituições deverão empreender esforços para facilitar a resolução de tais diligências.;

7.3. A Comissão de Seleção designada por Portaria dos Secretários da SGTES/MS e da SESU/MEC levará em consideração na análise e seleção dos projetos de expansão do número de bolsas e de criação de novos programas de RM:

7.3.1 Demonstração de que a iniciativa é produto de pactuação com as esferas de gestão do SUS, respondendo as necessidades de saúde, e que exista carência da especialidade em questão na região proponente, conferindo maior pontuação para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país; **(até 35 pontos)**;

7.3.2. Abordagem de conteúdos e emprego de cenários da formação compatíveis e correspondentes aos espaços de prática envolvidos na linha de cuidados na área de intervenção em que se insere a especialidade, em consonância com os requisitos da CNRM e as políticas públicas, tal como exposto no Anexo III; **(até 25 pontos)**;

7.3.3. Coerência e sinergia entre o pleito de apoio à formação de especialistas contido no projeto e o compromisso do gestor com a implementação da linha de cuidados na área de intervenção em que se insere a especialidade, pela demonstração de **(total 20 pontos, distribuídos entre os subitens abaixo)**:

a) existência de dispositivos e/ou políticas de fixação dos profissionais formados no estado/município **(até 8 pontos)**;

b) oferta de programas de qualificação para preceptores que atuam em programas de formação nessa especialidade **(até 6 pontos)**;

c) prioridade conferida à área de intervenção em que a especialidade se insere em seu plano de educação permanente no estado ou município **(até 6 pontos)**.

7.3.4. Demonstração da viabilidade de manutenção da qualidade do programa o com destaque para recursos humanos e infra-estrutura existentes. **(até 10 pontos)**;

7.3.5. Emprego de práticas de avaliação que denotem compromisso com a qualidade do programa de residência médica na especialidade. **(até 5 pontos)**;

7.3.6. Pertinência das estratégias pedagógicas e dos mecanismos de incorporação do projeto no cotidiano das instituições proponentes. **(até 5 pontos)**;

7.4. Em caso de empate serão considerados, como critérios para o desempate, a pontuação obtida em cada subitem fixado no item 7.3. na ordem em que se apresentam.

#### **8. DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES:**

8.1. Caberá ao MEC receber e processar as propostas referentes a este Edital enviadas pelos Hospitais Universitários Federais.

8.2. Caberá ao MS receber e processar as propostas referentes a este Edital enviadas pelos Hospitais de Ensino (exceto os federais), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

8.3. Caberá ao MS e MEC, conjuntamente:

8.3.1. constituir a Comissão de Análise de Projetos;

8.3.2. conduzir o processo de seleção, conforme definido neste Edital;

8.3.3. liberar os recursos que asseguram a concessão de bolsas, conforme determina a legislação pertinente;

8.3.4. prestar, quando necessário, assistência técnico-financeira durante a execução do projeto, diretamente ou por delegação;

8.3.5. constituir Comitê para acompanhar, avaliar, orientar, controlar e fiscalizar a execução do objeto dos acordos firmados;

8.3.6. fornecer às instituições interessadas as orientações pertinentes ao projeto.

8.4. Caberá aos Proponentes apoiados:

8.4.1. cumprir todas as normas de execução previstas no documento de formalização do apoio financeiro, inclusive em termos de relatórios e informes, registros contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais;

8.4.2. disponibilizar ao Comitê de Acompanhamento o acesso a todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos.

#### **9. DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS**

9.1. As despesas decorrentes do PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS (PRÓ-RESIDÊNCIA) serão financiadas com recursos da ação orçamentária nº 10.364.1436.8628.0001, do orçamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde, e da ação de Apoio à Residência nº 8005, da Unidade Orçamentária do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

#### **10. DO RESULTADO**

O resultado da seleção será publicado no Diário Oficial da União – DOU.

#### **11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

11.1. A SESu/MEC e SGTES/MS reservam-se o direito de resolver os casos omissos e as situações não previstas neste Edital.

11.2. Fica estabelecido o foro da cidade de Brasília, Distrito Federal, para dirimir questões oriundas da execução do presente Edital.

**Maria Paula Dallari Bucci**

**Secretaria da Educação Superior – MEC**

**Francisco Eduardo de Campos**  
**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - MS**

**ANEXO I**

**Especialidades e Áreas de Atuação:**

**1. Áreas Básicas:** Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva e Social

**2. Áreas prioritárias:** Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, Geriatria, Cancerologia Clínica e Cirúrgica, Radioterapia, Patologia, Anestesiologia, Medicina Intensiva, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia.

**3. Áreas de atuação:** Neonatologia, Psiquiatria Infantil e da Adolescência, Cirurgia do Trauma e Medicina de urgência

## ANEXO V - EDITAL CONVOCATÓRIO Nº 08, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009

**SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**EDITAL CONVOCATÓRIO Nº 08, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009**

**PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS  
ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS PARA O SUS – PRÓ- RESIDÊNCIA  
(Edital II)**

A SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR do Ministério da Educação e o SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE do Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando os termos do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007, e a Portaria Interministerial nº 1001/2009 convidam à apresentação de Propostas com vistas à seleção de projetos de Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para participação no **PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS (PRÓ-RESIDÊNCIA) - EDITAL II**, a partir da data de publicação deste Edital, com publicação de resultados prevista para a primeira etapa do processo de seleção até a data de **31/01/2010**, e para a segunda etapa, com seleção final dos projetos até **30/04/2010**.

**1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

1.1. A seleção será regida pela Portaria Interministerial nº 1001/2009 e por este Edital.

**2. DO OBJETIVO**

2.1. O PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS (PRÓ-RESIDÊNCIA) tem o objetivo de promover a formação de especialistas na modalidade Residência Médica em especialidades e regiões prioritárias, definidas em comum acordo com gestores do SUS.

**3. DO OBJETO**

3.1. O presente edital tem por objeto selecionar propostas para o APRIMORAMENTO dos Programas de Residência Médica (PRM) credenciados, JÁ EXISTENTES, e ABERTURA DE NOVOS, nas áreas básicas e naquelas consideradas prioritárias, descritas no Anexo I deste Edital, no âmbito das áreas de intervenção em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção primária a saúde, atenção à saúde da mulher e da criança, e atenção ao idoso, por meio de apoio matricial de instituições de reconhecida excelência e destaque na implementação de políticas públicas.

Parágrafo primeiro. Entende-se apoio matricial como um arranjo de gestão e de articulação em rede, no qual se estabelece uma relação de cooperação técnica, pedagógica, científica e de gestão, em que o intercâmbio de saberes e a experiência acumulada pela instituição de excelência favorecem a adoção das práticas mais ajustadas ao alcance dos resultados pretendidos.

Parágrafo segundo. Ao final da primeira etapa de seleção de pré-projetos, a instituição proponente deverá apresentar projeto final com proposta de trabalho com a instituição de reconhecida excelência que prestará apoio matricial.

Parágrafo terceiro. As instituições que poderão prestar apoio matricial serão selecionadas mediante Edital específico.

Parágrafo quarto. As instituições de excelência para prestação de apoio matricial selecionadas por Edital específico deverão ter convênio firmado com o Ministério da

Saúde para assegurar os recursos aprovados para o desempenho das atividades previstas no projeto.

Parágrafo quinto. Também serão consideradas propostas para abertura de PRM as especialidades em que não há formação nesta modalidade no Estado considerado.

#### **4. DOS CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE**

4.1. Poderão participar do presente processo de seleção Hospitais Universitários Federais, Hospitais de Ensino e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, preferencialmente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país.

4.2. As instituições proponentes de PROJETOS DE APRIMORAMENTO devem assegurar que o(s) PRM (s) a ser(em) apoiado(s) esteja(m) devidamente credenciado(s) pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/MEC e que não se encontrem em diligência ou exigência.

4.3. A COREME das instituições proponentes de PROJETOS DE ABERTURA DE NOVOS PROGRAMAS será responsável pelo subseqüente cadastramento do PRM no Sistema Eletrônico do MEC, dentro do prazo regulamentar, com vistas à análise para credenciamento pela CNRM/MEC, etapa imprescindível para obtenção de apoio para abertura de novos programas.

4.4. O projeto de Hospitais Universitários Federais e de Hospitais de Ensino deverá ser elaborado e apresentado conjuntamente com a(s) Secretaria(s) Municipal(ais) ou Estadual (ais) de Saúde e assinado por seus dirigentes máximos com o compromisso de implementá-lo em efetiva parceria.

4.5. O plano de apoio matricial consistirá em:

- a) Identificação de necessidades e pactuação do plano de apoio matricial com as esferas e instâncias de gestão do SUS envolvidas;
- b) Planejamento e implementação de programa de qualificação de preceptores da unidade apoiada nos aspectos clínico, didático-pedagógico, de gestão da atenção e do sistema de saúde, considerada a especificidade da área de intervenção a que se relaciona o programa;
- c) Oferta de estágios curriculares em articulação com a rede de serviços, de forma a assegurar a formação em cenários compatíveis com aqueles requeridos pela linha de cuidados;
- d) Disponibilização, por parte da instituição que oferece apoio matricial, de preceptores para atividades de supervisão presencial periódica nas unidades parceiras;
- e) Oferta de atividades a distância e de segunda opinião formativa com apoio de recursos de telessaúde (utilizando como referência o modelo da Rede Telessaúde Brasil, disponibilizado no portal [www.telessaudebrasil.org.br](http://www.telessaudebrasil.org.br));
- f) Método de avaliação das iniciativas desenvolvidas e de seu impacto sobre a qualidade da atenção e da formação.

4.6. Os Hospitais Universitários Federais, os Hospitais de Ensino, bem como o(s) serviço(s) de saúde (SMS ou SES) participante(s) do Programa de Residência apoiado devem manifestar sua concordância em:

4.6.1 receber em suas instalações representante(s) da comissão assessora do PRÓ-RESIDÊNCIA, com o objetivo de acompanhar a implementação do projeto proposto;

4.6.2 realizar seminários internos anuais de avaliação do projeto, contando com a participação de preceptores e residentes de todas as especialidades envolvidas, representantes das instituições que oferecem apoio matricial, dos serviços de saúde e representantes da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES (Portaria MS nº 1996/2007).

4.6.3 participar, por meio de seus representantes, de Seminários Estaduais, Regionais ou Nacionais do PRÓ-RESIDÊNCIA, coordenados conjuntamente pelas Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES do Ministério da Saúde e Secretaria de Educação Superior - SESU do Ministério da Educação, CONASS e CONASEMS.

#### **5. DA INSCRIÇÃO NA PRIMEIRA ETAPA DA SELEÇÃO DE PRÉ-PROJETOS**

5.1. A seleção constará de uma primeira etapa, em que a instituição proponente apresenta um pré-projeto, em articulação com o gestor Municipal e/ou Estadual, que será avaliado pela Comissão de Seleção, para análise da pertinência e prioridade da abertura de novo(s) PRM ou de aprimoramento de PRM existente(s), em conformidade com a Portaria Interministerial nº 1001/2009 que institui o PRÓ-RESIDÊNCIA, e com este Edital.

5.2. O pré-projeto deverá conter:

5.2.1. Termo de Compromisso da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde com a qual a instituição formadora pretende estabelecer parceria, com vistas à aproximação do conteúdo programático do PRM aos cenários de trabalho profissional na linha de cuidados a que se vincula a especialidade, tanto em PROJETOS DE APRIMORAMENTO quanto de ABERTURA DE NOVOS PROGRAMAS. O Termo deverá explicitar o compromisso do gestor em garantir os investimentos, no serviço, necessários à implantação do PRM ou de sua expansão, se for o caso.

5.2.2. informações relevantes sobre a instituição proponente e o(s) serviço(s) de saúde locais envolvido(s) na formação na especialidade, considerando-se para tanto a justificativa e motivação para sua implementação conjunta, em conformidade com a Portaria Interministerial nº 1001/2009 que institui o PRÓ-RESIDÊNCIA, e com este Edital, tanto em PROJETOS DE APRIMORAMENTO quanto de ABERTURA DE NOVOS PROGRAMAS.

5.2.3. aprovação pela COREME, documentação comprobatória de inexistência de quaisquer diligências ou exigências da CNRM e assinatura do dirigente máximo da instituição, caso a proposta de Projeto seja de APRIMORAMENTO de Programa de Residência Médica (PRM),

5.3. O pré-projeto deverá ser enviado pelo correio, na forma impressa e em arquivo digital gravado em CD, com os devidos comprovantes, para os seguintes endereços:

5.3.1. Se o proponente for Hospital Universitário Federal, deverá encaminhar o projeto ao endereço da Coordenação Geral de Residências em Saúde, Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde, Secretaria de Educação Superior, Ministério da Educação, Esplanada dos Ministérios, Bloco L, Anexo II, sala 400, CEP: 70.047-903, Brasília – DF.

5.3.2. Se o proponente for Hospital de Ensino (exceto universitário federal) ou Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, encaminhar o projeto ao endereço do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Sala 717, CEP: 70058-900, Brasília – DF.

5.4. O prazo final para postagem das propostas de projeto será até o dia **15/01/2010**.

5.5. A Comissão de Seleção divulgará os nomes das instituições cujos préprojeto(s) forem aprovado(s) para participar da segunda etapa da seleção até o dia **31/01/2010**.

## **6. DA SEGUNDA ETAPA DA SELEÇÃO – ELABORAÇÃO E SELEÇÃO DOS PROJETOS FINAIS**

6.1. As instituições cujos pré-projetos foram selecionados deverão apresentar um projeto para cada PRM, resultante de planejamento conjunto com a instituição que lhe proverá o apoio matricial e com os gestores do SUS, com duração igual a formação prevista no PRM.

6.2. Os projetos deverão reiterar os compromissos firmados com os gestores do SUS na fase de elaboração do pré-projeto, rerepresentando os documentos mencionados nos itens 5.2.1 e 5.2.3.

6.3. Os PROJETOS, tanto de APRIMORAMENTO quanto de ABERTURA DE NOVOS PROGRAMAS, deverão conter informações relevantes sobre a instituição proponente e o(s) serviço(s) de saúde locais envolvido(s) na formação na especialidade, considerando-se para tanto a justificativa e motivação para sua implementação conjunta, em conformidade com a Portaria Interministerial nº 1001/2009 que institui o

PRÓ-RESIDÊNCIA, e com este Edital. Estas informações integrarão o corpo do projeto, devendo ser apresentadas em até 4 (quatro) laudas.

6.4. Um grupo de especialistas indicados pela SGTES/MS e pela SESu/MEC oferecerá, se necessário, subsídios para elaboração dos projetos finais.

6.5. Os projetos deverão atender:

a) aos requisitos formais exigidos pela CNRM/MEC disponibilizados no endereço <http://portal.mec.gov.br>;

b) aos termos da Portaria Interministerial nº 1001/2009 e do presente edital.

6.6. As propostas deverão estar de acordo com os modelos apresentados no Anexo II deste Edital, contendo o diagnóstico da situação atual dos programas nas especialidades envolvidas e dos serviços de saúde que participarão como cenários da formação, bem como os objetivos, metas, atividades previstas, resultados esperados, estratégias e indicadores de acompanhamento e avaliação do programa a ser apoiado.

6.6.1. No caso de projetos de Abertura de Novos de Programas de Residência Médica (PRM), as propostas que contenham demandas referentes à infra-estrutura complementar necessária para atender aos requisitos da CNRM para a especialidade deverão prever, como contrapartida, investimentos dos gestores do SUS.

6.7. O projeto deverá ter, no máximo, 15 laudas, com letra tipo "arial" 12, espaço entre linhas 1,5.

6.8. Os projetos finalizados deverão ser re-encaminhados para análise pela Comissão de Seleção, obedecendo às mesmas orientações apontadas no item 5.3 deste Edital, com prazo final para postagem até o dia **15/04/2010**.

6.9. A Comissão de Seleção divulgará os nomes das instituições cujo(s) projeto(s) for(em) aprovado(s) até o dia **30/04/2010**.

## **7. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE DESEMPATE**

7.1. O processo de seleção consistirá em verificar se a instituição proponente atende às exigências e requisitos técnicos descritos neste Edital.

7.1.2. A instituição proponente deverá observar todas as instruções, formulários e condições contidas neste edital. A inobservância quanto à informação solicitada nas propostas de projetos e o que estiver em desajuste em relação aos termos deste Edital poderão constituir motivo de rejeição do pleito.

7.2. A fim de contribuir no processo de análise da Proposta, a Comissão de Seleção designada pela SESu/MEC e SGTES/MS poderá:

i) solicitar à Instituição proponente esclarecimentos sobre sua proposta. O requerimento para esclarecimento e a resposta deverão ser feitos por e-mail, telegrama ou fax-símile, mas nenhuma alteração na substância do projeto deverá ser solicitada, oferecida ou permitida;

ii) contatar e/ou visitar as instalações indicadas pela Instituição em seu projeto, bem como promover quaisquer outras diligências que entenderem necessárias. As Instituições deverão empreender esforços para facilitar tais diligências.

7.3. A Comissão de Seleção, designada por Portaria dos Secretários da SGTES/MS e da SESu/MEC, levará em consideração os seguintes critérios na análise e seleção dos projetos:

7.3.1 Demonstração de que a iniciativa é produto de pactuação com as esferas de gestão do SUS, respondendo às necessidades de saúde, e que exista carência da especialidade em questão na região proponente, conferindo-se maior pontuação para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país (**até 35 pontos**);

7.3.2. Abordagem de conteúdos e emprego de cenários da formação compatíveis e correspondentes aos espaços de prática envolvidos na linha de cuidados na área de intervenção em que se insere a especialidade, em consonância com os requisitos da CNRM e as políticas públicas do SUS, tal como exposto no Anexo III deste Edital (**até 25 pontos**);

7.3.3. Coerência e sinergia entre o pleito de apoio à formação de especialistas contido no projeto e o compromisso do gestor com a implementação da linha de cuidados na

área de intervenção em que se insere a especialidade, pela demonstração de **(total de 20 pontos, distribuídos entre os subitens abaixo)**:

a) existência de dispositivos e/ou políticas de fixação dos profissionais formados no estado/município **(até 8 pontos)**;

b) oferta de programas de qualificação para preceptores que atuam em programas de formação nessa especialidade; **(até 6 pontos)**;

c) prioridade conferida à área de intervenção em que a especialidade se insere em seu plano de Educação permanente no Estado ou Município **(até 6 pontos)**;

7.3.4. Demonstração da viabilidade de manutenção da qualidade do programa com destaque para os recursos humanos e infra-estrutura existentes **(até 10 pontos)**;

7.3.5. Emprego de práticas de avaliação que denotem compromisso com a qualidade do PRM na especialidade **(até 5 pontos)**;

7.3.6. Pertinência das estratégias pedagógicas e dos mecanismos de incorporação do projeto no cotidiano das instituições proponentes **(até 5 pontos)**;

7.4. Em caso de empate, serão considerados, como critérios para o desempate, a pontuação obtida em cada subitem fixado no item 7.3. na ordem em que se apresentam.

## **8. DA RESPONSABILIDADE DAS PARTES:**

8.1. Caberá ao MEC: receber e processar as propostas referentes a este Edital enviadas pelos Hospitais Universitários Federais.

8.2. Caberá ao MS: receber e processar as propostas referentes a este Edital enviadas pelos Hospitais de Ensino (exceto os federais), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

8.3. Caberá ao MS e MEC, conjuntamente:

8.3.1. constituir a Comissão de Seleção de Projetos;

8.3.2. conduzir o processo de seleção, conforme definido neste Edital;

8.3.3. liberar os recursos que asseguram a concessão de bolsas, conforme determina a legislação pertinente;

8.3.4. prestar, quando necessário, assistência técnico-financeira durante a execução do projeto, diretamente ou por delegação;

8.3.5. constituir Comitê para acompanhar, avaliar, orientar, controlar e fiscalizar a execução do objeto dos acordos firmados;

8.3.6. fornecer às instituições interessadas as orientações pertinentes ao projeto.

8.4. Caberá aos Proponentes apoiados:

8.4.1. cumprir todas as normas de execução previstas no documento de formalização do apoio financeiro, inclusive em termos de relatórios e informes, registros

contábeis e prestação de contas, em conformidade com os procedimentos legais;

8.4.2. disponibilizar ao Comitê de Acompanhamento o acesso a todas as informações pertinentes ao acompanhamento e avaliação dos projetos.

8.5. Caberá à Instituição que oferecer apoio matricial:

8.5.1. Implementar todas as ações necessárias ao cumprimento dos itens do capítulo 4 deste edital.

## **9. DO ORÇAMENTO E DOS RECURSOS**

9.1. As despesas decorrentes do PROGRAMA NACIONAL DE APOIO À FORMAÇÃO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS (PRÓ-RESIDÊNCIA) serão financiadas com recursos da ação orçamentária nº 10.364.1436.8628.0001, do orçamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde, e da ação de Apoio à Residência nº 8005, da Unidade Orçamentária do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

## **10. DO RESULTADO**

10.1. Os resultados da seleção, na primeira e na segunda etapa, serão publicados no Diário Oficial da União – DOU.

## **11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

11.1. A SESu/MEC e SGTES/MS reservam-se o direito de resolver os casos omissos e as situações não previstas neste Edital.

11.2. Fica estabelecido o foro da cidade de Brasília, Distrito Federal, para dirimir questões oriundas da execução do presente Edital.

**Maria Paula Dallari Bucci**  
**Secretaria da Educação Superior – MEC**

**Francisco Eduardo de Campos**  
**Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - MS**