



Manual para as Comissões de Residência Médica - COREMES

Manual para as Comissões de Residência Médica - COREMES

Manual para as Comissões de Residência Médica – COREMES

**ORIENTAÇÕES PARA CREDENCIAMENTO E
FUNCIONAMENTO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MÉDICA**

Elaboração:
Tânia Maria Marcial
Urquiza Helena Meira Paulino
Lauro José Victor Avellan Neves
Antônio Fernandes Lages
Reginaldo Valacio

Revisão 2016
Tânia Maria Marcia

SUMÁRIO

Capítulo 1 - Definições e informações importantes		
1.1	CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica	Pag 08
1.2	CEREM – Comissão Estadual de Residência Médica	Pag 08
1.3	COREME – Comissão Local de Residência Médica	Pag 08
	1.3.1 Deveres da Coreme	Pag 08
	1.3.2 Regulamento da Coreme	Pag 09
	1.3.2.1 Direitos e Deveres dos Médicos Residentes	Pag 09
1.4	Associações de Médicos Residentes	Pag 10
1.5	Processo Seletivo para Residência Médica	Pag 10
	1.5.1 Edital Processo Seletivo	Pag 10
	1.5.2 Avaliação Curricular Padronizada	Pag 10
	1.5.3 Processo Seletivo Unificado – PSU	Pag 10
1.6	Situação do Programa de Residência Médica – PRM junto a CNRM	Pag 11
	1.6.1 Solicitação de Credenciamento	Pag 11
	1.6.2 Credenciamento Provisório	Pag 11
	1.6.3 PRM – Credenciado	Pag 11
	1.6.4 PRM com Exigência	Pag 11
	1.6.5 PRM em Diligência	Pag 11
	1.6.6 PRM – Anos Adicionais	Pag 11
	1.6.7 PRM – Anos Opcionais	Pag 11
1.7	PRM - Denúncia De Irregularidades	Pag 11
Capítulo 2 - Modelo de Regulamento Coreme		Pag 12
Capítulo 3 - Avaliação de Médicos Residentes – modelos para avaliação		Pag 18
ANEXO 1: Modelo de escala de atitudes – avaliação formativa do médico residente		Pag 25
ANEXO 2: Modelo de escala de atitudes		Pag 26
ANEXO 3: Avaliação Através da Metodologia CEX		Pag 28
ANEXO 4: Avaliação Através da Metodologia MINI-EX		Pag 29
ANEXO 5: Mini-Exame Clínico Avaliativo PARA CIRURGIA		Pag 31
ANEXO 6: OSCE		Pag 34
Capítulo 4 - Legislação Vigente CNRM		Pag 37
4.1	DECRETO Nº 80. 281 de 05 de setembro de 1977– Cria a CNRM.	Pag 37
4.2	Lei nº 6. 932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as ATIVIDADES DOS MÉDICOS RESIDENTES e dá outras providências	Pag 37
4.3	RESOLUÇÃO CNRM 03/2001 de 01 de setembro de 2001 – Diligência em PRMs de Residência Médica	Pag 40
4.4	RESOLUÇÃO CNRM 05/2003 de 23 de Dezembro de 2003 – Registro de Certificados pela CNRM.	Pag 40
4.5	RESOLUÇÃO CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005 – Estrutura, Organização e Financiamento da CNRM. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica.	Pag 41
4.6	RESOLUÇÃO CNRM 04/2005 de 07 de julho de 2005 –Dispõe sobre o Intercâmbio Interinstitucional para apoiar a criação e o aprimoramento de Programas de Residência Médica em especialidades prioritárias em regiões carentes do país.	Pag 50
4.7	RESOLUÇÃO CNRM 05/2005 de 07 de julho de 2005 – Estágio Voluntário para Médicos Residentes. Dispõe sobre a criação de estágio voluntário para	Pag 51

	residentes, como modalidade de estágio optativo, em localidades de fronteira e/ou de difícil acesso do país, onde haja organizações militares de saúde, organizações militares com facilidades médicas ou unidades civis de saúde.	
4.8	RESOLUÇÃO CNRM 06/2005 de 07 de julho de 2005 – Autorização de Curso Livre com Metodologia de Ensino à Distância. Dispõe sobre a autorização de Curso Livre com metodologia de ensino a distância, para o aperfeiçoamento teórico dos médicos residentes	Pag 52
4.9	RESOLUÇÃO CNRM 07/2005 de 07 de julho de 2005 – Registro de Certificado de Anos Opcionais de RM pela CNRM. Dispõe sobre o registro dos certificados de anos opcionais de Residência Médica pela Comissão Nacional de Residência Médica.	Pag 62
4.10	RESOLUÇÃO CNRM 08/2005 de 07 de julho de 2005 – Revalidação – Certificados de RM do Exterior. Estabelece normas para a revalidação dos certificados de conclusão de Programas de Residência Médica expedidos por estabelecimentos estrangeiros.	Pag 63
4.11	RESOLUÇÃO CNRM 01/2006 de 03 de janeiro de 2006 - Estrutura, Organização e Funcionamento das CEREMs. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica	Pag 63
4.12	RESOLUÇÃO CNRM 02/2006 de 17 de maio de 2006 – Requisitos Mínimos dos PRMs de RM. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências	Pag 68
4.13	RESOLUÇÃO CNRM 04/2006 de 05 de julho de 2006 – Cancelamento dos PRMs de RM pela NÃO Matrícula de Novos Residentes. Dispõe sobre o cancelamento de Programas de Residência Médica pela não realização de matrícula de novos residentes	Pag 128
4.14	RESOLUÇÃO CNRM 06/2006 de 05 de setembro de 2006 – Avaliação dos PRMs de RM. Dispõe sobre a avaliação dos Programas de Residência Médica.	Pag 129
4.15	RESOLUÇÃO CNRM 07/2006 05 de setembro de 2006 – Duração Conteúdo de PRM de RM de Cancerologia Cirúrgica. Dispõe sobre a duração do programa de Residência Médica de Cancerologia/ Cirúrgica e se conteúdo programático.	Pag 130
4.16	RESOLUÇÃO CNRM 08/2006 de 30 de outubro de 2006 – Pré-Requisito para o PRM de Endoscopia. Dispõe sobre os pré-requisitos para o programa de Residência Médica em Endoscopia.	Pag 135
4.17	RESOLUÇÃO CNRM 09/2006 de 18 de outubro de 2006 – Duração da Área de Atuação de Medicina Intensiva Pediátrica. Dispõe sobre a duração da área de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica e se conteúdo programático.	Pag 135
4.18	RESOLUÇÃO CNRM Nº 01, de 31 de julho de 2007. Dispõe sobre a duração do programa de Residência Médica de Cancerologia/Clínica e seu conteúdo programático.	Pag 138
4.19	RESOLUÇÃO CNRM Nº 02, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre a duração e o conteúdo programático da Residência Médica de Cirurgia da Mão	Pag 139
4.20	RESOLUÇÃO CNRM Nº 04, de 23 de outubro de 2007. Dispõe sobre os critérios para confecção e publicação de edital para processo seletivo de Residência Médica.	Pag 142
4.21	RESOLUÇÃO CNRM N.º 01, DE 08 de abril de 2010. Dispõe sobre a duração,	Pag 143

	conteúdo programático e as condições para oferta do ano adicional de capacitação em transplantes.	
4.22	RESOLUÇÃO CNRM No- 4, de 12 de julho de 2010. Profíbe o plantão de sobreaviso para Médicos Residentes no âmbito da Residência Médica.	Pag 145
4.23	RESOLUÇÃO CNRM No- 5, de 20 de julho de 2010. Dispõe sobre a não ocorrência de provas de seleção para os Programas de Residência Médica no mesmo dia do Exame Nacional de Avaliação de Desempenho do Estudante (ENADE).	Pag 145
4.24	RESOLUÇÃO CNRM Nº 06, de 20 de outubro de 2010. Dispõe sobre a transferência de médicos residentes	Pag 146
4.25	RESOLUÇÃO CNRM N.º 07, de 20 de outubro de 2010. Dispõe sobre a isenção de cobrança de taxa de inscrição para participação em processo seletivo público para ingresso em Programa de Residência Médica ao candidato que declarar-se impossibilitado de arcar com a taxa de inscrição, e comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a três salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos.	Pag 147
4.26	RESOLUÇÃO CNRM no 1, de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre o estabelecimento e condições de descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno	Pag 148
4.27	RESOLUÇÃO CNRM No- 2, DE 1 de setembro de 2011. Dispõe sobre a data de início dos Programas de Residência Médica em território nacional, a partir do ano de 2012, e dá outras providências.	Pag 149
4.28	RESOLUÇÃO CNRM Nº 4, de 30 de setembro de 2011. Dispõe sobre a reserva de vaga para residente médico que presta Serviço Militar.	Pag 150
4.29	DECRETO No- 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica	Pag 151
4.30	LEI Nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. Conversão da Medida Provisória nº 536, de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral.	Pag 161
4.31	RESOLUÇÃO CNRM Nº 2, de 3 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de residência médica e dá outras providências.	Pag 163
4.32	RESOLUÇÃO CNRM Nº 2, DE 3 DE JULHO DE 2013 Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de residência médica e dá outras providências	Pag 164
4.33	LEI 12.871/2013 (LEI ORDINÁRIA) DE 22 DE OUTUBRO DE 2010. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências	Pag 167
4.34	RESOLUÇÕES CNRM 02 E 03/2014 Alteraram prazos de solicitação de credenciamento de programas de residência médica com validade somente para o ano de 2014	Pag 179
4.35	RESOLUÇÃO Nº 4, de 30 De Setembro de 2014	Pag 179

	Institui as Câmaras Técnicas Temáticas e o Comitê de Sistematização da Comissão Nacional de Residência Médica, e dá outras providências.	
4.36	RESOLUÇÃO Nº- 1 DE 25 DE MAIO DE 2015 Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências.	Pag 184
4.37	RESOLUÇÃO Nº 2, DE 27 DE AGOSTO DE 2015 Adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica ao art. 22 da Lei 12.871/2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica.	Pag 189
4.38	PORTARIA INTERMINISTERIAL No 3, DE 16 DE MARÇO DE 2016. Valor da bolsa 2016	Pag 192
Capítulo 5 - Especialidades Médicas e áreas de atuação aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades - RESOLUÇÃO CFM Nº 2.116/2015		Pag 193

CAPÍTULO I

DEFINIÇÕES E INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1 - DEFINIÇÕES E INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Entidade/Situação	Informações/Legislação
1.1 CNRM – COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA	<p>Criada em 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM é a entidade que regulamenta a Residência Médica no Brasil. A partir 1981, com o termo “Residência Médica”, obrigatoriamente, só pode ser usado para programas credenciados pela CNRM. A Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005 e o Decreto no. 7.562, de 15 de setembro de 2011 tratam das funções e atribuições da CNRM.</p> <p>Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977 Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981 Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005 Decreto no. 7.562, de 15 de setembro de 2011</p>
1.2 CEREM – COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA	<p>A partir de 1987 foram criadas as Comissões Estaduais de Residência Médica, atualmente com sua constituição e atribuições definidas pela Resolução 01/2006 da CNRM. As CEREMs podem ser consideradas representantes da CNRM nos Estados, atuando como intermediárias entre as COREMES e a CNRM.</p> <p>Resolução CNRM 01/2006 de 03 de janeiro de 2006</p>
1.3 COREME – COMISSÃO LOCAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA.	<p>Toda instituição que oferece Programas de Residência Médica tem que ter a COREME . Ela é a responsável por oferecer dentro do seu serviço condições adequadas para a boa formação do médico residente, sendo ela a responsável pela aprovação do corpo de preceptores e, em última instância, de fazer cumprir as Resoluções da CNRM. Sua constituição e atribuições são encontradas nos Artigos 22 a 26 e de 46 a 52 da Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005 e Resolução 02/2013 de 03 de julho de 2013</p> <p>1.3.1 DEVERES DA COREME</p> <p>Conhecer os Decretos, Leis e Resoluções que regulamentam a RM, e manter-se atualizada sobre os mesmos; Elaborar Regulamento ou Regimento da Residência Médica na instituição; Entregar este Regulamento ao MR antes da assinatura de contrato para início dos programas.</p>

Orientar os Supervisores dos programas, que deverão elaborar a escala de atividades anualmente já com a previsão do período de férias e deverão ser entregues aos MRs antes do início do programa, no ato da assinatura do contrato;
Avaliar trimestralmente os programas de residência médica da instituição
Acompanhamento da avaliação trimestral dos MRs;
Aprovar em primeira instância novos PRMs que venham a ser solicitados pela instituição;
Solicitar o credenciamento dos programas no mesmo ano em que vence a validade do credenciamento;
Cadastrar os MRs no sistema da CNRM;
Emitir o Certificado de Conclusão do PRM;
Elaborar o edital do processo seletivo para entrada de médicos residentes.
Todos os assuntos relacionados a RM deverão, em primeira instância, ser discutidos e aprovados pela COREME da instituição;
Artigos 22 a 26 da Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005
Resolução CNRM 02/2013 de 03 de julho de 2013
Artigos 13, 14 e 15 da Resolução CNRM 02/2006

1.3.2 REGULAMENTO DA COREME

O regulamento da Coreme deve conter no mínimo os seguintes itens (Vide modelo de Regulamento no capítulo 2):
Composição: deve ser integrada por profissionais de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina (Artigos 22 a 26 Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005). A constituição encontra-se descrita no Artigo 2º. da Resolução CNRM 02/2013 de 07 de julho de **2013**

Atribuições: de acordo com as normas legais vigentes planejar, coordenar, supervisionar as atividades, selecionar candidatos e avaliar o rendimento dos alunos dos vários Programas da Instituição (Artigos 22 a 26 Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005 e Artigos 13 a 15 da Resolução CNRM 02/2006 de 17 de maio de 2006; Artigo 3º. da Resolução CNRM 02/2013 de 03 de julho de 2013);

1.3.2.1 DIREITOS E DEVERES DOS MRS:

Todos previstos na Lei 6.932 de 07 de julho de 1981;
Critérios de avaliação, aprovação para o próximo ano e para obtenção do Certificado conforme previsto nos Artigos 13 a 15 da Resolução CNRM 02/2006 de 17 de maio de 2006 (Vide Capítulo 3 sobre Avaliação da Residência Médica);
Tempo máximo que um médico residente pode ficar afastado do programa, após este período independente da justificativa ele será afastado;
Período de licença para nojo, para casamento, ou outras situações não previstas nas Leis e Resoluções da CNRM, a critério da instituição;
Se a instituição irá ou não oferecer moradia (conforme previsto no inciso III do § 5º do Art. 4º da Lei nº 12.514, de 28 de

	<p>outubro de 2011); Descanso pós plantão noturno logo após o médico residente transferir a outro profissional médico, de igual competência, a responsabilidade pela continuidade da assistência médica. (Resolução CNRM no. 1, de 16 de junho de 2011; Resolução CNRM 01/2013 de 03 de julho de 2013) Proibição de plantão de sobreaviso conforme previsto na Resolução CNRM no. 4, de 12 de julho de 2010;</p>
1.4 ASSOCIAÇÕES DE MÉDICOS RESIDENTES	<p>Começam dentro das instituições com as Associações Locais de Médicos Residentes, tendo suas representações dentro das Associações.</p>
1.5 PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA	<p>Desde o ano de 1978 o processo de seleção para médicos residentes garantido a igualdade de oportunidades. Inicialmente a prova era realizada de acordo com os critérios da instituição. Em 1981 foi colocada a exigência da realização do processo seletivo. Neste mesmo ano é exigido a colocação das disciplinas de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Medicina Preventiva e Social, Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria como obrigatórias para o conteúdo das provas. Em 1999 foram colocados os critérios 90% para prova escrita e 10% avaliação curricular, além da exigência de que para programas com pré-requisito a prova fosse exclusiva do conteúdo do pré-requisito. Artigo 2º. da Lei 6.932 de 07 de julho de 1981</p> <hr/> <p>1.5.1 EDITAL PROCESSO SELETIVO A exigência de edital foi colocada a partir de 1982. Os editais devem seguir os critérios das seguintes Resoluções CNRM: 04/2007 de 23 de outubro de 2007, 05/2010 de 20 de julho de 2010, 07/2010 de 20 de outubro de 2010, 04/2011 de 30 de setembro de 2011, 01/2015 de 25 de maio de 2015. Anualmente são publicados modelos de edital para processo seletivo no sítio www.arem.org.br para instituições participantes do PSU e no sítio www.cerem.org.br para as não participantes do PSU). Todos os editais após aprovação da CEREM/MG são publicados no sítio www.arem.org.br</p> <hr/> <p>1.5.2 AVALIAÇÃO CURRICULAR PADRONIZADA A partir do ano de 2002 a CEREM/MG em concordância com as instituições que oferecem programas de residência médica em Minas Gerais optou pela avaliação curricular padronizada utilizando os mesmos critérios para todos os hospitais do Estado. Anualmente são disponibilizados nos sítios www.arem.org.br e www.cerem.org.br os modelos de avaliação curricular para entrada direta e entrada com pré-requisito.</p> <hr/> <p>1.5.3 PROCESSO SELETIVO UNIFICADO - PSU O PSU teve início no ano de 2009</p>

1.6 SITUAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDENCIA MÉDICA - PRM JUNTO A CNRM

1.6.1 SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

A solicitação de credenciamento deve ser feita para programas novos, após o término do credenciamento provisório e término do período de validade do credenciamento.

1.6.2 CREDENCIAMENTO PROVISÓRIO

É o primeiro credenciamento do programa que dura pelo período de duração do programa. Após o credenciamento provisório é concedido o credenciamento que dura pelo prazo de 06 anos.

1.6.3 PRM - CREDENCIADO

É quando o PRM encontra-se dentro do prazo de validade do credenciamento e não se encontra com exigência ou diligência.

1.6.4 PRM COM EXIGÊNCIA

A EXIGÊNCIA é colocada, quando durante a vistoria são detectadas irregularidades no programa, consideradas não graves e de fácil resolução. Se a vistoria é realizada para renovação de credenciamento, o período é revalidado determinando-se um prazo para o cumprimento da exigência. Se esta não for cumprida o PRM é baixado em diligência.

1.6.5 PRM EM DILIGÊNCIA

A DILIGÊNCIA é colocada, quando durante a vistoria são detectadas irregularidades no programa, consideradas graves. Se a vistoria é realizada para renovação de credenciamento, o período NÃO é revalidado determinando-se um prazo para o cumprimento da DILIGÊNCIA. Após este período se resolvidas as irregularidades é renovado o período de credenciamento. Durante o período da diligência não é autorizado a realização de processo seletivo (Resolução CNRM 03/2001 de 01 de setembro de 2001)

1.6.6 PRM – ANOS ADICIONAIS

Para todos os PRMs é autorizado o oferecimento de 01 ano adicional na própria área . Exemplo: R3 adicional de Clínica Médica com área de atuação na clínica médica;

1.6.7 PRM – ANOS OPCIONAIS

São oferecidos para as áreas de atuação ou subespecialidades aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.116/2015 de 04 de fevereiro de 2015

1.7 DENÚNCIA DE IRREGULARIDADES

A denúncia de irregularidades pode ser feita pelos médicos residentes, preceptores, pelos supervisores ou pela própria Coreme. A recomendação da CEREM/MG para médicos residentes, é que estes se reúnam e apresentem o problema ao supervisor do programa. Caso o supervisor não resolva ou seja a pessoa que esteja causando o problema, a orientação é apresentar a situação na reunião da COREME da Instituição, que deve ocorrer mensalmente com a presença de pelo menos um representante dos médicos residentes. Caso a COREME não resolva a situação o caso deverá ser encaminhado para a CEREM/MG, que entrará novamente em contato com a COREME da Instituição e levará o caso para a reunião de seu Conselho Deliberativo podendo ser agendada vistoria para verificação. Em casos em que possa ocorrer constrangimento ao residente para efetuar a denúncia, o mesmo poderá optar por acionar a AMIMER, que tem um membro representante no Conselho Deliberativo da CEREM/MG e que poderá apresentar a denuncia em nome dos residentes da instituição sem identificação dos mesmos.

CAPÍTULO 2

MODELO DE REGULAMENTO COREME

2. MODELO DE REGULAMENTO COREME

CAPÍTULO I

DA CONCEITUAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Residência Médica - COREME do (NOME DO SERVIÇO) é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica - CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011.

Parágrafo único. A COREME é o órgão responsável pela emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro no sistema de informação da CNRM.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A COREME do (NOME DO SERVIÇO) é um órgão colegiado constituído por:

I - um coordenador e um vice coordenador;

II - um representante do corpo docente/supervisor por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM;

III - um representante da diretoria do (NOME DO SERVIÇO) ; e

IV - um representante dos médicos residentes por programa de residência médica.

Parágrafo único. Os grupos referidos nos incisos II, III e IV indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA COREME

Art. 3º São competências da COREME do (NOME DO SERVIÇO):

I - planejar a criação de novos programas de residência médica na instituição, manifestando-se sobre a conveniência em fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas a ser oferecidas;

II - coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;

III - avaliar periodicamente os programas de residência médica do (NOME DO SERVIÇO);

IV - elaborar e revisar o seu regimento interno e regulamento;

V - participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada; e

VI - emitir certificados de conclusão de programa dos médicos residentes.

DO COORDENADOR

Art. 4º O coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente do (NOME DO SERVIÇO), com experiência na supervisão de médicos residentes e domínio da legislação sobre residência médica.

Parágrafo único. O coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica do (NOME DO SERVIÇO).

Art. 5º **Compete ao coordenador da COREME:**

- I - Coordenar as atividades da COREME;
- II - Convocar reuniões e presidi-las;
- III - Encaminhar à instituição de saúde as decisões da COREME;
- IV - Coordenar o processo seletivo dos programas de residência médica do (NOME DO SERVIÇO);
- V - Representar a COREME junto à CEREM; e
- VI - Encaminhar trimestralmente à CEREM informações atualizadas sobre os programas de residência médica do (NOME DO SERVIÇO).

Parágrafo único. O contrato de trabalho do coordenador da COREME junto do (NOME DO SERVIÇO) deverá reservar período de XXXX horas para a realização das atribuições enumeradas neste artigo.

DO VICE-COORDENADOR

Art. 6º O vice coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente do (NOME DO SERVIÇO), com experiência em programas de residência médica.

Parágrafo único. O vice coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica do (NOME DO SERVIÇO).

Art. 7º Compete ao vice coordenador da COREME:

- I - substituir o coordenador em caso de ausência ou impedimentos; e
- II - auxiliar o coordenador no exercício de suas atividades.

Parágrafo único. O contrato de trabalho do vice coordenador da COREME junto à (NOME DO SERVIÇO) deverá reservar período XXXXXX horas para a realização das atribuições enumeradas neste artigo.

DO REPRESENTANTE DO CORPO DOCENTE/SUPERVISOR

Art. 8º O representante do corpo docente deverá ser médico especialista, supervisor de programa de residência médica do (NOME DO SERVIÇO).

Parágrafo único. O representante do corpo docente será indicado pelo conjunto dos preceptores do programa de residência médica representado.

Art. 9º. O supervisor de programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente do (NOME DO SERVIÇO).

Parágrafo único. O supervisor do programa de residência médica será responsável pela gestão do programa.

Art. 10 Compete ao representante do corpo docente/supervisor:

- I - Elaborar anteprojeto da programação das atividades que deverá ser discutido e aprovado pela Comissão de Residência Médica – COREME
- II - Zelar pelo fiel cumprimento do Programa de Residência Médica –PRM, suas normas técnicas, administrativas, disciplinares, organizando escala de atividades e férias do Médico Residente e Preceptores, compatibilizando as diversas atividades do Programa de Residência Médica – PRM e aplicando eventuais medidas disciplinares;
- III Promover a revisão e evolução contínua do programa de residência médica representado, de acordo com a legislação, as políticas de saúde, a ética médica, as evidências científicas e as necessidades sociais.
- IV- Avaliar com regularidade e continuidade os Médicos Residentes, apresentando relatórios trimestrais à COREME. Avaliar anualmente os preceptores e as diversas atividades do Programa de Residência Médica – PRM, apresentando conclusões à COREME;
- V - Representar o programa de residência médica do (NOME DO SERVIÇO) nas reuniões da COREME;
- VI - Auxiliar a COREME na condução do programa de residência médica que representa;
- II - Mediar a relação entre o programa de residência médica e a COREME.

Parágrafo único. O contrato de trabalho do representante do corpo docente/Supervisor junto do (NOME DO SERVIÇO) deverá reservar período XXXX horas para a realização das atribuições enumeradas neste artigo.

DO PRECEPTOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 11. O preceptor de programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente do (NOME DO SERVIÇO).

Parágrafo único. O preceptor do programa de residência médica será designado no projeto pedagógico do programa cadastrado no sistema da CNRM.

Art. 12 Compete ao Preceptor do Programa:

I – Orientar e supervisionar o médico residente em todas as atividades, avaliá-lo de forma continuada e estimular seu desenvolvimento técnico-profissional e ético;

II – Colaborar com a programação e execução das atividades teóricas do Programa de Residência Médica – PRM;

III – Participar das reuniões a que forem convocados pelo Representante do Corpo Docente/Supervisor do Programa de Residência Médica ou pela Comissão de Residência Médica – COREME, contribuir para o bom andamento dos programas, em harmonia com as normas técnicas, administrativas e disciplinares do (NOME DO SERVIÇO);

DO REPRESENTANTE DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 13. O representante dos médicos residentes deverá estar regularmente matriculado em programa de residência médica do (NOME DO SERVIÇO).

Art. 14. Compete ao representante dos médicos residentes:

I - Representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;

II - Auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica; e

III - Mediar a relação entre os médicos residentes e a COREME.

DO REPRESENTANTE DO (NOME DO SERVIÇO)

Art. 15. O representante do (NOME DO SERVIÇO) deverá ser médico integrante da diretoria.

Art. 16. Compete ao representante do (NOME DO SERVIÇO):

I - Representar o (NOME DO SERVIÇO) nas reuniões da COREME;

II - Auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica; e

III - Mediar a relação entre a COREME e o (NOME DO SERVIÇO).

CAPÍTULO IV

DA ESCOLHA E DO MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 17. A eleição de coordenador e vice coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos:

I - a COREME, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;

II - as candidaturas deverão ser registradas até sete dias antes da eleição;

III - a eleição será presidida pelo coordenador da COREME;

IV - caso o coordenador da COREME seja candidato à eleição, um membro do corpo docente, não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

V - a votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

VI - em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade.

Parágrafo único. O médico residente é inelegível aos cargos de coordenador e vice coordenador da COREME.

Art. 18. Os mandatos do coordenador e do vice coordenador têm duração de 02 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 19. O representante do corpo docente/supervisor e seu suplente serão indicados pelos seus pares, dentro de cada programa de residência médica, para mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 20. O representante do **(NOME DO SERVIÇO)** e seu suplente serão indicados pela diretoria do **(NOME DO SERVIÇO)**, para mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 21. O representante dos médicos residentes de cada programa e seu suplente serão indicados pelos seus pares, para mandato de um ano, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art 22. Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO DA COREME

Art. 23. A COREME reger-se-á por meio de regimento interno e regulamento devidamente aprovados pelo órgão.

Art. 24. A COREME do **(NOME DO SERVIÇO)** reunir-se-á, ordinariamente, com periodicidade bimestral, ou extraordinariamente, a qualquer momento, com prévia divulgação da pauta da reunião e registro em ata.

Parágrafo único. Qualquer membro da COREME poderá solicitar a realização de reunião extraordinária.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 25. São DEVERES dos Médicos Residentes

I – Cumprir o regulamento da Comissão de Residência Médica – COREME;

II – Obedecer às normas internas da instituição ou outra unidade hospitalar ou serviço onde estiver estagiando;

III – Cumprir com pontualidade as atividades assistenciais ou teórico-científicas previstas no respectivo Programa de Residência Médica ou decididos pela Comissão de Residência Médica – COREME;

IV – Justificar junto à sua supervisão e/ou Comissão de Residência Médica – COREME eventuais faltas;

V – Completar a carga horária total prevista, em caso de interrupção do Programa de Residência Médica por qualquer causa, justificada ou não.

VI – Eleger anualmente seus representantes junto à Comissão de Residência Médica – COREME.

Art. 26. São DIREITOS dos Médicos Residentes:

I – Receber bolsa de estudos mensal conforme definido pela legislação vigente;

II – Possuir condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões;

III - alimentação; e

IV – moradia (FICA A CRITÉRIO DA INSTITUIÇÃO DECIDIR SE IRÁ OU NÃO OFERECER MORADIA. SE NÃO FOR OFERECER RETIRAR ESTE ITEM DO REGULAMENTO);

III – Ter carga horária de atividade de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluindo um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão; e atividades teórico práticas, sob forma de sessões de

atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, compreendendo um mínimo de 10% e um máximo de 20% do total;

IV – Ter folga pelo período mínimo de 6 horas, após período de plantão noturno de 12 horas, logo após transferir a outro profissional médico, de igual competência, a responsabilidade pela continuidade da assistência médica.;

V – Não realizar plantão de sobreaviso;

VI- Licenças:

- a) Licença-paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, podendo esta ser prorrogada por 180 dias por solicitação da Médica Residente;
- b) Licença para casamento, mediante apresentação da certidão de casamento, pelo período de 08 dias corridos;
- c) Licença por nojo de parentes de até segundo grau, mediante apresentação de atestado de óbito, pelo período de 08 dias corridos;
- d) Licença para prestação de serviço militar pelo período de 01 ano;
- e) Licença para realização do Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB - pelo período de 01 ano;
- f) Licença para tratamento de saúde mediante atestado médico;

§1º : O período máximo de licença permitido será de 01 ano. Independente da causa se o período ultrapassar a um ano o médico residente será automaticamente desligado do programa;

§2º: Independente do período e da causa do afastamento o médico residente deverá cumprir o mesmo período e as atividades perdidas no final do programa; O pagamento da bolsa será pago no período de reposição somente no caso de licença maternidade e nos casos de afastamento por motivo de doença pelo mesmo período em que a bolsa foi paga pelo INSS;

VII – Fazer jus a 01 (um) dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de férias, por ano de atividade;

VIII – Participar de congressos, estágios, cursos, seminários ou outras atividades de interesse científico e/ou representação de classe desde que submetida à análise do Supervisor e da Comissão de Residência Médica – COREME, e sem prejuízo para as atividades do Programa de Residência Médica;

IX – Avaliar anualmente o corpo docente e a Residência Médica como um todo em reuniões regulares coordenadas pelos seus representantes e apresentar as conclusões à supervisão e à Comissão de Residência Médica – COREME;

CAPÍTULO VII

DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 27. O Regime disciplinar da Residência Médica compreende:

- I – Advertência Verbal;
- II – Advertência Escrita;
- III – Suspensão;
- IV – Exclusão.

§ 1º – A definição das penalidades a serem aplicadas é de competência da Comissão de Residência Médica – COREME, sempre registradas em ata podendo a advertência verbal ser aplicada ao Supervisor do Programa, reservando-se a aplicação das medidas mais rigorosas mencionadas nos incisos II, III e IV, do “Caput” deste artigo à Comissão de Residência Médica – COREME

§ 2º - Faltas de caráter administrativo deverão ser encaminhadas aos Supervisores dos Programas de Residência Médica, ou à Comissão de Residência Médica – COREME para as providências cabíveis.

§ 3º - Todo processo disciplinar deverá obedecer ao princípio da ampla defesa, podendo o médico residente recorrer junto à Comissão de Residência Médica – COREME ou em caráter excepcional a Comissão Estadual de Residência Médica.

CAPÍTULO VIII DOS CONVÊNIOS COM UNIVERSIDADES E INSTITUIÇÕES DE ENSINO E ESTÁGIOS EM OUTRAS INSTITUIÇÕES

Art. 28. MENCIONAR NESTE CONVÊNIOS COM OUTRAS INSTITUIÇÕES PARA OS PROGRAMAS ONDE SÃO REALIZADOS ESTÁGIOS FORA DA INSTITUIÇÃO.

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 29. Este Regulamento respeita a legislação específica sobre Residência Médica e portarias e pareceres da CNRM. Em caso de contrariar as normatizações referidas acima, sempre prevalecerá a legislação da CNRM.

Art. 30. Os casos omissos serão julgados pela COREME que poderá dar decisão terminativa ou solicitar avaliação da CEREM/MG e Parecer final da CNRM.

Este regulamento foi aprovado em reunião da COREME realizada no dia __/__/__.

CAPÍTULO 3

AVALIAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES – MODELOS DE AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES

Tania Maria Marcial

Médica Infectologista da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Sócia Fundadora da AREMG.
Mestre em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical pela UFMG

Reginaldo Aparecido Valácio

Supervisor do PRM de Clínica Médica do Hospital Municipal Odilon Behrens, BH, MG, Mestre
em Geriatria pela Universidade de Liverpool, Inglaterra.

INTRODUÇÃO:

A necessidade de avaliar os médicos residentes foi estabelecida desde a criação da Residência Médica em 1889, quando Halsted quando introduziu o sistema em que médicos ingressavam em um programa cirúrgico no Hospital Johns Hopkins. Ao longo de um período de vários anos, a aquisição de determinadas competências permitia ao médico residente progredir até que se tornasse independente, especialista.

No Brasil, a residência médica foi criada na década de 40, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, inspirada na filosofia do modelo norte americano, por preceptores que haviam feito a sua formação de especialistas naquele país. No início da década de 70, o aumento do número de faculdades de medicina foi acompanhado de uma rápida expansão dos programas de residência médica (PRMs). Muitos deles utilizavam os médicos residentes como mão de obra de baixo custo e não se caracterizavam como cursos de pós-graduação. Uma ampla movimentação que envolveu, principalmente médicos residentes resultou no reconhecimento e na normatização da Residência Médica como a pós-graduação padrão na formação de médicos especialistas no Brasil.

A necessidade de avaliação dos residentes está presente no Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a entidade que regulamenta a Residência Médica no Brasil. No seu Artigo 4º, a concessão do certificado de Residência Médica fica reservada aos médicos que completarem o programa com aproveitamento suficiente. Em 1978, através da Resolução 04/78, requisitos mínimos para credenciamento do programa são definidos. No artigo 5º a exigência da criação da Comissão de Residência Médica (Coreme) é estabelecida, e, entre suas atribuições, destaca-se a de avaliar o rendimento dos alunos dos vários programas da instituição, estabelecendo a forma de avaliação dos conhecimentos e habilidades adquiridas e critérios para outorga do Certificado de Residência Médica.

No entanto a prática da avaliação para embasar a certificação parece não ter sido adotada pela maioria dos PRMs até o ano de 2002, quando a Resolução 01/2002 estabeleceu normas mais específicas. No Artigo 13. "Na avaliação periódica do Médico Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição. Nos parágrafos seguintes: A frequência mínima das avaliações será trimestral. A critério da instituição, poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento. Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente.

O Artigo 14 estabelece normas para a promoção do Médico Residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa: a) cumprimento integral da carga horária do Programa; b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição. O artigo 15 reforça que o não cumprimento do disposto no art. 14 "será motivo de desligamento do Médico Residente do programa".

Todos os critérios de avaliação, promoção para o ano seguinte e certificação foram mantidos na Resolução 02/2006, em vigor.

Em Minas Gerais, de acordo com dados de vistorias realizadas pela CEREM/MG, até o ano de 2012, as instituições utilizaram, na sua grande maioria, a avaliação por escala de atitudes. Algumas utilizam também provas escritas e trabalho de conclusão ao final do curso.

AVALIAÇÃO FORMATIVA E AVALIAÇÃO SOMATIVA:

As avaliações dos residentes podem ser entendidas como obrigações burocráticas tanto por residentes como por preceptores. Essa é uma impressão frequente entre os vistoriadores da CEREM/MG. No entanto, vimos que a avaliação do médico residente como componente essencial dos estágios já existia nas origens históricas da residência médica. Por que, então há tanta dificuldade em tornar esta premissa uma realidade?

Primeiramente, os modelos de avaliação tradicional enfatizam a avaliação somativa de conhecimentos obtidos em uma disciplina. Os acertos em questões objetivas ou descritivas, o número de faltas, as atitudes durante o curso, refletem o conhecimento assimilado: se acima de um mínimo o aluno é aprovado. No entanto, nos PRMs, um estágio é bem diferente de uma disciplina. Ele significa um conjunto de oportunidades específicas de treinamento supervisionado durante um período de tempo em um ou mais locais definidos. Se aproveitadas, estas oportunidades se traduzem em competências adquiridas. Muitos preceptores partem do pressuposto de que, se o residente faz suas tarefas durante o estágio, ele deve ter atingido as competências. Se um ano se passou, o R1 passou a ser R2. Também a ideia de que constrangimentos e competição são inevitáveis inibem ou dificultam a prática regular das avaliações.

Na residência médica a tradicional avaliação somativa deve ser substituída pela avaliação formativa. O princípio central desta é o de facilitar o desenvolvimento do residente, com foco em patamares progressivos de competências, e não em uma nota suficiente para aprovação do R1 para o R2, por exemplo. Aqui a avaliação é percebida como parte integrante de cada estágio. Já num primeiro encontro, preceptor e residente precisam partir da bagagem que o residente já traz consigo, mas também de suas lacunas de formação para bem definir os objetivos do estágio. Durante o estágio, momentos de observação direta garantem um feedback estruturado, objetivo e construtivo, que ajuda o residente a definir prioridades não só para o estágio atual, como para os próximos estágios ou o

próximo momento da carreira profissional. Desta forma, uma cultura da avaliação se forma, não com o foco na nota obtida, na avaliação somativa, mas com foco no profissional em formação, com seus avanços, suas dificuldades, os patamares já atingidos e aqueles por atingir. Neste contexto, a prática do feedback é que dá sentido e deve estar presente em todas as formas de avaliação que serão apresentadas na próxima sessão. Sem o feedback, qualquer avaliação se torna somativa. O quadro abaixo reforça aspectos essenciais do feedback após as avaliações.

Dicas para o preceptor, na prática do feedback após qualquer tipo de avaliação

- Enfatize os aspectos positivos, seja construtivo. Comece sempre uma sessão permitindo e ajudando o residente a identificar o que ele fez de bom, enfatizando as competências já atingidas.
- Clareza: seja claro sobre o que você quer passar para o residente e sobre o motivo da avaliação formativa.
- Seja específico: evite comentários gerais como "você precisa melhorar"; "você está indo muito bem"; "eu esperava mais de um R2".
- Mostre propriedade: "Eu pude observar naquele momento..."; "Esta sua resposta me faz entender..."; "Nós avaliadores concordamos que..."
- Seja sempre descritivo ao invés de emitir julgamentos somativos. Isso ajuda o residente a perceber que as competências ou lacunas demonstradas são apenas a base para facilitar o desenvolvimento contínuo.
- Faça comentários sempre com foco em comportamentos que podem ser modificados, não em características de personalidade ou estilo.
- Cuidado com conselhos. Prefira sempre ajudar o residente a identificar as prioridades para melhorar e a planejar estratégias para conseguir seus objetivos.
- Onde e quando. Reserve um tempo e local adequados para a prática tão importante do feedback.

3. TIPOS DE AVALIAÇÃO

Competências são todos os atributos que tornam um profissional efetivo na sua atuação. Incluem conhecimentos, habilidades e atitudes. Avaliar competências não é uma tarefa fácil. Vários modelos e instrumentos de avaliação tem sido propostos e os mais citados e utilizados serão abordados neste texto. O ideal é que várias modalidades de avaliação dos médicos residentes, sejam associadas. Para que uma nota final seja dada, o peso para cada uma das avaliações para cada ano de programa deve ser definido.

3.1. AVALIAÇÃO DE ATITUDES

A avaliação de atitudes utiliza critérios pré estabelecidos que são observados pelo preceptor responsável ao longo do desenvolvimento das atividades e anotados em formulários próprios. Atitudes subjetivas, como interesse, ou mais objetivas, como pontualidade são observados e uma nota ou conceito é atribuído ao aproveitamento naquele ítem. Uma percepção global subjetiva de uma competência também é registrada, como em "conhecimentos teóricos", ou "habilidades de comunicação" e "relação com o paciente". Geralmente é realizada a cada trimestre ou ao final de cada estágio.

3.2. PROVA ESCRITA, PROVA ORAL

As provas escritas ou orais, sejam objetivas ou subjetivas mostram conhecimento adquirido: o residente sabe! Questões mais abertas podem sugerir que, além de ter o conhecimento, o residente sabe como utilizá-lo em uma situação específica. Mas provas escritas ou orais refletem o conhecimento teórico, ou seja, mesmo que o médico residente demonstre o conhecimento de “como fazer”, o “fazer” em si não pode ser avaliado. Assim, provas não devem ser utilizadas como modalidade isolada de avaliação. As questões incluídas podem ser baseadas nas atividades teóricas desenvolvidas durante determinado período. Uma vantagem de “fazer prova” na residência é contribuir para o maior envolvimento do médico residente com os temas abordados na programação didática.

3.3 TRABALHO DE CONCLUSÃO

O trabalho de conclusão pode ser realizado para o término de um ano do programa ou para conclusão do programa. Podem ser escolhidas várias modalidades como monografias, protocolos clínicos ou artigos científicos.

Na Europa e nos Estados Unidos uma modalidade muito interessante é a auditoria clínica. Nesta, os residentes avaliam se um determinado conhecimento, uma recomendação, realmente são seguidos para os pacientes que dela podem se beneficiar na instituição. Em outras palavras, a performance do serviço é avaliada em um item específico e o residente participa da elaboração de um plano de melhorias para o serviço. Este tipo de trabalho facilita competências importantes de trabalho em equipe e em rede.

Os protocolos clínicos, principalmente para os serviços que estão iniciando seus programas podem se constituir em uma ferramenta interessante para a sistematização de condutas no serviço.

Quanto ao artigo científico não é aconselhável a exigência de publicação, devido ao curto período da maioria dos programas. Assim como a modalidade prova, o trabalho de conclusão não deve ser utilizado como única ferramenta de avaliação.

3.4 EXERCÍCIO CLÍNICO AVALIATIVO - *Clinical Evaluation Exercise (CEX)*

Esta metodologia foi inicialmente aplicada para programas de residência médica pelo *American Board of Internal Medicine*- (ABIM) – 1972. Consiste em observar de forma completa o desempenho do médico residente durante todo um atendimento, incluindo história clínica, exame físico, diagnóstico e terapêutica, clínica ou cirúrgica. É claro que um único caso pode ser insuficiente para avaliar competências globais. Se utilizado, também não deve ser a única "prova prática".

3.5 MINI EXERCÍCIO CLÍNICO AVALIATIVO - MINI-CEX OU MINI-EX

O **Mini Exercício Clínico Avaliativo** é focado em um núcleo de habilidades práticas que o médico residente deve demonstrar em encontros com o paciente. A avaliação é feita durante uma observação rápida, de 15 a 20 minutos, como se fosse um “instantâneo” da interação MR/paciente. Um foco é estabelecido durante este curto período: coleta de dados, diagnóstico, tratamento, aconselhamento. O residente pode ser observado durante uma admissão, uma evolução diária ou um procedimento específico. O preceptor preenche um formulário, sem rasuras, enquanto observa a atuação do residente. Baseado em vários encontros durante o estágio, este método fornece uma medida válida e confiável da performance do MR, já tendo sido validado em vários serviços e

universidades norte americanas. Assim, cada preceptor deve aplicar pelo menos 1 Mini – Ex em cada MR por estágio rotatório.

O Mini-Ex pode ser aplicado na enfermaria, no alojamento conjunto, no ambulatório, no berçário de alto risco, na UTI, no pronto atendimento ou qualquer outro local de atendimento. e outros. O principal objetivo do Mini – Ex é que a situação do encontro seja a mais real possível.

Descrição das Competências Demonstradas Durante o Mini – Ex.

Habilidades na Entrevista Médica: facilita ao paciente contar sua história, direciona questões para obter informações necessárias, adequadas e precisas, responde apropriadamente ao afeto e mensagens não verbais.

Habilidades no Exame Físico: segue uma sequência lógica e eficiente, se direciona ao problema utilizando passos de triagem / diagnóstico de forma balanceada, informa o paciente, é sensível ao conforto do paciente e demonstra modéstia.

Qualidades Humanísticas / Profissionalismo: demonstra respeito, compaixão e empatia, transmite confiança, atende às necessidades de conforto do paciente, demonstra modéstia e respeita informações confidenciais.

Raciocínio Clínico: ordena seletivamente, executa um levantamento diagnóstico apropriado, considera risco e benefícios.

Habilidades de Orientação: explica racionalmente os exames e tratamento propostos, obtém o consentimento do paciente, orienta e aconselha com relação à conduta.

Organização / Eficiência: prioriza, é oportuno e sucinto.

Competência Clínica Geral: Demonstra raciocínio, capacidade de síntese, é atencioso e demonstra efetividade e eficiência.

3.6 EXAME CLÍNICO OBJETIVO ESTRUTURADO - OSCE

O exame clínico objetivo estruturado foi criado em 1975, na Universidade de Dundee, Escócia. Este método envolve a criação de várias estações em enfermarias, ambulatórios ou outros locais do serviço de saúde, ou estações criadas de forma “artificial” onde os médicos residentes respondem em cada uma delas a aspectos específicos. Ele é projetado para testar o desempenho da habilidade clínica e competência em habilidades como comunicação, exame clínico, procedimentos médicos / prescrição, prescrição de exercícios, técnicas, avaliação de imagem radiográfica e interpretação de resultados de exames laboratoriais e outros a critério da instituição.

Cada médico residente é avaliado em uma estação observado por um ou dois examinadores imparciais. A duração em cada estação pode variar de 5 a 15 minutos. Os pacientes podem ser reais voluntários ou simulados (atores ou manequins). Ao contrário do método tradicional de exames clínicos em que um médico residente é acompanhado por um examinador para o exame completo, no OSCE cada estação tem um examinador diferente. Os médicos residentes passam por todas as estações de um mesmo circuito. Ele é considerado como um aperfeiçoamento em relação aos métodos tradicionais de exame, porque as estações podem ser normatizadas permitindo justa comparação de pares. No caso de simulação, procedimentos complexos podem ser avaliados, da mesma maneira para todos os residentes, sem pôr em perigo a saúde do paciente.

O examinador avalia se o médico residente executa ou não o objetivo proposto de forma

correta, tornando a avaliação das habilidades mais objetiva. Cada estação de conter uma tarefa muito específica. Um roteiro escrito detalhado da atividade deve ser fornecido para garantir que as informações sejam as mesmas para todos, inclusive as emoções que o paciente deve usar durante a consulta, se for ator. As estações podem conter perguntas teóricas objetivas, além da demonstração de habilidades.

3.7 PORTIFÓLIO

Inicialmente implantado na educação infantil, por volta de 1990, nos Estados Unidos com o objetivo de registrar e organizar o conteúdo aprendido pelos alunos.

Consiste em uma coletânea de atividades realizadas pelo médico residente, agrupando-as em uma pasta, ao longo de um estágio, ou trimestralmente, ou anualmente até a conclusão do programa de residência médica ou mesmo durante anos. Cada médico residente deve ter sua pasta, caixa, CD, pen drive e ir anotando ou guardando suas experiências ao longo do programa. Discutir trimestralmente (feedback) com o preceptor as habilidades desenvolvidas. O preceptor realizará a pontuação verificando se as habilidades desenvolvidas estão de acordo com o período do programa realizado.

4. LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DE MÉTODOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES

Método	Limitações	Pontos Fortes
Avaliação de Atitudes	Avaliação subjetiva, pode sofrer interferências da relação interpessoal, não mede o conhecimento prático de forma objetiva.	É de fácil aplicabilidade pelo preceptor, apesar de exigir longa observação, o tempo gasto para preencher o formulário é curto.
Provas escrita ou oral	Demonstra o conhecimento de “como fazer” e não o “fazer em si”; não são avaliados aspectos relacionados ao desempenho das habilidades práticas.	Maior envolvimento do médico residente com os temas teóricos abordados no programa incentivando-o a estudar mais profundamente.
Trabalho de Conclusão de Curso - TCC	Não avalia as habilidades práticas; avaliação concentrada em um único tema.	Oportunidade para realização ou revisão de protocolos clínicos do serviço; desenvolvimento da capacidade para escrever artigos ou monografia.
Exercício Clínico Avaliativo - <i>Clinical Evaluation Exercise (CEX)</i>	Avaliação da performance do MR com apenas um paciente; tempo gasto para realização é longo (em torno de 2 horas)	Avaliação real da performance do médico residente.

Mini Exercício Clínico Avaliativo - Clinical Evaluation Exercise - Mini-CEX ou Mini-Ex	Idealmente não deve ser aplicado pelo preceptor do estágio em questão, exige grande envolvimento dos preceptores.	De fácil aplicação, observação por períodos curtos.
Exame clínico objetivo estruturado - OSCE	De difícil execução; dispendioso; Seletivo em vez de comportamentos observados habitualmente	Mede de forma objetiva várias modalidades práticas, teóricas, incluindo habilidades de realizar procedimentos. O médico residente é observado ao longo da avaliação por vários examinadores, permite uma justa comparação entre os pares. Podem ser avaliados de forma simultânea vários médicos residentes.
Portifolio	Tempo para organização. Exige conhecimento do método e dedicação do médico preceptor	Permite construir o perfil do médico residente, refletindo seu crescimento, os temas estudados, as facilidades e dificuldades durante seu processo de treinamento. Exige capacidade de organização do médico residente.

ANEXO 1: Modelo de escala de atitudes – avaliação formativa do médico residente

Escala de atitudes do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais:

A avaliação ESCALA DE ATITUDES deverá ser feita ao final de cada estágio, com intervalo mínimo de 3 em 3 meses e será de conhecimento do médico residente. Ao final de cada estágio deverá ser entregue a COREME.

1. Programa: _____
2. Médico(a) Residente: _____ () R1 () R2 () R3
3. Estágio: _____ 4. Período: __/__/__ a __/__/__
5. Preceptor responsável: _____

Os seguintes quesitos deverão ser pontuados de 0 a 10:

1. Pontualidade e Assiduidade	
2. Relacionamento com a equipe de saúde	
3. Relacionamento com o paciente	
4. Interesse pelas atividades desenvolvidas	
5. Comportamento ético	
6. Aproveitamento no estágio	
7. Preenchimento do Prontuário	
8. Conhecimento teórico/prático	
9. Atividades Teóricas desenvolvidas no período	
10. Desenvoltura, iniciativa e criatividade	

Assinatura do Preceptor: _____ Data: __/__/____

Assinatura do MR: _____ Data: __/__/____

Observações:

ANEXO 2: Modelo de escala de atitudes

**Avaliação Formativa do Residente e Preceptor
ATITUDES, HABILIDADES, COMPETÊNCIAS (AHC)
HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BERNES**

RESIDENTE:

PRECEPTOR(ES)

<i>Escore</i>	1	2	3	4	5
Como aproveitei as oportunidades para adquirir , aprimorar ou demonstrar cada AHC?	Minimamente	Pouco	Parcialmente	O bastante	O máximo possível
	>>>>	>>>>	>>>>	>>>>	>>>>
O meu desempenho neste período, em cada item, pode ser considerado:	Ruim	Razoável	Satisfatório	Bom	Excelente

	Atitude, habilidade ou competência:	R*	P*
1.	Motivação e interesse		
2.	Pontualidade		
3.	Relação - comunicação eficiente com o paciente (da empatia à síntese e plano compartilhados)		
4.	Interação produtiva com os colegas residentes		
5.	Interação produtiva com o preceptor: pro atividade e assertividade		
6.	Habilidades de trabalho em equipe - interação colaborativa com outros profissionais da equipe		
7.	Habilidade em identificar problemas (fazer perguntas) para buscar respostas, compreender e ajudar os pacientes		
8.	Compromisso com o estudo cotidiano dos casos a partir dos problemas identificados demonstrado nas discussões		
9.	Organização e aproveitamento do tempo.		
10.	Compromisso e aproveitamento nas atividades didáticas (PEPS: Motivada pelo P aciente e seu p roblema , baseado nas melhores E vidências, com a contribuição do P receptor, concluído com uma S íntese compartilhada para a implementação)		
11.	Habilidades no exame clínico (observação e feedback pelo preceptor)		
12.	Habilidades em procedimentos: punções, intubações, manobras, etc. (observação e feedback)		
13.	Comunicação escrita e redação do prontuário (clareza e síntese)		
14.	Habilidades no planejamento da continuidade do cuidado: transferência de cuidado (fim de semana, plantões e intercorrências), SBAR e planejamento da alta.		
15.	Comunicação oral (apresentações, exposição e discussão de casos clínicos, etc, clareza e síntese):		

*R: Residente (auto avaliação); **P: Avaliação do residente feita pelo preceptor após auto avaliação.

Plano de ação para o residente: Utilize o verso, para responder.

A. Dos 14 itens acima, escolha os 2 que você MAIS precisa melhorar (prioridades):	→	→
B. Qual a sua estratégia para melhorar nestes itens prioritários no próximo período? Utilize o SMART para estabelecer um plano de ação claro para atingir o seu objetivo de melhoria.: um plano específico, mensurável, alcançável relevante e realista, com tempo definido para implementar.		
Avaliação formativa do preceptor:		
C. O que o seu preceptor fez de melhor para ajudar no seu desenvolvimento profissional neste período? Em outras palavras, o que ele precisa se esforçar para não perder como preceptor?		

D. O que o seu preceptor precisa melhorar para contribuir mais na formação dos residentes? Escolha 2 prioridades (os 15 itens não necessariamente precisam ser utilizados).

ANEXO 3: Avaliação Através da Metodologia CEXAdaptado do ISCP - *Intercollegiate Surgical Curriculum Project*

Por favor complete com LETRAS MAIÚSCULAS. Por favor complete as questões utilizando um tick

Médico Residente		Avaliador			
Nome		Nome:			
Ano de Residência		Cargo:			
Especialidade:		Instituição a que pertence:			
Tipo de avaliação (exemplo: paciente ambulatorial)		E-mail:			
Resumo do problema clínico					
Foco da avaliação	História	Exame	Diagnóstico	Comunicação com o paciente	Conduta
Complexidade do caso	1. Adequado para o período inicial de treinamento				<input type="checkbox"/>
	2. Adequado para completar o primeiro ano de treinamento				<input type="checkbox"/>
	2. Adequado para receber o certificado de especialista				<input type="checkbox"/>
CLASSIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO					
Sua avaliação de avaliação deve levar em conta o padrão estabelecido no programa do estágio do médico residente					
Como você classifica o MR em sua:	Excelente	Satisfatório	Em desenvolvimento	Não avaliado	
1. Habilidades - Anamnese					
2. Habilidades de exame físico					
3. Habilidades de diagnóstico com base de conhecimento subjacente					
4. Gestão e acompanhamento de planejamento					
5. O julgamento clínico e tomada de decisão					
6. Comunicação e habilidades de escuta					
7. Organização e gestão do tempo					
Feedback: O feedback verbal é um componente obrigatório da avaliação. Utilize este espaço para registrar os pontos positivos e sugestões de desenvolvimento que foram destacadas durante a discussão com o estagiário:					
RESUMO: Depois de resumir a discussão com o estagiário no quadro acima, por favor, complete o nível geral em que o Exercício Clínico de avaliação foi realizado. Se nesta ocasião havia evidência suficiente para fazer um julgamento:					
Nível 0	Abaixo do esperado para o treinamento no período				
Nível 1	Adequado para completar o primeiro ano de treinamento				
Nível 2	Adequado para receber o Certificado de Conclusão de Treinamento (CCT)				
Nível 3					
Tempo gasto na observação (em min)			Tempo gasto no Feedback (em min)		

ANEXO 4: AVALIAÇÃO ATRAVÉS DA METODOLOGIA MINI-EX

RESIDENTE: _____ DATA: ___/___/2013
 PROBLEMA (DIAGNÓSTICO) PRINCIPAL): _____
 LOCAL: Ambulatório Enfermaria Emergência Outros _____
 PACIENTE: Idade: _____ anos Sexo: M F 1ª contato retorno ou seguimento
 COMPLEXIDADE: Baixa Moderada Alta
 FOCO: Coleta de dados Diagnóstico Tratamento Aconselhamento,
 motivação

Habilidades na entrevista médica	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	NÃO OBSERVADO	INSATISFATÓRIO 0			SATISFATÓRIO			BOM OU ÓTIMO		

Habilidades no exame físico	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	NÃO OBSERVADO	INSATISFATÓRIO 0			SATISFATÓRIO			BOM OU ÓTIMO		

Humanismo / profissionalismo	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	NÃO OBSERVADO	INSATISFATÓRIO 0			SATISFATÓRIO			BOM OU ÓTIMO		

Raciocínio clínico	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	NÃO OBSERVADO	INSATISFATÓRIO 0			SATISFATÓRIO			BOM OU ÓTIMO		

Competências para comunicar, orientar, motivar	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	NÃO OBSERVADO	INSATISFATÓRIO 0			SATISFATÓRIO			BOM OU ÓTIMO		

Competência clínica global	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	NÃO OBSERVADO	INSATISFATÓRIO 0			SATISFATÓRIO			BOM OU ÓTIMO		

Duração do Mini-Ex:	Observação	_____ min	Feedback	_____ min
---------------------	------------	-----------	----------	-----------

Grau de satisfação do EXAMINADOR com o Mini-Ex	BAIXO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ALT 0

Grau de satisfação do RESIDENTE com o Mini-Ex	BAIXO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ALT 0

SÍNTESE DO FEEDBACK:

EXAMINADOR (NOME E ASSINATURA)

RESIDENTE (ASSINATURA)

ANEXO 5: MINI-EXAME CLÍNICO AVALIATIVO PARA CIRURGIA

Examinador: _____ Data: _____

Residente: _____

Queixa Principal / Dx:

Local: Centro Cirúrgico Ambulatório Enfermaria Emergência OutrosPaciente: Idade: _____ Sexo: M F 1ª consulta retornoComplexidade: Baixa Moderada Alta

Procedimento: Manipulação do tecido

MANIPULAÇÃO DO TECIDO									(○ Não observado)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Insatisfatório			Satisfatório				Superior				

TEMPO E MOVIMENTOS									(○ Não observado)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Insatisfatório			Satisfatório				Superior				

CONHECIMENTO E HABILIDADE COM INSTRUMENTAIS									(○ Não observado)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Insatisfatório			Satisfatório				Superior				

FLUÊNCIA DE CIRURGIA / PROCEDIMENTO									(○ Não observado)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Insatisfatório			Satisfatório				Superior				

CONHECIMENTO ESPECÍFICO DO PROCEDIMENTO									(○ Não observado)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Insatisfatório			Satisfatório				Superior				

UTILIZAÇÃO DE ASSISTENTES									(○ Não observado)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Insatisfatório			Satisfatório				Superior				

HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO									(○ Não observado)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Insatisfatório			Satisfatório				Superior				

NOÇÃO DE PROFUNDIDADE (LAPAROSCOPIA)									(○ Não observado)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Insatisfatório			Satisfatório				Superior				

DESTREZA BIMANUAL									(○ Não observado)	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	Insatisfatório			Satisfatório			Superior			

Tempo do Mini-Ex::		Observando: _____min				Provendo retorno: _____min				
Grau de satisfação do examinador com o exame										
Baixo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alto
Grau de satisfação do residente com o exame										
Baixo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alto
_____ Assinatura do residente			_____ Assinatura do examinador			_____ Assinatura do supervisor				

Descrição das Competências Demonstradas Durante o Mini - Ex. (Procedimentos cirúrgicos)

Manipulação do tecido

- **Insatisfatório:** Lesão frequente ao tecido devido excesso de força ou uso de instrumento inapropriado.
- **Satisfatório:** Manipulação cuidadosa dos tecidos, porem ocasionalmente causa danos inadvertidos.
- **Superior:** Boa manipulação dos tecidos com mínimo dano.

Tempo e movimentos

- **Insatisfatório:** Muitos movimentos desnecessários.
- **Satisfatório:** Movimentação e tempo eficientes, porem com alguns movimentos desnecessários.
- **Superior:** Movimentos eficientes.

Conhecimento e habilidade com instrumentais

- **Insatisfatório:** Movimentos desajeitados e uso inapropriado.
- **Satisfatório:** Uso adequado de instrumentos, movimentos desajeitados ocasionais.
- **Superior:** Uso adequado de instrumentos.

Fluência de cirurgia

- **Insatisfatório:** Interrupções frequentes, insegurança para os próximos passos.
- **Satisfatório:** Razoável progressão.
- **Superior:** Boa progressão.

Conhecimento específico do procedimento

- **Insatisfatório:** Conhecimento deficiente. Necessita de instruções especificas para prosseguir.
- **Satisfatório:** Conhecimento dos principais passos da cirurgia.
- **Superior:** Demonstra familiaridade com todos os passos da cirurgia.

Utilização de assistentes

- **Insatisfatório:** Uso incorreto ou falta de uso.
- **Satisfatório:** Uso adequado de assistentes na maior parte do tempo.

- **Superior:** Uso estratégico de assistentes para melhor desenvolvimento em todo tempo.

Habilidade de comunicação

- **Insatisfatório:** Problemas frequentes de trabalho em equipe ou falhas de comunicação.
- **Satisfatório:** Adequada comunicação com os assistentes na maior parte do tempo.
- **Superior:** Coordenação da equipe cirúrgica.

Noção de profundidade (laparoscopia)

- **Insatisfatório:** Constante distorção de profundidade.
- **Satisfatório:** Alguma distorção de profundidade, porem com rápida correção.
- **Superior:** Correto direcionamento dos instrumentos no plano correto.

Destreza bimanual

- **Insatisfatório:** Utilização de apenas uma mão/ pouca coordenação entre as mãos.
- **Satisfatório:** Utilização das duas mãos, porem sem boa interação entre elas.
- **Superior:** Boa utilização das duas mãos promovendo boa interação.

ANEXO 6: OSCE**Estação X:**

Materiais necessários: boneco do tamanho de um bebê vestido de azul, com lacinho rosa na cabeça, uma balança infantil e uma atriz como mãe

Obejetivo: primeira consulta de puericultura, pesar o bebê.

Informações para o médico residente: nesta estação você deverá pesar adequadamente o bebê que está realizando sua primeira consulta de puericultura.

Itens a serem avaliados pelo examinador:

Item avaliado	Realizou corretamente	Realizou, mas não corretamente	Não realizou
Lavou as mãos antes de manipular o bebê			
Aferiu a balança			
Retirou a roupa do bebê			
Pegou o bebê de forma adequada para colocar na balança			

Estação Y:

Materiais necessários: uma atriz, uma mesa com duas cadeiras para consulta e uma maca para exame físico, um papel com a descrição de exame físico.

Obejetivo: paciente gestante com síndrome gripal, prescrever antiviral e vacina contra influenza.

Informações para o médico residente: nesta estação você deverá realizar prescrição de forma adequada, o mês de atendimento é julho.

O examinador solicita ao médico residente que sente-se na cadeira atrás da mesa de consulta. Logo que ele se senta a atriz começa a falar: “doutor, eu estou com muita dor de garganta e febre e todo vez que fico assim, só melhora quando uso antibiótico, então vim aqui para o senhor me prescrever um antibiótico”

O médico residente deverá entrevistar a atriz que prestará as seguintes informações:

Início dos sintomas há 1 dia

Está grávida há 12 semanas

Não foi vacinada contra influenza

Se for solicitado a atriz que deite-se na maca para o exame físico entregar ao médico residente a descrição escrita deste que deverá informar como alteração hiperemia da orofaringe

Ele deverá prescrever o antiviral e a vacina.

Após prescrição a atriz de forma histérica solicita o antibiótico e informa que só sairá dali com a receita deste medicamento

Itens a serem avaliados pelo examinador:

Item avaliado	Realizou corretamente	Realizou, mas não corretamente	Não realizou
Prescreveu antiviral			

Indicou a vacinação			
Informou o por que da necessidade da vacinação			
Comunica adequadamente a paciente sobre a não indicação de antibiótico no momento			

Referências bibliográficas consultadas:

Amaral, E. et al. Avaliando Competência Clínica: o Método de Avaliação Estruturada Observacional. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 31 (3) : 287 – 290; 2007

Brasil. Ministério da Educação. Leis, decretos, etc. Resolução 04/78. Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento da Residência Médica.. Brasília: Diário Oficial da União; 09/11/1978.

Brasil. Ministério da Educação. Leis, decretos, etc. Resolução 01/2002. Dispõe sobre os critérios básicos para credenciamento de programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 14/05/2002.

Brasil. Ministério da Educação. Leis, decretos, etc. Resolução 02/2006. Dispõe sobre os critérios básicos para credenciamento de programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 17/05/2006.

Brasil. Ministério da Educação. Leis, decretos, etc. Decreto no. 80.281, de 05 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1977.

Cameron JL. William Stewart Halsted. Our surgical heritage. *Ann Surg.* 1997 May;225(5):445-58.
Epstein, R.M. Assessment in Medical Education. *N Engl J Med* 2007;356:387-96.

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Hospital Eduardo de Menezes – Manual da Residência Médica – 2008

HARDEN ,R. M *et al.* Assessment of Clinical Competence using Objective Structured Examination *British Medical Journal*, 1975, 1, 447-451

Hill, F.; Kendall, K. . Adopting and adapting the mini-CEX as an undergraduate assessment and learning tool. *The Clinical Teacher*; 4: 244-248. 2007

How to perform an abdominal examination in the OSCE
<http://www.instamedic.co.uk/osce/abdomen/>

Intercollegiate Surgical Curriculum Project The ISCP Website. www.iscp.ac.uk/ acessado em 05/07/2013

Kropmans, T. *et al.* "[An Online Management Information System for Objective Structured Clinical Examinations](#)". *Computer and Information Science* 5 (1): 38–48. Retrieved 9 May 2013.

Norcini, JL *et al* The Mini-CEX: A Method for Assessing Clinical Skills *Ann Intern Med.* 2003;138:476-481

Otrenti, E. et al Portfólio reflexivo como método de avaliação na residência de gerência de serviços de enfermagem. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 32, n. 1, p. 41-46, jan./jun. 2011

COREME Hospital Municipal Odilon Behrens, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Hospital Municipal Odilon Behrens – 2013

Ross, M. *et al* Using the OSCE to measure clinical skills performance in nursing. Journal of Advanced Nursing, 13, 45-56). 1988

Sousa EG. Considerações sobre a residência médica no Brasil. Rev Bras Colo-Proct. 1988;8(4):150-2.

CAPÍTULO 4

LEGISLAÇÃO VIGENTE – CNRM 2016

4 – LEGISLAÇÃO VIGENTE CNRM – 2016

4.1. DECRETO Nº 80. 281 DE 05 DE SETEMBRO DE 1977

Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, decreta:

Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (este artigo foi modificado, tendo validade o Art. 1º da Lei 6932, que não prevê a “Dedicação Exclusiva”).

(Não foram aqui colocados todos os parágrafos dos Artigos deste decreto, que foram modificados de acordo com as Resoluções 04 e 05/2002 da CNRM).

§ 1º Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas:

- Clínica Médica;
- Cirurgia Geral;
- Pediatria;
- Obstetrícia e Ginecologia;
- Medicina Preventiva e Social.

Art. 2º Revogado pelo **DECRETO No- 7.562, DE 15 DE SETEMBRO DE 2011.**

Art. 3º Revogado pelo **DECRETO No- 7.562, DE 15 DE SETEMBRO DE 2011.**

Art. 4º Revogado pelo **DECRETO No- 7.562, DE 15 DE SETEMBRO DE 2011.**

Art. 5º Revogado pelo **DECRETO No- 7.562, DE 15 DE SETEMBRO DE 2011.**

Art. 6º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

4.2 – LEI Nº 6. 932, DE 07 DE JULHO DE 1981

Dispõe sobre as ATIVIDADES DOS MÉDICOS RESIDENTES e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, Faço saber que o **CONGRESSO NACIONAL** decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A Residência Médica constitui 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.

§ 1º - As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º - É vedado o uso da expressão residência médica para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil. (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013) (Regulamento) (Regulamento)

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública. (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)

Art. 2º - Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º - O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

- a) a qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa;
- b) o nome da instituição responsável pelo programa;
- c) a data de início e a prevista para o término da residência;
- d) o valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Art. 4º Ao médico-residente é assegurado bolsa no valor de R\$ 2.384,82 (dois mil, trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e dois centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011). Este valor foi alterado em 2016 pela **PORTARIA INTERMINISTERIAL No- 3, DE 16 DE MARÇO DE 2016** para R\$3.330,43 (Três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos), podendo ser complementado a critério da instituição financiadora.

§ 1º O médico-residente é filiado ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS como contribuinte individual. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011). A alíquota de contribuição previdenciária é de 11%, deduzida da bolsa do residente e 20% recolhida pela instituição. A única exceção à regra é se a financiadora for uma instituição filantrópica: neste caso é descontado 20% diretamente da bolsa do residente.

§ 2º O médico-residente tem direito, conforme o caso, à licença-paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 3º A instituição de saúde responsável por programas de residência médica poderá prorrogar, nos termos da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, quando requerido pela médica-residente, o período de licença-maternidade em até 60 (sessenta) dias. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 4º O tempo de residência médica será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento do médico-residente por motivo de saúde ou nas hipóteses dos §§ 2º e 3º. (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 5º A instituição de saúde responsável por programas de residência médica oferecerá ao médico-residente, durante todo o período de residência: (Redação dada pela Lei nº 12.514, de 2011)

I - condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões; (Incluído pela Lei nº 12.514, de 2011)

II - alimentação; e (Incluído pela Lei nº 12.514, de 2011)

III - moradia, conforme estabelecido em regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.514, de 2011)

§ 6º O valor da bolsa do médico-residente poderá ser objeto de revisão anual. (Incluído pela Lei nº 12.514, de 2011)

Art. 5º - Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.

§ 1º - O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 2º - Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% (dez por cento) e num máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º - Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 7º - A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão.

Art. 8º - A partir da publicação desta Lei, as instituições de saúde que mantenham programas de Residência Médica terão um prazo máximo de 6 (seis) meses para submetê-los à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 9º - Esta Lei será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação.

Art. 10 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 11 - Revogam-se as disposições em contrário.

4.3 - RESOLUÇÃO CNRM 03/2001 - Diligência em PRMs de Residência Médica

A PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, no uso de suas atribuições resolve:

Art. 1º A determinação de diligência em Programa de Residência Médica, implicará na impossibilidade de realização do processo de seleção pública para médicos residentes até que a diligência seja cumprida.

Art. 2º A verificação do cumprimento da diligência será realizada por intermédio de vistoria procedida por equipe designada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º A Comissão Nacional de Residência Médica concederá à instituição autorização específica para a realização do processo de seleção pública de médicos residentes, desde que verificado o cumprimento integral da diligência determinada.

Art. 4.º Respeitados os prazos legais para ingresso na Residência Médica os egressos dos Programas de Residência Médica em diligência terão direito ao Registro dos seus certificados junto a CNRM desde que cumpram integralmente os requisitos exigidos para a conclusão dos programas.

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

4.4 - RESOLUÇÃO CNRM 05/2003 - Registro de Certificados pela CNRM

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80. 281 de 05/09/1977 e a Lei nº 6. 932 de 07/07/1981, e considerando que o registro dos certificados de conclusão de Residência Médica, concedido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) será apostilado pelas instituições ministradoras dos Programas de Residência Médica (especialidades e áreas de atuação) resolve:

Art. 1º. O apostilamento do número de registro de certificado de conclusão de programa de Residência Médica será precedido de atualização do cadastro das instituições que oferecem os respectivos programas.

Parágrafo Único. A atualização do cadastro se dará de acordo com o sistema próprio, desenvolvido pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação - CGSI/SESu/MEC, disponível via internet na página da CNRM/SESu/MEC.

Art. 2. A Instituição ofertante do programa de Residência Médica continuará a expedir o certificado de conclusão do programa cursado (especialidade ou área de atuação) ao Médico Residente, de acordo com o modelo aprovado pela CNRM;

Art. 3. Quando do registro da especialidade médica e das áreas de atuação junto aos Conselhos Regionais de Medicina, competirá a estes a conferência dos dados constantes dos certificados bem como a conferência do número de registro do mesmo junto à Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 4. Os artigos anteriores se aplicam aos programas de Residência Médica em especialidades iniciadas a partir do ano de 2002 e aos programas de áreas de atuação (anos opcionais) iniciados a partir do ano de 2003.

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

4.5 – RESOLUÇÃO CNRM 02/2005 – Estrutura, Organização e Financiamento da CNRM.

Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto n.º 80.281, de 05 de setembro de 1977 e a Lei n.º 6.932, de 07 de julho de 1981, e considerando a necessidade de atualização das Resoluções da CNRM, resolve:

Art. 1. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é órgão de deliberação coletiva criada nos termos do Decreto número 80.281, de 5 de setembro de 1977, e tem por finalidade estabelecer normas para o cumprimento dos dispositivos constantes do Decreto supracitado.

CONSTITUIÇÃO

Art. 2. A CNRM está constituída nos termos do artigo 2.º do Decreto N.º 80.281 de 05 de setembro de 1977, e do artigo 2.º do Decreto N.º 91.364 de 21 de junho de 1988.

§ 1.º Os membros titulares da CNRM serão indicados pelas respectivas instituições que representam.

§ 2.º As instituições representadas na CNRM indicarão também um membro suplente, que atuará nas faltas e impedimentos do titular.

ÓRGÃO DE DELIBERAÇÃO

Art. 3. O Plenário, constituído pelo conjunto de membros titulares da CNRM ou dos seus respectivos suplentes, instala-se com a presença de metade de seus membros.

Parágrafo único. O Plenário somente poderá deliberar por maioria de votos dos membros presentes constantes da lista de presença à reunião.

Art. 4.º Quando a matéria tratar de processo regular de credenciamento ou avaliação de Programas de Residência Médica será distribuída em sistema de rodízio entre os Membros do Plenário.

ÓRGÃOS DE ASSESSORAMENTO

Art. 5.º Para o desempenho de suas funções a CNRM contará com uma Câmara Técnica e com Subcomissões Extraordinárias.

Art. 6.º A Câmara Técnica, órgão de assessoramento da CNRM no âmbito de suas atribuições, tem a seguinte composição:

- a) Secretário Executivo da CNRM
- b) Coordenadores Regionais de Residência Médica
- c) Quatro membros indicados pela presidência, com experiência em residência médica e ensino médico.

Parágrafo único. A Câmara Técnica deverá se reunir, no mínimo, três vezes ao ano.

Art. 7.º À Câmara Técnica caberá as seguintes atribuições junto à CNRM:

- a) Propor políticas educacionais para a Residência Médica em consonância com as exigências regionais e nacionais.
- b) Propor formas de integração da CNRM com outras Instituições de Ensino e/ou Saúde, governamentais ou não, visando ao aprimoramento da educação médica nos programas de Residência Médica.
- c) Promover estudos sobre os métodos e critérios utilizados nos exames seletivos para ingresso nos programas de Residência Médica.
- d) Colaborar na organização do Fórum Anual de Residência Médica.

e) Promover estudos sobre métodos, critérios e indicadores para avaliação dos programas de Residência Médica.

f) Participar, quando convidada, das sessões plenárias da CNRM.

Art. 8.º As subcomissões extraordinárias serão criadas por iniciativa do Presidente ou por proposição de membro da CNRM, aprovada por maioria simples de votos, com finalidade de examinar matérias específicas.

§ 1.º As subcomissões terão composição mínima de três membros, designados pelo Presidente da CNRM.

§ 2.º Cada subcomissão elegerá um coordenador de suas atividades, entre seus componentes.

§ 3.º. As subcomissões extraordinárias funcionarão por prazo determinado no ato de sua criação, não superior a noventa dias e renovável uma única vez por mais trinta dias.

PRESIDÊNCIA

Art. 9.º A Presidência é o órgão de pronunciamento coletivo da CNRM, coordenadora de seus trabalhos, fiscal de cumprimento das normas e autoridade superior em matéria administrativa da CNRM.

Art. 10. A Presidência da CNRM é exercida pelo Secretário da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e no seu impedimento pelo Secretário Executivo da CNRM nos termos do Art. 2.º § 3.º do Decreto número 80.281, de 1977.

SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 11. A Secretaria Executiva, órgão auxiliar da Presidência, para a coordenação das atividades de apoio técnico-administrativo da CNRM, tem a seguinte estrutura:

§ 1.º Para o exercício de suas funções a Secretaria Executiva contará com o seguinte suporte técnico-administrativo:

Assessoria Técnica;

Seção de Informática;

Seção de Estatística, Documentação e Divulgação;

Seção de Protocolo e Arquivo;

Seção de Serviços Gerais.

§ 2.º Para o exercício de suas atribuições, a Assessoria Técnica será constituída por 2. médicos, dentre os servidores que compõem o quadro da CNRM.

§ 3.º À Assessoria Técnica, além das atividades que lhe forem conferidas pelo Secretário Executivo da CNRM, compete:

a) receber, processar e analisar os pedidos de credenciamento;

b) assessorar o Secretário Executivo, as subcomissões e os demais membros da CNRM;

c) colaborar em estudos e pesquisas de interesse da CNRM;

d) prestar informações para propostas e instruções do processo de credenciamento;

e) assessorar o Secretário Executivo na elaboração de relatório anual das atividades cumpridas na elaboração do plano de trabalho para o ano seguinte;

f) elaborar o calendário de reuniões a serem realizadas com todos os membros da CNRM;

g) promover e organizar encontros, fóruns, seminários e outras atividades afins, de interesse da CNRM.

Art. 12. A Secretaria Executiva será dirigida por médico, portador de experiência profissional e acadêmica comprovada, designada pelo Ministro da Educação.

COMPETÊNCIA

Art. 13. Compete à Comissão Nacional de Residência:

- I) Interpretar o Decreto n.º 80. 281/77 e a Lei 6. 932/81 e todos os outros Decretos e Leis a ela pertinentes, estabelecendo normas e visando suas aplicações;
- II) Adotar e propor medidas, visando adequação da Residência Médica ao Sistema Único de Saúde;
- III) Adotar ou propor medidas, visando qualificação, consolidação ou expansão de programas de Residência Médica;
- IV) Adotar e propor medidas, visando melhoria das condições educacionais e profissionais de Médicos Residentes;
- V) Adotar e propor medidas, visando valorização do Certificado de Residência;
- VI) Promover e divulgar estudos sobre a Residência Médica;
- VII) Adotar e propor medidas, visando articulação da Residência Médica com o internato e com outras formas de pós-graduação.

Art. 14. Ao Plenário compete decidir sobre a matéria de caráter geral ou específico sobre Residência Médica que lhe for atribuída e, ainda, sobre assuntos de sua atribuição fixados pelo Decreto de número 80. 281/77

Parágrafo único. Cabe ao Plenário pronunciar-se de modo conclusivo sobre processos regulares de credenciamento e avaliação de PRM, cabendo a qualquer de seus membros direito de voto em separado.

Art. 15. Compete às subcomissões:

- a) apreciar processos que lhe forem distribuídos e sobre eles emitir parecer;
- b) responder às consultas encaminhadas pelo Presidente da CNRM;
- c) elaborar estudos, normas e instruções por solicitação do Presidente da CNRM, ou do Plenário.

Art. 16. À Presidência compete orientar, coordenar e supervisionar as atividades da CNRM.

Art. 17. À Secretaria Executiva compete:

- a) Assessorar o Presidente, as subcomissões e os membros da CNRM.
- b) Promover e elaborar estudos e pesquisas de interesse da CNRM;
- c) Orientar os trabalhos de credenciamento e avaliação de Programas de Residência Médica;
- d) Manter cadastro de informações que forneça apoio às atividades da CNRM;
- e) Avaliar e controlar os resultados das atividades desenvolvidas pela CNRM e propor a revisão de planos de trabalho tendo em vista a programação, coordenação e integração das atividades da CNRM;
- f) Elaborar relatório anual das atividades cumpridas e o plano de trabalho para o ano seguinte;
- g) Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades dos órgãos que lhe compõem a estrutura.

ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Art. 18. Ao Presidente compete:

- a) Convocar e presidir as reuniões, seminários e encontros promovidos pela CNRM;
- b) Aprovar a pauta das reuniões, propostas pela Secretaria Executiva;
- c) Resolver questões de ordem;
- d) Exercer, nas sessões plenárias, além do direito de voto, o voto de qualidade em caso de empate;
- e) Baixar atos decorrentes das decisões do Plenário;
- f) Designar membros da CNRM para compor as subcomissões;
- g) Determinar a realização de estudos solicitados pelo Plenário;
- h) Baixar portarias e outros atos necessários à organização interna da CNRM;

Art. 19. Ao Secretário Executivo compete:

- a) Substituir o Presidente da CNRM em seus impedimentos;
- b) Assumir as incumbências que lhe forem delegadas pelo Presidente da CNRM.
- c) Dirigir, coordenar, orientar e supervisionar as atividades da Secretaria Executiva.
- d) Distribuir às subcomissões processos de competência específica das mesmas;
- e) Adotar ou propor medidas que visem melhoria das técnicas e métodos de trabalho;
- f) Propor medidas sobre matéria de caráter geral ou específico para apreciação e decisão do Plenário;
- g) Secretariar as Reuniões do Plenário.

Art. 20. Ao Coordenador de subcomissões compete:

- a) Dirigir e supervisionar os trabalhos da respectiva subcomissão;
- b) Baixar instruções para a organização e o bom andamento dos serviços;
- c) Relatar e designar relator de processos;
- d) Exarar despachos em processos que independem de parecer da subcomissão ou de decisão do Plenário.

PARTICIPAÇÃO DAS SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Art. 21. Os Programas de Residência Médica serão oferecidos em Instituições de Saúde nas especialidades e áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

§ 1.º Na determinação de normas complementares para cada especialidade, a CNRM ouvirá as Sociedades Médicas pertinentes, ou, quando inexistentes, ouvirá profissionais de reconhecida competência no campo.

§ 2.º A Secretaria Executiva poderá convidar, nos termos do Art. 2.º, § 2.º do Decreto 80. 281/77, representantes das Sociedades Médicas, para integrarem a Assessoria Técnica da Comissão Nacional de Residência Médica.

REQUISITOS MÍNIMOS DA INSTITUIÇÃO

Art. 22. Para que possa ter credenciamento do seu Programa de Residência Médica, a Instituição deverá preencher os seguintes requisitos mínimos:

- I) Ter conhecimento da legislação pertinente ao assunto.
- II) Ser legalmente constituída e idônea, obedecendo às normas legais aplicáveis quanto a seus recursos humanos, planta física, instalações e equipamentos;
- III) Definir em Regulamento interno os requisitos de qualificação e as atribuições dos profissionais da área de saúde em exercício na Instituição, sendo de todos exigido elevado padrão ético, bem como padrão técnico e científico compatível com as funções exercidas;
- IV) Prever em Regimento a existência e manutenção do Programa de Residência Médica, garantindo ao Residente o disposto na Lei 6. 932 de 07 de julho de 1981.
- V) Dispor de serviços básicos e de apoio que contem com pessoal adequado, em número e qualificação, para atendimento ininterrupto às necessidades dos pacientes;
- VI) Dispor dos serviços complementares necessários ao atendimento ininterrupto dos pacientes e aos requisitos mínimos do Programa, de acordo, quando for o caso, com as normas específicas a serem baixadas para cada área ou especialidade em conformidade com o disposto no artigo acima;
- VII) Dispor de Serviço de Arquivo Médico e Estatística, com normas atualizadas para elaboração de prontuários;
- VIII) Dispor de meios para a prática de necropsia, sempre que cabível tal prática, em face da natureza da área ou especialidade;
- IX) Possuir programação educacional e científica em funcionamento regular para o seu corpo clínico;

X) Possuir Biblioteca atualizada com um acervo de livros e periódicos adequado ao Programa de Residência Médica, bem como ter acesso a bibliografia via Internet.

XI) Assegurar à Comissão Nacional de Residência Médica condições para avaliação periódica do Programa de Residência Médica.

REQUISITOS MÍNIMOS DO PROGRAMA

Art. 23. Para que possa ser credenciado, o Programa de Residência Médica deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previstos;

a) Comissão de Residência integrada por profissionais de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes, com a atribuição de planejar, coordenar, supervisionar as atividades, selecionar candidatos e avaliar o rendimento dos alunos dos vários Programas da Instituição;

b) Representação da Instituição e dos Residentes na comissão acima, a qual deverá ser renovada a cada ano;

c) A supervisão de cada área ou especialidade por um supervisor de Programa, com qualificação idêntica à exigida no item acima;

d) A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para 03 (três) médicos residentes;

e) A correlação entre a qualificação de seus profissionais e as atividades programadas, a serem supervisionadas, dependerá da aprovação pela Comissão de Residência Médica da Instituição.

f) O mínimo de 10% e o máximo de 20% de sua carga horária em atividades teórico-práticas sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlação clínico-patológica ou outras, sempre com a participação dos residentes.

g) Os critérios de admissão de candidatos à Residência Médica, por meio de processo de seleção que garanta a igualdade de oportunidade a médicos formados por quaisquer escolas médicas credenciadas, que ministrem o Curso de Medicina reconhecido.

h) A forma de avaliação dos conhecimentos e das habilidades adquiridas pelo residente; os mecanismos de supervisão permanente do desempenho do residente; e os critérios para outorga do Certificado de Residência Médica de acordo com as normas vigentes.

Art. 24. O número de vagas ofertadas num Programa de Residência Médica deverá adequar-se às condições de trabalho e recursos financeiros e materiais oferecidos pela Instituição, bem como às peculiaridades do treinamento na área ou especialidade.

CERTIFICADOS

Art. 25. Para que os seus certificados gozem de validade nacional, os Programas de Residência Médica deverão ser credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, na forma do Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977, e das presentes normas.

Art. 26. Os Programas de Residência Médica credenciados são equivalentes a Cursos de Especialização, e os certificados de Residência Médica emitidos na conformidade das presentes

normas, constituirão comprovante hábil para os fins previstos junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

- a) As instituições responsáveis por programas de residência Médica deverão enviar à CNRM, até o dia 31 de maio de cada ano, a relação dos Médicos Residentes matriculados nos respectivos programas.
- b) A expedição dos certificados é de responsabilidade da instituição ofertante do programa credenciado pela CNRM.
- c) O certificado de Residência Médica deverá conter, no mínimo, as seguintes referências: nome da Instituição que expede o certificado; nome do Médico conluente da Residência Médica; nome da especialidade ou da área de atuação (programa cursado); duração do programa com data de início e término; assinatura do Diretor da Instituição, do Coordenador do Programa e do Médico Residente; local e data, CPF do médico residente; número da inscrição do médico residente no Conselho Regional de Medicina (CRM) e estado da federação.
- d) O Certificado de Residência Médica só terá validade após registro junto a Comissão Nacional de Residência Médica.
- e) O registro do certificado de conclusão do Programa de Residência Médica no Conselho Federal de Medicina será de responsabilidade do interessado, após o registro na Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica, de acordo com as normas legais vigentes.

SISTEMÁTICA DE CREDENCIAMENTO

Art. 27. A sistemática para o credenciamento de Programa de Residência Médica consiste em:

1. As Comissões de Residência Médica (COREME) submeterem à Comissão Nacional de Residência Médica propostas de credenciamento de Programas de Residência Médica até o dia 15 de fevereiro de cada ano.
2. A instituição interessada enviar à CNRM e à Comissão Estadual ou Distrital de Residência Médica, para estudo, relato e aprovação, o Formulário de Pedido de Credenciamento de Programa (PCP) de Residência Médica e a CNRM o comprovante do pagamento de cotas de acordo com as normas vigentes. Onde não houver Comissão Estadual em funcionamento, a Instituição deverá enviar o formulário à CNRM e ao Coordenador Regional.
3. A Comissão Estadual ou o Coordenador Regional indicar os visitantes para o(s) Programa(s) e comunicar à CNRM, para providências de passagens e diárias, com o prazo mínimo de 15 (quinze) dias úteis antes da data prevista para a visita.
4. A Comissão Estadual ou o Coordenador Regional comunicar a Instituição a data da visita.
5. Os visitantes preencherem as normas constantes no Formulário de orientação de visita elaborado pela CNRM.
6. Os Formulários preenchidos pelos visitantes serem encaminhados, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da reunião da CNRM, à Comissão Estadual para estudo, relato e aprovação. O Relatório de visita constitui instrumento de somente das Comissões Estaduais e Distrital e da CNRM. Onde não houver Comissão Estadual de Residência Médica, o formulário preenchido pelos visitantes será enviado ao Coordenador Regional para análise e posterior remessa à CNRM para aprovação.
7. O resultado da reunião da Comissão Estadual de Residência Médica ser enviado ao Coordenador Regional e à CNRM em até 10 (dez) dias antes da reunião da CNRM, constando: nome da Instituição, nome do(s) Programa(s) visitado(s) e a solicitação; área de atuação; Conclusão da reunião: com número de vagas de cada programa ou da área de atuação.
8. O Pedido de Credenciamento Provisório ser relatado pelo Coordenador Regional em reunião plenária da CNRM.

9. A decisão de credenciar ou de negar o credenciamento ser tomada em Plenário por maioria simples de votos, após parecer fundamentado pelo relator.

10. Os Pareceres e os Termos Aditivos de todas as modalidades (credenciamento provisório, credenciamento por 5 (cinco) anos, credenciamento e outros) aprovados pelas Comissões Estaduais, serem elaborados pela CNRM, protocolados e enviados para a Instituição. Este procedimento se faz necessário, posto que toda a documentação tem um número de processo e os resultados aprovados serem disponibilizados no Sistema Geral da CNRM. As Comissões Estaduais deterão cópias de todos os documentos.

11. Só serem relatados na Plenária da CNRM os Processos que estejam completos, ou seja, Pedidos de Credenciamento preenchidos, acompanhados do Relatório de Visita e Parecer da Comissão Estadual ou do Coordenador Regional, quando for o caso.

Art. 28. Após o credenciamento provisório a Instituição deverá solicitar o credenciamento por 5 (cinco) anos.

Art. 29. Findo o prazo de cinco anos, referente à validade do credenciamento, a Instituição solicitará o credenciamento do programa de cinco em cinco anos.

Art. 30. O não cumprimento do programa de acordo com as normas da CNRM levará o programa a condição de exigência, diligência ou descredenciamento.

Art. 31. O cumprimento da exigência ou diligência no processo de credenciamento que não puder ser comprovado por meio de documentos será observado mediante visita de verificação.

VISITAS DE VERIFICAÇÃO

Art. 32. As despesas decorrentes com as visitas de verificação serão de responsabilidade da Instituição interessada no credenciamento.

Art. 33. As instituições que solicitarem o credenciamento provisório, credenciamento ou credenciamento de até 05 (cinco) programas de Residência Médica, deverão recolher a importância a ser definida pela CNRM, em instrumento próprio, a cada ano.

Art. 34. Quando a solicitação incluir mais de 05 (cinco) programas de Residência Médica, as instituições deverão recolher além da importância citada no artigo anterior, o valor suplementar por programa, definido no mesmo instrumento de que trata o artigo anterior.

Art. 35. Na ordem de pagamento deverá constar a discriminação CAPES/Residência Médica.

DESCRENCIAMENTO

Art. 36. São condições, a juízo da CNRM, para descredenciamento de programas de Residência Médica quaisquer alterações que comprometam a qualidade do programa e o oferecimento de vagas acima do número credenciado pela CNRM.

Parágrafo único. Os programas de Residência Médica descredenciados ou cujos credenciamentos não forem aprovados pela CNRM poderão fazer nova solicitação de acordo com os prazos previstos na legislação vigente.

TRANSFERÊNCIA

Art. 37. Revogado Resolução CNRM nº 03, de 24 de setembro de 2007.

Art. 38. Revogado Resolução CNRM nº 03, de 24 de setembro de 2007.

Art. 39. Revogado Resolução CNRM nº 03, de 24 de setembro de 2007.

Art. 40. Revogado Resolução CNRM nº 03, de 24 de setembro de 2007.

COORDENADORES REGIONAIS

Art. 41. A Comissão Nacional de Residência Médica mantém sob sua subordinação além das Comissões Estaduais /Distrital de Residência Médica, as Coordenadorias Regionais.

Art. 42. Cada Coordenadoria Regional terá como responsável um Coordenador.

§ 1º. O Coordenador Regional será nomeado pelo Presidente da CNRM.

§ 2º. Os Coordenadores Regionais serão obrigatoriamente médicos – supervisores ou preceptores de programa de residência médica ou professores de escolas médicas.

Art. 43. As Coordenadorias Regionais da Comissão Nacional de Residência Médica são:

Região Norte – Acre, Amazonas, Pará e Roraima.

Região Nordeste I – Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco.

Região Nordeste II – Bahia, Alagoas e Sergipe.

Região Nordeste III – Maranhão, Piauí, e Ceará.

Região Centro Oeste I – Mato Grosso e Mato Grosso do Sul

Região Centro Oeste II – Goiás, Tocantins e Distrito federal.

Região Sudeste I – São Paulo

Região Sudeste II – Rio de Janeiro

Região Sudeste III – Minas Gerais e Espírito Santo

Região Sul I – Rio Grande do Sul

Região Sul II – Paraná e Santa Catarina

Art. 44. Compete à Coordenadoria Regional:

a) Funcionar como consultor permanente das Comissões Estaduais de Residência Médica;

b) Participar como membro nato da Câmara Técnica;

c) Comparecer, quando convidado, às reuniões da CNRM com direito a voz no plenário;

d) Representar a CNRM sempre que designado, comparecendo a congressos, reuniões, simpósios e conferências sobre Residência Médica;

Art. 45. A Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação dará o suporte técnico-administrativo necessário aos trabalhos da Coordenadoria Regional.

Parágrafo único. Os casos omissos à implantação e ao andamento dos trabalhos da Coordenadoria Regional serão resolvidos a juízo da Secretaria Executiva e da Presidência da CNRM.

COREME

Art. 46. A Comissão de Residência Médica – COREME, da Instituição de Saúde, com regimento próprio, de conhecimento do médico residente, constitui-se em órgão para entendimentos com a Comissão Estadual de Residência Médica.

§ 1º. Os membros da COREME serão escolhidos entre os Supervisores e Preceptores de programas de Residência Médica.

§ 2º. O substituto eventual do Coordenador será indicado dentre os membros da COREME, excetuando-se o representante dos médicos residentes.

§ 3º. Os prazos de afastamento do programa de Residência Médica (licenças e trancamentos) deverão, obrigatoriamente, constar do regimento interno da COREME da instituição.

Art. 47. A representação dos médicos residentes nas Comissões de Residência Médica das Instituições credenciadas será provida, obrigatoriamente, por residentes regularmente integrantes do Programa.

Parágrafo único. Os representantes dos médicos residentes da Comissão terão direito a voz e voto nas reuniões e decisões da Comissão de Residência Médica da Instituição de Saúde.

Art. 48. A Comissão de Residência Médica do hospital reunir-se-á, obrigatoriamente, pelo menos uma vez por mês, com prévia divulgação da pauta da reunião e posterior transcrição das reuniões em ata.

Art. 49. O número de vagas nos programas de Residência Médica só será aumentado após aprovação da Comissão Estadual de Residência Médica e da anuência da Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica.

REPRESENTAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 50. Os representantes dos médicos residentes nas Comissões de Residência Médica, das instituições credenciadas ou em fase de credenciamento, serão livremente eleitos pelos médicos residentes, em escrutínio direto e secreto.

§ 1º. A data, a hora e o local das eleições serão prévios e amplamente divulgados para os médicos residentes eleitores, matriculados no(s) programa(s) da instituição.

§ 2º. O processo eleitoral, de atribuição exclusiva dos médicos residentes, terá ata de eleição e apuração assinadas pelos membros das respectivas mesas de eleição. O eleitor assinará a lista de votantes no ato da votação.

§ 3º. Nenhum médico residente será impedido, sob qualquer pretexto, de votar ou ser votado nas eleições referidas no “caput” deste artigo, salvo nos casos de impedimento legal.

Art. 51. Para cada representante dos médicos residentes da Comissão de Residência Médica será eleito um suplente.

Parágrafo único. O representante e o suplente devem ser residentes de anos diferentes.

Art. 52. As eleições dos representantes dos médicos residentes nas Comissões de Residência Médica serão anuais e permitirão uma reeleição.

EDITAIS

Art. 53. Vide Resolução CNRM nº 04, de 23 de outubro de 2007.

Art. 54. Vide Resolução CNRM nº 04, de 23 de outubro de 2007.

Art. 55. A instituição responsável por programa de Residência Médica que não proceder a concurso, por período superior a 12 (doze) meses, deverá solicitar autorização prévia à Comissão Estadual de Residência Médica para a sua realização.

NÚMERO DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS CURSADAS

Art. 56. É vedado ao médico residente repetir programas de Residência Médica, em especialidades que já tenha anteriormente concluído, em instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação.

§1º. A menos que se trate de pré-requisito estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica, é vedado ao médico residente realizar programa de Residência Médica, em mais de 2 (duas) especialidades diferentes, em instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação.

§2º. É permitido ao Médico Residente cursar apenas 01 (uma) área de atuação em cada especialidade.

Art. 57. A Comissão de Residência Médica da Instituição tem a atribuição de desligar o médico residente, a qualquer tempo, quando caracterizada a infração ao estabelecido no artigo anterior, sob pena de descredenciamento automático do programa pela CNRM.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 58. Na aplicação desta Resolução as dúvidas e os casos omissos serão resolvidos pelo Plenário da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 59. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas a Resolução CNRM Nº 01//2004 e demais disposições em contrário.

4.6 – RESOLUÇÃO CNRM 04/2005 – Intercâmbio Interinstitucional

Dispõe sobre o Intercâmbio Interinstitucional para apoiar a criação e o aprimoramento de Programas de Residência Médica em especialidades prioritárias em regiões carentes do país.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto n.º 80.281, de 05 de setembro de 1977, e a Lei n.º 6.932, de 07 de julho de 1981, e considerando a escassez de Programas de Residência Médica nas áreas de especialidades com acesso direto e de especialidades com pré-requisito, nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste do Brasil; e a existência de centros de excelência, em ou nas regiões do país, dispostos a cooperar com a criação e o aprimoramento de Programas de Residência Médica prioritários naquelas localidades, resolve:

Art. 1º Fica criado o Programa de Intercâmbio Interinstitucional para que instituições de excelência apoiem a criação e o aprimoramento de programas prioritários de especialidades com acesso direto e com pré-requisito em regiões carentes, particularmente a Amazônia Legal e Nordeste.

Art. 2º As instituições interessadas deverão firmar convênio entre si com a aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

§ 1º Uma instituição só poderá pleitear cooperação interinstitucional, para abertura e aprimoramento de Programas de Residência Médica, nas áreas em que já tiver capacidade instalada necessária e suficiente para o funcionamento de serviços especializados, incluindo-se recursos humanos.

§ 2º Programas de Residência Médica de excelência, capacitados a oferecer e apoiar a cooperação interinstitucional deverão preencher os seguintes critérios:

I – pertencer a centros de formação que possuam programas de mestrado e/ou doutorado credenciados e avaliados pela Capes; e

II – possuir programas de Residência Médica credenciados e reconhecidos (pelo menos uma vez) pela Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, que não tenham sofrido qualquer interrupção de ingresso desde o seu credenciamento inicial, e não estejam em diligência ou exigência.

Art. 3º A cooperação interinstitucional deverá se concretizar na formação de supervisores e no treinamento de residentes na área da especialidade pretendida.

Art. 4º A formação de supervisor se dará mediante estágios presenciais de atualização em programa de apoio a distância, dirigidos aos especialistas da área em que se pretende a abertura de Programa de Residência Médica.

Art. 5º A seleção dos especialistas candidatos ao Programa de Intercâmbio Interinstitucional será de responsabilidade da instituição de origem, levando-se em conta o perfil para atividades de formação e perspectivas de permanência do especialista na instituição.

Parágrafo único. O especialista a ser formado como supervisor deverá preencher os seguintes requisitos:

I - possuir título de especialista ou residência na área;

II - possuir registro profissional do Conselho Regional de Medicina no Estado da instituição de origem; e

III - ter vínculo formal com a instituição de origem.

Art. 6º A seleção de residente candidato ao Programa de Intercâmbio será de responsabilidade da instituição de origem, por meio de processo seletivo, observadas as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, contemplando também as normas específicas de Intercâmbio.

Parágrafo único. O candidato a residente deverá preencher os seguintes requisitos:

I - possuir domicílio no Estado da instituição de origem;

II - Ser graduado em medicina ou realizado Programa de Residência Médica nas áreas de especialidades com acesso direto e de especialidades com pré-requisito, no mesmo Estado; e
III - possuir registro profissional do Conselho Regional de Medicina no Estado da instituição de origem.

Art. 7^a O médico residente participante do Intercâmbio Interinstitucional deverá regressar à instituição de origem, após cumprido o seu treinamento, onde, dependendo do seu desempenho, desenvolverá atividades didáticas e assistenciais para o aprimoramento do serviço especializado, por um período de dois anos.

Parágrafo único. Deverão ser criadas condições para a implantação de Programas de Residência Médica nas especialidades definidas pelo Estudo das Necessidades do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde e a serem normatizadas pela Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM.

Art. 8^o - A instituição que solicitar o Intercâmbio Interinstitucional para abertura de um programa prioritário deverá apresentar à Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM a proposta de criação do referido programa juntamente com a proposta de cooperação.

§ 1^o O Programa a ser criado na instituição de origem deverá ter, em seu credenciamento provisório, o conteúdo programático das atividades que será cumprido na instituição conveniada.

§ 2^o O Programa de Residência Médica da instituição de origem deverá iniciar-se imediatamente após o regresso do médico residente e/ou supervisor e ser novamente submetido à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. .

§ 3^o O intercâmbio de médico residente e/ou supervisor poderá prosseguir ao longo de, no máximo, 4 anos a partir do início do funcionamento do programa, de acordo com as necessidades institucionais.

§ 4^o As bolsas de Residência Médica serão de responsabilidade da instituição de origem.

Art. 9^o O número de residentes que participará do Programa de Intercâmbio será determinado de acordo com as necessidades e disponibilidades das instituições, atendendo ao regimento da Comissão Nacional de Residência Médica -CNRM.

Art. 10 A instituição de excelência será a responsável pela avaliação do desempenho do residente enquanto este estiver realizando os estágios fora de seu local de origem.

Art. 11 A emissão do certificado de Residência Médica referente ao Programa de Intercâmbio Interinstitucional somente será possível após o cumprimento do disposto no caput do artigo 7^o desta Resolução. .

Art. 12 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4.7 – RESOLUÇÃO CNRM 05/2005 – Estágio Voluntário para Médicos Residentes

Dispõe sobre a criação de estágio voluntário para residentes, como modalidade de estágio optativo, em localidades de fronteira e/ou de difícil acesso do país, onde haja organizações militares de saúde, organizações militares com facilidades médicas ou unidades civis de saúde.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto n^o 80. 281, de 05 de setembro de 1977 e a Lei n^o 6. 932, de 07 de julho de 1981, e considerando a atenção à Saúde ser precária em regiões remotas, de fronteira e/ou de difícil acesso, e por vezes ausente; e a dificuldade de se fixar profissional da área de Saúde nessas localidades, resolve:

Art. 1^o Fica criado o estágio voluntário para médicos residentes, como modalidade de estágio optativo, a ser exercido em localidades de fronteira e/ou de difícil acesso do país onde haja organizações militares de saúde, organizações militares com facilidades médicas ou unidades civis de saúde.

Parágrafo único. Os Ministérios da Saúde e da Defesa divulgarão, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, a cada ano, a relação de localidades / organizações de saúde militares e unidades civis onde poderão ocorrer os estágios.

Art. 2º Para estágios na atenção básica poderão estar vinculadas as especialidades médicas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade, Dermatologia e Infectologia.

Parágrafo único. Residentes de outros Programas de Residência Médica poderão fazer parte do estágio a critério da Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM.

Art. 3º Para estágios em pequenos hospitais e ambulatórios poderão participar outras especialidades médicas, de acordo com as necessidades das regiões e a disponibilidade das instalações.

Art. 4º Poderão habilitar-se para a oferta do estágio voluntário, na modalidade de estágio optativo, mediante apresentação de proposta à Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, as instituições com Programas de Residência Médica credenciados, de acordo com os artigos 2º e 3º desta Resolução, apresentando o programa do estágio e informando o número de residentes de cada programa.

Art. 5º Os estágios deverão ser organizados mediante acordo formal entre a instituição responsável pelo programa e os gestores do SUS municipal e/ou estadual e/ou gestores das organizações militares que servirão de campo de estágio.

Art. 6º A instituição habilitada pela Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM só poderá autorizar estágio voluntário, como modalidade de estágio optativo, respeitado o máximo de 10% do número total de residentes, por período de estágio.

Parágrafo único. Em caso de haver menos de 10 (dez) residentes no programa, a instituição poderá indicar apenas 1 (um) residente por período de estágio.

Art. 7º Os critérios para seleção dos residentes interessados são de competência da instituição de origem, dentre as vagas por especialidade oferecidas para cada localidade pelos Ministérios da Educação, da Saúde e da Defesa.

Art. 8º Poderão habilitar-se ao estágio os residentes a partir do segundo ano do programa de origem.

§ 1º A duração do estágio será de no mínimo trinta dias e no máximo de noventa dias. .

§ 2º O residente que optar por estágio superior a 45 ((quarenta e cinco) dias deverá transferir o período de estágio optativo do primeiro ano para o segundo.

Art. 9º A emissão do Certificado de “Serviços Prestados à Nação” será conjunta entre os Ministérios da Educação, da Saúde e da Defesa.

Parágrafo único. A Comissão Nacional de Residência Médica recomenda aos gestores públicos que essa atividade seja pontuada nos concursos públicos de todas as esferas.

Art. 10 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4.8 - RESOLUÇÃO CNRM 06/2005 – Autorização de Curso Livre com Metodologia de Ensino à Distância

(Anexos I a VI)

Dispõe sobre a autorização de Curso Livre com metodologia de ensino a distância, para o aperfeiçoamento teórico dos médicos residentes.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1997 e da Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, resolve:

Art. 1º A realização de Curso Livre, com metodologia de ensino a distância, destinado a entendimento da carga horária teórica de residência médica estabelecida na Resolução CNRM n.º 004/2003, nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Cirurgia Geral, Medicina de Família e Comunidade e Ética e Bioética seguirá o disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. O curso deverá permitir o estímulo a uma forma de autoaprendizagem para os médicos residentes, por meio da mediação de recursos didáticos, sistematicamente organizados e apresentados em diferentes suportes de informação, combinados pelos diversos meios de comunicação, socializando o conhecimento entre os residentes de regiões menos favorecidas do país, com excelência na qualidade do conteúdo das matérias apresentadas.

Art. 2º O curso será reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, como válido para fins de cômputo da carga horária do conteúdo teórico da Residência Médica, quando realizado em cento e vinte horas anuais, divididas em vinte horas para conteúdo de Ética e Bioética e cem horas para as especialidades contidas no art. 1º desta Resolução.

Parágrafo único. O conteúdo deverá ser ministrado pelo menos duas vezes por semana, com aulas ou reuniões médicas com duração mínima de quarenta e cinco minutos e máxima de uma hora e trinta minutos, durante os meses de fevereiro a novembro.

Art. 3º O conteúdo programático básico do curso, em cada área, consta nos Anexos I a VI desta Resolução.

Art. 4º A transmissão do curso contemplará todos os Estados das regiões Norte e Nordeste e outras regiões, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

Parágrafo único. O curso será transmitido, preferencialmente, para as instalações dos hospitais federais de ensino ou locais designados pelo Ministério da Educação e Ministério da Defesa, sendo permitida a inscrição de residentes de todas as instituições com Programas de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM naquela localidade.

Art. 5º A Comissão Estadual de Residência Médica deverá designar um coordenador para acompanhar a realização do curso, no que se refere ao controle das inscrições, controle de frequência, acompanhamento e orientação das formas de avaliação da aprendizagem, responsabilizando-se por certificar a validade do Curso para os fins previstos no art. 2º desta Resolução.

Art. 6º A avaliação da aprendizagem ocorrerá por métodos variados, conforme permita a tecnologia utilizada na transmissão dos conteúdos programáticos, a critério do coordenador local.

Art. 7º O residente que possuir presença comprovada de 75% , assim como realizar as avaliações estabelecidas no decorrer do curso, receberá Certificado emitido pela Instituição promotora do curso, de acordo com o disposto no artigo 2º desta Resolução.

Art. 8º A Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM poderá autorizar a realização de curso de outras especialidades, nos moldes desta Resolução.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. .

ANEXO I: CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DE CLÍNICA MÉDICA

- Síndromes isquêmicas agudas do coração – o que há de novo/tratamento em situações especiais
- Infarto agudo do miocárdio – estratégias terapêuticas
- Discussão anátomo clínica
- Lesões orovalvares. Fundamentos fisiopatológicos e tratamento clínico
- Arritmias cardíacas
- Dislipidemias - Tratamento de formas refratárias

- Insuficiência cardíaca – Diagnóstico e tratamento com base na biologia molecular
- Fibrilação atrial. Aspectos atuais. Anticoagulação – quando e porquê
- DPOC. Diagnóstico e tratamento atual. Reabilitação pulmonar
- Tratamento da asma. - O que há de novo
- Câncer de pulmão - Fatores de risco, diagnóstico e tratamento.
- Pneumonia comunitária e hospitalar – tratamento empírico x tratamento baseado no agente etiológico
- Tuberculose - Uma doença reemergente e suas implicações clínicas e terapêuticas
- Imunização do adulto e do portador de vírus HIV
- Antibioticoterapia racional
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Doença do refluxo gastroesofágico. Esôfago de Barret
- Hepatites virais - Quando e como tratar
- Doença biliopancreática
- Síndrome de má absorção
- Esteato hepatite não alcoólica – NASH
- Diabetes melito tipo 1 - O que há de novo na etiopatogenia e tratamento
- Diabetes melito tipo 2 - O que há de novo na etiopatogenia e tratamento
- Hiper e hipotireoidismo - Importância dos estados subclínicos
- Conduta no módulo de tireoide
- Síndrome metabólica e risco cardiovascular
- Principais coagulopatias
- Anemias. Diagnóstico diferencial e terapêutica
- Sinusopatia
- Vertigem
- Terapêutica transfusional
- Conduta do Clínico frente ao consumo de drogas de adição
- Síndrome ansioso-depressiva
- Avaliação pré-operatória
- Osteoporose; quando e como tratar.
- Obesidade e cirurgia bariátrica
- Distúrbios da memória
- Insuficiência renal crônica, tratamento conservador.
- Insuficiência renal aguda
- Equilíbrio ácido base e hidroeletrólítico
- Glomerulopatias
- Hipertensão arterial sistêmica. Análise crítica dos consensos
- Tromboembolismo pulmonar. Quando usar trombolítico
- Discussão anátomo clínica
- AVC. Tratamento clínico x trombolítico
- Principais algoritmos do ACLS
- Morte súbita cardíaca. Prevenção e estratificação de risco
- Abdome agudo

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DE PEDIATRIA

- Puericultura do ano 2000: adequação aos novos tempos
- Esquema básico de vacinação e novas vacinas
- Crescimento e desenvolvimento
- Qual curva de crescimento adotar para o controle de saúde
- Acidentes com animais peçonhentos
- Acidentes domésticos
- Maus tratos
- Intoxicações exógenas
- Uso de drogas ilícitas
- Tabagismo
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Infecções pneumocócicas, importância e epidemiologia da resistência à penicilina.
- Novas metodologias diagnósticas nas doenças infecciosas
- Pneumonias comunitárias
- Novas doenças infecciosas emergentes
- Hepatites virais
- Abordagem da criança febril
- Tuberculose
- Imunodeficiências primárias e secundárias
- Hidratação oral
- Diarreias agudas e crônicas
- Alterações hidroeletrólíticas
- Síndrome da resposta inflamatória sistêmica
- Noções de semiologia radiológica para o pediatra
- Abordagem da criança com baixa estatura
- A consulta do adolescente: peculiaridades
- Contracepção na adolescência
- Emergências em cirurgia pediátrica
- Dermatoses em pediatria
- Anemias
- Distúrbios hemorrágicos
- Alergias respiratórias
- Síndrome do lactente chiador
- Refluxo gastroesofágico
- Hipertensão arterial
- Diabetes
- Distúrbios miccionais
- Obesidade
- Anorexia
- Distúrbios de comportamento
- Abordagem pediátrica da criança hipotônica
- Sinais de alerta para neoplasias no paciente pediátrico
- Utilização da internet pelo paciente pediátrico: ganhos e riscos

- Lesões de esforço repetitivo e uso de computador
- Reanimação do RN em sala de parto
- Icterícias neonatais
- Infecções perinatais e congênitas
- Distúrbios Respiratórios do RN
- O paciente pediátrico e as doenças crônicas
- O paciente pediátrico em fase terminal: qual o papel do pediatra geral

ANEXO III

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

CONTEÚDO INTRODUTÓR O BÁSICO

Noções de controle de infecção hospitalar
 Epidemiologia clínica e medicina baseada em evidências
 Busca de literatura na internet e noções de leitura crítica de artigos científicos
 Noções de hemoterapia em obstetrícia e ginecologia
 Anatomia abdominal, pélvica e mamária.
 Noções de técnica cirúrgica em obstetrícia e ginecologia
 Colposcopia
 Noções gerais: cardiocotografia
 Utilização de Ultrassom em obstetrícia e ginecologia
 Violência sexual
 Atendimento em situações de emergências clínicas
 Infecções pré-natais não viróticas
 Infecções pré-natais viróticas
 Doenças do trato urinário
 Hipertensão na gestação
 Cardiopatias na gestação
 Diabetes na gestação
 Terapêutica medicamentosa na gestação
 Nefropatias na gestação
 Traumas mecânicos durante a gestação
 Morte materna

OBSTETRÍCIA – CONTEÚDO TEÓRICO

- Embriologia e desenvolvimento fetal
- Modificações fisiológicas da gestação
- Endocrinologia do ciclo grávido-puerperal
- Diagnóstico da gravidez/propedêutica clínica e laboratorial
- Abortamento espontâneo
- Abortamento habitual
- Abortamento infectado e choque séptico
- Gestação ectópica
- Doença trofoblástica gestacional
- Assistência pré-natal
- Avaliação da idade gestacional e maturidade fetal

- Avaliação da vitalidade fetal
- Avaliação do crescimento fetal e crescimento intrauterino retardado
- Gravidez múltipla
- Prematuridade
- Gestação prolongada
- Isoimunização ao fator Rh
- Indução e condução de parto
- Assistência ao parto I
- Assistência ao parto II
- Assistência ao puerpério
- Hemorragia pós-parto
- Patologia puerperal: infecção e distúrbios tromboembólicos
- Sofrimento fetal agudo
- Discinesias uterinas
- Distócias mecânicas
- Apresentações fetais anômalas
- Rotura prematura de membranas
- Morte fetal intra-útero
- DPP, placenta prévia, rotura uterina.
- Distúrbios da coagulação

GINECOLOGIA – CONTEÚDO TEÓRICO

Fisiologia menstrual

Esteroidogênese

Semiologia ginecológica

Desenvolvimento puberal normal e anormal

Malformações genitais

Planejamento familiar – métodos anticoncepcionais

Amenorreias

Hemorragia uterina disfuncional

Vulvovaginites

DST/AIDS

Doença inflamatória pélvica

Dor pélvica crônica

Diagnóstico diferencial do abdômen agudo em ginecologia

Incontinência urinária

Miomatose uterina

Anovulação crônica

Endometriose

Dismenorréia

Síndrome pré-menstrual

Climatério I

Climatério II

Patologias Benignas da mama

Infertilidade conjugal

BIOÉTICA E ÉTICA PROFISSIONAL

- Ética Médica: o Código de Ética Médica
- Direi os sexuais e reprodutivos
- Segredo profissional
- Atestados médicos
- Erro médico I (classificação, causas e consequências).
- Responsabilidade civil médica I (caracterização de culpa e classificação)
- Responsabilidade civil médica II (consequências)
- Responsabilidade penal dos médicos
- Responsabilidade administrativa dos médicos
- Processo ético-profissional
- Relação de empresas de seguros de saúde e de convênios
- Bioética, ética, moral e direito.
- Relação médico-paciente: respeito, verdade, privacidade e confidencialidade.
- Consentimento informado na clínica e na pesquisa
- Pesquisa na área de obstetrícia e ginecologia
- Conflitos de interesse na área da saúde
- O aborto
- Planejamento familiar I
- Cesárea a pedido
- Atendimento a adolescentes
- Reprodução assistida
- Planejamento familiar II
- Esterilização cirúrgica
- Sexualidade
- Procedimentos vídeo-laparoscópicos I
- Procedimentos vídeo-laparoscópicos II
- Histeroscopia
- Cirurgias por via vaginal
- Técnicas de correção de incontinência urinária
- Prevenção do câncer ginecológico e mamário
- Câncer de colo uterino
- Procedimentos cirúrgicos no tratamento do câncer de colo uterino
- Câncer de endométrio
- Câncer de ovário
- Procedimentos cirúrgicos para tratamento de tumores de endométrio e de ovário
- Câncer de vagina e de vulva
- Procedimentos cirúrgicos para tratamento de tumores de vagina e vulva
- Propedêutica mamária
- Câncer de mama
- Procedimentos cirúrgicos em mastologia
- Quimioterapia em câncer ginecológico e mamário
- Radioterapia em câncer ginecológico e mamário

ANEXO IV

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DE CIRURGIA

- Resposta endócrino-metabólica ao trauma
- Equilíbrio hidro-eletrolítico e ácido-base
- Nutrição em cirurgia
- Cicatrização e cuidados com a ferida cirúrgica
- Infecções e antibioticoterapia em cirurgia
- Cuidados pré e pós-operatórios
- Choque – falência de múltiplos órgãos
- Hemostasia – terapia transfusional
- Fatores de risco no paciente cirúrgico
- Princípios gerais de oncologia cirúrgica
- Transplantes – aspectos gerais
- Atendimento inicial ao politraumatizado
- Trauma crânio-encefálico e raqui-medular
- Trauma cervical
- Trauma torácico
- Trauma abdominal
- Trauma pelve-perineal
- Trauma vascular
- Trauma renal e uretral
- Queimaduras
- Cirurgia da tireoide e paratireoide
- Cirurgia da adrenal
- Cirurgia da mama
- Bases da cirurgia torácica
- Cirurgia das hérnias
- Abdome agudo não traumático
- Hemorragia digestiva
- Hipertensão porta
- Cirurgia do esôfago
- Cirurgia do fígado e vias biliares
- Cirurgia do estômago
- Cirurgia do intestino delgado
- Cirurgia do cólon, reto e ânus.
- Cirurgia do pâncreas
- Cirurgia do baço
- Bases da cirurgia vascular
- Cirurgia ambulatorial
- Bases da cirurgia ginecológica
- Bases da cirurgia pediátrica
- Princípios de cirurgia vídeo-laparoscópica

ANEXO V

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

- Fundamentos terapêuticos da relação médico-paciente; Antropologia médica; Diagnóstico e Abordagem clínica centrada na pessoa;
- Fundamentos epidemiológicos da decisão clínica; sensibilidade, especificidade e valor preditivo dos exames complementares; custo-benefício e custo-efetividade;
- Demandas X necessidades em saúde e a organização da oferta de serviços de saúde; Diagnóstico de saúde da comunidade Epidemiologia na população; Planejamento e gestão de serviços de saúde;
- Educação em saúde no nível individual e coletivo; Técnicas para desenvolvimento de trabalho em grupo;
- Violência na comunidade; Violência na Família; Violência contra a criança; a mulher; o adolescente; o idoso; Abordagem clínica do paciente vítima de violência.
- Diagnóstico e Abordagem clínica da família, das crises vias e acidentais das famílias funcionais e daquelas que apresentam quadros agudos ou crônicos de disfunções moderadas;
- Disfunção sexual na mulher e no homem;
- Fundamentos e epidemiologia da mudança de hábitos e comportamento;
- Abordagem da Dor; Cefaleia; Dor Torácica; Dor abdominal; Lombalgia, cervicalgia, artralgias;
- Abordagem do paciente poliqueixoso; Ansiedade, transtornos depressivos; quadros conversivos; psicoses outros transtornos mentais de maior prevalência nas diferentes faixas etárias;
- Tabagismo; Alcoolismo e outras drogadições nas diferentes faixas etárias;
- Osteoartrite, artrose, gota, artropatias e vertebropatias de sobrecarga/vícios posturais; hérnia de disco; espondilolisteses e outras afecções do aparelho locomotor de maior prevalência;
- Hipertensão arterial; insuficiência cardíaca, doença isquêmica do miocárdio; arritmias; Insuficiência venosa e arterial periférica; outras afecções cardiovasculares mais prevalentes.
- Obesidade, Desnutrição; Disfunções e distúrbios nutricionais e alimentares; Diabetes, Síndrome metabólica; hipo e hipertiroidismo; Dislipidemias e outras afecções metabólicas /endocrinológicas prevalentes.
- DPOC, Enfisema, Asma, Sinusopatias e outras afecções frequentes do aparelho respiratório.
- Pneumonias virais e bacterianas; Tuberculose Pulmonar; AIDS, Sífilis, e outras Doenças sexualmente transmissíveis; infecções das vias aéreas superiores; Otites.
- Infecções Urinárias; Hematúria; Litíase Urinária; Insuficiência renal;
- Isquemia Cerebral Transitória; Doença vascular cerebral; Epilepsia;
- Transtornos diarreicos e outros distúrbios da motilidade intestinal;
- Síndrome dispéptica, Úlceras pépticas; Colón irritável; Diverticulose; diverticulite; quadros desabsortivos; litíase biliar, colecistites e outras afecções gastrointestinais;
- Abordagem clínica de pacientes com insuficiência respiratória;
- Abordagem clínica das emergências cardíacas e neurológicas;

- Fundamentos dos exames de imagem e gráficos necessários à abordagem clínica da APS, visando a otimização da sua capacidade resolutiva; Eletrocardiografia; Espirometria
- Pré-natal de baixo risco, rotina e orientações;
- Hipertensão Arterial; Diabetes e Infecções na gestação;
- Uso de fármacos na gravidez e na lactação.
- Transtornos da saúde mental na gestação e puerpério
- Sangramento disfuncional ou patológico;
- Secreção e prurido vaginal; Secreção e prurido uretral no homem e na mulher; Câncer genital feminino;
- Abordagem do climatério e da menopausa.
- Afecções mais prevalentes da próstata;
- DST/AIDS na mulher e no homem.
- Fisiopatologia do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente;
- Distúrbios do crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência;
- Distúrbios do aprendizado;
- Rotina de Puericultura e vacinação da criança e adolescente;
- Nosologias frequentes nas crianças e adolescentes: febre obscura, diarreia, atopias, dermatoses, itu, infecções respiratórias, doença do refluxo, parasitoses, sida, convulsões, dor osteomuscular;
- Disfunções da autonomia e dependência do idoso;
- Distúrbios neurológicos, da memória e transtornos da saúde mental;
- Disfunções e distúrbios nutricionais e alimentares no idoso;
- Transtornos do aparelho locomotor;
- Infecções no idoso
- A incontinência e a retenção urinária
- Cuidados paliativos; A situação terminal, a morte, o luto.

ANEXO VI

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DE BIOÉTICA E DE ÉTICA MÉDICA

BIOÉTICA

- Definições de ética, moral, direito e bioética.
- Conceitos fundamentais em bioética
- Bioética e genética
- Bioética e clonagem
- Bioética e Aids
- Bioética e eutanásia
- Bioética e reprodução
- Bioética e transplante de órgãos
- Bioética, confidencialidade e informação.
- Bioética e alocação de recursos
- Bioética e pesquisa em seres humanos
- Discussão dos casos de bioética clínica

ÉTICA MÉDICA

- História da ética médica
- Juramentos médicos
- Responsabilidade profissional
- Código de ética médica
- Publicidade médica
- Ética e tecnologia
- Ética e morte encefálica
- O médico itinerante
- O médico estrangeiro
- Encaminhamento e transferência de pacientes
- Direitos e deveres dos pacientes
- Discussão de casos

4.9 – RESOLUÇÃO CNRM 07/2005 – Registro de Certificado de Anos Opcionais de RM pela CNRM

Dispõe sobre o registro dos certificados de anos opcionais de Residência Médica pela Comissão Nacional de Residência Médica.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto n.º 80.281, de 05 de setembro de 1977 e a Lei n.º 6.932, de 07 de julho de 1981, e considerando que o registro dos certificados de conclusão de Residência Médica, concedido pela Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, será apostilado pelas instituições ministradoras dos Programas de Residência Médica (especialidades médicas), resolve:

Art. 1º O apostilamento do número de registro de certificado de conclusão de programa de Residência Médica e ano opcional será precedido de atualização do cadastro das instituições que oferecem os respectivos programas

Parágrafo único. A atualização do cadastro se dará de acordo com o sistema próprio, desenvolvido pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI/SESu/MEC, disponível, via internet, na página da CNRM/SESu/MEC

Art. 2º A Instituição credenciada continuará a expedir o certificado de anos opcionais de Residência Médica referente ao programa cursado, de acordo com o modelo aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

§ 1º O ano opcional deverá ter o mesmo nome do Programa de Residência Médica, mediante solicitação da instituição e aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

§ 2º O ano opcional deverá ser desenvolvido na especialidade cujo Programa de Residência Médica é reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM em uma de suas sub-especialidades e correspondentes às listadas pelo CFM no rol das pertencentes às áreas de atuação, de acordo com a Resolução N.º 1.763/05, Anexo II;

§ 3º O acesso a ano opcional deverá dar-se mediante processo seletivo, cujo conteúdo programático contemplará o da residência cursada.

Art. 3º. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM

Art. 4º A aplicação das normas previstas nesta Resolução entrará em vigor a partir de 2006, revogando as disposições em contrário.

4.10 – RESOLUÇÃO CNRM 08/2005 – Revalidação – Certificados de RM do Exterior

Estabelece normas para a revalidação dos certificados de conclusão de Programas de Residência Médica expedidos por estabelecimentos estrangeiros.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto n.º 80. 281, de 05 de setembro de 1977 e a Lei n.º 6. 932, de 07 de julho de 1981, e considerando que a Comissão Nacional de Residência Médica é órgão de deliberação coletiva, com a atribuição de credenciar programas de Residência Médica, cujos certificados terão validade em todo o território nacional, resolve:

Art. 1º Os certificados de Programas de Residência Médica expedidos por estabelecimentos estrangeiros serão declarados equivalentes aos que são concedidos no país, mediante a devida revalidação por instituições públicas e registrados pela Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, nos termos da presente Resolução.

Art. 2º São passíveis de revalidação, os certificados que correspondam aos que são expedidos no Brasil, quanto ao conteúdo do currículo, carga horária e especialidades.

Art. 3º São competentes para procederem à análise de que trata o artigo 2º desta Resolução, instituições públicas que tenha o mesmo programa ou similar no Brasil, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, que não tenham tido qualquer tipo de interrupção, exigência ou diligência, nos últimos 5 anos.

Art. 4º A Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM deverá constituir Comissão, especial ente designada para este fim, com qualificação compatível com o programa a ser avaliado para fins de revalidação, que terá prazo delimitado e limitado para este fim.

Parágrafo Único: A comissão a ser constituída terá três membros da mesma área a ser avaliada, de diferentes instituições.

Art. 5º O processo de revalidação será instaurado mediante requerimento do interessado à instituição pública, acompanhado de cópia do diploma do curso de Medicina, o número do registro no Conselho Regional de Medicina e do certificado a ser revalidado, instruído com a documentação referente à instituição de origem do programa, averbado pelo Consulado Brasileiro no país, duração, currículo, conteúdo programático, acompanhados de tradução oficial.

Parágrafo único. A Comissão especial ente designada para este fim poderá solicitar informações ou documentação complementares que, a seu critério, forem consideradas necessárias.

Art. 6º E caso de indeferimento caberá recurso à Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4.11 – RESOLUÇÃO CNRM 01/2006 - Estrutura, Organização e Funcionamento das CEREMs.

Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA-CNRM, no uso de suas atribuições, previstas no Decreto n.º 80. 281, de 5 de setembro de 1977, resolve adotar nova composição e dar novas funções as Comissões Estaduais de Residência Médica.

CAPÍTULO I

DA CONCEITUAÇÃO

Art. 1º A COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA é m órgão subordinado à CNRM, criado a partir da Resolução n.º 01, de 6 de abril de 1987, da CNRM/SES /MEC, com poder de decisão com relação aos assuntos de Residência Médica do Estado, de acordo com a Legislação que regulamenta a Residência Médica no Brasil.

Parágrafo único: No Distrito Federal a Comissão será denominada de Comissão Distrital de Residência Médica.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º As Comissões Estaduais de Residência Médica serão constituídas pela Diretoria Executiva, pelo Conselho Deliberativo e pelo Plenário.

DA DIRETORIA EXECUTIVA

Art. 3º A Diretoria Executiva será composta por um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário e um Tesoureiro eleitos pelo Conselho Deliberativo.

Art. 4º Os cargos de Presidente e Vice-Presidente deverão ser ocupados por coordenador de Comissão de Residência Médica (COREME) e/o supervisores de programas de residência médica eleitos para o Conselho Deliberativo

Art. 5º É vedada a ocupação dos cargos da Diretoria Executiva por médicos residentes

Parágrafo Único – Os membros da Diretoria Executiva terão mandato de dois anos, podendo ter ma recondução consecutiva para o mesmo cargo e d as reconduções consecutivas para cargos diferentes.

DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 6º O Conselho Deliberativo da Comissão Estadual de Residência Médica será constituído por:

I -m representante da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM);

II -m representante da Secretaria Estadual de Saúde;

III -m representante das Secretarias Municipais de Saúde q e ofereçam Programas de Residência Médica;

IV -m representante do Conselho Regional de Medicina-CRM;

V -m representante do Sindicato dos Médicos do Estado;

VI -m representante da Associação Médica do Estado filiado à AMB;

VII -m representante da Associação de Médicos Residentes do Estado;

VIII – representantes das instituições que ofereçam programas de residência, com distribuição paritária entre supervisores de programa e médicos residentes, oriundos do plenário, devendo obedecer as seguintes proporções entre Estados e Distrito da Federação, de acordo com o número de vagas credenciadas:

- a) Até 99 =04 membros;
- b) 100 a 499 =06 membros;
- c) 500 a 999 =08 membros;
- d) 1000 a 2999 =10 membros;
- e) Acima de 3000 =12 membros;

DO PLENÁRIO

Art. 7º O Plenário da Comissão Estadual de Residência Médica, órgão máximo de deliberação, será composto por:

I - representantes das instituições que ofereçam programas de residência médica, com distribuição paritária entre coordenadores de programas e médicos residentes, de acordo com o número de programas oferecidos:

- a) 01 a 05 programas: 02 representantes;
- b) 06 a 10 programas: 04 representantes;
- c) 11 a 16 programas: 06 representantes;
- d) 17 a 34 programas: 10 representantes;
- e) Acima de 34 programas: 12 representantes;

II - pelos membros do Conselho Deliberativo

§ 1º Os membros do plenário serão indicados pelas COREMEs das instituições que ofereçam Programas de Residência Médica para mandato de 2 (dois) anos, permitida a recondução.

§ 2º As instituições referidas no parágrafo anterior indicarão à Comissão Estadual de Residência Médica os respectivos suplentes.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

SEÇÃO I – DA DIRETORIA EXECUTIVA

Art. 8º À Diretoria Executiva compete:

I - manter contato permanente com todos os programas de Residência Médica do Estado.

II – orientar, acompanhar e analisar os processos de credenciamento provisório, credenciamento, credenciamento, solicitação de anos opcionais e a mento do número de vagas dos programas de residência médica, sugerindo medidas q e aprimorem o se desempenho;

III - realizar estudos de demandas por especialistas para cada especialidade;

IV - orientar as Instituições de saúde quanto à política de vagas por especialidades de acordo com a demanda;

V - acompanhar o processo seletivo para os programas de Residência Médica e aprovar “ad referendum” os Editais de Concurso de acordo com as resoluções da CNRM;

VI - fazer a interlocução dos programas com a Coordenadoria Regional e/o a CNRM;

VII - repassar anualmente a relação de programas e situação de credenciamento, dos residentes. por programa e ano q e estão cursando, dos residentes q e concluíram e acompanhar o registro dos certificados e outros dados solicitados pela CNRM;

VIII - gerenciar o processo de transferência de Médicos Residentes de acordo com a legislação vigente;

IX – coordenar a execução das decisões do Conselho Deliberativo;

X – elaborar e submeter à aprovação do Conselho Deliberativo a proposta do orçamento anual.

Art. 9º Ao Presidente compete:

I - representar a Comissão Estadual, judicial e extrajudicialmente, junto às autoridades e à CNRM;

II - elaborar a pauta, convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Deliberativo;

III - cumprir e fazer cumprir o Estatuto da Comissão Estadual e as Resoluções da CNRM;

IV - encaminhar ao Conselho Deliberativo os assuntos q e dependem de aprovação;

V - manter informado o Coordenador Regional sobre a situação da residência médica do Estado;

VI – responder as solicitações e correspondências enviadas a Comissão Estadual de Residência Médica;

VII – Repassar ao Coordenador Regional toda a documentação das instituições necessárias aos processos de credenciamento.

Art. 10. Ao Vice-Presidente compete:

I - substituir o Presidente em suas ausências o impedimentos;

II - elaborar, confeccionar e divulgar os canais dos eventos promovidos pela Comissão Estadual e outras atribuições designadas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 11. Ao Tesoureiro compete:

I - movimentar, controlar e prestar contas dos recursos oriundos de subvenções repassadas pelos programas de Residência Médica, pelo poder público e por outras instituições;

II - ordenar a despesa da Comissão Estadual e outras atribuições designadas pelo Conselho Deliberativo.

Art. 12. Ao Secretário compete:

I - secretariar e lavrar as atas das reuniões da Diretoria Executiva, do Conselho Deliberativo e do Plenário da Comissão Estadual;

II - auxiliar o Presidente no desempenho de suas atribuições;

III - manter atualizado o banco de dados da Comissão Estadual;

IV - em conjunto com o Presidente e o Tesoureiro, movimentar e controlar contas dos recursos. Oriundos de taxas e subvenções repassadas pelos programas de Residência Médica, pelo poder público e por outras instituições;

V - gerenciar pessoal e outras atribuições designadas pelo Conselho Deliberativo.

SEÇÃO II – DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 13. Ao Conselho Deliberativo compete:

I - reunir-se mensalmente em caráter ordinário, com datas fixadas anualmente, o em caráter extraordinário, quando convocado pela Diretoria Executiva o por maioria simples dos seus membros.

Parágrafo único – As convocações para as reuniões extraordinárias do Conselho Deliberativo deverão ser feitas por escrito com antecedência de 07 (sete) dias, contados a partir da data de postagem do documento de convocação em que constará a pauta da reunião;

II – realizar vistoria ou indicar Comissão verificadora, para avaliação, **in loco**, dos programas de Residência Médica com objetivos de credenciamento provisório, credenciamento, recredenciamento, solicitação de anos opcionais e amento do número de vagas, quando da denúncia de irregularidades dos programas em curso, ou outros motivos que julgar necessário;

III – elaborar Pareceres sobre os relatórios de vistorias dos programas de residência médica a serem encaminhados à reunião plenária da CNRM;

IV – Propor a CNRM colocar os programas de residência médica em exigência ou diligência quando do não cumprimento dos critérios mínimos estabelecidos pela CNRM;

V - propor o descredenciamento de programas de Residência Médica quando do não cumprimento das exigências e diligências no prazo estabelecido;

VI - julgar, em grau de recurso, as penalidades aplicadas pelas COREMEs das Instituições que mantêm Programas de Residência Médica;

VII - julgar os recursos decorrentes do processo seletivo;

VIII – analisar e elaborar Parecer conclusivo sobre solicitações de transferências de médicos residentes;

IX – Eleger os membros da Diretoria Executiva;

X - Votar o orçamento anual da Comissão Estadual proposto pela Diretoria Executiva;

XI – Realizar seminário anual sobre Residência Médica com a participação de representantes de todas as instituições do Estado que ofereçam Programas de Residência Médica;

XII – Elaborar o Regimento de funcionamento da Comissão Estadual de Residência Médica.

SEÇÃO III – DO PLENÁRIO

Art. 14. Ao Plenário compete:

I – Reunir-se semestralmente em caráter ordinário o extraordinário quando convocado pela Diretoria Executiva, por maioria simples dos membros do Conselho Deliberativo ou por 1/3 do Plenário. As convocações para as reuniões do Plenário deverão ser feitas por escrito com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, contados a partir da postagem do documento de convocação em que constará a pauta da reunião;

II – Analisar e deliberar sobre assuntos encaminhados pelo Conselho Deliberativo e sobre os recursos;

III – Eleger dentre os seus membros aqueles para compor o Conselho Deliberativo;

IV – Discutir e dar sugestões de temas e eventos relacionados à Residência Médica, com a Realização de Seminário anual de Residência Médica com a participação de todas as instituições do Estado que ofereçam programas de Residência Médica;

V – Aprovar o Estatuto de funcionamento da Comissão Estadual.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

SEÇÃO I – DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 15. A eleição dos representantes das instituições que oferecem programas de Residência Médica, para o preenchimento de vagas do CONSELHO DELIBERATIVO, deverá obedecer aos seguintes critérios:

I – O número de vagas a serem ocupadas deverão estar de acordo com o inciso VIII do Art. 6º desta Resolução e dar-se-á da seguinte forma:

a) O Conselho Deliberativo, 60 dias antes do término do seu mandato, divulgará edital de convocação para a eleição dos representantes do plenário para integrar o novo Conselho Deliberativo, com prazo mínimo de 30 dias antes da data de realização da eleição;

b) O edital de convocação das eleições deve conter data, horário e local onde ocorrerá a reunião do Plenário da Comissão Estadual específica para este fim e prazo para a inscrição dos candidatos a representantes dos coordenadores de COREMEs e/o supervisores de programas e de médicos residentes do Conselho Deliberativo;

c) Ao término da primeira hora contada a partir do horário previsto na convocação para o início da reunião do Plenário da Comissão Estadual, encerra-se a composição da lista dos membros do Plenário que votarão nos candidatos a representantes no Conselho Deliberativo;

d) Cada membro do plenário habilitado só poderá votar em um único candidato entre seus pares (coordenadores de COREMEs e/o supervisores de Programas e médicos residentes);

e) O voto deverá ser depositado na urna;

f) A apuração deverá ser feita pelos membros do Conselho Deliberativo não candidatos;

g) Após a apuração, os candidatos supervisores de Programas e médicos residentes mais votados ocuparão as vagas até o preenchimento do total de vagas disponíveis para cada Estado e Distrito da Federação;

h) Em caso de empate entre dois o mais candidatos, o critério de desempate será o maior número de vagas credenciadas na Instituição do candidato. Caso permaneça o empate, o critério será o maior tempo de Credenciamento do Programa.

SEÇÃO II – DA DIRETORIA EXECUTIVA

Art. 16. A eleição para o preenchimento dos cargos da Diretoria Executiva dar-se-á em reunião do Conselho Deliberativo, com os membros eleitos e os membros indicados pelas entidades médicas, convocadas para este fim no prazo máximo de 30 dias após a reunião do plenário.

Parágrafo único – A ocupação dos cargos obedecerá ao disposto nos Art. 4 o e Art. 5 o desta Resolução.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 17. Caberá à CNRM o papel de fiscalizar e intervir no funcionamento da Comissão Estadual quando necessário, assim como aprovar o Regimento de funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 18. A Secretaria Executiva da CNRM designará Comissões Estaduais provisórias onde não houver a Comissão Estadual em funcionamento.

Art. 19. As Comissões Estaduais provisórias terão o prazo de 120 dias para a convocação das eleições de acordo com o disposto no Capítulo V desta Resolução.

Art. 20. As Comissões Estaduais já em funcionamento poderão manter-se com sua estrutura atual até o término do mandato da Diretoria Executiva e Conselho Deliberativo devendo adaptar-se a esta Resolução quando da realização da nova eleição.

Art. 21. Os casos omissos serão resolvidos pela CNRM.

Art. 22. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CNRM nº03/2005 e demais disposições em contrário.

4.12 – RESOLUÇÃO CNRM 02/2006 – Requisitos Mínimos dos PRMs de RM

Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso de suas atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80. 281, de 05 de Setembro de 1977, e a Lei nº 6. 932, de 07 de julho de 1981, resolve:

Art. 1º. Os Programas de Residência Médica credenciáveis pela Comissão Nacional de Residência Médica poderão ser de acesso direto ou com pré-requisito.

I – ACESSO DIRETO

Acupuntura Anestesiologia Cirurgia Geral Cirurgia da Mão Clínica Médica Dermatologia Genética Médica Homeopatia Infectologia
Medicina de Família e Comunidade
Medicina do Tráfego Medicina do Trabalho Medicina Esportiva

Medicina Física e Reabilitação
Medicina Legal
Medicina Nuclear
Medicina Preventiva e Social
Neurocirurgia
Neurologia
Obstetrícia e Ginecologia
Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia
Otorrinolaringologia
Patologia
Patologia Clínica / Medicina Laboratorial
Pediatria
Psiquiatria
Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Radioterapia

II – COM PRÉ-REQUISITO:

A – COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA

Alergia e Imunologia Angiologia Cancerologia/Clínica Cardiologia Endocrinologia Endoscopia
Gastroenterologia
Geriatrics
Hematologia e Hemoterapia
Nefrologia Pneumologia Reumatologia

B – COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA GERAL:

Cirurgia Geral – Programa Avançado
Cancerologia/Cirúrgica
Cirurgia Cardiovascular
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia do Aparelho Digestivo
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Plástica Cirurgia Torácica Cirurgia Vascular Coloproctologia Urologia

C - COM PRÉ-REQUISITO EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA OU CIRURGIA GERAL

Mastologia

D - COM PRÉ-REQUISITO EM ANESTESIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA OU CIRURGIA GERAL

Medicina Intensiva

E – COM PRÉ-REQUISITO EM PEDIATRIA

Cancerologia/Pediátrica

F – COM PRÉ-REQUISITO EM CLÍNICA MÉDICA OU CIRURGIA GERAL

Nutrologia

Parágrafo único – O pré-requisito corresponde ao cumprimento de um programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º. Os Programas de Residência Médica com acesso direto, abaixo relacionados, terão a duração de dois anos:

Acupuntura

Cirurgia Geral Clínica Médica Homeopatia

Medicina de Família e Comunidade

Medicina do Tráfego Medicina do Trabalho Medicina Preventiva e Social Pediatria

Art. 3º. Os Programas de Residência Médica, com acesso direto, abaixo relacionados, terão a duração de três anos:

Anestesiologia

Cirurgia da Mão

Dermatologia

Genética Médica

Infectologia

Medicina Esportiva

Medicina Física e Reabilitação

Medicina Legal

Medicina Nuclear

Neurologia

Obstetrícia e Ginecologia

Oftalmologia

Ortopedia e Traumatologia

Otorrinolaringologia

Patologia

Patologia Clínica / Medicina Laboratorial

Psiquiatria

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Radioterapia

Art. 4º. O Programa de Residência Médica em Neurocirurgia terá a duração de cinco anos.

Art. 5º. A duração dos Programas de Residência Médica com pré-requisito, abaixo relacionados, será de dois anos:

Alergia e Imunologia

Angiologia Cancerologia/Clínica Cancerologia/Cirúrgica Cancerologia/Pediátrica Cardiologia

Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Cirurgia do Aparelho Digestivo

Cirurgia Torácica

Cirurgia Vascular Coloproctologia Endocrinologia Endoscopia Gastroenterologia Geriatria

Hematologia e Hemoterapia

Mastologia

Medicina Intensiva Nefrologia Nutrologia Pneumologia Reumatologia

Art. 6º. A duração dos Programas de Residência Médica com pré-requisito, abaixo relacionados, será de três anos:

Cancerologia Cirúrgica

Cancerologia Clínica

Cirurgia Pediátrica

Cirurgia Plástica

Urologia

Art. 7º. A duração do Programa de Residência Médica com pré-requisito, abaixo relacionado, será de quatro anos:

Cirurgia Cardiovascular

Art. 8º. É permitido o oferecimento de ano opcional ou adicional para aprimoramento do conhecimento e das habilidades técnicas do Médico Residente na própria especialidade ou em suas áreas de atuação, com prévia aprovação da CNRM.

Art. 9º. Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico- complementares.

§ 1º. Entende-se como atividades teórico-complementares: sessões anátomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários.

§ 2º. Das atividades teórico-complementares devem constar, obrigatoriamente, temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística. Recomenda-se a participação do Médico Residente em atividades relacionadas ao controle das infecções hospitalares.

Art. 10. A instituição deverá ter estrutura, equipamento e organização necessários ao bom desenvolvimento dos programas de Residência Médica.

Art. 11. Os programas de Residência Médicos abaixo relacionados deverão ser desenvolvidos em Instituições que possuam, pelo menos, um programa de residência na área clínica e/ ou área cirúrgica.

Acupuntura

Anestesiologia

Homeopatia

Medicina do Trabalho

Medicina do Tráfego

Medicina Nuclear

Patologia

Patologia Clínica / Medicina Laboratorial

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Radioterapia

Parágrafo Único - O Programa de Residência Médica em Medicina Esportiva somente poderá ser desenvolvido em instituição que possua no mínimo dois Programas de Residência Médica, credenciados pela CNRM, em especialidades presentes como obrigatórias no seu conteúdo programático.

Art. 12. O treinamento entendido como sendo de urgências e emergências deve ser realizado em locais abertos à população, devendo ser desenvolvido nas especialidades que são pré-requisito ou nas especialidades correspondentes, de acordo com o período de treinamento do Médico Residente.

Art. 13. Na avaliação periódica do Médico Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição.

§ 1º. A frequência mínima das avaliações será trimestral.

§ 2º. A critério da instituição poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.

§ 3º Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente.

Art. 14. A promoção do Médico Residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, dependem de:

- a) cumprimento integral da carga horária do Programa;
- b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.

Art. 15. O não cumprimento do disposto no art. 14 desta Resolução será motivo de desligamento do Médico Residente do programa.

Art. 16. A supervisão permanente do treinamento do Médico Residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

REQUISITOS MÍNIMOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

1 – ACUPUNTURA - R1 e R2

Primeiro ano – R1

- a) Ambulatório de acupuntura: mínimo de 30% da carga horária anual em unidade básica de saúde ou ambulatório geral, sendo 10% em dor e 20% em problemas clínicos;
- b) Estágios clínicos obrigatórios: mínimo de 50% da carga horária anual em clínica médica; obstetrícia e ginecologia; ortopedia e traumatologia e neurologia;
- c) Cursos obrigatórios: Introdução a Acupuntura, 5% da carga horária anual; etiopatogenia e fisiopatologia em acupuntura, 3% da carga horária anual e diagnóstico e tratamento em acupuntura, 7% da carga horária anual.

Segundo ano – R2

- a) Unidade de Internação em Clínica Médica 5% da carga horária anual;
- b) Ambulatório de acupuntura, 60% da carga horária anual;
- c) Pronto socorro: 13% da carga horária anual;
- d) Estágio optativo: 7% da carga horária anual em Medicina Física e Reabilitação; Dermatologia; Reumatologia; Eletrofisiologia; Otorrinolaringologia e Psiquiatria;
- e) Curso obrigatório: 10% da carga horária anual em acupuntura no tratamento de doenças segundo a nosologia ocidental.

Atividades teóricas complementares da Residência Médica – 10% da carga horária total do programa, distribuídos nos 2 (dois) anos de duração do programa.

Equipamentos e Instalações: agulhas para acupuntura; moxa; ventosa; aparelho para eletroacupuntura; biblioteca básica com livros e periódicos e acesso eletrônico a informação; salas para atendimento de acupuntura em unidade básica de saúde; ambulatórios; hospitais e pronto socorro.

2 – ALERGIA E IMUNOLOGIA - R1 e R2

- a) Instalações: unidade com infra-estrutura de hospital geral inclusive com pronto-socorro, centro de terapia intensiva e laboratório de função pulmonar.

b) Áreas de treinamento básico: asma, rinite, alergia cutânea, reações adversas a drogas, reações a venenos de insetos, imunodeficiências primárias e secundárias (AIDS e desnutrição), autoimunidade, incluindo: imunogenética, imunoterapia, vacinas.

c) Unidade de treinamento: ambulatório, enfermaria e laboratório de provas especiais (provas “in-vivo”).

d) Estágios obrigatórios: laboratório abrangendo imunologia, citologia nasal, realização e interpretação de testes imediatos e tardios, preparo de extratos alergênicos, realização e interpretação de provas de função pulmonar, identificação e contagem de alergenos (ácaros, fungos e polens), testes de provocação com drogas e alimentos, provas de provocação brônquica e nasal, indicação e avaliação de imunoterapia, dessensibilização por drogas, noções fisioterápicas e de reabilitação do asmático.

e) Estágios opcionais: Dermatologia, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Infectologia, Hematologia, Reumatologia e Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

3 – ANESTESIOLOGIA - R1, R2 e R3

a) Pré e pós-operatório: mínimo de 10% da carga horária anual, para avaliação pré-anestésica (consultório de avaliação pré-operatória e visita pré-anestésica), visita pós-anestésica e tratamento da dor pós-operatória e síndromes dolorosas agudas e crônicas;

b) Unidade de terapia intensiva e setor de emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;

c) Centro cirúrgico e serviços diagnósticos e terapêuticos: mínimo de 45% da carga horária anual;

d) Centro obstétrico: mínimo de 10% da carga horária anual;

e) Estágios optativos: Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, laboratório de patologia clínica, laboratório de fisiologia, laboratório de farmacologia, cirurgia experimental e hemoterapia, ou outros a critério da Instituição.

f) Curso obrigatório: Farmacologia Clínica

g) Treinamento em centro cirúrgico deverá abranger, obrigatoriamente, atos anestésicos de Cirurgia Geral e Cirurgia Pediátrica, e para mais 03 (três) das seguintes especialidades: Coloproctologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Ortopedia e Traumatologia, Obstetrícia e Ginecologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Urologia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia e exames diagnósticos;

h) Para o treinamento de cada Médico Residente são exigidos procedimentos anestésicos em número mínimo de 440 horas/ano ou 900 horas/ano.

4 – ANGIOLOGIA - R1 e R2

Primeiro ano - R1

a) Unidade de Internação; 35% da carga horária anual do Programa;

b) Ambulatórios; 20% da carga horária anual do Programa.

Insuficiência venosa crônica

Varizes essenciais

Úlceras

Arteriopatias inflamatórias Arteriopatias degenerativas Pé Diabético

Trombofilias

Linfopatias

Vasculopatias congênitas

Escleroterapia

- c) Urgência e Emergência: 15% da carga horária anual do Programa;
- d) Radiologia Vasculor 5 % da carga horária anual do Programa;
- e) Métodos não invasivos de Investigaçãor 5% da carga horária anual do Programa: Métodos gráficos de investigaçãor Esteira ergométrica, Pletismografia, Eco-doppler vascular;
- f) Estágios Obrigatórior Cirurgia Vasculor Pneumologia, Dermatologia, Reumatologia e Medicina Física e Reabilitaçãor

Segundo ano - R2

- a) Unidade de Internaçãor 25% da carga horária anual do Programa: acompanhamento clínico de paciente da Cirurgia Vasculor e interconsultas de outras especialidades;
- b) Ambulatórior 20% da carga horária anual do Programa

Insuficiência venosa crônica

Varizes essenciais Arteriopatias inflamatórias Arteriopatias degenerativas Pé Diabético

Trombofilias

Linfopatias

Vasculopatias congênitas

Escleroterapia

- c) Urgência e Emergência: 15% da carga horária anual do Programa;
- d) Radiologia Vasculor 15 % da carga horária anual do Programa;
- e) Métodos de Investigaçãor não Invasiva: Doppler ultrassom: 5 % da carga horária anual do Programa;
- f) Instalações e Equipamentos:

1-Leitos de enfermaria próprios, Serviço de Cirurgia Vasculor e de Unidade de Terapia Intensiva na Instituição;

2-Ambulatório com sala de curativos, funcionando no mínimo 3 vezes por semana, com o mínimo de 10 consultas por dia por médico residente;

3-Centro cirúrgico apropriado para a realização de cirurgias de grande porte do serviço de Cirurgia Vasculor da instituição bem como estatística que demonstre tal fato;

4-Laboratório vascular não invasivo: esteira, doppler, ultrassom

5-Serviço de ultrassonografia comum e duplex-scan colorido

6-Serviço de radiologia: radiologia vascular convencional e no mínimo angiografia digital de subtração; Instalações e Equipamentos opcionais: esteira e termômetros cutâneos; pletismografia; tomografia computadorizada; ressonância magnética e angioressonância; angioscopia; radiologia vascular terapêutica e intervencionista;

Atividades Didático-Científicas: 15% da carga horária anual do Programa; Aulas teóricas e Seminários sobre temas da especialidade;

Reunião Semanal da Angiologia e Reunião conjunta com o Serviço de Cirurgia Vasculor;

Reunião de artigos de revista e publicações da especialidade; Metodologia da Avaliação do Aprendizado;

Avaliação mensal conceitual pelo preceptor do ciclo, observando os critérios de frequência, assiduidade, pontualidade, interesse, ética, relacionamento com pacientes, com colegas, Auxiliadores e preceptores, conhecimento adquirido e participação nos seminários e sessões clínicas; Prova periódica trimestral escrita;

Apresentação ao final do ano de um trabalho científico apresentado em congresso ou publicação ou monografia.

5 – CANCEROLOGIA

5. A - CANCEROLOGIA/CIRÚRGICA

Vide RESOLUÇÃO CNRM N.º 07, 05 de setembro de 2006.

5. B - CANCEROLOGIA/CLÍNICA

Vide RESOLUÇÃO CNRM N.º 01, 31 de julho de 2007.

5. C - CANCEROLOGIA/PEDIÁTRICA - R1 e R2

Primeiro Ano – R1

- a) Cancerologia básica: mínimo de 20 % da carga horária anual;
- b) Unidade de internação: mínimo de 30 % da carga horária anual;
- c) Ambulatório: mínimo de 30 % da carga horária anual;
- d) Urgência e emergência: mínimo de 10 % da carga horária anual;
- e) Atividades teóricas complementares: 10 % da carga horária anual.

Segundo Ano – R2

- a) Unidade de internação: mínimo de 35 % da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 35 % da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência: mínimo de 10 % da carga horária anual;
- d) Atividades teóricas complementares: 20 % da carga horária anual.
- e) Estágios obrigatórios: Radioterapia, Patologia e cirurgia do câncer.
- f) Estágios opcionais: Epidemiologia e medicina paliativa.
- g) Instalações e pré-requisitos para funcionamento: Registro de câncer, unidade de quimioterapia, patologia, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, banco de sangue, serviço de radiologia com tomografia computadorizada e ressonância magnética.
- h) Acesso a serviço de medicina nuclear e radioterapia.

6 – CARDIOLOGIA - R1 e R2

- a) Unidade de internação: mínimo de 30% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;
- d) Métodos diagnósticos não invasivos e hemodinâmica: mínimo de 5% da carga horária anual;
- e) Unidade de terapia intensiva (incluindo unidade coronariana): mínimo de 10% da carga horária anual;
- f) Estágios obrigatórios: pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular e Cardiologia Pediátrica;
- g) Estágios opcionais: Pneumologia, Nefrologia, fisiologia cardiovascular ou outros a critério da Instituição;
- h) Instalações e equipamentos: eletrocardiografia, ecocardiografia, métodos de medicina nuclear em cardiologia, hemodinâmica diagnóstica e terapêutica, cicloergometria, marca-passo e unidade coronariana.

7- CIRURGIA CARDIOVASCULAR - R1, R2, R3 e R4.

- a) Unidade de internação: mínimo de 15% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 15% da carga horária anual;
- c) Centro cirúrgico: mínimo de 30% da carga horária anual;
- d) Urgência e emergência: mínimo de 10% da carga horária anual;
- e) Radiologia cardiovascular e hemodinâmica: mínimo de 10% da carga horária anual;
- f) Estágios obrigatórios: radiologia cardiovascular e hemodinâmica; métodos vasculares diagnósticos não invasivos; unidade de terapia intensiva; pós-operatório de Cirurgia Cardiovascular; Cirurgia Torácica; Angiologia e Cirurgia Vascular; circulação extracorpórea; cirurgia experimental; anatomia patológica e hemoterapia;
- g) Instalações e equipamentos:
 1. Leitos de enfermaria próprios; unidade de tratamento intensivo exclusiva para pós-operatório de cirurgia cardíaca; unidade coronariana; ambulatório próprio adulto e pediátrico; centro cirúrgico com equipamento necessário à realização de cirurgias cardiovasculares;
 2. Laboratório cardiovascular não invasivo: serviços de eletrocardiografia, ecocardiografia, ecocardiografia dinâmica (Holter) e ergometria;
 3. Serviço de radiologia;
 4. Laboratório de cateterismo cardíaco completo: diagnóstico intervencionista;
 5. Laboratório de análises clínicas para a especialidade;
- h) O serviço de Cirurgia Cardiovascular deverá realizar um mínimo de 200 cirurgias anuais com uso de circulação extracorpórea, excluindo implante de marca-passo;
- i) A instituição deverá possuir serviços de Infectologia; Nefrologia e hemodiálise; Neurologia; Hematologia; Pediatria; Patologia; Anestesiologia e hemoterapia.
- j) Cada médico residente deverá participar, durante o treinamento, de no mínimo 100 (cem) atos cirúrgicos por ano, abrangendo obrigatoriamente cirurgias com uso de circulação extracorpórea em pelo menos 60% dos casos, sendo que destes procedimentos não poderá haver mais do que 10% de implantes de marca-passo.

8- CIRURGIA DA MÃO - R1, R2 e R3.

Vide Resolução CNRM N° 02, de 20 de agosto de 2007.

9- CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO - R1 e R2

- a) Equipamentos: aparelho para iluminação frontal, espelhos de Garcia para laringoscopia, pinças de biópsias, telescópio 70° 8 mm para laringoscopia, telescópio 0° 4 mm para rinoscopia, fibroscópio com canal de biópsia, microcâmera com adaptadores, vídeo-cassete/monitor de TV, "vídeo-printer" para documentação, "Kits" para curativos, "Kits" para punção-biópsia, bisturi eletrônico, coagulador bipolar eletrônico, "Kits" para laringoscopia de suspensão, microscópio cirúrgico, caixa com instrumental cirúrgico adequado para operações de porte em cabeça e pescoço.
- b) Instalações: serviço de anatomia patológica com estrutura para realizar biópsias de congelação intra-operatória e punções-biópsias com exames citológicos; serviço de radiologia com ultrassonografia e tomografia computadorizada; serviços de cirurgia plástica reparadora, radioterapia, e oncologia.

c) Procedimentos exigidos: tireoidectomias, esvaziamento cervical, exérese de tumor de boca, laringectomia, exérese de tumor de orofaringe, parotidectomias, exérese de cisto branquial/tireoglossos, traqueostomias, enxerto/retalho de pele, rinectomia/maxilectomia, pequenas operações (com anestesia local). Exige-se participação em pelo menos 60 cirurgias/ano das quais 30% de grande porte.

d) Unidade de treinamento: ambulatório, berçário, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de saúde, pronto-socorro, unidade de internação, unidade de terapia intensiva.

e) Estágios obrigatórios: endoscopia, radioterapia, radiologia, anatomia patológica. f) Estágios opcionais: microcirurgia, cirurgia buco-maxilo-facial, quimioterapia.

g) Atividades teóricas e complementares: 15% da carga horária.

10 – CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - R1 e R2

a) Unidade de internação – 20%%, compreendendo estágios em cirurgia do esôfago, estômago, intestino delgado, coloproctologia, fígado, vias biliares e pâncreas, mínimo de 10% da carga horária em cada um dos estágios.

b) Ambulatório – 20%%, compreendendo atividades ambulatoriais em doenças do estômago, intestino delgado, coloproctologia, fígado, vias biliares e pâncreas, com distribuição da carga horária de cerca de 15% em cada um dos itens.

c) Centro cirúrgico e cirurgia ambulatorial – 25%%, compreendendo distribuição de procedimentos nas áreas dos estágios acima citados (internação e ambulatório) e com um número de procedimentos para o MR1 e MR2 conforme listagem abaixo.

Procedimentos mínimos cirúrgicos a serem realizados, respectivamente, pelos Médicos Residentes (R1 e R2).

	R1	R2
Colecistectomia (Laparotomia)	10	
Colecistectomia (Videolaparoscopia)		40
Hiatoplastias + Funduplicaturas (Laparotomia)	2	
Hiatoplastias+Funduplicaturas(Videolaparoscopia)		6
Gastrectomias Parciais	10	
Gastrectomias Totais		10
Esplenectomias	4	
Desconexões Ázigo-portais	4	
Derivações Espleno-Renais (Porto-sistêmicas)		4
Hepatectomias Parciais		4
Hepatectomias Parciais Ampliadas		2
Derivações Biliodigestivas	2	4
Papilotomias	2	
Pancreatectomias	auxílio	3
Duodeno-Pancreatectomias	auxílio	2
Colectomias Parciais	6	
Colectomias Subtotais	6	
Colectomias Totais	auxílio	3
Proctocolectomias + reservatórios ileais	auxílio	1

Enterectomias	12	5
Jejunostomias	6	
Esofagectomias		4
Esofagocardioplastias		4
Gastrostomias	6	
Cirurgias Orificiais	10	
Amputação Abdomino-perineal	auxílio	3
Colostomias	5	
Gastroplastias Redutora (cirurgia de Obesidade)		5
Ileostomias	5	

d) Unidade de Terapia Intensiva – Na atividade em UTI com 10% da carga horária.

e) Estágios obrigatórios – 10%: anatomia patológica (2%); endoscopia (5%); radiologia/ultrassonografia (3%).

f) Estágios opcionais – a critério da Instituição, (5%).

g) Equipamentos necessários:

equipamento de vídeo cirurgia	1
equipamento de ultrassonografia	1
equipamento de eletromanometria	1
equipamento de phmetria	1
equipamentos de endoscopia digestiva	1

11- CIRURGIA GERAL

11. A - CIRURGIA GERAL - R1 e R2

O Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, com duração de 02 anos, compreenderá os seguintes conteúdos:

I – Programa teórico obrigatório

- a) Noções fundamentais de anatomia cirúrgica
- b) Metabologia cirúrgica
- c) Avaliação de risco operatório
- d) Cuidados pré e pós-operatórios
- e) Choque: diagnóstico e tratamento
- f) Uso de sangue e hemoderivados e reposição volêmica
- g) Infecção em cirurgia: prevenção, diagnóstico e tratamento.
- h) Nutrição em cirurgia: cuidados com a ferida operatória
- i) Princípio de drenagem e cuidados com os drenos
- j) Principais complicações pós-operatórias sistêmicas
- k) Principais complicações pós-operatórias relacionadas aos procedimentos
- l) Atendimento inicial ao traumatizado
- m) Abdome agudo e urgências abdominais não traumáticas
- n) Bases da cirurgia oncológica
- o) Introdução à Bioética

II- Estágios obrigatórios

ESTÁGIOS	MESES
Cirurgia Geral / Aparelho Digestivo / Coloproctologia	10, 0
Urgências Traumáticas e Não Traumáticas	4, 0
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1, 0
Cirurgia de Tórax	1, 0
Urologia	1, 0
Cirurgia Vascular	1, 0
Cirurgia Plástica	1, 0
Cirurgia Pediátrica	1, 0
Terapia Intensiva	1, 0
Técnica Cirúrgica	1, 0
TOTAL	22, 0
Férias	2, 0
TOTAL GERAL	24, 0

- a) Os estágios em Cirurgia Geral/Aparelho Digestivo/Coloproctologia, Urgências Traumáticas e Urgências Não Traumáticas terão a carga horária distribuídas nos 02 anos do programa;
- b) Os demais poderão ser realizados no primeiro ou no segundo ano;
- c) A carga horária da unidade de internação em enfermarias nos estágios é no mínimo de 25% da carga horária anual;
- d) Atividades ambulatoriais: triagem, primeira consulta, pós-operatório durante os estágios é de no mínimo 15% da carga horária anual;
- e) Atividades de urgência e emergência é do mínimo 15% da carga horária anual;
- f) Centro Cirúrgico: mínimo de 25% da carga horária anual
- g) Atividades teóricas: aulas, seminários, discussão de casos, clube de revistas, etc. - carga horária mínima de 10%%;
- h) Cumprindo a carga horária mínima, os 10% restantes poderá ser utilizado em uma ou mais das unidades (enfermaria, ambulatório, emergência, centro cirúrgico) a critério da COREME e/ou supervisor do programa;
- i) Realização de estágios fora da Instituição de origem poderá, eventualmente, ser em outra Instituição credenciada, mediante autorização da CNRM.

III - Procedimentos

1 - Cirurgia Geral/Cirurgia do Aparelho Digestivo/Coloproctologia:

PROCEDIMENTOS	R1	R2
Procedimentos de pele e subcutâneo ("pequena cirurgia)	X	x
Biópsias de gânglios	X	x
Herniorrafias simples	X	x
Laparotomia (acesso à cavidade)	X	x
Gastrostomia	X	x
Gastro-entero-anastomose		x
Esplenectomia		x

Colecistectomia		x
Enterectomia com reconstrução (delgado e colo)		x
Ostomias (delgado e colo)		x
Procedimentos proctológicos não complicados		x

2 – Urgências Traumáticas e Não Traumáticas

PROCEDIMENTOS	R1	R2
Lavagem peritoneal diagnóstica	X	X
Laparotomia exploradora	X	X
Apendicectomia	X	X
Drenagem de abscessos intraperitoneais	X	X
Lise de bridas		X
Sutura de úlcera perfurada		X
Sutura de lesões intestinais		X
Sutura de bexiga		X
Salpingectomia		X
Procedimentos de controle de danos		X
Laparostomias		X

3 – Cirurgia de Cabeça e Pescoço

PROCEDIMENTOS	R1	R2
Cervicotomia (via de acesso)	X	X
Traqueostomia	X	X
Biópsia de linfonodos cervical		X

4 – Cirurgia de Tórax

PROCEDIMENTOS	R1	R2
Toracotomia (via de acesso)		X
Punção pleural	X	X
Drenagem de tórax	X	X

5 – Urologia

PROCEDIMENTOS	R1	R2
Lombotomia (via de acesso)		X
Postectomia	X	X
Vasectomia	X	X
Hidrocelectomia		X
Varicocelectomia		X
Cistostomia cirúrgica		X

6 – Cirurgia Pediátrica

PROCEDIMENTOS	R1	R2
Postectomia	X	X
Herniorrafia não complexa	X	X

Tratamento de lesões cutâneas	X	X
-------------------------------	---	---

7 – Cirurgia Vascular

PROCEDIMENTOS	R1	R2
Cateterismo venoso por punção ou dissecação	X	X
Fasciotomia descompressiva		X
Safenectomia		X
Amputação distal de MI		X

8 – Cirurgia Plástica

PROCEDIMENTOS	R1	R2
Atendimento inicial ao queimado	X	X
Sutura de pele	X	X
Debridamentos	X	

11. B – CIRURGIA GERAL – PROGRAMA AVANÇADO - R1 e R2

O Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral – Programa Avançado, com duração de 02 anos, com pré-requisito de Cirurgia Geral, compreenderá os seguintes estágios:

ESTÁGIOS/DURAÇÃO (meses)	R1	R2	TOTAL
Cirurgia Geral	4,0	4,0	8,0
Urgências Traumáticas	2,0	2,0	4,0
Urgências Não Traumáticas	3,0	3,0	6,0
Cirurgia Ginecológica	-	1,0	1,0
Emergências Vasculares	-	1,0	1,0
U. T. I.	1,0	-	1,0
Imagem / Radiologia Intervencionista	1,0	-	1,0
Férias	1,0	1,0	2,0
TOTAL	12,0	12,0	24,0

1. Os estágios em Cirurgia Geral, Urgências Traumáticas e Urgências Não Traumáticas devem incluir treinamento em cirurgia

minimamente invasiva.

2. A realização de estágios fora da Instituição de origem poderá, eventualmente, ser em outra Instituição credenciada, mediante autorização da CNRM.

3. O programa de treinamento a ser desenvolvido nos diferentes estágios deverá prever, obrigatoriamente, as seguintes atividades:

3.1 – Cirurgia Geral

Participação como cirurgião ou auxiliar em procedimentos mais avançados no atendimento de casos complexos de emergência.

3.2 – Urgências Traumáticas E Urgências Não Traumáticas

Atendimento integral a casos de urgências traumáticas e não traumáticas, com ênfase no tratamento do abdome agudo não traumático e das lesões traumáticas da face, da região cervical e do tronco, incluindo o “controle de danos” e o tratamento não operatório. Deverá ser dada ênfase ao treinamento em cirurgia minimamente invasiva.

3.3 – Cirurgia Ginecológica

Auxiliar procedimentos ginecológicos mais comuns e com suas implicações em intervenções eletivas e de urgência que afetem outras vísceras abdominais e pélvicas.

3.4 – Emergências Vasculares

Diagnóstico e orientação terapêutica inicial nas afecções vasculares traumáticas e não traumáticas que possam implicar risco iminente de vida ou de perda de órgão ou função.

3.5 – Unidade De Terapia Intensiva

Cuidados básicos de doentes críticos, com ênfase no atendimento das emergências traumáticas e não traumáticas.

3.6 – Diagnóstico De Imagem / Radiologia Intervencionista

Interpretação de métodos de imagem mais comuns, correlacionando-os com os achados clínicos. Relação custo/benefício frente aos constantes avanços tecnológicos.

4. Distribuição da carga horária:

- a) A carga horária da unidade de internação em enfermarias nos estágios é no mínimo de 25% da carga horária anual;
- b) Atividades ambulatoriais: triagem, primeira consulta pós-operatório durante os estágios é de no mínimo 15% da carga horária anual;
- c) Atividades de urgência e emergência são do mínimo 15% da carga horária anual;
- d) Centro Cirúrgico: mínimo de 25% da carga horária anual
- e) Cumprindo a carga horária mínima, os 10% restantes poderá ser utilizado em uma ou mais das unidades (enfermaria, ambulatório, emergência, centro cirúrgico) a critério da COREME e/ou supervisor do programa;
- f) Atividades teóricas: aulas, seminários, discussão de casos, clube de revistas, etc. - carga horária mínima de 10%%;
- g) Cumprindo a carga horária mínima, os 10% restantes poderá ser utilizado em uma ou mais das unidades (enfermaria, ambulatório, emergência, centro cirúrgico) e/ou estágio opcional a critério da COREME e/ou supervisor do programa.

12 – CIRURGIA PEDIÁTRICA - R1, R2 e R3.

- a) Unidade de internação: mínimo de 20% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 10% da carga horária anual;
- c) Centro cirúrgico: mínimo de 35% da carga horária anual;
- d) Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;
- e) Estágios obrigatórios: urgência e emergência pediátrica, unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, berçário de recém-nascidos normais e patológicos;
- f) Estágios opcionais: laboratório de técnica cirúrgica e cirurgia experimental ou outro, a critério da Instituição;
- g) Para o treinamento de cada médico residente são exigidos, no mínimo, 150 (cento e cinquenta) cirurgias de rotina, 40 (quarenta) cirurgias de urgência e emergência, 08 (oito) cirurgias neonatais e 05 (cinco) vídeo-cirurgias por ano.

13 – CIRURGIA PLÁSTICA - R1, R2 e R3.

- a) Unidade de internação: mínimo de 10% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Centro cirúrgico: mínimo de 30% da carga horária anual;
- d) Urgência e emergência: no mínimo de 10% da carga horária anual;
- e) Unidade de queimados: mínimo de 10% da carga horária anual;
- f) Estágios obrigatórios: cirurgia cranio-facial, cirurgia de mão, unidade de queimados, cirurgia reconstrutiva dos membros e da face, cirurgia da mama, microcirurgia reconstrutiva, cirurgia estética e cirurgia oncológica;
- g) Estágios opcionais: Dermatologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ginecologia e outros a critério da Instituição;
- h) O programa deve oferecer um mínimo de 85% de cirurgias reparadoras e o máximo de 15% de cirurgias estritamente estéticas;
- i) Instalações e equipamentos: unidade de queimados.

14 – CIRURGIA TORÁCICA - R1 e R2

- a) Unidade de Internação: 25% da carga horária anual mínima;
- b) Ambulatório: 20% da carga horária anual mínima
- c) Centro Cirúrgico: 20% da carga horária anual mínima;
- d) Urgência e emergência: 15% da carga horária anual mínima; e) Estágios obrigatórios: Pneumologia e Broncoesofagologia;
- f) Estágios optativos: cirurgia Cardiovascular, Anatomia Patológica, Laboratório de Técnica Operatória e cirurgia Experimental, Reabilitação Respiratória, Hemoterapia, e outros a critério da Instituição.

15 – CIRURGIA VASCULAR - R1 e R2

- a) Unidade de Internação: 20 % da carga horária anual do Programa
- b) Ambulatórios: 20 % da carga horária anual do Programa Insuficiência venosa crônica:

Varizes essenciais

Síndrome pós-trombótica

Úlceras

Escleroterapia (química, laser)

Arteriopatias degenerativas e inflamatórias

Pé diabético

Doenças Tromboembólicas venosas e trombofilias

Linfopatias

Acessos Vasculares

Outras patologias: Arteriopatias funcionais, Angiodisplasias, Tumores vasculares,

Atendimento sob supervisão discutindo diagnóstico diferencial, exames subsidiários e conduta terapêutica;

Atendimento, acompanhamento e realização de curativos e pequenos Debridamentos sob supervisão;

Atendimento de novos casos, acompanhamento de casos antigos, exames subsidiários e controle da anticoagulação sob supervisão;

Atendimento inicial sob supervisão, indicação de condutas diagnósticas e terapêuticas;

Atendimento sob supervisão, diagnóstico diferencial e realização de curativos especializados;

Confirmação do diagnóstico, exames subsidiários, acompanhamento das intercorrências e supervisão da terapia física complexa;

Acompanhamento dos doentes com cateteres (Shirley, Port-o-Cath, Permicath, etc.) e fístulas arterio-venosas;

c) Centro Cirúrgico 30 % carga horária anual do programa

Para o treinamento de cada médico residente são exigidos, no mínimo, 150 (cento e cinquenta) cirurgias, sendo o mínimo de 50 (cinquenta) cirurgias arteriais por ano de programa, e pelo menos 30 % de cirurgias de grande porte:

1-cirurgias de pequeno porte, tais como: acessos vasculares, fístulas arterio-venosas, radiologia vascular, pequenas amputações e debridamentos: mínimo de 30 %%;

2-cirurgias de médio porte, tais como: embolectomias; enxertos fêmuro-poplíteos, fêmuro-femorais, axilo-femorais, ilíaco-femorais, distais; cirurgias venosas; amputações, simpatectomias e radiologia vascular: mínimo de 40 %%;

3-cirurgias de grande porte, tais como: cirurgia das artérias carótidas, aneurismas, enxertos aorto-ilíacos e femorais, re-operações arteriais: mínimo de 30%%.

d) Urgência e Emergência: 10% carga horária anual do Programa

Pronto Atendimento

Pronto Socorro

Intercorrências de pacientes internados

e) Estágios Obrigatórios

Radiologia Vascular

Radiologia Convencional Radiologia por subtração digital Flebografias

Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Ciclo sob supervisão em UTI de pós-operatório para cirurgias de grande porte

Métodos Diagnósticos não Invasivos

Duplex Scan: Realização de exames sob supervisão nos diversos territórios

f) Estágios Optativos

Cirurgia Cardiovascular Medicina Física e Reabilitação Dermatologia

Endocrinologia

cirurgia experimental e microcirurgia

Outros (Transplantes de órgãos, etc.).

Estas opções ficam a critério dos serviços credenciados, sendo oferecidos pela Instituição ou conveniados que tenham qualidade e supervisão para o aprendizado.

g) Instalações e Equipamentos:

leitos de enfermaria próprios e de unidade de terapia intensiva;

ambulatório com sala de curativos, funcionando no mínimo 3 vezes por semana, com o mínimo de 10 consultas por dia por médico residente;

centro cirúrgico para cirurgias de grande porte da especialidade;

laboratório vascular não invasivo: esteira, doppler, ultrassom portátil e direcional com registro;

serviço de ultrassonografia comum e duplex-scan colorido

serviço de radiologia: radiologia vascular convencional e no mínimo angiografia digital de subtração;

h) Instalações e Equipamentos Opcionais: esteira e termômetro cutâneo; pletismografia;

tomografia computadorizada; ressonância magnética e angioressonância; angioscopia; radiologia vascular terapêutica e intervencionista;

i) Atividades Didático-Científicas: 10 a 20% da carga horária do Programa

Visita semanal à Enfermaria com o Chefe do Serviço e o Corpo Clínico com discussão dos casos

internados Reunião científica semanal com aulas, seminários, discussão de artigos de revistas, apresentação de trabalhos científicos e palestras com convidados.

Participação assistindo as Defesas de Teses de Mestrado e Doutorado, que porventura ocorram na Instituição, referentes à especialidade.

j) Metodologia da Avaliação do Aprendizado

Avaliação mensal conceitual pelo preceptor do ciclo, seguindo os critérios: frequência, assiduidade, pontualidade, interesse, ética, relacionamento com paciente, com colegas, auxiliares e preceptores, conhecimento adquirido e participação nos seminários e sessões clínicas;

Prova periódica trimestral escrita;

Apresentação ao final do ano de um trabalho científico em congresso ou publicado em revista ou monografia (opcional).

16 – CLÍNICA MÉDICA - R1 e R2

Primeiro ano – R1

a) unidade de internação em enfermaria de Clínica Médica Geral: mínimo de 20% da carga horária anual;

b) unidade de internação em enfermaria de especialidades: mínimo de 20% da carga horária anual;

c) ambulatório geral e em unidade básica de saúde: mínimo de 20% da carga horária anual;

d) urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;

e) unidade de terapia intensiva: mínimo de 5% da carga horária anual.

Segundo ano – R2

a) unidade de internação em enfermaria de Clínica Médica Geral: mínimo de 20% da carga horária anual;

b) ambulatório de Clínica Geral e Unidade Básica de Saúde: mínimo de 30% da carga horária anual;

c) ambulatório de clínicas especializadas: mínimo de 10% da carga horária anual;

d) urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;

e) unidade de terapia intensiva: mínimo de 5% da carga horária anual;

f) estágios obrigatórios: Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia e Pneumologia;

g) estágios opcionais: Dermatologia, Radiologia e Diagnóstico por imagem, Endocrinologia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Infectologia, Neurologia, Reumatologia ou outros a critério da Instituição;

h) cursos obrigatórios: Epidemiologia Clínica, Biologia Molecular Aplicada, Organização de Serviços de Saúde.

17- COLOPROCTOLOGIA - R1 e R2

a) unidade de internação: mínimo de 25% da carga horária anual;

b) ambulatório: mínimo de 15% da carga horária anual;

c) urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;

d) centro cirúrgico: mínimo de 25% da carga horária anual;

e) estágios obrigatórios: Gastroenterologia, Patologia e Colonoscopia;

f) estágios opcionais: Urologia, Ginecologia, Cancerologia, Diagnóstico por Imagem, Estomatoterapia, Nutrologia, Laboratório de técnica operatória e cirurgia experimental, Hemoterapia e outros a critério da Instituição;

g) instalações e equipamentos: reto-sigmoidoscopia, fibrocolonoscopia e cirurgia endoscópica.

18 – DERMATOLOGIA - R1, R2 e R3

Primeiro ano

Clínica Médica – R1

Clínica Médica – 04 meses

Moléstias Infecciosas – 03 meses

Reumatologia – 01 mês

Endocrinologia – 01 mês

Hematologia – 01 mês

Pronto Socorro de Clínica Médica – 01 mês

Segundo e Terceiro anos

Programa Específico – R2 e R3

- a) Unidade de internação: mínimo de 10% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 40% da carga horária anual;
- c) Dermatologia sanitária: mínimo de 10% da carga horária anual;
- d) Micologia: mínimo de 5% da carga horária anual;
- e) Dermatopatologia: mínimo de 10% da carga horária anual;
- f) Alergia e Imunologia: mínimo de 5% da carga horária anual;
- g) Estágios opcionais: Medicina Ocupacional, cirurgia Plástica, Infectologia ou outros, a critério da Instituição.

19 – ENDOCRINOLOGIA - R1 e R2

- a) Unidade de internação: mínimo de 30% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;
- d) Laboratório de hormônios, de radio-imunoensaio e de patologia: mínimo 15% da carga horária anual;
- e) Instalações e equipamentos; laboratório de hormônios e de radio-imunoensaio e serviço de medicina nuclear.

20 – ENDOSCOPIA - R1 e R2

Vide Resolução CNRM Nº 08, de 30 outubro de 2006 que trata do pré-requisito para este programa.

O programa deverá oferecer treinamento em técnicas endoscópicas fundamentais de diagnóstico:

exame direto; obtenção de biópsia e de matéria de citologia.

Técnicas endoscópicas auxiliares de diagnóstico:

cromoscopia, ultrassonografia, espectrometria e outros métodos.

Técnicas endoscópicas terapêuticas:

Hemostasia por esclerose; ligadura e métodos térmicos; polipectomia; ressecção endoscópica de lesões planas; ablação por plasma de argônio ou laser; tunelização de obstruções; dilatação de estenoses; papilotomia; retirada de cálculos; colocação de drenos; próteses e outros métodos.

O programa objetivará a formação do especialista em Endoscopia com capacidade de avaliar o paciente de forma abrangente em seu todo biopsicossocial:

- indicar ou contraindicar procedimentos endoscópicos considerando as alternativas propedêuticas e terapêuticas;
- considerar as possibilidades de sedação, analgésica ou anestesia individualizados para pacientes, considerando riscos e benefícios das medidas adotadas;

- realizar o procedimento com habilidade e segurança;
- interpretar os resultados;
- situar a interpretação dos resultados endoscópicos, correlacionando-os com o diagnóstico global e recomendando, quando oportuno, procedimentos adicionais de natureza complementar ou substitutiva quando os obstáculos superem a capacidade da técnica ou do especialista, naquelas condições;
- Caracterizar e minimizar os riscos, prever e evitar complicações e tomar as medidas pertinentes quando estas ocorrerem.

Cronograma anual do Programa de Ensino:

- Parte teórica: Aulas, seminários, exercícios teórico-práticos, participação em trabalhos e eventos científicos da especialidade, com carga horária de no máximo 20% de todo o tempo da Residência Médica.
- Treinamento prático tutelado: acompanhado por médicos e preceptores do corpo docente, com carga horária de no mínimo 80% de todo o tempo da Residência Médica.

Corpo Docente:

O serviço de Endoscopia deverá contar com, no mínimo, um especialista em Endoscopia para cada.

Residente, em cada ano de Residência Médica.

PROGRAMA MÍNIMO

1. Programa de ensino teórico prático (1152 horas; 12 horas semanais).

Reunião geral dos Serviços (2 horas/semana)

Discussão de casos a apresentação de resumo de trabalhos da literatura (2 horas semana) Seminário com Preceptor (2 seminários ou 4 horas/semana).

Preparação de resumos de publicações e de monografia, que poderá ser apresentada como Tema Livre em congresso ou publicação em periódico (4 horas/semana).

2. Programa de treinamento:

Avaliação de pacientes em sistema de interconsulta, avaliação ambulatorial ou de emergência, seguido de discussão na indicação e realização de procedimentos endoscópicos que devem cobrir quantidade mínima, sendo o residente de 1º ano assistido pelo residente de 2º ano nos procedimentos de menor complexidade e alternadamente, nos procedimentos de maior complexidade, sempre supervisionados diretamente por preceptor ou professor.

Ao término de sua Residência Médica o residente deverá estar preparado para atender aos objetivos propostos no item 1.

Sede

Estrutura hospitalar com atividade assistencial em nível de internação, ambulatório e emergência. Quando necessário, os residentes poderão desenvolver estágios específicos em outras entidades conveniadas para este fim, com estrutura didática adequada, para complementar o treinamento em áreas cuja demanda, pela especialidade extrema, não permita o treinamento na instituição sede, até 10% da carga horária de treinamento.

Instalações

- Salas de procedimentos (mínimo de duas)
- Áreas auxiliares: Preparo recuperação, limpeza, desinfecção, guarda de equipamentos.
- Ambulatório

Equipamentos endoscópicos:

Todos os necessários para a capacitação do residente em Endoscopia.

21 – GASTROENTEROLOGIA - R1 e R2

- a) Unidade de internação: mínimo de 30% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;
- d) Serviço de endoscopia digestiva: mínimo de 15% da carga horária anual;
- e) Estágios opcionais: Medicina Nuclear, Patologia, Nutrição e Dietética, Laboratório de patologia clínica, Radiologia digestiva, ou outros a critério da Instituição;
- f) Instalação e equipamentos: serviço de endoscopia digestiva.

22 – GENÉTICA MÉDICA - R1, R2 e R3.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO: UNIDADES DE TREINAMENTO

R1: (80%) programas de Clínica Médico e Pediatria, com ênfase principalmente em: pediatria geral e comunitária, berçário, neuropediatria, clínica médica geral, Neurologia, Endocrinologia.

R2: Atividades de Genética Clínica

ambulatório (60%)

dismorfologia (25%)

mínimo 120 casos/residente/ano doenças metabólicas (15%)

mínimo 50 casos/residente/ano infertilidade conjugal (10%)

mínimo 20 casos/residente/ano aconselhamento genético (10%)

mínimo 20 casos/ visitante/ ano interconsultas (10%)

Berçário/fetopatologia: 10%

Medicina fetal: 10%

R3: Atividades em Genética Clínica

atividades laboratoriais (30%)

citogenética, genética bioquímica, genética molecular, ambulatório geral (40%).

ambulatório de especialidades afins 10%%: genética oncológica, doenças neuromusculares ou outras.

- estágios optativos:

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Dermatologia Oftalmologia Cardiologia

- cursos obrigatórios:

genética médica básica

doenças genéticas e anomalias congênitas mecanismos etiopatogênicos nas doenças genéticas

A Instituição deve dispor de infra-estrutura mínima necessária em instalações, equipamentos e pessoal próprio ou de instituição conveniada para oferecer treinamento nas áreas laboratoriais de: citogenética, genética bioquímica e genética molecular.

O serviço deve ter unidade laboratorial mínima para preparo de amostras biológicas.

O número mínimo de procedimentos exigidos por ano de treinamento e por residente a partir do 2º ano de Residência é:

R2: além das atividades ambulatoriais, mínimo de 5 autópsias (fetopatologia) e 10 avaliações de medicina fetal.

R3: atividades laboratoriais:

- a) genética bioquímica: mínimo de 15 testes de triagem de erros inatos metabolismo e 15 testes de cromatografias
- b) citogenética: mínimo de 15 culturas de linfócitos e preparação de cariótipos
- c) genética molecular: mínimo de 15 procedimentos de isolamento de DNA e 15 testes de southern blot e/ou PCR

Atividades didático-científicas e teóricas complementares (20%): discussão de casos clínicos, sessões de diagnóstico com exames complementares, discussão de artigos científicos.

23 - GERIATRIA - R1 e R2

- a) Unidade de internação: hospital e instituição de longa permanência (asilo): mínimo de 40% da carga horária anual;
- b) Ambulatório e assistência domiciliar: mínimo de 30% da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência: unidade de terapia intensiva e unidade de pronto atendimento: no mínimo de 10% da carga horária anual;
- d) Estágios obrigatórios: Medicina Física e Reabilitação, Psiquiatria e Neurologia;
- e) Estágios opcionais: Cardiologia, Reumatologia, Endocrinologia ou outros a critério da Instituição;
- f) Recomenda-se que o médico residente desenvolva atividade em equipe multidisciplinar correlata com assistência ao idoso.

24 - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - R1 e R2

- a) Unidade de internação: mínimo de 25% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência, unidade de terapia intensiva: mínimo de 5% da carga horária anual;
- d) Serviço de hemoterapia: mínimo de 20% da carga horária anual;
- e) Laboratório geral e especializado de citologia/citoquímica, hemostasia, sangue periférico e medula óssea: mínimo de 10% da carga horária anual;
- f) Estágios opcionais: Radioterapia, Genética Médica, unidade de transplante de medula ou outros a critério da Instituição.

25 - HOMEOPATIA - R1 e R2

- a) O primeiro ano será desenvolvido com ênfase na formação teórico-prática do residente que terá nos ambulatórios apoio para a fixação da Filosofia Homeopática e Experimentação Patogenésica.
- b) O segundo ano será desenvolvido com ênfase na formação prática tendo seus fundamentos na Clínica e Terapêutica Homeopática e Matéria Médica.
- c) Ambulatório de Clínica Geral Homeopática (Clínica Geral de adultos e crianças): 50% da carga horária anual mínima.
- d) Pronto Atendimento em Homeopatia: 20% da carga anual mínima com sistema de plantões de 12 ou 24 horas, inclusive em fins de semana;
- e) Unidade de Internação: 10% da carga horária anual mínima;
- f) É recomendável que no setor de ambulatório sejam dedicados pelo menos 60 minutos para cada paciente de primeira consulta e 30 minutos para consultas subsequentes pelo detalhamento e complexidade da semiologia clínica homeopática.

g) Estágios obrigatórios: Experimentação Patogenésica, Clínica Médica, Pediatria e Farmacotécnica Homeopática.

h) Estágios Optativos: Nutrição, Epidemiologia Clínica e Informática Médica. i) Equipamentos: programas de repertorização informatizados.

j) Pelo menos um preceptor deverá desempenhar o papel de Diretor de Experimentação Patogenésica.

26 – INFECTOLOGIA - R1, R2 e R3

Primeiro ano- R1: treinamento nas principais especialidades clínicas.

- a) Unidade de internação: mínimo de 40% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência: mínimo de 10% da carga horária anual;
- d) Estágios opcionais: mínimo de 10% da carga horária anual;

Segundo ano - R2

- a) Unidade de internação: mínimo de 30% da carga horária anual;
- b) Ambulatório e/ou leito dia e/ou interconsultas: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;
- d) Estágios opcionais: mínimo de 15% da carga horária anual;

Terceiro ano - R3

- a) Racionalização e controle de antimicrobianos: 20% da carga horária anual;
- b) Consultoria à assistência de pacientes internados: 15% da carga horária anual;
- c) Ambulatórios especializados: Doenças Sexualmente Transmissíveis e de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST-AIDS), Hepatites virais, Tuberculose, Endemias regionais, pacientes imune comprometidos: 20% da carga horária anual;
- d) Controle e prevenção de infecções hospitalares: 15% da carga horária anual;
- e) Estágios opcionais: 10% da carga horária anual. Imunização, Imunologia Clínica, Microbiologia. Clínica e Micologia Clínica.

Infraestrutura mínima da Instituição para oferecer treinamento na especialidade: Laboratório de análises clínicas com microbiologia e imunologia, Serviço de Patologia, preferencialmente com necropsia e setor de diagnóstico por imagem.

27 – MASTOLOGIA - R1 e R2

Primeiro ano - R1

- a) unidade de internação: mínimo de 20% da carga horária anual. Admissão, pré e pós-operatório e início do processo de reabilitação pós-câncer de mama. Treinamento nesta unidade deve observar uma proporção de 1 leito para cada médico residente.
- b) ambulatório: mínimo de 30% da carga da carga horária anual. Triage, anamnese, exame físico, biópsias, solicitação e interpretação de exames, pré-operatório, evolução pós-operatório e seguimento.
- c) centro cirúrgico : mínimo de 20% da carga horária anual. cirurgias de médio e grande porte: pelo menos 25 como cirurgião e pelo menos 50 como auxiliar.
- d) estágios obrigatórios : mínimo de 20% da carga horária anual. Psicologia aplicada, Fisioterapia aplicada, Mamografia, Ultrassonografia, Medicina Nuclear e Endocrinologia ginecológica (para egressos da Cirurgia Geral) ou técnica cirúrgica (para egressos da Ginecologia)

Segundo ano - R2

- a) unidade de internação : mínimo de 20% da carga horária anual. Em unidade de Mastologia.
- b) ambulatório de Mastologia (triagem , primeira consulta, pré e pós-operatório, seguimento, reabilitação) : mínimo de 20% (da carga horária anual)
- c) centro cirúrgico: no mínimo 20% da carga horária anual. cirurgias de médio e grande porte: pelo menos 50 como cirurgião e 25 como auxiliar.
- d) estágios obrigatórios: no mínimo 20% da carga horária anual. Oncologia (quimioterapia) , Radioterapia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica e Anatomopatologia.

28. - MEDICINA ESPORTIVA - R1, R2 e R3

Primeiro Ano - R1

Programa de treinamento em serviço : R1

Módulo clínico

HOSPITAL OU OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	ATIVIDADE	CARGA HORÁRIA	%
Unidade de internação em serviço de Clínica Médica Geral e por especialidades clínicas afins (cardiologia, pneumologia, endocrinologia, geriatria e pediatria)	Anamnese, exame físico, solicitação e interpretação de exames complementares, prescrição.	432	15
Ambulatório geral e de especialidades clínicas afins	Atendimento aos pacientes, solicitação e interpretação de exames complementares, planejamento terapêutico.	720	25
Unidades básicas de saúde	Atendimento aos pacientes, solicitação e interpretação de exames complementares, planejamento terapêutico. Reuniões comunitárias.	576	20
Serviço de urgência e emergências	Participação em plantões no PS	432	15
Unidade de Terapia Intensiva	Atendimento aos pacientes internados em regime de plantão	144	5
TOTAL		2304	80

Atividades teórico-complementares:

Atividades	Carga horária	% Revisão de
literatura	144	4
Sessões anátomo-clínicas	144	4
Sessões clínico-radiológicas	144	4
Ética e Bioética	144	4
Total	576	20

Segundo Ano - R2

Programa de treinamento em serviço : R2

Módulo do aparelho locomotor I, atividades físicas e esportes I

HOSPITAL OU OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	ATIVIDADE	CARGA HORÁRIA	%
Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia	Atendimento aos pacientes, solicitação e interpretação de exames complementares, planejamento terapêutico.	576	20
Ambulatório de Reumatologia	Atendimento aos pacientes, solicitação e interpretação de exames complementares, planejamento terapêutico	288	10
Serviço de reabilitação do aparelho locomotor	Indicar os procedimentos a serem utilizados e acompanhar e avaliar os pacientes.	144	5
Serviço de urgência e emergências em traumatologia	Participação em plantões em PS e em jogos.	432	15
Imagemologia do aparelho locomotor	Indicação e interpretação de exames de radiografia convencional, ultra- som, TC e RM	144	5
Laboratório de biomecânica desportiva	Indicação, realização e interpretação de testes de marcha, movimentos esportivos e ensaios matérias.	144	5
Laboratório de fisiologia e avaliação do exercício	Indicação, realização e interpretação de testes de marcha, movimentos esportivos e ensaios matérias.	720	25
Serviço de nutrição esportiva	Avaliação do estado nutricional, indicação de dietas e acompanhamento	144	5
Total		2592	90

Atividades teórico-complementares:

Atividades	Carga horária	% Revisão de
Revisão de literatura	72	
Sessões anátomo-clínicas	72	4

Sessões clínico-radiológicas	72	4
Epidemiologia	72	4
Total	288	10

Terceiro Ano - R3

Programa de treinamento em serviço

Módulo do aparelho locomotor II, Atividades físicas e esportes II

HOSPITAL OU OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	ATIVIDADE	CARGA HORÁRIA	%
Atividades físicas na infância. Escolas públicas, clubes, centros esportivos e ambulatórios.	Atendimento às crianças, orientação sobre exercícios físicos, avaliação.	144	5
Atividades físicas no adulto. Clubes e centros desportivos e ambulatórios.	Atendimento aos idosos, orientação sobre exercícios físicos, avaliação.	144	5
Atividades físicas no idoso. Casa de repouso, clubes e centros desportivos e ambulatórios.	Avaliação, prescrição e supervisão de programas para deficientes físicos e mentais (paralisado cerebral, amputados, etc).	144	5
Atividade física adaptada. Centros desportivos, instituições de assistência e escolas de Educação Física.	Avaliação e supervisão de treinamento de esportes competitivos (individuais e coletivos).	144	5
Esporte de alto rendimento. Clubes e centros desportivos, núcleos e centros de treinamento.	Atividade física para cardiopatas, pneumopatas, diabéticos, etc .	288	10
Serviço de reabilitação Programa de reabilitação especial.	Atendimento aos atletas durante eventos esportivos. Acompanhamento de delegações e competições poliesportivas.	288	10
Complexos poliesportivos	Atendimento aos atletas durante eventos esportivos. Acompanhamento de delegações e competições poliesportivas.	288	10
Atividade em academias	Avaliação do aluno, orientação do exercício, acompanhamento e avaliação.	288	10
Ortopedia e medicina do esporte Ambulatórios de subespecialidades ortopédicas.	Atendimento aos atletas lesionados, solicitação e interpretação de exames complementares, planejamento terapêutico.	864	30

Total		2592	90
-------	--	------	----

Atividades teórico-complementares:

Atividades	Carga horária	% Revisão de
Revisão de literatura	72	
Sessões anátomo-clínicas	72	4
Sessões clínico-radiológicas	72	4
Metodologia científica e Bioestatística	72	4
Total	288	10

Os plantões nos serviços de emergência e de acompanhamento de equipes esportivas deverão atender às normas prevista em Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica, especialmente no que se refere à carga horária e à preceptoria.

A instituição responsável pelo Programa de Residência Médica de Medicina Esportiva poderá firmar convênios com clubes desportivos e outras unidades relevantes, objetivando contar com infraestrutura necessária ao desenvolvimento do Programa de Residência Médica.

29 – MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - R1 e R2

O Programa de Residência Médica (PRM) na área de Medicina de Família e Comunidade, tem como objetivo formar um especialista cuja característica básica é atuar, prioritariamente, em Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde adoecimento, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo. Esse especialista deverá ser capaz de: priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; desenvolver habilidades docentes e a capacidade de auto aprendizagem; desenvolver a capacidade de crítica da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais.

As atividades de treinamento em serviço devem ser programadas por meio dos seguintes meios e formas:

- atividades na comunidade: domicílios, escolas, locais de trabalho e lazer – um mínimo de 10% da carga horária total;
- atividades em unidades de cuidados primários de saúde: postos de saúde em áreas rurais e/ou urbanas; centros de saúde ou unidades mistas de saúde e unidades básicas situadas em centros de
- referência – um mínimo de 50% da carga horária total;
- atividades em unidades de cuidados secundários e terciários: hospitais gerais, de especialidades ou especializados – um mínimo de 10% da carga horária total.

As atividades a que se referem os itens acima incluem os cuidados médico individuais,

familiares e comunitários.

As atividades de prática integral à saúde incluem habilidades para:

1. Em nível individual:

- a) Implementar ações de promoção e proteção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador e do idoso;
- b) Identificar as fases evolutivas e assistir aos transtornos adaptativos da infância, da adolescência, da idade adulta e da velhice;
- c) Prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes tipos de risco;
- d) Assistir ao parto e ao puerpério normais;
- e) Diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes do ciclo gravídico-puerperal;
- f) Proporcionar cuidados ao recém-nascido normal e realizar puericultura;
- g) Diagnosticar e tratar as afecções mais frequentes na infância, na adolescência, na idade adulta e na velhice;
- h) Reconhecer e proporcionar os primeiros cuidados às afecções graves e urgentes;
- i) Examinar e constatar anormalidades em exames complementares e de apoio ao diagnóstico relacionado com a complexidade de sua atividade clínica;
- j) Diagnosticar e tratar distúrbios psicológicos mais comuns, encaminhando para assistência psicológica ou psiquiátrica os pacientes que dela necessitarem;
- k) Diagnosticar patologia cirúrgica frequente e encaminhar à sua resolução;
- l) Executar cirurgia ambulatorial de pequeno porte;
- m) Encaminhar, para serviços adequados, pacientes que necessitarem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados;
- n) Orientar o pré e pós-operatórios das intervenções mais simples;
- o) Diagnosticar e tratar os problemas mais frequentes de saúde do trabalhador, encaminhando para a assistência especializada sempre que se fizer necessário.

2. Em nível familiar e coletivo:

- a) Conhecer o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar;
- b) Reconhecer e assistir, quando necessário, às crises familiares, evolutivas e não evolutivas;
- c) Reconhecer e assistir às disfunções familiares, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica as famílias que dela necessitarem;
- d) Conhecer e utilizar as técnicas de dinâmica de grupo;
- e) Conhecer e promover ações de educação em saúde, bem como participar de ações em parceria com a comunidade, buscando desenvolvimento simultâneo e mútuo;
- f) Identificar os problemas e necessidades de saúde da comunidade, particularizando grupos mais vulneráveis, e implementar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de caráter coletivo e no âmbito da atenção primária;
- g) Desenvolver ações de caráter multiprofissional e interdisciplinar;
- h) Realizar cadastro familiar e estabelecer o perfil de saúde de grupos familiares. As atividades de administração e planejamento incluem habilidades para:
 - Chefiar ou apoiar à chefia da unidade em questão de gerência;
 - Realizar programação quantificada das atividades da unidade e criação de parâmetros para medir o atingimento de metas propostas;
 - Montar e operar sistema de informação para acompanhamento da prestação de atividades finais e de produtividade, visando à avaliação da unidade quanto a eficácia, a eficiência e a efetividade;

- Orientar a organização e o funcionamento de arquivo médico da unidade;
- Montar, orientar e avaliar sistema de referência e contra referência dentro e fora da unidade visando promover a complementaridade da atenção médica sanitária;
- Atuar intersetorialmente, acionando secretarias municipais, entidades, instituições e outras organizações, sempre que se fizer necessário.

As atividades na área do ensino e pesquisa incluem habilidades para:

- a) Promover estudos de incidência e prevalência de morbimortalidade e de indicadores de saúde na população sob sua responsabilidade;
- b) Participar da realização de investigações operacionais como estudos de demanda e estudos de setores específicos da unidade, visando à melhoria no funcionamento e a adequação às necessidades de saúde da população a que serve;
- c) Desenvolver e implementar novas tecnologias na assistência e atenção no âmbito da medicina geral, de família e da comunidade, baseadas no paradigma biopsicossocial;
- d) Participar da implementação, controle e avaliação do programa de imunização da unidade, de acordo com a norma vigente na Instituição e de acordo com o Programa Nacional de Imunizações;
- e) Participar das atividades de vigilância epidemiológica na área de referência da unidade, acionando o sistema de vigilância epidemiológica sempre que necessário; desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal de vários níveis e de educação continuada para a equipe de saúde;
- f) Promover o auto aprendizado e a atualização de conhecimentos na área da medicina geral, familiar e comunitária.

30- MEDICINA DO TRABALHO - R1 e R2

O Programa de Residência em Medicina do Trabalho visa a preparação de médicos para o exercício da especialidade em suas múltiplas formas de inserção no mercado de trabalho, a saber:

- Em empresas por delegação dos empregadores, por meio de contratos diretos, como prestador de serviços ou assessoria técnica;
- Na rede pública e privada de serviços de saúde, participando da atenção integral à saúde dos trabalhadores, compreendendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- Em organizações sociais e sindicatos de trabalhadores;
- Em organizações do Estado, particularmente no âmbito do Trabalho, da Saúde e Previdência Social, incluindo a normatização, auditoria, inspeção e vigilância da saúde;
- Em instituições de Seguro, públicas ou privadas, realizando perícias médicas para avaliação de incapacidade para o trabalho e concessão de benefícios;
- Para o Sistema Judiciário, como médico perito técnico;
- Em instituições de formação profissional e produção do conhecimento (universidades e instituições de pesquisa).

Primeiro Ano – R1

Atividade:

1. Estudo dos Processos de trabalho e avaliação e controle dos fatores de risco à saúde presentes no trabalho.

Locais de estágio: Rede de Serviços de Saúde do trabalhador no SUS (estadual e municipal), Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de empresas públicas e privadas; Prestadores de Serviços Especializados em Saúde e Segurança do trabalho; Organizações sindicais de trabalhadores. Carga horária anual de 20%.

2. Atenção à saúde do trabalho/assistência

- 2.1 – Promoção e proteção da Saúde;
- 2.2 – Prevenção;
- 2.3 – Diagnóstico e tratamento e
- 2.4 – Reabilitação.

Locais de estágios: Unidade de Cuidado básico da rede SUS – 20 % da carga horária anual; Unidade de urgência e emergência – 20 % da carga horária anual; Unidade de cuidado Secundário e Terciário em Saúde do trabalhador – 5 % da carga horária anual.

3. Atividades educativas, de formação e capacidade em Saúde do trabalhador.

Locais de estágios: Rede de Serviços de Saúde do trabalhador no SUS, Fundacentro, entidades patronais ou de organizações de trabalhadores – 10 % da carga horária anual.

4. Vigilância da Saúde do trabalhador

Locais de estágios: Centro de referência em saúde do trabalhador do SUS – 10% da carga horária anual; Inspeção do trabalho – Delegacia Regional do Trabalhador – 10% da carga horária anual.

5. Cursos Obrigatórios: Controle de Infecção hospitalar, Epidemiologia, Bioestatística; Metodologia Científica; Fundamentos de Ergonomia; Ética Médica, Bioética – 20% da carga horária anual.

Segundo ano – R2

Atividade:

1. Atenção à saúde do trabalhador/Assistência

- 1.1 - Promoção e Proteção da Saúde
- 1.2 - Prevenção
- 1.3 - Diagnóstico e Tratamento
- 1.4 - Reabilitação

Locais de estágios: Unidade de Cuidado Secundário e Terciário em Saúde do trabalhador - 20 % da carga horária anual;

2. Avaliação da Incapacidade para o trabalho e Reabilitação

Locais de estágios: Serviços de Perícia Médica e Reabilitação profissional do INSS e outros órgãos públicos - 10 % da carga horária anual;

3. Planejamento e gestão de serviços de saúde do trabalho e elaboração de políticas

Locais de estágios: Coordenação de Saúde do Trabalhador no SUS (estadual e municipal), Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de Empresas públicas e privadas, Prestadores de Serviços Especializados em saúde e Segurança no Trabalho, Organizações sindicais de trabalhadores. 20 % da carga horária anual;

4. Atividades educativas, de formação e capacitação em Saúde do Trabalhador.

Locais de estágios: Coordenação de Saúde do Trabalhador no SUS (estadual e municipal), Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de Empresas públicas e privadas, Prestadores de Serviços Especializados em saúde e Segurança no Trabalho, Organizações sindicais de trabalhadores. 20 % da carga horária anual;

5. Atividades Educativas, de formação e capacitação em Saúde do trabalhador.

Locais de estágios: Rede de Serviços de Saúde do Trabalhador no SUS, Funda centro, entidades patronais ou de organizações de trabalhadores. 10 % da carga horária anual;

Cursos Obrigatórios: Fundamentos de Higiene do Trabalho, Fundamentos de Toxicologia, Fundamentos de Segurança no Trabalho. 10 % da carga horária anual.

Cursos e Estágios Optativos: Psicodinâmica do Trabalho, Poluição Ambiental e Saneamento do Meio, Gestão Integrada de Saúde, Segurança e Meio Ambiente , Processos de Certificação, Promoção da Saúde no Trabalho, Laboratório de Toxicologia Ocupacional, Dermatologia Ocupacional; Pneumopatia Ocupacional; Hematologia; Otorrinolaringologia Ocupacional; Neurologia e Neurotoxicologia Ocupacional 10% da carga horária anual;

31- MEDICINA DO TRÁFEGO - R1 e R2

O treinamento será em:

- Medicina de Tráfego Preventiva e Medicina de Tráfego Legal;
- Comportamento do condutor;
- O álcool nos acidentes de trânsito e outras drogas;
- Grupos de alto risco em desastres;
- Engenharia, rodovias e fatores ambientais como causas de acidentes;
- Critérios da habilitação para PPD (Pessoa Portadora de Deficiência) ;
- Medidas e equipamentos de Segurança Ativa e Passiva;
- Medicina de Tráfego Curativa: Emergências Clínicas e Traumáticas (Cirúrgicas) ;
- Atendimento pré-hospitalar (APH) ;
- Avaliação primária e secundária de um paciente no APH (traumático e não-traumático) ;
- Sistemas de urgência;
- Unidade de emergência;
- Procedimentos básicos e exames básicos;
- Cinética do Trauma;
- Vias aéreas e ventilação;
- Reanimação cardiopulmonar;
- Controle de hemorragias externas;
- Choque e reposição volêmica;
- Ferimentos;
- Principais Emergências Clínicas (não traumáticas) ;
- Trauma de crânio;
- Trauma de tórax;
- Trauma abdominal;
- Trauma abdominal na gestante;
- Trauma da coluna e da medula;
- Trauma de extremidades;
- Trauma na criança;
- Atendimento pré-hospitalar do queimado;
- Estabilização e transporte do paciente;
- As fases de uma colisão;
- Repercussão dos congestionamentos de tráfego sobre o organismo humano;
- Características do trabalho penoso;
- Riscos físicos, químicos e ergonômicos;
- Injúria biomecânica;

- Crash testes;
- Perícia dos acidentes;
- A perícia técnica e a pesquisa nos tribunais;
- A reabilitação do motorista (infrator, sequelas, profissional) ;
- O estojo e equipamentos de primeiros socorros;
- As doenças decorrentes do uso do veículo;
- O pedestre, o ciclista-doenças prevê níveis e adquiríveis pelo exercício – a falta de recursos e pontos de apoio para os trafegantes em relação as doenças;
- Emergências Clínicas;
- Arritmias cardíacas;
- Descompensações dos Diabetes;
- Coma;
- Asma;
- DPOC;
- Choque elétrico;
- Quase afogamento;
- Hipotermia;
- Intoxicações Agudas;
- Parada cardiorrespiratória na infância e da adolescência;
- Crise Hipertensiva;
- Medicina do Tráfego Ocupacional;
- Medicina de Viagem;
- Medicina de Tráfego Aéreo;
- Medicina do Tráfego Aquático e;
- Medicina do Tráfego Ferroviário

32 – MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO - R1 e R2

- a) Centro de reabilitação: no mínimo de 20% da carga horária anual;
- b) Unidade de internação e hospital-dia: no mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Ambulatório: no mínimo de 30% da carga horária anual;
- d) Laboratório de eletrofisiologia: no mínimo de 5% da carga horária anual;
- e) Oficina ortopédica: no mínimo de 5% da carga horária anual;
- f) Estágios obrigatórios: reabilitação do aparelho locomotor; cardiorrespiratória; neurofuncional; infantil; profissional; do atleta; do paciente com dor crônica e urológica; oficina ortopédica; eletrofisiologia; atuação em equipe multiprofissional.
- g) Estágios opcionais: reabilitação de paciente com déficit sensorial, exercício adaptado, oficina terapêutica ou outros a critério da Instituição;
- h) Cursos obrigatórios: meios físicos e cinesioterapia; eletroneuromiografia; biomecânica; neuroanatomia e neurofisiologia; imagenologia; órtese/prótese e fisiologia do exercício.
- i) Instalações e equipamentos:
 1. centro de reabilitação, com a estrutura mínima de: ambulatório com consultório; negatoscópio; sala de procedimentos e salas de imobilização e atendimento multiprofissional (terapias cognitivas e físicas/funcionais) ;
 2. unidades de internação de Clínica Médica, Geriatria, Reumatologia, Neurologia, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Pediatria e unidade de terapia intensiva;

3. unidades de internação para observação de pacientes ambulatoriais (hospital-dia) ;
4. ginásio de terapia física, cinesioterapia e condicionamento físico;
5. laboratório de eletrofisiologia e corrente galvano-farádica;
6. laboratório de estudo do movimento;
7. salas de aulas e seminários;
8. instrumentos de avaliação muscular, de deformidades, de marcha cognitiva e funcional;
9. equipamentos de terapia física: eletroterapia estimulatória e analgésica, termoterapia superficial e profunda, crioterapia, magnetoterapia, laser e hidroterapia;
10. equipamentos para cinesioterapia: mecanoterapia, massageadores, bastões, elásticos, espelhos, barras paralelas, pranchas ortostáticas e de equilíbrio;
11. equipamentos de condicionamento físico: esteiras ergométricas, pesos, elásticos, colchões, bicicletas e materiais de ginástica adaptados;
12. equipamentos para terapia funcional e cognitiva;
13. adaptações para treinos de atividades de vida diária e prática(AVD/AVP) : terapia ocupacional.

33 – MEDICINA INTENSIVA - R1 e R2

O treinamento deve ocorrer dentro de unidades de tratamento intensivo (UTIs) adulto ou pediátrica, classificadas segundo as normas estabelecidas pela Portaria 3432/98 do Ministério da Saúde como nível 1, 2 e 3. Deve haver uma relação máxima de um residente para cada três leitos de UTI, um preceptor em tempo integral para cada três médicos residentes, ou dois preceptores em tempo parcial para cada três médicos residentes.

O treinamento deve oferecer experiência assistencial no atendimento a pacientes gravemente enfermos nas grandes síndromes, como choque, comas, insuficiência respiratória, sepse severa e parada cerebro-cardio-respiratória, em pelo menos 40% da carga horária anual.

O treinamento deve ainda oferecer experiência no atendimento e suporte pré e pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgias de grande porte (10% da carga horária anual), pacientes traumatizados e/ou grande queimado (10% da carga horária anual) e pacientes imunodeprimidos e/ou oncológicos na mesma proporção (10% da carga horária anual).

Estágios obrigatórios: A experiência assistencial envolvendo pacientes especiais pode se dar na forma de estágio obrigatório, atendendo assim a carga de treinamento com pacientes de cirurgia de

grande porte, de trauma e grande queimado, no total de 10% ao ano, em cada área.

Estágios optativos: Serviço de emergência; endoscopia digestiva e ou respiratória; diagnóstico por imagem; suporte nutricional; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; transporte de pacientes graves e cirurgia experimental.

Cursos optativos: Fundamental Critical Care Support (FCCS/SCCM), Terapia Nutricional no

Paciente Grave Adulto e Pediátrico (TENUTI), Humanização, Neurointensivismo.

34 – MEDICINA LEGAL - R1, R2 E R3

O Programa deverá ser desenvolvido em Instituições que tenham Programas de Residência Médica nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia e Ginecologia e Pediatria, de comum acordo com os Institutos Médicos Legais e com outros centros de treinamento.

Primeiro Ano - R1

- Ambulatório de Clínicas Especializadas (Clínica Geral, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia,

- Reumatologia) , mínimo de 15 % de carga horária anual;
- Ambulatório de Psiquiatria 1,5% da carga horária anual. Ambulatório de cirurgias
- Especializadas (Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Coloproctologia, cirurgia Plástica e Urologia) , 15 % da carga horária anual;
- Ambulatório de Obstetrícia e Ginecologia 3, 5 % da carga horária anual;
- Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia 6% da carga horária anual. Estágio em Anestesiologia 2% da carga horária anual;
- Unidade de Terapia Intensiva 7% da carga horária anual;
- Urgência e emergência 35% da carga horária anual;
- Estágios em perícias 10% da carga horária anual;

Segundo Ano - R2

- Ambulatório de Medicina do Trabalho mínimo de 15% da carga horária anual;
- Sexologia forense 10% da carga horária;
- Perícia Previdenciária 3% da carga horária anual;
- Auditorias Médicas 3% da carga horária anual;
- Perícias Administrativas 2% da carga horária anual;
- Perícias de Acidente do Trabalho 10% ;
- Perícias cíveis 20% da carga horária anual;
- Perícias de vínculo genético 10% da carga horária anual;
- Reabilitação Profissional 10% da carga horária anual;

Terceiro Ano - R3

- Necropsia, mínimo de 20% da carga horária anual;
- Perícia necroscópica 25% da carga horária anual;
- Psicopatologia forense 7% ;
- Avaliação Criminológica Penitenciária 7% da carga anual;
- Toxicologia forense 3, 5% da carga horária anual;
- Laboratório de Medicina Legal e criminalista 4% da carga horária anual.

Atividades teóricas complementares: mínimo de 10% da carga horária anual. Discussão de casos clínicos, sessões anatomo-clínicas, discussão de artigos científicos, seminários, palestras, discussão de casos periciais.

Estágios/Cursos obrigatórios: Noções de Direito: Direito Penal e Processo Penal, Direito Civil e Processo Civil e Direito do Trabalho e legislações específicas. Perícias Médico-Legais, Bioética, Patologia e Fisiologia do Trabalho, Metodologia Científica e Criminalística.

Estágios Opcionais: Em área pericial ou relacionado a medicina legal. Cursos Opcionais: Informática Médica.

35 – MEDICINA NUCLEAR - R1, R2 e R3

Primeiro ano - R1

Introdução à estatística, Instrumentação nuclear, Proteção radiológica, Radiofarmácia, Radioensaios, Informática, Aplicações clínicas em Medicina Nuclear atividade teórica (cardiovascular, digestivo, endócrino, genitourinário, hematológico, músculo-esquelético, nervoso, onco-infecologia, respiratório) , Radiologia e Diagnóstico por Imagem (anatomia radiológica

normal e patológica, exames de laboratórios e estudos cintilográficos) .

Segundo ano - R2

Medicina nuclear especializada: Cardiologia nuclear, Terapia em Medicina nuclear, cirurgias radioguiadas, Exames realizados em Gama-câmara de coincidência e Tomografia por emissão de Pósitrons (*PET SCAM*). *Radiologia II*.

Terceiro ano - R3

Medicina Nuclear especializada: Cardiovascular; Aparelho Digestivo; Endócrino; Genitourinário, Oncologia; Músculo-esquelético; Sistema Nervoso; Hematologia. *Radiologia III*.

Equipamentos mínimos: Câmara de cintilação tomográfica, calibrador de dose, monitor de área e estação de trabalho.

Número de procedimentos mínimos anuais: total de 1100. Osso 220; Perfusão miocárdica 220; Tireóide 100; Rins 100; Gálio-67 10; Trato Digestivo 50; Pulmão 50; Outros 350; Terapias: hipertireoidismo 10; carcinoma de tireóide 10; dor óssea 3.

36 – MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL - R1 e R2

1. Os Programas de Residência Médica em Medicina Preventiva e Social (RMPS) devem ser concebidas de modo a permitir que o residente, ao final do estágio esteja apto a:

- a) planejar, organizar e administrar serviços de saúde;
- b) executar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação a nível primário, de modo contínuo, como integrante da equipe de saúde;
- c) encaminhar, quando necessário, problemas de saúde a serviços especializados, mantendo a continuidade do atendimento;
- d) conhecer e utilizar métodos e técnicas de educação e participação comunitária em saúde;
- e) desenvolver programas de preparação e utilização de recursos humanos em saúde;
- f) analisar criticamente as características dos processos geradores dos problemas de saúde, suas relações com a organização social (incluída as instituições de saúde) e as alternativas de solução.

2. A programação da RMPS deve contemplar um mínimo de atividades que englobe conhecimentos e práticas referentes aos campos de:

- a) epidemiologia
- b) administração e planejamento
- c) educação em saúde e desenvolvimento de recursos humanos
- d) saúde ocupacional e ambiental
- e) investigação em saúde coletiva
- f) ciências sociais
- g) prestação de serviços básicos de saúde.

3. As atividades de treinamento em serviços da RMPS devem ser desenvolvidas articuladamente nos seguintes níveis:

- a) técnico-operacional: unidades de prestação de cuidados de saúde – posto de saúde, centro de saúde, unidade mista e hospital;
- b) técnico-administrativo: órgãos de coordenação, planejamento, avaliação e supervisão,

que compõem os sistemas institucionais de saúde do setor público;

c) político-institucional: organismos e representações institucionais e lideranças sociais que constituem poder decisório sobre questões de saúde.

d) as atividades a nível técnico-operacional podem ser desenvolvidas em uma mesma unidade de saúde representando, contudo, critério de excelência do programa a inclusão de unidades de diferentes complexidades como locais de treinamento.

e) as atividades a nível técnico-administrativo podem ser desenvolvidas em uma única instituição (Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), representando, contudo, critério de excelência do programa a inclusão de órgãos de mais de uma instituição como locais de treinamento.

4. Os programas de RMPS devem funcionar com base nos princípios de integração ensino-serviço e regionalização de saúde, por meio de vinculação entre instituições acadêmicas e órgãos prestadores de serviços de saúde que, integrados, prestem cuidados de saúde de modo a manter um padrão de referência de 01 Residente para cerca de 5.000 pessoas que demandem efetivamente tais cuidados.

5. O elenco mínimo de atividades de treinamento em serviço da RMPS inclui:

a) ações de vigilância epidemiológica e epidemiologia clínica;

b) elaboração e/ou análise de diagnósticos de nível de saúde e de sistema de prestação de serviços de saúde;

c) elaboração e/ou análise de planos e programas de saúde para níveis local e regional;

d) análise de planos e programas de saúde para níveis estadual e nacional;

e) participação em atividades de administração em nível local, regional e/ou central;

f) participação em programas de prestação de recursos humanos para a saúde;

g) participação em atividades de órgãos ou serviços de saúde ocupacional;

h) realização de atividades em programas de cuidados básicos de saúde e/ou outros programas prioritários de assistência médica, tais como, saúde materno-infantil, controle de doenças transmissíveis, saúde mental, doenças degenerativas.

6. Tais atividades, agregadas a outras tantas programadas segundo as condições próprias de cada RMPS, devem ser didaticamente agrupadas, de modo a perfazer um mínimo de 10% da carga horária anual em cada um dos seguintes campos:

a) epidemiologia

b) administração e planejamento

c) educação em saúde e desenvolvimento de recursos humanos d) saúde ocupacional e ambiental

e) investigação em saúde coletiva

f) prestação de serviços básicos de saúde a pessoas.

7. As atividades de investigação em saúde coletiva devem se constituir em mecanismos de articulação das atividades de treinamento em serviços da RMPS, bem como das atividades didáticas complementares, em especial como forma de aplicação do instrumental teórico-metodológico fornecido pelo ensino de ciências sociais.

8. As atividades didáticas complementares, perfazendo um mínimo de 10%, ou um máximo de 20% da carga horária anual do programa, poderão ser organizadas em duas modalidades alternativas ou combinadas de planos de ensino:

- a) um conjunto de disciplinas cujos conteúdos englobam conhecimentos correspondentes, no mínimo, aos campos da Medicina Preventiva e Social;
- b) um programa de atividades teórico-práticas (seminários, discussões de grupo, estudos dirigidos, sessões clínico-epidemiológicas) cujos conteúdos sejam definidos em função de problemas concretos ou questões levantadas a partir da experiência e do desenvolvimento do treinamento em serviço.

9. Em tais planos de ensino, deve assumir importância relevante o ensino das ciências sociais, cujo objetivo fundamental deve ser:

- a) fornecer elementos teórico-conceituais para a compreensão das relações entre saúde e sociedade;
- b) oferecer instrumental teórico-metodológico para o desenvolvimento de investigação em saúde.

10. O segundo ano da RMPS poderá ter composição de carga horária variável de acordo com o campo de interesse da Medicina Preventiva e Social para o qual se orienta a formação do Residente, respeitando a carga horária anual mínima de 2.300 horas.

37 – NEFROLOGIA - R1 e R2

- a) unidade de internação: mínimo de 40% da carga horária anual ;
- b) ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;
- d) estágios obrigatórios: serviço de diálise e hemodiálise e de transplante renal;
- e) estágios opcionais: serviço de nutrição e dietética, laboratório clínico, Patologia, Medicina Nuclear, Urologia ou outros a critério da Instituição;
- f) instalações e equipamentos: unidade de diálise e hemodiálise;

38 – NEUROCIRURGIA - R1, R2, R3, R4 e R5

Primeiro ano - R1

- Embriologia e Neuro-anatomia
- Fundamentos de Neurofisiologia Clínica
- Clínica Neurológica I e II
- Bioética e Responsabilidade Médica

Atividades Práticas de Neurologia Clínica

Enfermaria- Unidade de Internação - 30%

Ambulatório – 30%

Urgência e Emergência (plantões) – 15%

Eletrodiagnóstico e Líquor – 15%

Segundo ano - R2

Neurorradiologia

Clínica Neurocirúrgica I

Técnica Neurocirúrgica I

Anatomia Microcirúrgica I

Bioética e Responsabilidade Médica

Atividades Práticas de Neurocirurgia

Enfermaria- Unidade de Internação – 30%

Ambulatório – 10%

Centro Cirúrgico - 30%
Pronto Socorro (Plantão noturno de 12 horas) – 10%
Estágio obrigatórios – 10% UTI
Cirurgia Experimental

Terceiro ano - R3

Neuropatologia
Neurorradiologia
Bases da Metodologia Científica
Clínica Neurocirurgia II
Técnica Neurocirúrgica II
Anatomia Microcirúrgica II
Bioética e Responsabilidade Médica
Atividades Práticas de Neurocirurgia
Hospital ou outra unidade de saúde onde a atividade será realizada
 Enfermaria- Unidade de Internação –30% Ambulatório-10%
 Centro Cirúrgico-30%
 Pronto Socorro (plantão noturno de 12 horas) - 10% Estágios obrigatórios -10%

Quarto ano - R4

Neurorradiologia
Neuropatologia
Clínica Neurocirúrgica III
Técnica Neurocirúrgica III
Anatomia Microcirúrgica III
Bioética e Responsabilidade Médica
Atividades Práticas de Neurocirurgia
Hospital ou outra Unidade de saúde onde a atividade será realizada
 Enfermaria- Unidade de internação – 10%
 Centro Cirúrgico – 30%
 Pronto Socorro – 10%
 Estágios obrigatórios – 10%

- Neurorradiologia Intervencionista
- Cirurgia Experimental
- Neuropatologia

Quinto ano - R5

Consolidação de experiência cirúrgica
Atividades em áreas de atuação: cirurgia de coluna e nervos periféricos, neurocirurgia pediátrica, funcional, vascular, base de crânio, neuro-oncologia e neurorradiologia.
Bioética e Responsabilidade Médica
Atividades Práticas de Neurocirurgia
 Enfermaria- unidade de internação – 30%
 Ambulatório- 10%
 Centro Cirúrgico- 40%
 Estágio obrigatório – 10%
 Cirurgia experimental
Atividades Didático-teóricas
 As seguintes atividades didático-teóricas deverão integrar o programa de cada ano, com 10% da carga

horária total:

Reuniões Clínicas e Anátomo-Clínicas
Estudos dirigidos
Seminários

Conteúdos dos programas:

Embriologia

- Formação e diferenciações do tubo neural.
- Desenvolvimento do esqueleto craniofacial e vertebral.
- Desenvolvimento do sistema vascular.
- Diferenças básicas do Sistema Nervoso do feto, crianças e adultos.
- Correlação entre os defeitos embriológicos e principais síndromes clínicas.

Neuro-anatomia

- Componentes do sistema nervoso e suas principais divisões.
- Crânio, coluna vertebral e meninges.
- Anatomia descritiva, micro e macroscópica, das estruturas do sistema nervoso central.
- Anatomia vascular do encéfalo e medula.
- Organização funcional do SNC: núcleos e vias.
- Sistema ventricular, espaço subaracnóideo e cisternas.
- Nervos cranianos e sistema nervoso periférico.
- Sistema Nervoso Autônomo.
- Sistema límbico.

Neurofisiologia

- Função da célula nervosa e da célula glial; aspectos moleculares da célula nervosa.
- Fluxo sanguíneo cerebral e metabolismo cerebral.
- Fisiologia da produção e circulação líquórica; barreiras encefálicas.
- Regulação da pressão intracraniana.
- Fisiologia da sensibilidade geral; dor, tato, temperatura e propriocepção.
- Fisiologia da sensibilidade especial: olfação, visão, audição e gustação.
- Controle segmentar e supra segmentar da motricidade.
- Funções corticais superiores; correlações clínicas.
- Sistema reticular ativador ascendente.
- Princípios da avaliação eletrofisiológica clínica: EEG, EMG e Potenciais Evocados.

Neurologia Clínica I – (Semiologia)

Elaboração da história clínica: motivo de consulta, antecedentes da doença atual, antecedentes pessoais e heredofamiliares, doença atual, exame físico.

Exame geral: fácies, atitudes e marcha.

Nervos Cranianos: olfatório, óptico, mobilidade ocular, trigêmeo, facial, acústico-vestibular, glossofaríngeo, vago, acessório e hipoglosso.

Motricidade: Tônus muscular: origem, regulação e alterações. Síndromes hipo e hipertônicas. Hipertonía piramidal e extrapiramidal.

Motricidade voluntária: força muscular. Alterações. Hemiplegias, paraplegias e monoplegias. Trofismo. Inspeção e palpação. Alterações da pele e anexos. Alterações dos músculos.

Coordenação. Estática e dinâmica. Sinal de Romberg. Alterações. Ataxia: medular, cerebelar e vestibular.

Reflexos. Reflexos osteo-tendinosos ou profundos. Reflexos superficiais. Automatismo medular. Clônus e sincinécias. Reflexos de postura ou tônicos.

Movimentos involuntários: coréia e atetose, tremor, tics, fibrilação, fasciculação e

mioquimias. Síndromes extrapiramidais.

Sensibilidade: Características gerais. Receptores mecanismos de transdução. Vias da sensibilidade. Síndromes sensitivas mais importantes.

- Avaliação da consciência e do estado mental
- Linguagem. Articulação, emissão e produção. As afasias.
- A memória
- Apraxias e agnosias.
- As síndromes neurológicas.
- Diagnóstico sindrômico, topográfico e etiológico.
- Semiologia do trauma.

Neurologia Clínica II

- Doença encéfalo-vascular isquêmica
- Doença encéfalo-vascular hemorrágica
- Comas: diagnóstico diferencial e tratamento
- Defeitos do desenvolvimento
- Facomatoses
- Neuropatias periféricas
- Síndromes miastênicas e Miastenia Gravis
- Distrofias musculares
- Esclerose Lateral Amiotrófica. Doença do Neurônio Motor
- Coréias agudas e crônicas
- Distonias, tics e discinesias
- Doença de Parkinson
- Epilepsia
- Meningoencefalites virais. Neuroviroses Lentas (Doença de Jakob-Creutzfeldt)
- Meningites Bacterianas
- Neurolues; Aids
- Demências
- Complicações nervosas do alcoolismo
- Doenças desmielinizantes
- Aspectos biológicos e clínicos dos tumores do SNC

Neuropatologia

Métodos de estudo anatomopatológico do sistema nervoso; colorações especiais; Imunohistoquímica.

- Reação do sistema nervoso central aos principais processos patológicos: inflamatórios, desmielinizantes, traumáticos e isquêmicos.
- Anatomia patológica dos tumores do sistema nervoso.
- Comportamento biológico dos tumores do sistema nervoso.
- Patologia das lesões vasculares do sistema nervoso.
- Patologia das lesões traumáticas do SN.
- Patologia das lesões infecciosas e parasitárias do SN.

Neuro-radiologia

- Introdução: Definição de linhas, planos e projeções. Incidências: rotineiras e especiais
- Anatomia radiológica do crânio em projeções: lateral, frontal e basal

- Radiologia simples do crânio patológico:

a) Anomalias congênitas

b) Hipertensão intracraniana

- Anatomia de coluna vertebral
- Princípios da formação da imagem tomográfica
- Princípios da formação da imagem em ressonância magnética
- Angiografia cerebral: estudo dos quatro vasos
- Tomografia computadorizada do crânio e da coluna
- Mielografia e angiografia medular
- Ressonância magnética encefálica e medula

Clínica Neurológica Cirúrgica I

- Pré e pós-operatório em neurocirurgia
- Terapia intensiva: princípios gerais de Neurointensivismo
- Princípios gerais em neuroanestesia
- Hipertensão intracraniana.
- Lesões congênitas do encéfalo e da medula espinhal
- Hidrocefalias
- Traumatismo cranioencefálico
- Traumatismo raquimedular
- Traumatismo de plexos e nervos periféricos
- Princípios básicos no atendimento ao paciente politraumatizado: ATLS

Clínica Neurocirúrgica II

- Hérnias discais / Espondilose
- Abscesso / empiema intracraniano
- Processos parasitários cerebrais e medulares
- Isquemia cerebral
- Hemorragia parenquimatosa espontânea
- Tumores ósseos do crânio e da coluna vertebral

a) Tumores supra e infratentoriais

b) Tumores raquianos e medulares

- Terapia adjuvante: quimioterapia, radioterapia, radiocirurgia do SNC

Clínica Neurocirúrgica III

- Neurocirurgia funcional
- Aneurismas cerebrais
- Malformações arteriovenosas do encéfalo e da medula espinhal
- Tumores da base do crânio
- Princípios de neuroendoscopia

Técnica Neurocirúrgica I

Princípios gerais da cirurgia craniana

a) Iniciação no campo operatório

b) Traumatismo cranioencefálico

c) Hidrocefalias

d) Malformações congênitas encefálicas

Princípios gerais da cirurgia raquimedular

a) Traumatismo raquimedular

b) Malformações congênicas raquimedulares

Técnica Neurocirúrgica II

- Introdução à microcirurgia: Treinamento básico em laboratório
- Cirurgia dos tumores ósseos do crânio
- Cirurgia dos tumores encefálicos

a) Gliomas

b) Meningiomas de Superfície

c) Metástases

Cirurgia dos Tumores Raquimedulares

Cirurgia dos Nervos Periféricos

Técnica Neurocirúrgica III

Microcirurgia

- a) Exercícios Complexos em laboratório
- b) Desenvolvimento das técnicas no campo operatório

Cirurgia dos tumores cranioencefálicos

- a) Tumores profundos
- b) Tumores da base do crânio

Cirurgia vascular

- a) Intracraniana: aneurismas e malformações vasculares
- b) Raquiana: malformações vasculares raquimedulares

Neurocirurgia funcional

- a) cirurgia da dor
- b) Estereotaxia (movimentos anormais, dor e biópsias)
- c) Tumores da hipófise
- d) Cirurgia da epilepsia

Princípios da abordagem endoscópica.

Microneurocirurgia em Laboratório

- Microscópio: uso e cuidados
- Instrumentação microcirúrgica
- Anatomia microcirúrgica
- Técnicas microcirúrgicas de dissecação
- Sutura microcirúrgica
- Treinamento em cobaias

Bioética

- Definição de Bioética com a Ética, Deontologia e Diceologia
- Princípios básicos da Bioética
- O Código de Ética Médica
- Direitos Humanos e Ética das Relações
- Relação Médico – Paciente. Competências
- Limites éticos da intervenção sobre o ser humano
- Documentos Médicos: Aspectos Éticos e Legais
- Noções de Responsabilidade em Bioética
- Erro Médico
- Pesquisa Clínica: aspectos históricos e éticos

Metodologia Científica e Bioestatística

- A Metodologia. O método científico e a pesquisa
- As etapas de um trabalho científico
- Cálculo do tamanho mínimo da amostra
- Teste de significância para coeficientes de correlação e regressão
- A Redação de um trabalho científico
- Como redigir um artigo científico
- A leitura crítica de um artigo científico
- Conceitos e princípios básicos em Epidemiologia Clínica.
- Fontes de dados epidemiológicos e medidas. Descrição da variação de dados
- O estudo das causas na Investigação e Pesquisa
- Tamanho da amostra, randomização e teoria da probabilidade.
- Avaliação do risco em estudos epidemiológicos
- Organização de dados quantitativos. Distribuição amostral das médias e distribuição normal ou de

Gauss

- Organização de dados qualitativos
- Distribuição do qui-quadrado.

39 – NEUROLOGIA - R1, R2 e R3

Primeiro ano – Clínica Médica – R1

- Ambulatório de Clínica Médica – 06 semanas
- Enfermarias de Clínica Médica – 06 semanas
- Unidades de terapia Intensiva – 06 semanas
- Serviços de Urgência (Pronto Socorro) – 04 semanas
- Unidade Básica de Saúde – 04 semanas
- Plantões Semanais em Serviços de Urgência

Estágios opcionais (22 semanas), preferencialmente nas áreas de Psiquiatria, Medicina Física e

Reabilitação, Infectologia e Oncologia Clínica.

Segundo e Terceiro anos – Programa Específico – R2 e R3

- a) unidade de internação: mínimo de 30% da carga horária anual;
- b) ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;
- d) estágios obrigatórios de eletroencefalografia, eletroneuromiografia, neuro-radiologia, laboratório de líquido céfalo-raquídeo e Neuropediatria : mínimo de 15% da carga horária anual;
- e) estágios opcionais: neuro-oftalmologia, otoneurologia e Medicina Física e Reabilitação;
- f) instalações e equipamentos: patologia, laboratório de líquido céfalo-raquídeo, eletroencefalografia e eletromiógrafo.

40- NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - R1 e R2

A área de atuação em Neurologia Pediátrica terá 2 (dois) anos de duração, devendo ser anos opcionais vinculados aos Programas de Residência Médica em Pediatria ou Neurologia.

O acesso à área de atuação em Neurologia Pediátrica deverá dar-se mediante processo seletivo, cujo conteúdo programático contemplará o da Residência Médica cumprido em Pediatria ou Neurologia reconhecido pela CNRM.

A Neurologia Pediátrica compreenderá o seguinte programa:

Primeiro ano - R1

- a) Unidades e internação: 30% da carga horária – Semiologia e investigação diagnóstica de doenças hereditárias e metabólicas, epilepsia de difícil controle, doenças desmielinizantes e transtornos do movimento (incluindo acidentes vasculares cerebrais), disrafismos espinais, cranioestenoses, hidrocefalia, e tumores do SNC e periférico.
- b) Atendimento ambulatorial: 20% da carga horária – epilepsia, distúrbios do desenvolvimento em geral, tais como deficiência mental, principais síndromes genéticas, paralisia cerebral, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor de diferentes tipos, transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e distúrbios da aprendizagem.
- c) Urgências e emergências: 15% da carga horária – atendimento de urgências e emergências em Pronto-Socorro de Pediatria, tais como epilepsia, comas e outros distúrbios da consciência, infecções do SNC, hipertensão intracraniana, traumatismos de crânio e paralisias agudas de diferentes naturezas.
- d) Estágios em áreas correlatas: 15% da carga horária – enfermaria de Neurologia Geral, UTI de recuperação pós-neurocirúrgica, colheita e análise do líquido cefalorraquiano, Eletroencefalografia.
- e) Atividades em Unidade Básica de Saúde: 10% da carga horária – atendimento ambulatorial geral de Neurologia Pediátrica em Posto da Rede Pública pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- f) Atividades teórico-práticas: 10% da carga horária total – conferências, seminários, revisões bibliográficas discussões de casos clínicos, cursos de neuroanatomia, neurofisiologia, fisiopatologia e semiologia das principais síndromes neurológicas, noções de estatística, metodologia científica, bioética, atividades estas desenvolvidas com amplo acesso à Internet.

Segundo ano - R2

- a) Unidades de internação: 30% da carga horária - atividades práticas de orientações diagnósticas e terapêuticas nas enfermarias de Neurologia e Neurocirurgia Pediátricas, na Unidade de Neonatologia, e atendimento de Interconsultas para outras áreas pediátricas ou outros Departamentos da Instituição.
- b) Atendimento ambulatorial: 20% da carga horária – atendimento em ambulatórios gerais e especializados, tais como de epilepsia de difícil controle, neoplasias, doenças metabólicas e hereditárias, cefaléia e doenças neuromusculares.
- c) Urgências e emergências: 15% da carga horária – atendimento de emergências neurológicas em Pronto-Socorro de Pediatría, enfermarias, UTI, Unidades de Terapia Semi-intensiva, Berçário de casos externos, como suporte e orientação aos residentes do primeiro ano.
- d) Estágios em Áreas Correlatas: 15% da carga horária total – vídeo - EEG, neurorradiologia, eletroneuromiografia.
- e) Atividades em Unidade Básica de Saúde: 10% da carga horária – atendimento ambulatorial geral de neurologia pediátrica em Posto da Rede Pública pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- f) Atividades teórico-práticas: 10% da carga horária total – conferências, seminários,

discussões de casos clínicos, revisões bibliográficas, cursos de neuropatologia e de afecções básicas em Neurologia Pediátrica (encefalopatas progressivas e não progressivas, afecções neurológicas do recém-nascido, epilepsia, neuroectodermoses, doenças desmielinizantes, meningites e encefalites, doenças neuromusculares, cefaléia, transtorno do déficit de atenção e outros distúrbios do desenvolvimento, tumores do SNC e periférico).

INSTALAÇÕES E RECURSOS DE SUPORTE ESPECÍFICOS DISPONÍVEIS

- Unidade de internação, Pronto-Socorro, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Neonatal, Ambulatórios gerais e especializados de Neurologia Pediátrica.
- Laboratório de Análises Clínicas e Líquido Céfalo-Raquídeo
- Eletroencefalografia, Eletroneuromiografia
- Neurimagem: Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angiografia
- Anatomia Patológica
- Fisiatria e Reabilitação

41 – NUTROLOGIA - R1 e R2

Primeiro ano - R1

- a) Unidade de internação: enfermaria, mínimo de 40% carga horária anual.
- b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual, compreendendo ambulatórios gerais, ambulatórios de especialidades (geriatria, gastroenterologia, obesidade, oncologia);
- c) Unidade de terapia intensiva: mínimo 5% da carga horária anual;
- d) Unidade de emergência: mínimo de 5% da carga horária anual
- e) Cursos obrigatórios: avaliação nutricional; distúrbios de conduta alimentar, nutrição integral, nutrição parenteral;
- f) Atividades teóricas (incluindo os cursos obrigatórios), reuniões clínicas e discussão de casos:
mínimo de 5% da carga horária anual;

Segundo ano - R2

- a) Unidade de internação; mínimo 20% da carga horária anual
 - b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual
 - c) Estágios obrigatórios: centro cirúrgico; unidade de preparo de nutrição parenteral (40h); unidade de preparo de nutrição enteral (40h);
 - d) Atividades teóricas: mínimo de 5% da carga horária anual
 - e) Treinamento em centro cirúrgico deverá abranger: cateterização venosa profunda, acompanhamento de cirurgia de obesidade;
 - f) Estágios opcionais: laboratório de lípidos, proteínas e vitaminas; laboratório de nutrição; ambulatório de aminoacidopatias; ambulatório de enterectomizados.
- Número mínimo de procedimentos por ano – 100 avaliações de estado nutricional; 100 prescrições de nutrição enteral; 100 prescrições de nutrição parenteral; 30 bioimpedâncias; 20 cateterizações de veia profunda; acompanhamento clínico de 40 pacientes pós-cirurgia de obesidade.
- Equipamentos necessários: balanças e estadiômetros; caliper skinfolder; bioimpedanciômetro; bombas de infusão de nutrição parenteral e de nutrição enteral.

42- OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA - R1, R2 e R3

Primeiro ano - R1

1 – Atendimento na Atenção Primária/Rede Básica de Saúde

O Programa compreenderá treinamento em:

- a) Gestação de baixo risco: história clínica, exames físico geral, ginecológico e obstétrico e interpretação de exames complementares. Avaliação clínica da vitalidade fetal. Diagnóstico dos desvios da normalidade.
- b) Puerpério tardio: aconselhamento do futuro reprodutivo, orientação clínica e anticoncepcional e acompanhamento das modificações gravídicas locais e gerais. Retorno à fertilidade. Amamentação e seu papel na fertilidade. Indicação e prescrição de métodos anticoncepcionais para o puerpério. Acompanhamento de situações patológicas presentes durante a gestação e o puerpério.
- c) Ginecologia geral: diagnóstico e prevenção de afecções genitais clínicas, infecciosas e cirúrgicas.
- d) Métodos anticoncepcionais: inserção de DIU e implantes subdérmicos, administração de anticoncepcionais injetáveis e hormonais orais, assim como métodos de barreira.
- e) Prevenção do câncer ginecológico e mamário: exame clínico, colposcópico e avaliação de exame mamográfico.
- f) Período de estágio: 15% da carga horária.

2 – Urgência e Emergência – Capacitação em Pronto Atendimento Obstétrico

Pronto Socorro: Avaliação do trabalho de parto, inclusive prematuro. Avaliação e propedêutica de idade gestacional e vitalidade fetal. Diagnóstico do trabalho de parto para internação hospitalar. Atendimento às urgências obstétricas. Atendimento de abortamento. Avaliação de intercorrências clínicas na gestação que demandem consultas em pronto socorro. Atendimento de distúrbios puerperais tardios.

- Período de estágio: 15% da carga horária.

3 – Unidade de Internação

- a) Puerpério normal: assistência ao puerpério normal; lactação – fisiologia e assistência, distúrbios da amamentação, supressão da lactação, lactação e contraceção.
- b) Patologia do puerpério: infecção puerperal, abordagem etiológica e sindrômica, formas clínicas, diagnóstico e tratamento, assistência e condução de complicações obstétricas pós-operatórias.
- c) Hemorragia puerperal: diagnóstico e tratamento. Tromboembolismo puerperal.
- d) Afecções ginecológicas gerais: Indicação de tratamento clínico e/ou cirúrgico das principais afecções ginecológicas gerais. Cuidados pré e pós-operatórios. Diagnóstico e acompanhamento das principais complicações clínicas ou cirúrgicas em Ginecologia.

- Período de estágio: 15% da carga horária.

4 – Centro Obstétrico

- a) Condução e assistência ao parto e puerpério imediato de gestantes de baixo e de alto risco . Indução de parto. Procedimentos operatórios (cesárea, fórceps de alívio e abreviação, esterilização tubária) . Interpretação da monitorizações anteparto e intraparto. Procedimentos relacionados com o atendimento de puérperas e com abortamento e interrupção de gestação.
- b) Atuação em sala de recepção de recém-nascido, com realização de procedimentos de pequena complexidade.

- Período de estágio: 20 % da carga horária.

5 – Centro Cirúrgico

Procedimentos cirúrgicos em afecções benignas no trato genital e urinário inferior. cirurgias vaginais e abdominais eletivas de pequeno e médio porte, incluindo situações de urgência.

- Período de estágio: 20% da carga horária.

6 – Plantão em Obstetrícia e Ginecologia

Internação de gestantes em trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Participação em procedimentos de curetagem uterina pós-aborto e manejo clínico do abortamento. Participação em cirurgias, de urgência/emergência.

- Período de estágio: durante o primeiro ano de residência, sob a forma de plantões, com participação de todos os residentes de primeiro ano.

Segundo Ano – R2

1 – Ambulatório e Unidade de Internação nas Especialidades

a) Obstetrícia

Assistência pré-natal: afecções clínicas intercorrentes, doenças maternas e/ou fetais, atendimento interdisciplinar, aconselhamento gestacional, indicação de exames subsidiários para situações específicas durante a gestação, atendimento multidisciplinar das afecções clínicas ou cirúrgicas durante a gravidez de risco. Atenção integral à grávida adolescente: acompanhamento da gestante adolescente durante o pré-natal, enfocando a fisiologia do desenvolvimento normal da gestação e do conceito às necessidades médicas, psicológicas e sociais da adolescente; diagnóstico precoce, orientação e tratamento das situações patológicas mais comuns em gestantes adolescentes, no atendimento puerperal tardio e remoto às adolescentes, com aconselhamento de futuro reprodutivo, orientação clínica e anticoncepcional, na amamentação e seu papel na fertilidade. Indicação e prescrição de métodos anticoncepcionais para o puerpério. Inserção de DIU.

- Período de estágio: 20 % da carga horária.

b) Ginecologia

Fisiologia infanto-puberal, modificações fisiológicas e distúrbios ginecológicos da adolescência.

- Doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e vulvovaginites recorrentes; diagnóstico clínico-laboratorial e interpretação microbiológica e sorológica das DST e AIDS, tratamento medicamentoso/cirúrgico.

- Diagnóstico e tratamento das disfunções endócrinas.

- Fisiopatologia do climatério, com ênfase nos aspectos clínicos, propedêutica, tratamento e principais complicações metabólicas.

- Indicação e interpretação de exames de rastreamento e diagnósticos das doenças mamárias (mamografia, ultra-sonografia etc), e indicação e realização de cirurgias de pequeno porte.

- Diagnóstico clínico, tratamento de patologias benignas do trato genital inferior e colposcopia citológica no rastreamento e diagnóstico precoce de câncer de colo uterino, vagina, vulva, endométrio e ovário, na avaliação, controle e tratamento de doença trofoblástica e coriocarcinoma.

- Atendimento pré e pós-operatório em cirurgia ginecológica e solicitação e interpretação dos exames complementares.

- Período de estágio: 20% da carga horária.

2 – Pronto Socorro/Ginecologia

Atendimento de urgência de pacientes com doenças ginecológicas benignas e malignas.

- Período de estágio: 10% da carga horária.

3 – Unidade de Terapia Intensiva

Acompanhamento de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva; métodos propedêuticos, hemoterapia, tratamento dos vários estados de choque, suporte ventilatório e nutricional, antibioticoterapia e atendimento à parada cárdio-respiratória.

- Período de estágio: 10% da carga horária.

4 – Centro Obstétrico

Condução e assistência ao parto de gestante de baixo e alto risco. Condução de pacientes gestantes com patologias relacionadas ou não à sua condição obstétrica (eclampsia, cardiopatias, nefropatias, etc. Procedimentos operatórios (cesárea, fórceps de rotação, parto pélvico e gemelar, circlagem de colo uterino). Interpretação de monetarizações ante e intraparto. Atendimento cirúrgico de puérperas com complicações operatórias.

- Período de estágio: 10% da carga horária.

5 – Centro Cirúrgico

- Patologias benignas do trato genital e do trato urinário inferior; cirurgias vaginais e abdominais eletivas e de urgência.

- cirurgias mamárias de pequeno porte como exérese de nódulos benignos, de ductos principais e ressecção de tecido mamário ectópico. Auxílio de cirurgias para o tratamento de neoplasias malignas de mama; mastectomia radical ou radical modificada, biópsias de lesões suspeitas de mama, dirigidas por agulhamento estereotáxico, etc.

- cirurgias de pequeno e médio porte no tratamento de doenças ginecológicas malignas.

- Procedimentos diagnósticos e terapêuticos laparoscópicos e histeroscópicos.

- Período de estágio: 15% da carga horária.

6 – Ultrassonografia

Treinamento nas técnicas de imagem utilizadas em Obstetrícia e Ginecologia, capacitando o residente de segundo ano a indicar e interpretar exames ultrassonográficos, bem como acompanhar a realização de procedimentos como agulhamento mamário, biópsias guiadas por ultrassom e interpretar mamografias e outros exames relacionados com a propedêutica mamária.

- Período de estágio: 10% da carga horária.

7 – Plantões

- Internação de gestantes em trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Participação como assistente em cirurgias ginecológicas de urgência/emergência.

- Orientação sob supervisão docente, aos residentes de 1º ano e internos com a participação de todos os residentes de segundo ano.

Terceiro ano – R3

1 – Ambulatórios e Unidades de Internação

a) Obstetrícia

- Assistência pré-natal a gestantes com patologias clínicas intercorrentes, patologias obstétricas ou má-formação fetal. Atendimento multidisciplinar e aconselhamento gestacional. Indicação de exames subsidiários para acompanhamento da saúde materna e fetal.

- Reconhecimento das principais malformações fetais, identificando os grupos de risco, os diagnósticos sindrômico, anatômico e etiológico, a condutas obstétrica e perinatal. Treinamento no exame ultrassonográfico morfológico obstétrico.

- Atendimento a pacientes de mau resultado reprodutivo, tais como aborto habitual, restrições de crescimento infra uterino e óbito fetal recorrente, identificando a etiologia e propondo terapêuticas pertinentes. Identificar a síndrome antifosfolípídica e alterações autoimunes de importância para a reprodução.

- Período de estágio: 15% da carga horária.

b) Ginecologia

- Ginecologia infanto-puberal com ênfase nos aspectos psicológicos, anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, irregularidades menstruais, vulvovaginites e prevenção e tratamento de patologias mais comuns dessa faixa etária.

- Cinética miccional normal e patológica. Diagnóstico clínico e subsidiário da incontinência urinária. Tratamentos medicamentosos, fisioterápico e cirúrgico das distopias genitais e disfunções urinárias.

- Indicação e interpretação dos procedimentos propedêuticos e terapêuticos da infertilidade conjugal.

- Diagnóstico e tratamento das afecções endócrinas do eixo hipotálamo-hipofisário e ovarianas. Manejo das disfunções menstruais em pacientes com afecções não-ginecológicas.

- Indicação e interpretação de exames subsidiários no rastreamento e diagnóstico das doenças da mama, como: mamografia. Realização de punção-biópsia aspirativa e biópsia cirúrgica de mama. Diagnóstico de doenças benignas e malignas. Indicação e realização de cirurgias para o tratamento do câncer de mama.

- Doenças ginecológicas malignas, rastreamento e diagnóstico e afecções ginecológicas malignas. Estadiamento e tratamento do câncer de colo uterino, vagina, vulva, endométrio e ovário. Avaliação, controle e tratamento de doenças trofoblásticas e coriocarcionoma.

- Atendimento pré e pós-operatório das neoplasias malignas ginecológicas e mamária: (estadiamento cirúrgico do câncer de colo, vulva, endométrio, ovário e mama; diagnóstico diferencial dos tumores ginecológicos e mamários; solicitação e interpretação dos exames complementares).

- Tratamento adjunto (hormônio, químico e radioterápico) câncer ginecológico e mamário.

- Período de estágio: 25% da carga horária.

2 – Unidade de terapia Intensiva

Participação no atendimento às doentes graves, com aquisição de conhecimentos em métodos propedêuticos e terapêuticos incluindo hemoterapia, tratamento dos vários tipos de choque, terapia ventilatória e nutricional, manejo de antibioticoterapia e atendimento à parada cardíaco-respiratória.

- Período de estágio: 10% da carga horária.

3 – Centro Obstétrico

Condução e assistência ao parto em gestantes com intercorrências relacionadas ou não à sua condição obstétrica (eclampsia, cardiopatias, nefropatias, etc) . Procedimentos operatórios (cesárea, fórceps de rotação, parto pélvico e gemelar, circlagem de colo uterino) . Interpretação de monitorizações pré e intraparto. Atendimento de puérperas com complicações clínicas e cirúrgicas.

- Período de estágio: 10% da carga horária.

4 – Centro Cirúrgico

- Procedimentos por via vaginal: histerectomia sem prolapso de cúpula pós-histerectomia. cirurgias vaginais e a abdominais para correção de incontinência urinária.

- Cirurgias para tratamento do câncer de mama: mastectomias, biópsias de áreas suspeitas dirigidas ou não por agulhamento estereotáxico, etc.

-Realização de cirurgia para o tratamento do câncer ginecológico em estádios iniciais e seguimento pós-tratamento.

-Procedimentos cirúrgicos laparoscópicos e histeroscópicos.

-Período de estágio: 25% da carga horária.

5 – Ultrassonografia

Interpretação e acompanhamento de exames ultrassonográficos para diagnóstico de patologias obstétricas, ginecológicas, oncológicas pélvicas e mamárias. Avaliação de gestações normais e de alto risco. Realização de ecografias em situações de emergência em obstetrícia e ginecologia. Diagnóstico de tumores ginecológicos e mamários.

- Período de estágio: 10% da carga horária.

6 – Plantões

Os plantões deverão se desenvolver em unidades de pronto-atendimento, enfermarias e centro cirúrgico. Internação de gestantes em trabalho de parto, acompanhamento e atendimento aos partos normais e operatórios. Participação em cirurgias de urgência/emergência. Orientação, sob supervisor, de residentes de 1º e 2º ano e de internos.

- Período de estágio: durante todo o ano, com participação de todos os residentes de terceiro ano.

Atividade Teórica – Conteúdo Programático

1 – Obstetrícia

O conteúdo será oferecido durante 06 meses do ano, com a participação de todos os residentes.

Listagem mínima de temas de Obstetrícia para o conteúdo teórico:

- a) Embriologia e desenvolvimento fetal;
- b) Modificações fisiológicas da gestação;
- c) Endocrinologia do ciclo gravídico-puerperal;
- d) Diagnóstico da gravidez/Propedêutica clínica e laboratorial;
- e) Abortamento espontâneo;
- f) Abortamento habitual;
- g) Abortamento infectado e choque séptico (de causa obstétrica) ;
- h) Gestação ectópica;
- i) Doença trofoblástica gestacional;
- j) Assistência pré-natal normal e alto risco;
- k) Assistência ao parto;
- l) Avaliação da idade gestacional e maturidade fetal;
- m) Avaliação da vitalidade fetal;
- n) Indução e condução ao parto;
- o) Assistência ao puerpério;
- p) Puerpério patológico (infecção, hemorragia, etc.)
- q) Distocias mecânicas;
- r) Prematuridade;
- s) Gestação prolongada;
- t) Discinesia;
- u) Apresentação anômalas;
- v) Gemelidade
- w) Isoimunização ao Fator Rh;
- x) Sofrimento fetal agudo;
- y) Rotura prematura das membranas;
- z) DPP, Placenta prévia, Rotura uterina;
- aa) Hipertensão na gestação;

- bb) Avaliação do crescimento fetal e crescimento intra-uterino retardado;
- cc) Coagulopatia;
- dd) Morte fetal intra-útero;
- ee) Diabetes melito na gestação; ff) Infecção pré-natal não virótica; gg) Interrupção da gestação hh) Cardiopatia na gestação;
- ii) Terapêutica medicamentosa na gestação;
- jj) Nefropatia na gestação;
- kk) Noções gerais de Cardiotocografia, Ultrassonografia e Dopplerfluxometria.

2 –Ginecologia

O conteúdo será oferecido durante 06 meses do ano, com participação de todos os residentes.

Listagem mínima de temas de Ginecologia para o conteúdo teórico: a) Embriologia a anatomia do aparelho urogenital feminino;

- b) Fisiologia menstrual – controle neuroendócrino;
- c) Esteroidogenese;
- d) Semiologia ginecológica;
- e) Desenvolvimento puberal normal e anormal;
- f) Malformação genital;
- g) Planejamento familiar – métodos anticoncepcionais;
- h) Amenorréia;
- i) Sangramento genital;
- j) Hemorragia uterina disfuncional;
- k) Vulvovaginite;
- l) D. S. T. ;
- m) Doença inflamatória pélvica;
- n) Dor pélvica crônica;
- o) Incontinência urinária;
- p) Miomatose uterina;
- q) Endometriose;
- r) Dismenorréia;
- s) Síndrome Pré-Menstrual;
- t) Climatério;
- u) Patologia Benigna da Mama;
- v) Infertilidade conjugal;
- w) Sexualidade;
- y) Oncologia ginecológica;
- z) Endoscopia.

3 – Temas de Atualização em Obstetrícia e Ginecologia

O conteúdo será oferecido durante todo o ano, com a participação de todos os residentes.

Para cumprir tal conteúdo, os programas de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia poderão utilizar:

- Discussões de casos clínicos;
- Sessões de treinamento em temas da prática tocoginecológica;
- Seminários;
- Reuniões de Revisão Bibliográfica;
- Cursos abordando temas de ética, bioética, epidemiologia e bioestatística;
- Sessões anátomo-clínicas;

4 – Outras atividades de orientação e supervisão

- Discussão com supervisão docente dos casos atendidos nos ambulatórios;
- Discussão didática, com visita às enfermarias;
- Supervisão docente em cirurgia obstétrica e ginecológica;
- Participação em pesquisa, com supervisão docente;
- Participação em cursos/jornadas/Congressos da FEBRASGO, podem ser anexadas como conteúdo do programa, desde que haja comprovação de participação efetiva do médico residente.

43- OFTALMOLOGIA - R1, R2 e R3

a) Unidade de Internação: mínimo de 5% da carga horária anual;

b) Ambulatório: mínimo de 40% da carga horária anual;

c) Centro cirúrgico: mínimo de 20% da carga horária anual; d) Urgência e emergência: mínimo de 10% da carga horária anual; e) Centro de saúde: mínimo de 5% da carga horária anual;

f) Estágios obrigatórios: neurooftalmologia, cirurgia refrativa, prevenção da cegueira e reabilitação visual, órbita, doenças externas, estrabismo, úvea, patologia ocular, glaucoma, refração e lente de contacto e retina;

g) Instalações e equipamentos:

1. Consultório oftalmológico básico completo inclusive para deficiência visual e prevenção da cegueira e áreas especializadas: segmento anterior (patologia externa e catarata), glaucoma, estrabismo, refração, retina e vítreo, lente de contacto, úvea, visão subnormal, plástica ocular, órbita, motilidade extrínseca e vias lacrimais, urgências e emergências;

2. Centro cirúrgico completo para cirurgia com anestesia geral e material cirúrgico mínimo para cirurgia de catarata, estrabismo, glaucoma, descolamento de retina, vitrectomia e transplante de córnea.

h) Para o treinamento de cada médico residente são exigidos, no mínimo, 1.000 (mil) atendimentos clínicos e 50 (cinquenta) procedimentos cirúrgicos por ano.

44 – ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - R1, R2 e R3

a) Unidade de Internação: no mínimo 10% da carga horária anual; b) Ambulatório: no mínimo 25% da carga horária anual;

c) Urgência e emergência: no mínimo 20% da carga horária anual;

d) Centro cirúrgico: no mínimo 25% da carga horária anual;

e) Estágios obrigatórios: medicina física e reabilitação, neurologia e reumatologia;

f) Estágios opcionais: laboratório de biomecânica, técnica operatória e cirurgia experimental, genética médica, oficina ortopédica, diagnóstico por imagem, microcirurgia, Angiologia e cirurgia Vascular ou outros a critério da Instituição;

g) O treinamento do médico residente deverá ser obrigatoriamente na área de Ortopedia e Traumatologia, sendo que o treinamento em traumatologia não deverá exceder 70% do total.

45 – OTORRINOLARINGOLOGIA - R1, R2 e R3

a) Unidade de Internação: mínimo de 15% da carga horária anual;

b) Ambulatório: mínimo de 25% da carga horária anual;

c) Urgência e emergência: mínimo de 20% da carga horária anual;

- d) Centro cirúrgico: mínimo de 20% da carga horária anual;
- e) Estágios obrigatórios: bucofaringologia, estomatologia e laringologia, otologia e otoneurologia, rinologia e sinusologia, tumores da face, pescoço e base do crânio, cirurgia do trauma e estética facial, urgências e emergências em otorrinolaringologia;
- f) Instalações e equipamentos: audiômetro; impedanciômetro; material para audiometria condicionada; eletrônístagnômetro; potencial evocado auditivo; telescópio nasal 30°; telescópio laríngeo 70° e naso-faringo-laringoscópio flexível.

46 – PATOLOGIA - R1, R2 e R3

Primeiro ano - R1

- a) Necropsia: realização de exame macroscópico, preparo de peças, microscopia e emissão de laudo anatomopatológico, perfazendo 40% da carga horária anual mínima;
- b) Patologia cirúrgica: realização de exames macro e microscópicos de peças cirúrgicas e biópsias com elaboração dos laudos e correlação anátomo-cirúrgico; exame anatomopatológico no intra e no pós-operatório; indicação de técnicas especiais para complementação diagnóstica perfazendo 20% carga horária anual;
- c) citopatologia: estudo de espécimes obtidos de esfoliação, punção e líquidos cavitários perfazendo 20% carga horária anual ;
- d) Estágios obrigatórios: técnicas histológicas, registro , arquivo , codificação dos espécimes, informática e sessões anatomo-clínicas perfazendo cerca de 15% da carga horária anual.

Segundo ano - R2

- a) Necropsia perfazendo 20% da carga horária anual b) Patologia cirúrgica perfazendo 50% da carga horária anual
- c) Citopatologia perfazendo 15% da carga horária anual
- d) Estágios obrigatórios: Administração de laboratório. Medicina legal (60 horas) , sessões anatomo- clinicas, perfazendo 10 a 15 % da carga horária anual.

Terceiro ano – R3

- a) Necropsia de patologia fetal perfazendo 15% da carga horária anual b) Patologia cirúrgica perfazendo 25% da carga horária anual
- c) Citopatologia perfazendo 20% da carga horária anual d) Treinamento em especialidades, 30% da carga horária anual
- e) Sessões anatomo-clínicas perfazendo 5 a 10% da carga horária anual

Atividades teóricas complementares da Residência Médica – 10% da carga horária total do programa, distribuídos nos 3 anos de duração do programa

47- PATOLOGIA CLÍNICA / MEDICINA LABORATORIAL - R1, R2 E R3

Primeiro ano - R1

As atividades serão desenvolvidas nas áreas de:

- Clínica Médica – Cardiologia – Endocrinologia
- Gastroenterologia – Hematologia – Infectologia
- Nefrologia – Reumatologia – Pediatria – Enfermaria de Pronto Socorro
- Obstetrícia e Ginecologia

Segundo ano - R2

Atividades no ambiente do Laboratório Clínico

- Hematologia, Coagulação e Citologia: 17,5% carga horária do programa
- Bioquímica e Urinálise: 17,5% carga horária do programa
- Microbiologia e Parasitologia: 17,5% carga horária do programa
- Sorologia, Imunologia e Hormônios: 17,5% carga horária do programa
- Formação técnica em atividades de coleta, triagem de amostras, instrumentação de laboratório, fluxograma de execução de exames: 10% carga horária do programa

Terceiro ano - R3

Atividades no ambiente do Laboratório Clínico

- Líquidos Biológicos: pleural, peritoneal, pericárdico, céfalorraqueano, sinovial, derrames císticos e cavitários, correspondendo a 17,5% da carga horária do programa
- Biologia molecular: 17,5% carga horária do programa
- Gestão Laboratorial; recursos humanos, gerenciamento, abastecimento, compras e planejamento de custos, correspondendo a 10% da carga horária do programa
- Gestão de Qualidade: Atendimento a clientes, Controle interno e externo, Rastreabilidade, correspondendo a 10% da carga horária do programa
- Informática Médica: Estatística, Sistema de informatização de laboratórios e Epidemiologia médica, correspondendo a 10% da carga horária do programa

Estágios opcionais na Instituição ou outro local, correspondendo a 10% da carga horária do programa.

48- PEDIATRIA - R1 e R2

Primeiro ano - R1

- Unidade de internação geral: mínimo de 20% da carga horária anual. O médico residente deverá se responsabilizar por no mínimo 05 (cinco) e no máximo 10 (dez) pacientes;
- Ambulatório: mínimo de 40% da carga horária anual, compreendendo ambulatório geral de atenção primária à saúde, desenvolvido preferencialmente em unidade básica de saúde ou ambulatório de hospital pediátrico geral e ambulatório de especialidades pediátricas;
- Urgência e emergência: mínimo de 10% da carga horária anual;
- Neonatologia: no mínimo de 10% da carga horária anual, compreendendo sala de parto, alojamento conjunto e berçário.

Segundo ano - R2

- Unidade de internação: mínimo de 20% da carga horária anual. O médico residente deverá se responsabilizar por no mínimo 05 (cinco) e no máximo 10 (dez) pacientes;
- Ambulatório: mínimo de 25% da carga horária anual, compreendendo ambulatório geral de atenção à saúde, desenvolvido preferencialmente em unidade básica de saúde ou ambulatório de hospital pediátrico geral e ambulatório de especialidades pediátricas;
- Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;
- Neonatologia: mínimo de 10% da carga horária anual, compreendendo sala de parto, berçário de cuidados intermediários e berçário de recém-nascidos de risco;
- Cuidados intensivos (unidade de terapia intensiva) pediátricos e ou neonatal: mínimo de 10%

da carga horária anual;

f) Cursos obrigatórios: atenção peri-natal (binômio mãe-feto e reanimação neonatal) , treinamento em aleitamento materno, controle de infecção hospitalar, controle de doenças imunopreveníveis, prevenção de acidentes na infância e na adolescência, crescimento e desenvolvimento e atenção a saúde do adolescente;

g) Estágios opcionais: projetos comunitários de atenção à saúde, Genética médica, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cardiologia, Reumatologia, ou outros a critério da Instituição;

h) Instalações e equipamentos: unidade de internação de pediatria geral, unidade básica ou ambulatório pediátrico geral, unidade de cuidados intensivos, unidade de terapia intensiva pediátrica e/ ou neonatal, berçário e unidade neonatal.

49- NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

Corresponde ao item 40 desta Resolução.

50- PNEUMOLOGIA - R1 e R2

a) Unidade de internação: mínimo de 20% da carga horária anual;

b) Ambulatório: mínimo de 30% da carga horária anual;

c) Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual;

d) Estágios obrigatórios de provas funcionais respiratórias, terapia intensiva, broncoscopia, reabilitação respiratória, alergia e imunologia, laboratório de investigação da tosse, distúrbio respiratório do sono: mínimo de 15% da carga horária anual;

e) Estágios opcionais: Medicina Preventiva e Social em atividades de interesse da especialidade, Hemodinâmica, Otorrinolaringologia ou outros a critério da Instituição.

51- PSIQUIATRIA - R1, R2 e R3

Primeiro ano – R1

(mínimo de 2.880 horas anuais)

1. Programação Didática

1.1 Ciências Básicas

1.2 Avaliação Diagnóstica

1.3 Terapêuticas: Biológicas- Psicossociais

1.4 Ética em Psiquiatria

1.5 Conhecimentos Gerais

1.6 Políticas públicas em saúde mental

1.7 Psicopatologia Geral.

2. Treinamento em Serviço – Estes estágios deverão ser desenvolvidos em:

2.1 Estágio em Enfermaria (mínimo 30% da carga horária anual)

2.2 Estágio em Neurologia (mínimo 5% da carga horária anual)

2.3 Clínica Médica (mínimo 5% da carga horária anual)

2.4 Estágio Ambulatorial (mínimo 30% da carga horária anual)

2.5 Emergência Psiquiátrica (mínimo 10% da carga horária anual)

2.6 Estágio Optativo à critério da Instituição.

Segundo ano – R2

(mínimo de 2.880 horas anuais)

3. Programação Didática
 - 3.1 Ciências Básicas
 - 3.2 Psicopatologia Especial
 - 3.3 Psicoterapia
 - 3.4 Psiquiatria da Infância e Adolescência
 - 3.5 Abuso e Dependência de Drogas
4. Treinamento em Serviço – Estes estágios deverão ser desenvolvidos em:
 - 4.1 Emergência em Psiquiatria (mínimo 10% da carga horária anual)
 - 4.2 Interconsulta (mínimo 10% da carga horária anual)
 - 4.3 Estágio em Ambulatório ou CAPS ou NAPS (mínimo 40% de carga horária anual) ; com obrigação de desenvolver as seguintes áreas:
 - Dependência Química
 - Psiquiatria Geriátrica
 - Psiquiatria da Infância e Adolescência
 - Ambulatórios especializados (ex. : Esquizofrenia, Transtorno do Humor) Psiquiatria Geral
 - 4.4 Treinamento em Psicoterapia (mínimo 10% de carga horária anual)
 - 4.5 Estágio Optativo à critério da Instituição

Terceiro ano – R3

(mínimo de 2.880 horas anuais)

5. Programação Didática
 - 5.1 Ciências Básicas
 - 5.2 Psiquiatria Geriátrica
 - 5.3 Psiquiatria Forense
 - 5.4 Epidemiologia Psiquiátrica
 - 5.5 Psiquiatria Comunitária
 - 5.6 Conhecimentos Gerais
 - 5.7 Metodologia Científica
6. Treinamento em Serviço – Estes estágios deverão ser desenvolvidos em:
 - 6.1 Estágio em Ambulatório (mínimo 50% da carga horária anual) ; sendo:
 - Psiquiatria Geral
 - Ambulatório especializado
 - Área de atuação
 - 6.2 Treinamento em Psicoterapia (mínimo 10% da carga horária anual)
 - 6.3 Reabilitação (mínimo 10% da carga horária anual)
 - 6.4 Estágio Optativo à critério da Instituição (mínimo 10% da carga horária anual)

II - Ao final da Residência o Residente deverá ser capaz de:

- Comunicar-se eficientemente e demonstrar atenção e comportamentos respeitosos ao interagir com os pacientes e familiares.
- Reunir informação essencial e acurada sobre seus pacientes
- Tomar decisões de maneira informada acerca das intervenções diagnósticas e terapêuticas, com base nas informações e preferências do paciente, nas evidências científicas atualizadas e no julgamento clínico.
- Desenvolver e executar planos terapêuticos.
- Aconselhar e instruir pacientes e familiares.
- Usar tecnologia da informação para embasar as decisões de tratamento e a educação do

paciente.

- Executar com competência todos os procedimentos médicos e invasivos considerados essenciais para a área.
- Propiciar serviços de saúde que visem à prevenção dos problemas de saúde ou a manutenção da saúde.
- Trabalhar com profissionais de saúde, incluindo aqueles de outras disciplinas, para fornecer atendimento centrado no paciente.

III. Recursos Educacionais

Para Instituições implementarem o Programa de Residência Médica em Psiquiatria deverão constar

os seguintes recursos educacionais:

a) Biblioteca atualizada com livros-texto:

1-Psiquiatria geral

2-Neurociências

3-Psicoterapia

4-Periódicos nacionais e internacionais de psiquiatria.

b) Internet e outros acessos eletrônicos.

c) Salas equipadas com equipamentos audiovisuais.

d) Salas para atendimento clínico e psicoterápico.

IV. As competências a serem alcançadas serão as seguintes:

1. O residente demonstrará habilidade para executar e documentar um exame completo da história psiquiátrica de pacientes culturalmente diversos, pacientes geriátricos, crianças e adolescentes:

- História psiquiátrica atual e passada.
- História sociocultural e educacional.
- História da família, incluindo aspectos etnoculturais e genealógicos.
- História de abuso de substâncias.
- História médica e revisão dos sistemas.
- Exame físico e neurológico.
- Exame completo do estado mental, incluindo avaliação do funcionamento cognitivo.
- História desenvolvimental.

2. Com base em uma avaliação psiquiátrica completa (veja item 1 logo acima) , o residente demonstrará habilidade para desenvolver e documentar o seguinte:

- Diagnóstico diferencial abrangente segundo o CID 10 e/ou DSM IV.
- Saber avaliar e identificar sintomas, sinais e déficits psicopatológicos.
- Formulação integrativa de casos que incluam questões neurobiológicas, fenomenológicas, psicológicas e socioculturais envolvidas no diagnóstico e no controle.
- Plano de avaliação, incluindo exames laboratoriais, médicos e psicológicos adequados.
- Plano completo de tratamento abordando domínios biológicos e socioculturais.

3. O residente demonstrará habilidade para avaliar, discutir e documentar de maneira completa o potencial de o paciente ferir-se ou ferir outras pessoas, bem como para intervir. Essa habilidade inclui o seguinte:

Avaliação de risco.

Conhecimento de normas e dos procedimentos para o tratamento involuntário. Intervenção efetiva para minimizar os riscos.

Implementação de métodos para prevenir autolesão ou lesão a outras pessoas.

4. O residente demonstrará habilidade para conduzir intervenções terapêuticas (ex. : intensificar a capacidade de coletar e usar material clinicamente relevante através da conduta das intervenções de apoio) bem como executar intervenções exploratórias e esclarecimentos.
5. O residente demonstrará habilidade para conduzir uma série de terapias individuais, bem como terapias de grupo e família, usando para tanto modelos aceitos que sejam baseados em evidência, além de integrar essas psicoterapias ao tratamento de modelo múltiplo, incluindo intervenções biológicas e socioculturais.
6. O residente demonstrará conhecimento dos principais transtornos psiquiátricos, incluindo idade, sexo e considerações socioculturais com base na literatura científica e nos padrões de atuação. Esse conhecimento inclui o seguinte:
 - Epidemiologia do transtorno.
 - Etiologia do transtorno, incluindo (quando conhecidos) fatores médicos, genéticos e socioculturais.
 - Fenomenologia do transtorno.
 - Experiência, significado e explicação da doença para o paciente e sua família, incluindo a influência dos fatores culturais e das síndromes ligadas às culturas.
 - Crítérios de diagnóstico da CID 10 e DSM IV.
 - Estratégias de tratamento eficazes.
 - Curso e diagnóstico.
7. O residente demonstrará conhecimento dos medicamentos psicotrôpicos, incluindo antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, hipnóticos e outros. Esse conhecimento inclui o seguinte:
 - Ação farmacológica.
 - Indicações clínicas.
 - Efeitos colaterais.
 - Interações medicamentosas (incluindo medicamentos alternativos, à base de ervas e vendidos livremente nas farmácias) .
 - Toxicidade.
 - Práticas apropriadas para prescrição.
 - Idade, sexo e variações etnoculturais.
8. O residente demonstrará conhecimento sobre o abuso de substâncias. Esse conhecimento inclui o seguinte:
 - Ação farmacológica
 - Sinais e sintomas de toxicidade.
 - Sinais e sintomas de tolerância e abstinência.
 - Controle de toxicidade, tolerância e abstinência.
 - Epidemiologia, incluindo fatores socioculturais.
9. O residente demonstrará conhecimento do crescimento e do desenvolvimento humano, incluindo os desenvolvimentos biológico, cognitivo e psicossocial normais, bem como os fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religiosos/espirituais e familiares.
10. O residente demonstrará conhecimento da psiquiatria de emergência. Esse conhecimento inclui o seguinte:
 - Suicídio.
 - Intervenção de crises.
 - Diagnóstico diferencial nas situações de emergência.
 - Métodos de tratamento nas situações de emergência.

Homicídio, estupro e comportamento violento.

11. O residente demonstrará conhecimento da ciência comportamental e da psiquiatria sociocultural. Esse conhecimento inclui o seguinte:

Teologia, antropologia e sociologia quando relacionados à psiquiatria clínica.

Psiquiatria transcultural.

Saúde mental da comunidade.

Epidemiologia.

Métodos de pesquisa e estatística.

12. O residente demonstrará conhecimento das terapias psicossociais. Esse conhecimento inclui o seguinte:

Todas as formas de psicoterapia (grupo, individual, familiar, comportamental e prática) .

Tratamento das disfunções de transtornos específicos.

Relacionamento médico-paciente.

Outras modalidades psicoterapêuticas.

13. O residente demonstrará conhecimento dos métodos de tratamento somático. Esse conhecimento inclui o seguinte:

Farmacoterapia (conforme item 2 desta lista)

Eletroconvulsoterapia (ECT)

Outros procedimentos

14. O residente demonstrará conhecimento da avaliação do paciente e da seleção do tratamento. Esse conhecimento inclui o seguinte:

Testagem psicológica.

Métodos laboratoriais usados na psiquiatria.

Exame do estado mental.

Entrevista de diagnóstico.

Comparação e seleção do tratamento.

15. O residente demonstrará conhecimento da interconsulta psiquiátrica. Esse conhecimento inclui o seguinte:

Síndromes específicas (ex. : reações ao estresse, transtornos pós-parto, síndromes da dor, reações pós-cirúrgicas e na UTI) .

Aspectos psiquiátricos das doenças não-psiquiátricas.

Complicações psiquiátricas do tratamento não-psiquiátrico.

Transtornos psicossomáticos e somatopsíquicos.

Modelos de interconsulta psiquiátrica.

16. O residente demonstrará conhecimento da psiquiatria de criança e adolescente. Esse conhecimento inclui o seguinte:

Avaliação de tratamento de crianças e adolescentes.

Transtornos geralmente diagnosticados primeiro na infância ou na adolescência.

Retardo mental e outros problemas do desenvolvimento.

17. O residente demonstrará conhecimento de psiquiatria forense.

18. O residente demonstrará conhecimento de psiquiatria administrativa e de sistemas de atendimento de saúde.

19. O residente demonstrará conhecimento da ética.

20. Capacidade de atualização. O residente será capaz de:

Rever e avaliar criticamente a literatura científica.

Localizar, apreciar e assimilar evidências de estudos científicos relacionados com os problemas de saúde de seus pacientes (saber fazer investigação bibliográfica, ex. : na Medline) .

52 – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - R1, R2 e R3

a) Treinamento em serviço de radiologia geral: radiologia geral e contrastada, ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, densitometria óssea, ressonância magnética, radiologia intervencionista, técnicas de exame, urgências e emergências : mínimo de 80% da carga horária

anual;

b) Estágio opcional: medicina nuclear

c) Cursos obrigatórios: física médica e proteção radiológica e reanimação cardio-respiratória.

d) Instalações e equipamentos:

1. radiologia convencional com mesa de Bucky e Bucky vertical;
2. radiologia contrastada com mesa basculante e intensificação de imagem;
3. mamógrafo;
4. ultrassom de rotina e endocavitário com transdutores convexos e lineares;
5. Doppler colorido;
6. tomógrafo computadorizado.

e) Número mínimo de procedimentos e/ou laudos-relatórios exigidos por ano de treinamento para cada residente: 5000

53 – RADIOTERAPIA - R1, R2 e R3

Primeiro ano - R1

Treinamento em serviço de Cancerologia, Clínica Médica, Patologia, Radioterapia clínica e princípios de radiobiologia, física médica e informática.

Segundo ano - R2

Treinamento em radioterapia clínica, radiobiologia e física médica com treinamento de braquiterapia de baixa, média e alta taxa de dose. Ressonância magnética e sistemas computadorizados de planejamentos. Evolução dos pacientes tratados e urgências em radioterapia.

Terceiro ano - R3

Atendimento assistencial utilizando-se técnicas sofisticadas como radiocirurgia, terapia conformacionada, feixes de intensidade modulada, técnicas de radiação de campos alargados e implantes intersticiais. Revisão do curso de física médica.

Distribuição da carga horária anual mínima: Ambulatório: 30% da carga horária total

Centro cirúrgico: 8% da carga horária total

Pronto socorro: 10% da carga horária total Enfermaria: 30% da carga horária total Estágios opcionais: 2% da carga horária total

Estágios obrigatórios até 10% da carga horária total: (Imagem 15% , oncologia clínica 15% , clínica médica/emergências 15% , ginecologia: 15% , cirurgia de cabeça e pescoço 15% , pediatria 7% , cirurgia torácica 6% , urologia 6% , gastrocirurgia/coloproctologia 6% .)

Cursos obrigatórios até 10% da carga horária total: (Radioterapia clínica, radiobiologia, braquiterapia, física médica, informática/bioestatística e radioterapia especial) . Esses cursos serão anuais com 72 horas de duração e em nível de R1, R2 e R3. Além das

atividades teórico- complementares de oferecimento obrigatório na Residência Médica.

Procedimentos mínimos por residente/ano: Consultas: 1000, aplicações de megavoltagem: 2500; aplicações de braquiterapia: 100; aplicações de ortovoltagem: 1000; planejamento: 600; simulação: 600; urgência em radioterapia: 12; interconsulta: 70.

Infraestrutura mínima: Unidade de megavoltagem (cobalto ou acelerador linear) , Braquiterapia (lato sensu) , Radioterapia de Ortovoltagem e Sala de Simulação e Planejamento.

54- REUMATOLOGIA - R1 e R2

Primeiro ano - R1

- a) unidade de internação: mínimo de 15% da carga horária anual;
- b) ambulatório: mínimo de 45% da carga horária anual;
- c) urgência e emergência: mínimo de 10% da carga horária anual;
- d) Medicina Física e Reabilitação: mínimo de 10% da carga horária anual;

Segundo ano - R2

- a) Unidade de internação : mínimo de 20% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 45% da carga horária anual;
- c) Medicina Física e Reabilitação : mínimo 15% da carga horária anual;
- d) Estágios opcionais: Ortopedia e Traumatologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Dermatologia, Pediatria, laboratório clínico, Patologia ou outros a critério da Instituição; Instalações e equipamentos: agulhas de biópsias sinovial e óssea e sala depulsoterapia.

55- UROLOGIA - R1, R2 e R3

- a) Unidade de internação: mínimo de 15% da carga horária anual;
- b) Ambulatório: mínimo de 20% da carga horária anual;
- c) Urgência e emergência: mínimo de 10% da carga horária anual;
- d) Centro cirúrgico: mínimo de 30% da carga horária anual;
- e) Urodinâmica: mínimo de 5% da carga horária anual;
- f) Estágios obrigatórios: cirurgia Pediátrica, endourologia, litotripsia extracorpórea por choque, andrologia, oncologia urológica, uro-ginecologia, transplante renal, Nefrologia e Ginecologia;
- g) Estágios opcionais: Patologia, Laboratório de técnica operatória e cirurgia experimental, Neurologia, Vídeo-laparoscopia ou outros a critério da Instituição;
- h) Instalações e equipamentos obrigatórios: urodinâmica, uretero-rensocopia, propedêutica e terapêutica endoscópica, biópsia prostática.

Art. 17. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação revogando as Resoluções CNRM 04/2003; 07/2004; 15/2004; 16/2004; 17/2004; 09/2005; 10/2005; 11/2005 e demais disposições em contrário.

4.13 - RESOLUÇÃO CNRM 04/2006 - Cancelamento dos PRMs de RM pela NÃO Matrícula de Novos Residentes

Dispõe sobre o cancelamento de Programas de Residência Médica pela não realização de matrícula de novos residentes.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o

Decreto nº 80. 281, de 05 de setembro de 1977, e a Lei nº 6. 932, de 07 de julho de 1981, e considerando a necessidade de atualização das Resoluções da CNRM, resolve:

Art. 1º. A instituição responsável por Programas de Residência Médica que não matricular novos residentes de primeiro ano por período superior a 12 (doze) meses deverá solicitar autorização prévia à Comissão Estadual de Residência Médica para a sua realização.

Art. 2º . A Comissão Nacional de Residência Médica cancelará o programa de Residência Médica da instituição que não realizar processo seletivo a ele correspondente por período igual ou superior a 02 (dois) anos, após aprovação da Comissão Estadual de Residência Médica.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4.14 - RESOLUÇÃO CNRM 06/2006 – Avaliação dos PRMs de RM

Dispõe sobre a avaliação dos Programas de Residência Médica.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09/1977, e a Lei 6.932, de 07/07/1981, considerando que a Residência Médica é uma modalidade de ensino pós-graduado, criada e regulamentada por Lei Federal, com o objetivo de treinar médicos em serviço, sob supervisão apropriada, de modo a atender as necessidades do país no que se refere à formação de profissionais qualificados dentro da área médica; considerando que esta modalidade de ensino deve ser regularmente avaliada por meio de instrumentos apropriados no sentido de adequar e aprimorar o conteúdo educacional e assistencial dos programas, utilizando-se de qualificadores que permitam o máximo de fidedignidade e o mínimo de injunções externas à própria avaliação, resolve:

Art. 1º. Os Programas de Residência Médica serão avaliados, no máximo, a cada cinco anos, com vistas à renovação de seus credenciamentos.

Art. 2º Estas avaliações quinquenais contemplarão a análise das dimensões de infraestrutura, projeto pedagógico, corpo docente, corpo discente e contribuição ao desenvolvimento do sistema local de saúde.

Parágrafo único: As avaliações de que trata o *caput* deste artigo serão aplicadas após dois anos no caso de primeiro credenciamento.

Art. 3º Os Pedidos de Credenciamento de Programas – PCP serão submetidos à avaliação para fins de credenciamento provisório, considerando-se as dimensões de infraestrutura, projeto pedagógico, corpo docente e compromisso com o sistema local de saúde.

Parágrafo único. As avaliações previstas nos artigos supracitados serão realizadas *in loco*, por comissão visitadora, utilizando-se dos instrumentos de avaliação aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

Art. 4º A Comissão Estadual de Residência Médica – CEREM fará a designação da comissão de avaliação do programa de residência médica, que deverá ser constituída, de preferência, por, no mínimo, um dos seus membros, um membro indicado pela Sociedade de Especialidade filiada à Associação Médica Brasileira – AMB, correspondente ao programa, um representante do gestor público local de saúde, indicado pela Secretaria Estadual de Saúde, e um médico residente indicado pela Associação Nacional de Médicos Residentes – ANMR..

§1º Em caso de eventual impedimento de algum representante, a instituição correspondente deverá comunicar em tempo hábil à CEREM, à qual caberá indicar o suplente.

§ 2º Os membros da comissão de avaliação deverão ser médicos registrados no CRM, com experiência em ensino médico.

§ 3º Em caso de representante do gestor público de saúde, este deverá estar vinculado, na gestão pública, à área a ser avaliada.

Art. 5º. Os critérios e indicadores de avaliação são os determinados pela CNRM.

Parágrafo único. A ponderação dos pontos a serem avaliados deverá respeitar a seguinte distribuição:

- Conteúdo do Programa e infraestrutura – 40% (quarenta por cento)

- Corpo docente – 30% (trinta por cento)

- Residentes/desempenho – 30% (trinta por cento)

Art. 6º. O resultado final da avaliação será classificado em:

I – Com índice de desempenho maior que 50% (cinquenta por cento), o curso será reconhecido por 05 (cinco) anos;

II – Com índice de desempenho variável entre 25% (vinte e cinco por cento) e 50% (cinquenta por cento), o programa será submetido à diligência e deverá ser reavaliado em até 02 (dois) anos;

III – Com índice de desempenho menor que 25% (vinte e cinco por cento), o programa será descredenciado;

IV – Nova solicitação somente poderá ser feita após um ano, a contar da data do descredenciamento;

Parágrafo único. Para os casos de pontuação inferior a 25% (vinte e cinco por cento) dos pontos possíveis, em qualquer dos três itens avaliados a que se refere o artigo 5º desta Resolução, o Programa de Residência Médica será colocado em diligência e reavaliado em até 2 (dois) anos, mesmo que na avaliação global alcance pontuação superior a 50% (cinquenta por cento).

Art. 7º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CNRM Nº 09/2004, publicada no DOU de 13 de agosto de 2004, Seção I e demais disposições em contrário.

4.15 - RESOLUÇÃO CNRM 07/2006 - Duração Conteúdo de PRM de RM de Cancerologia Cirúrgica

Dispõe sobre a duração do programa de Residência Médica de Cancerologia/ Cirúrgica e seu conteúdo programático.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09/1977, e a Lei 6.932, de 07/07/1981, e considerando o disposto na Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006, resolve:

Art. 1º O programa de Residência Médica em Cancerologia/ Cirúrgica terá a duração de 03 (três) anos, tendo como pré-requisito 2 (dois) anos em Cirurgia Geral, com o seguinte conteúdo programático.

Primeiro Ano:

a) Cancerologia básica: 10 % da carga horária anual;

b) Unidade de internação: 20 % da carga horária anual;

c) Ambulatório: 20 % da carga horária anual;

d) Centro Cirúrgico: 20 % da carga horária anual;

e) Urgência e emergência: 10 % da carga horária anual;

f) Atividades teóricas complementares: 20 % da carga horária anual.

Realiza prioritariamente procedimentos classificados como grau 1 de complexidade no nível 1 de competência (tabela anexa).

Segundo Ano:

- a) Unidade de internação: 20 % da carga horária anual;
- b) Ambulatório: 25 % da carga horária anual;
- c) Centro cirúrgico: 25 % da carga horária anual;
- d) Urgência e emergência: 10 % da carga horária anual;
- e) Atividades teóricas complementares: 20 % da carga horária anual, incluindo conteúdos de radioterapia e patologia.

Realiza prioritariamente procedimentos classificados como geral 1 de complexidade no primeiro semestre e inicia a realização de procedimentos do grau 2 no segundo semestre.

Terceiro Ano:

- a) Unidade de internação: 20 % da carga horária anual;
- b) Ambulatório: 20 % da carga horária anual;
- c) Centro cirúrgico: 40 % da carga horária anual;
- d) Urgência e emergência: 10 % da carga horária anual;
- e) Atividades teóricas complementares: 10 % da carga horária anual.

Realiza procedimentos do grau 2 de complexidade no nível 1 de competência (tabela anexa), sendo desejável participação em atividades do nível 2.

Instalações e pré-requisitos para funcionamento: registro de câncer, unidade de quimioterapia, serviço de patologia, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, banco de sangue, serviço de radiologia com tomografia computadorizada e ressonância magnética, serviço de medicina nuclear e radioterapia.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

ANEXO

TABELA: Procedimentos cirúrgicos segundo o nível de desempenho.

NÍVEL 1 DE DESEMPENHO

- Nível de exigência para certificação;
- Orientado pela prevalência e grau de complexidade;
- Condição de nivelamento do profissional (nacional).

NÍVEL 2 DE DESEMPENHO

- Nível desejável de exigência na certificação;
- Orientada pela complexidade e pelas características institucionais e/ou regionais;
- Condição de diferenciação do cirurgião oncológico;
- Condição da sofisticação tecnológica existente na Instituição.

ÁREAS	NÍVEL 1	NÍVEL 2
1.MAMA	Tumorectomias (Exerse de Nódulos) PAAF (Punção Aspirativa com agulha fina) de nódulos Core-Biopsia (Biopsia por fragmento com agulha grossa) de nódulos Biopsia Incisional Biopsias de lesões cutâneas da mama	Mastectomia com reconstrução imediata (skin-sparing ou outra técnica)

	<p>Drenagem e/ou aspiração de seromas</p> <p>Ressecção de Setor Mamário (Segmentectomia, Quadrantectomias)</p> <p>Mastectomia Simples</p> <p>Dutectomia</p> <p>Centralectomias</p> <p>Estudo de linfonodo sentinela Ressecção de Setor mamário com linfadenectomia axilar</p> <p>Centralectomia com linfadenectomia axilar</p> <p>Mastectomia radical</p> <p>Mastectomia radical modificada</p> <p>Linfadenectomia axilar</p> <p>Exereses de lesão mamária por marcação estereotáxica</p> <p>Resgate em recidiva loco-regionais de pequeno porte em câncer de mama</p> <p>Resgate em recidiva loco-regionais de grande porte em câncer de mama</p> <p>Cirurgia radioguiada</p>	
2.CABEÇA E PESCOÇO	<p>Tiróide/Paratiróide/Glândulas Salivares:</p> <p>Nasofibrolaringoscopia</p> <p>Biopsias para diagnóstico/tratamento</p> <p>Traqueostomias</p> <p>Tireoidectomia com ou sem esvaziamento</p> <p>Glossectomia</p> <p>Glossectomia parcial</p> <p>Parotidectomia</p> <p>Cavidade Oral</p> <p>Ressecção simples de tumor de boca</p> <p>Ressecção simples de tumor de lábio</p> <p>Reconstruções simples</p> <p>Esvaziamentos cervicais</p>	<p>Cavidade Oral</p> <p>-Mandibulectomia</p> <p>-</p> <p>Pelviglossomandibulectomia</p> <p>Laringe</p> <p>-Laringectomia total</p> <p>-Laringectomia parcial</p> <p>Tiróide/Paratiróide/Glândulas Salivares</p> <p>-Paratireoidectomia</p> <p>Cirurgias de resgate(recidiva)</p>
3.TÓRAX	<p>Parede torácica</p> <p>-Drenagens torácicas</p> <p>-Pleurodese</p> <p>-Biopsias</p> <p>Pulmão</p> <p>-Pleuroscopia /Videotoroscopia (diagnóstico)</p> <p>-Broncoscopia diagnóstica</p> <p>-Segmentectomias</p>	<p>Pulmão</p> <p>-Pneumectomia sem linfadenectomia</p> <p>-Pneumectomia com linfadenectomia</p> <p>-Traqueoplastia</p> <p>Mediastino</p> <p>-Ressecções tumores mediastino</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Cunha/nodulesctomia -Lobectomias radicais <p>Mediastino</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mediastinoscopia (diagnóstico) <p>Parede torácica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Biopsias -Toracectomia com ou sem reconstrução 	
4.DIGESTÓRIO	<p>Estômago</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cirurgias Paliativas (gastrostomia, gastroenteroanastomose,jejunostomia) -Gastrectomia parcial com ou sem linfadectomia -Gastrectomia total com ou sem linfadectomia <p>Cólon/Reto/Ânus</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ressecções endoanais -Cirurgias paliativas -Colectomias -Retossigmoidectomia -Amputação abdominoperineal -Cirurgias profiláticas Ressecções alargadas -Exenterações pélvicas <p>Fígado/Vias Biliares/Pâncreas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Derivações biliares -Ressecção hepática em cunha Retosigmoidoscopia diagnóstica <p>Esôfago</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transposições -Esofagectomia com ou sem toracotomia -Ressecções Multiorgânicas <p>Estômago</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recidivas 	<p>Cólon/Reto/Ânus</p> <ul style="list-style-type: none"> -Procedimentos laparoscópicos <p>Fígado/Vias Biliares/Pâncreas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pancreatectomia -Gastroduodenopancreatectomia -Hepatectomias <p>Retroperitônio</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ressecções de Tumores retroperitoneais -Cirurgia citoreduzora e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica
5.APARELHO REPRODUTOR FEMININO	<ul style="list-style-type: none"> -Conização -Cirurgia de alta frequência -Vulvoscopia -Colposcopia -Curetagem semiótica -Histeroscopia -Videolaparoscopia diagnóstica -Linfadenectomias inguinais superficiais e profundas <p>Colo e Útero</p>	<p>Vulva/Vagina</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colpectomias -Vulvectomy radical <p>Procedimentos videolaparoscópicos terapêuticos</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Histerectomia I e II -Linfadenectomia pélvica seletiva e completa -Linfadenectomia para-aórtica -Colpectomia -Cirurgia via vaginal -Exenteração pélvica -Cirurgia de Wertheim Meigs <p>Ovário/Trompa</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salpingectomia -Anexectomia -Ooforectomia -Linfadenectomia pélvica retroperitoneal -Cirurgias estadiamento (linfadenectomias, omentectomias, biopsias múltiplas, histerectomia tipo I) -Citorredutoras/Resgate Vulva/Vagina Vulvectomia parcial 	
6.APARELHO GENITO-URINÁRIO MASCULINO	<p>Pênis</p> <ul style="list-style-type: none"> -Linfadenectomia inguino-ilíaca <p>Próstata</p> <ul style="list-style-type: none"> -Orquiectomia subcapsular -Orquiectomia total bilateral -Citoscopia diagnóstica -Prostatectomia radical <p>Bexiga</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cistoprostatectomia radical -Exenterações pélvicas anteriores -Derivações e reconstruções urinárias -Cistectomia parcial <p>Testículo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Orquiectomia radical -Linfadenectomias retroperitoneais 	<p>Pênis</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amputações parciais /totais -Emasculação <p>Rim</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nefrectomias parciais -Suprarenalectomia -Videolaparoscopia terapêutica <p>Bexiga</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ressecções trans-uretrais
7.TECIDO ÓSSEO E CONECTIVO E PELE	<ul style="list-style-type: none"> Biopsias (partes moles) Amputações e desarticulações Ressecções compartimentais em extremidades <p>Melanomas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Biopsias -Pesquisa do linfonodo sentinela -Ressecções locais com ou sem linfadenectomias topográficas 	<p>Não melanoma</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ressecções com preservações de membros em cintura pélvica/escapular (hemipelvectomias, escapulectomias e Tickhoff-Linberg) -Ressecções multiviscerais

	-Reconstruções com retalhos miocutâneos Não melanoma -Ressecções locais -Biopsias -Ressecções alargadas -Reconstruções (rotação de retalho e enxerto) -Linfadenectomias Topográficas	por tumores retroperitoneais
--	---	------------------------------

4.16 - RESOLUÇÃO CNRM 08/2006 – Pré-Requisito para o PRM de Endoscopia

Dispõe sobre os pré-requisitos para o programa de Residência Médica em Endoscopia.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, CNRM, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto n.º 80.281, de 05/09/81, e a Lei 6.932, de 07/07/1981, e considerando a necessidade de se atualizar o pré-requisito da Especialidade de Endoscopia, conforme manifestações da respectiva Sociedade de Especialidade, resolve:

Art. 1º. Constitui pré-requisito para o programa de Residência Médica em Endoscopia o programa de Residência Médica em Clínica Médica, conforme o artigo 1º da Resolução CNRM n.º 02/2006.

Art. 2º. Constitui pré-requisito para a Residência Médica em Endoscopia o programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, com duração de 2 (dois) anos.

Art. 3º. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

4.17 - RESOLUÇÃO CNRM 09/2006 – Duração da Área de Atuação de Medicina Intensiva Pediátrica

Dispõe sobre a duração da área de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica e seu conteúdo programático.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09//1977, e a Lei 6.932, de 07/07/1981, e considerando o disposto na Resolução CNRM n.º 02/2006, de 17 de maio de 2006, resolve:

Art. 1º A área de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica terá 2 (dois) anos de duração, tendo como pré-requisito 2 (dois) anos de Residência Médica em Pediatria, cujo programa deve ser reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º O acesso à área de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica deverá dar-se mediante processo seletivo, cujo conteúdo programático contemplará o da Residência Médica cumprido em Pediatria reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º A área de atuação em Medicina Intensiva Pediátrica compreenderá o seguinte programa:

A) ATIVIDADES PRÁTICAS

- Dois anos em atividades desenvolvidas em unidade de terapia intensiva pediátrica geral (atendendo pacientes clínicos e cirúrgicos);

- Atendimento em emergência:mínimo de 10%da carga horária total anual;
- Pós-ambulatório em cirurgia de grande porte:mínimo de 10%da carga horária total anual;
- Treinamento em Neonatologia: mínimo de 10%da carga horária total anual.

B)ATIVIDADES TEÓRICAS

A ser desenvolvido durante os dois anos correspondentes à área de atuação.

1 – Avaliação clínica do paciente grave

Escores de gravidade e prognóstico.

2 – Reanimação cárdio-respiratória-cerebral

Atualização e discussão do PALS (Pediatric Advanced Life Support);

Manobras utilizadas na PCR (Acesso vascular, intra-óssea, entubação, traqueostomia e demais procedimentos);

Drogas na PCR;

Desfibrilação.

3 – Aparelho cardiocirculatório

Arritmias cardíacas;tamponamento cardíaco;emergências hipertensivas;choque cardiogênico, hipovolêmico,distributivo e obstrutivo;ICC e edema pulmonar;reposição volêmica;reposição hipertônica; disfunção diastólica; drogas de suporte hemodinâmico; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva;transporte de oxigênio;metabolismo do oxigênio em condições normais e patológicas;tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda;cardiopatias congênitas; hipertensão pulmonar persistente neonatal;persistência do conduto arterioso.

4 – Aparelho respiratório

Insuficiência respiratória aguda. Fisiopatologia e tratamento. Trocas gasosas pulmonares;

Estado de mal asmático. DPOC agudizado. Síndrome do desconforto respiratório agudo;

Bronco aspiração;

Oxigenioterapia: indicações, métodos,controle e complicações. Oxigenioterapia hiperbárica;

Suporte ventilatório mecânico invasivo e não invasivo:indicações,métodos,controle e complicações;Estratégias de proteção pulmonar;

Ventilação mecânica na asma, SARA, profilática (pós-operatório)e no paciente neuropata;

Monitorização da ventilação mecânica. Capnografia e Oximetria;

Complicações da ventilação mecânica: barotrauma, volutrauma e pneumonia;

Desmame do suporte ventilatório;

Aspiração de corpo estranho;

Gasometria arterial/óxido nítrico;

Doença da membrana hialina. Surfactante pulmonar;

Síndrome da aspiração de mecônio;

Doenças respiratórias obstrutivas altas;

Anoxia perinatal. Apnéia do recém-nascido. Displasia bronco pulmonar.

5 – Infecção e sepse

Infecções: profilaxia, diagnóstico e tratamento;

Infecções relacionadas aos métodos invasivos;

Sepse. Síndrome da resposta inflamatória sistêmica.Disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (IMOS/SDOM).

Antibioticoterapia em Medicina Intensiva. Escores de avaliação de prognóstico;

Infecção no imunodeprimido;
Endocardite bacteriana;
Meningites. Infecção em pacientes imunodeprimidos/AIDS;
Dengue, tétano, malária e leptospirose;
Infecções hospitalares;
Translocação bacteriana. Descontaminação seletiva do sistema gastrointestinal.

6 – Neurológico

Hipertensão endocraniana: monitorização da pressão intracraniana;
Estado de mal convulsivo. Mastemia grave;
Infecções do sistema nervoso central (meningites virais, bacterianas e outras modalidades);
Hemorragia intraventricular do recém-nascido;
Anóxia neonatal e na criança maior;
Comas em geral. Acidentes vasculares encefálicos. Trombolíticos;
Polirradiculoneurites /Monitorização do metabolismo cerebral, métodos de proteção e tratamento;
Noções de neuroimagem.

7 – Gastrointestinal

Gastroenterite infecciosa. Colites. Hemorragia digestiva alta e baixa;
Insuficiência hepática e medidas de suporte;
Abdome agudo clínico (pancreatite aguda e outras afecções) e cirúrgico (pós-operatório, apendicite, peritonite, enterocolite e outras afecções).

8 – Sistema endócrino--metabólico

Cetoacidose diabética. Coma hiperosmolar. Hipoglicemia;
Crise tireotóxica. Coma mixedematoso;
Insuficiência supra-renal congênita e aguda;
Rabdomiólise;
Diabete insípido. Síndrome de secreção inapropriada de ADH.

9 – Renal

Insuficiência renal aguda e crônica;
Métodos dialíticos;
Distúrbio hidroeletrólítico e ácido-base;
Hiperpotassemia, hipo e hipernatremia e outros;

10 – Pré e Pós--Operatório

Avaliação do risco cirúrgico pré-operatório;
Analgesia e anestesia;
Circulação extracorpórea.

11 – Coagulação

Coagulação intravascular disseminada, fibrinólise, coagulopatia de consumo;
Anticoagulação;
Uso de hemoderivados e substitutos do plasma.

12 – Politraumatismo

Trauma crânio-encefálico. Trauma raquimedular. Síndromes compartimentais. Embolia gordurosa.

13 – Grande queimado

Hidratação;
Nutrição;
Analgesia e anestesia.

14 – Intoxicações exógenas e acidentes por animais peçonhentos, acidentes por agentes físicos e químicos. Quase afogamento.

15 – Transplante hepático, cardíaco, renal e medula óssea. Manutenção do doador e manuseio do paciente transplantado. Morte encefálica.

16 – Suporte nutricional

Nutrição parenteral e enteral: avaliação e acompanhamento nutricional, vias de acesso, indicações, composição das formulações e complicações nas seguintes patologias:

- Insuficiência respiratória;
- Queimado;
- Trauma;
- Insuficiência hepática e renal;
- Imunomoduladores;
- Sepses.

17 – Procedimentos invasivos de diagnóstico e tratamento – indicações e complicações

Intubação traqueal /traqueostomia /cricotireotomia;

Cateterização arterial;

Dissecção venosa;

Marca-passo. Cateterização venosa central e da artéria pulmonar;

Pericardiocentese e drenagem pleural. Raquicentese;

Cateterização da veia umbelical;

Punção intra-óssea.

18 – Iatrogenia em terapia intensiva..

19 – Métodos de imagem em Medicina Intensiva..

20 – Aspectos éticos da Medicina Intensiva..Humanização.

21 – Sedação,,analgesia e bloqueio neuromuscular em UTI.

22 – Paciente oncológico em UTI..

23 – Transporte do paciente grave::intra e extra-hospitalar.

24 – Interações medicamentosas..

25 – Análise crítica da metodologia científica..

26 – Indicadores de qualidade..

Art.4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

4.18 - Resolução CNRM Nº 01, de 31 de julho de 2007

Dispõe sobre a duração do programa de Residência Médica de Cancerologia/Clínica e seu conteúdo programático

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09/1977, e a Lei 6.932, de 07/07/1981, e considerando o disposto na Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006, resolve:

Art. 1º O programa de Residência Médica em Cancerologia/Clínica terá a duração de 03 (três) anos, tendo como pré-requisito 2 (dois) anos em Clínica Médica, com o seguinte conteúdo programático:

Primeiro Ano:

a) Unidade de internação: 50% da carga horária anual;

- b) Ambulatório: 25% da carga horária anual;
- c) Pronto Atendimento/Intercorrências: 10% da carga horária anual;
- d) Atividades teóricas complementares: 15 % da carga horária anual.

Segundo Ano:

- a) Unidade de internação: 22 % da carga horária anual;
- b) Ambulatório: 50 % da carga horária anual;
- c) Pronto Atendimento/Intercorrências: 10% da carga horária anual;
- d) Atividades teóricas complementares: 15 % da carga horária anual;
- e) Radioterapia: 3% da carga horária anual.

Terceiro Ano:

- a) Unidade de internação: 10 % da carga horária anual;
- b) Ambulatório: 60 % da carga horária anual;
- c) Pronto Atendimento/Intercorrências: 5% da carga horária anual;
- d) Atividades teóricas complementares: 15 % da carga horária anual;
- e) Estágios Opcionais: 10 % da carga horária anual.

Art. 2º As instituições credenciadas para Residência Médica em Cancerologia/Clínica devem, obrigatoriamente, disponibilizar leitos específicos em unidade de internação de adultos, ambulatório específico para atendimento em cancerologia clínica, unidade de pronto atendimento/urgência/emergência. Deve assegurar, segundo as características a instituição, atividades de atenção ambulatorial e em unidade de internação com pacientes com enfermidades onco-hematológicas.

Art.3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

4.19 - Resolução CNRM Nº 02, de 20 de agosto de 2007

Dispõe sobre a duração e o conteúdo programático da Residência Médica de Cirurgia da Mão

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09/1977, e a Lei 6.932, de 07/07/1981, e considerando as exposições de motivos das Sociedades de Especialidades e as decisões da plenária da Comissão Nacional de Residência Médica de 07/10/2004, resolve:

Art. 1º - O Programa de Residência Médica de Cirurgia da Mão terá duração de 2 anos, como especialidade que exige pré-requisito.

Art. 2º - O Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão exige como pré-requisito Residência em Ortopedia e Traumatologia ou Cirurgia Plástica.

Art. 3º - O processo seletivo deverá contemplar questões referentes às áreas do pré-requisito.

Parágrafo único - Os programas que tiveram processo seletivo em 2006 reger-se-ão pela Resolução CNRM Nº 02/2006.

Art. 4º - O programa de Residência Médica de Cirurgia da Mão terá o seguinte conteúdo programático:

CIRURGIA DA MÃO - R1 e R2.

Primeiro Ano – R1

- Vias de acesso cirúrgico dos membros superiores.
- Fisiologia e biomecânica dos membros superiores.
- Semiologia dos membros superiores.
- Afecções ortopédicas, vasculares, neurológicas e cutâneas, sua abordagem global, especialmente quanto ao diagnóstico clínico, meios subsidiários e princípios de tratamento e a sua aplicabilidade nos membros superiores.
- Preparo pré-operatório e seguimento pós-operatório imediato e tardio dos pacientes com afecções nos membros superiores.
- Realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte.
- Atividades de reabilitação da mão / terapia da mão.
- Técnicas microcirúrgicas vasculares e neurológicas.
- Técnicas vídeo-endoscópicas nos membros superiores.
- Exame eletrofisiológico.
- Elaboração de pesquisa e/ou trabalhos científicos no âmbito da especialidade.
- Consulta à literatura científica nacional e internacional.

Métodos

- Programa teórico: aulas, seminários, reuniões clínicas e estudos dirigidos. – 10%.

- Programa teórico-prático:

Atividades de Pronto Socorro:

- Pronto Socorro de cirurgia da Mão – 15%

Atividades em Enfermaria, Ambulatório e Centro Cirúrgico:

- Cirurgia da Mão – 50%

- Unidade de Queimados – 5%

Atividades em Laboratório:

- Anatomia (laboratório e SVO) – 5%

- Microcirurgia – 5%

- Artroscopia – 5%

Outras atividades:

- Reabilitação – 5%

Segundo Ano – R2

- Atendimento ao paciente ambulatorial e internado portador de afecções nos membros superiores, sejam elas ortopédicas, traumáticas, neurológicas, vasculares, cutâneas, reumatológicas.
- Realização de procedimentos cirúrgicos de médio e grande porte.
- Aplicação das técnicas microcirúrgicas vasculares e neurológicas nos reimplantes, retalhos microcirúrgicos e reconstrução do plexo braquial.
- Aplicação das técnicas vídeo-endoscópicas nos membros superiores.
- Conclusão do trabalho científico.
- Suporte e retaguarda técnico-funcional ao R1.

Métodos

- Programa teórico: aulas, seminários, reuniões clínicas e estudos dirigidos – 10%.

- Programa teórico-prático:

- Pronto Socorro de Cirurgia da Mão – 20%

Atividades em Enfermaria, Ambulatório e Centro Cirúrgico:

- Cirurgia da Mão – 60%

- Reumatologia – 10%

Programa Teórico Mínimo – Aulas, seminários e/ou estudos dirigidos

- Introdução e história da cirurgia da Mão.
- Anatomia e biomecânica dos membros superiores.
- Semiologia do membro superior.
- Atendimento ao politraumatizado.
- Cicatrização das feridas.
- Princípios básicos da cicatrização óssea e da osteossíntese.
- Métodos de osteossíntese.
- Atendimento à mão gravemente traumatizada.
- Anestesia dos membros superiores / torniquete.
- Fraturas e luxações do cotovelo.
- Fraturas diafisárias e distais dos ossos do antebraço.
- Articulação rádio-ulnar distal.
- Fraturas dos ossos do carpo.
- Luxações e fraturas-luxações do carpo.
- Fraturas dos ossos metacárpicos e das falanges.
- Luxações e lesões ligamentares da mão.
- Lesões dos tendões flexores.
- Lesões dos tendões extensores.
- Lesão dos nervos periféricos.
- Reconstruções microneurais do plexo braquial.
- Reconstrução nas paralisias dos membros superiores / transferência tendinosa.
- Neuromas.
- Eletroneuromiografia.
- Amputações.
- Artrodeses na mão e no punho.
- Artroplastias.
- Artroscopia na mão, punho e cotovelo.
- Distrofia simpático reflexa.
- Legislação dos acidentes de trabalho.
- Abordagem nas doenças reumáticas
- Tumores ósseos e de partes moles (sugere-se contato com patologista e radiologista).
- Malformações congênitas dos membros superiores
- Princípios das órteses e próteses.
- Reabilitação da mão.
- Osteoartrose e rizartrose.
- Mão séptica, tuberculose, osteoartrite e outras infecções específicas.
- Tendinites e tenossinovites.
- Reconstrução do polegar
- Paralisia obstétrica.
- Paralisia cerebral / paralisia espástica por trauma neurológico central ou AVC.
- Paralisias flácidas – poliomielite e pólio-like.
- Osteomielite e Artrite Séptica.
- Contratura de Dupuytren.
- Contratura isquêmica de Volkmann.
- Rigidez articular.

- Síndromes compressivas.
- Afecções das unhas.
- Princípios da cirurgia vascular.
- Técnicas microcirúrgicas.
- Princípios da cirurgia plástica – enxertos e retalhos.
- Reimplantes.
- Retalhos livres para cobertura cutânea e preenchimento de falhas.
- Retalhos musculares livres funcionais.
- Transplante ósseo e de articulação por técnicas microcirúrgicas.
- Transposição de artelhos para mão.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogado o disposto na Resolução CNRM Nº 02/2006.

4.20 - Resolução CNRM nº 04, de 23 de outubro de 2007

Dispõe sobre os critérios para confecção e publicação de edital para processo seletivo de Residência Médica.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05/09/1977, e a Lei 6.932, de 07/07/1981, e considerando a necessidade de regulamentar os editais para processo seletivo para médicos residentes, resolve:

Art. 1º. Alterar os artigos 53 e 54 da Resolução CNRM nº 2, de 7 de julho de 2005, que passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 53. O Edital de seleção pública para a Residência Médica é de inteira responsabilidade da Instituição que oferece os programas de Residência Médica, respeitado o número de vagas credenciadas pela CNRM, publicado cumprindo o prazo mínimo de 15 (quinze) dias antes da data do início da inscrição.” (NR)

“Art. 54. A instituição fará publicar, em Diário Oficial ou em jornal de grande circulação do estado, o Edital do processo seletivo, com as informações necessárias, divulgando, também, o endereço e/ou meio pelo qual será fornecido o Manual do Candidato e dirimidas quaisquer dúvidas.

§1º. Do Edital de processo seletivo deverão constar:

I - relação dos programas de Residência Médica nos quais poderão ser feitas as inscrições, devendo constar nome do programa e número de vagas oferecidas, sendo obrigatório, no caso de programas que exigem pré-requisito(s), especificar o(s) pré-requisito(s) exigido(s) e, no caso de programas com anos adicionais, especificar a(s) área(s) de atuação ou ano opcional segundo a resolução do CFM vigente e de acordo com o regimento da CNRM;

II - os critérios de seleção de acordo com a legislação vigente;

III - a indicação do período (data) e local da inscrição;

IV - documentos exigidos:

a) cópia legível da cédula de identidade;

b) cópia legível do Cadastro de Pessoa Física (CPF);

c) comprovante de revalidação de diploma ou processo de revalidação em andamento em instituição pública, de acordo com a legislação vigente, para o médico estrangeiro ou brasileiro que fez a graduação em medicina no exterior;

d) comprovante de conclusão de Residência Médica ou declaração de que está cursando o último ano em programa credenciado pela CNRM para os programas que exigem pré-requisito(s).

§2º. A inscrição e aprovação no processo seletivo não garantem a efetivação da matrícula do candidato no programa de Residência Médica pretendido, a qual fica condicionada à apresentação do registro no Conselho Regional de Medicina do estado e dos documentos relacionados no parágrafo seguinte.

§3º. No ato da matrícula, o candidato que se inscreveu na condição de concluinte do curso de medicina deverá comprovar a conclusão do curso médico por meio de documento oficial, expedido pela Coordenação do Curso, e o candidato brasileiro que fez curso de graduação em medicina no exterior ou médico estrangeiro deverá comprovar a revalidação do diploma por universidade pública, na forma da legislação vigente, apresentando, ainda, em ambos os casos, cópias e originais dos seguintes documentos:

I - cédula de identidade (RG);

II - CPF ativo;

III - registro no Conselho Regional de Medicina;

IV - comprovante de quitação com o serviço militar e obrigações eleitorais;

V - comprovante de realização do(s) pré-requisito(s).

§4º. Os casos omissos serão resolvidos a juízo da CNRM." (NR)

Art. 2º. Revogam-se todas as disposições contrárias.

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

4.21 - RESOLUÇÃO CNRM N.º 01, DE 08 DE ABRIL DE 2010.

Dispõe sobre a duração, conteúdo programático e as condições para oferta do ano adicional de capacitação em transplantes.

A Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05 de setembro de 1977, e a Lei 6.932, de 07 de julho de 1981, e considerando o disposto na Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006, resolve:

Art. 1º O treinamento adicional de capacitação em transplantes terá a duração de um ano e deve ser credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 1º. O ano adicional de que trata esta Resolução deve ser oferecido para as especialidades clínicas e cirúrgicas especificadas nesta Resolução, relacionadas ao atendimento de pacientes submetidos a cada tipo específico de transplante de órgão ou tecido.

§ 2º. O pedido de credenciamento de ano adicional deverá ser solicitado pela instituição de saúde, separadamente para cada especialidade clínica ou cirúrgica, explicitando o tipo de transplante e qual a especialidade a que estará associado.

§ 3º. Por ainda não constituir área de atuação reconhecida no país, o ano adicional para capacitação em transplantes não poderá ser registrado como uma nova especialização junto ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 2º O acesso ao ano adicional em transplante ocorrerá exclusivamente por meio de processo seletivo público, cujo conteúdo programático abrangerá o contido no do Programa de Residência Médica (PRM) cumprido na área de pré-requisito exigida, devidamente credenciado pela CNRM.

Parágrafo único. O edital de convocação para o processo seletivo deverá explicitar claramente para quais áreas (clínicas e cirúrgicas) serão oferecidas as vagas e quais tipos de transplantes.

Art. 3º Considerar-se-ão diferentes pré-requisitos e a instituição proponente deverá defini-los, no edital de seleção, de acordo com as possibilidades de transplante de órgãos e de tecidos, conforme descrito a seguir:

1. TRANSPLANTE DE CORAÇÃO - PRM de Cirurgia Cardiovascular e de Cardiologia
2. TRANSPLANTE DE FÍGADO - PRM de Gastroenterologia e de Cirurgia do Aparelho Digestivo
3. TRANSPLANTE DE PÂNCREAS - PRM de Gastroenterologia, de Cirurgia do Aparelho Digestivo e de Endocrinologia
4. TRANSPLANTE DE PULMÃO - PRM de Cirurgia Torácica e de Pneumologia
5. TRANSPLANTE DE RIM - PRM de Nefrologia, de Urologia e de Cirurgia Vascular
6. TRANSPLANTE DE OSSOS - PRM de Ortopedia
7. TRANSPLANTE DE PELE E ANEXOS - PRM de Cirurgia Plástica
8. TRANSPLANTE DE Córnea - PRM de Oftalmologia
9. TRANSPLANTES realizados em crianças e adolescentes - PRM de Pediatria e de Cirurgia Pediátrica

Art. 4º Para solicitar credenciamento do ano adicional à CNRM, a instituição proponente deverá ter o Serviço de Transplante devidamente credenciado pelo Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde e demonstrar de forma documental que realiza número mínimo de transplantes, de acordo com o estabelecido e ora em vigor.

Art. 5º A instituição proponente deverá demonstrar, de forma documental, que possui corpo docente, equipe de saúde e instalações, adequados para cumprir os objetivos propostos no ano adicional em transplante, de acordo com as normas dispostas nesta Resolução e nas do Ministério da Saúde.

Art. 6º A instituição proponente deverá elaborar PRM que permita ao médico residente atingir os objetivos determinados abaixo

1. Conhecer e aplicar os preceitos éticos relacionados à captação e doação de órgãos e tecidos e à realização de transplantes.
2. Conhecer e utilizar toda a legislação vigente sobre a doação e captação de órgãos e de tecidos e à realização de transplantes.
3. Demonstrar conhecimentos e habilidades para a indicação de transplantes de órgãos e de tecidos.
4. Solicitar e interpretar exames complementares necessários no período pré operatório de pessoas a serem submetidas ou já submetidas a transplante de órgãos e de tecidos
5. Demonstrar conhecimentos e habilidades para o acompanhamento, nos períodos pré, intra e pós-operatório, de pacientes submetidos a transplantes.
6. Demonstrar conhecimentos e habilidades para a realização dos procedimentos de transplantes de órgãos e de tecidos, de acordo com a sua área de especialidade cirúrgica.

Art. 7º As atividades teóricas no ano adicional deverão compreender 10 a 20% do total de 2880 horas do ano adicional de que trata a presente Resolução e serão desenvolvidas em ambientes apropriados e devidamente equipados.

Art. 8º As atividades práticas, que compreendem 80 a 90% das 2880 horas do ano adicional em transplante, serão realizadas com distribuição equilibrada em ambulatórios, enfermarias, unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos, unidades de emergência, sob a devida supervisão.

Art. 9º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4.22 - RESOLUÇÃO CNRM No- 4, DE 12 DE JULHO DE 2010

Proíbe o plantão de sobreaviso para Médicos Residentes no âmbito da Residência Médica.

A Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso de suas atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, e a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e CONSIDERANDO a Lei Federal 6.932/1981, que estabelece a Residência Médica como treinamento em serviço, sob supervisão dos preceptores e que a lógica do plantão de sobreaviso contraria esta Lei;

CONSIDERANDO que o plantão de sobreaviso dos Médicos Residentes foi implantado sem autorização da Comissão Nacional de Residência Médica, e que nenhum uso ou costume pode ser consagrado contrariando o instituído pela Lei 6932/1981;

CONSIDERANDO que o Médico Residente no plantão de sobreaviso atua invariavelmente sem supervisão, assumindo, portanto, responsabilidades não inerentes à função e ficando exposto a demandas éticas e judiciais;

CONSIDERANDO que a maneira apropriada de treinamento para o Médico Residente, tendo por objetivo formação adequada com ganho de autonomia e independência para enfrentar a vida profissional futura, é em serviço, sob supervisão de preceptor, em um Programa de Residência Médica devidamente credenciado pela CNRM;

CONSIDERANDO que a atividade-fim do Médico Residente se relaciona ao processo de ensino e aprendizagem, não devendo ser ele o responsável pela Assistência Médica em substituição ao preceptor;

CONSIDERANDO que a Resolução Nº 1834/2008 do Conselho Federal de Medicina sobre o plantão de sobreaviso não se aplica aos Médicos Residentes, tendo sido elaborada como um ato de proteção aos médicos assistentes, pois reconheceu o direito de esses profissionais serem remunerados pelo plantão a distância, dado o tempo disponibilizado e a responsabilidade assumida; resolve:

Art. 1º O plantão presencial do Médico Residente sob supervisão de preceptor capacitado é a única modalidade de plantão reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º Consideram-se irregulares, no âmbito do programa de residência médica, outras modalidades de plantão, incluindo os de sobreaviso, a distância, acompanhados ou não por preceptores.

Parágrafo único. A irregularidade descrita no caput enseja a restituição dos valores recebidos a título de bolsa no período em que se der o plantão irregular, sem prejuízo de outras medidas cabíveis, nos termos da legislação aplicável.

Art. 3º Revoguem-se as disposições em contrário.

4.23 - RESOLUÇÃO CNRM No- 5, DE 20 DE JULHO DE 2010

Dispõe sobre a não ocorrência de provas de seleção para os Programas de Residência Médica no mesmo dia do Exame Nacional de Avaliação de Desempenho do Estudante (ENADE)

A Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso de suas atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, e a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e Considerando que o ENADE tem por objetivos básicos contribuir para a avaliação dos cursos de graduação por meio da verificação de competências, habilidades e conhecimentos desenvolvidos pelos estudantes, aferindo a capacidade de síntese e integração dos conhecimentos adquiridos, além de possibilitar aos cursos o acompanhamento dos resultados de suas ações pedagógicas e avaliar comparativamente a formação oferecida pelas IES aos estudantes das respectivas áreas avaliadas,

Considerando que os resultados do ENADE propiciam ações fundamentais em benefício do ensino médico,

considerando a relevante função de desenvolver o hábito da constante auto avaliação nos estudantes de medicina,

Considerando os efeitos das ações relacionadas à residência médica sobre a graduação em medicina,
Considerando a ocupação de espaços físicos necessários à devida aplicação do ENADE, resolve:

Art. 1º Ficam suspensos em caráter nacional os processos de seleção pública destinados a ingresso nos Programas de Residência Médica de acesso direto, de acordo com as regras em vigor, no final de semana de aplicação do ENADE (sábado e domingo). Parágrafo Único. Permanecem autorizados os processos seletivos para os demais programas, a critério da Instituição.

Art. 2º A desobediência ao disposto no caput do artigo anterior será passível de sanções pela Comissão nacional de Residência Médica.

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

4.24 - RESOLUÇÃO CNRM Nº 06, DE 20 DE OUTUBRO DE 2010

Dispõe sobre a transferência de médicos residentes.

A Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, e

CONSIDERANDO que Residência Médica é um sistema público de formação de especialistas médicos que deve funcionar de forma articulada e solidária;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar os casos de transferências, tendo por objetivo a capacitação plena e adequada de médicos residentes para atender às necessidades sociais;

CONSIDERANDO que as instituições e os Programas de Residência Médica possuem liberdade para executar o disposto nas normas em vigor, resolve:

Art. 1º A transferência de médico residente de um Programa de Residência Médica para outro, da mesma especialidade, decorrente de solicitação do próprio residente, somente será possível a partir do segundo ano de residência médica, obedecidas as disposições internas e as resoluções da CNRM.

Art. 2º O residente interessado deverá elaborar solicitação de transferência à COREME da instituição onde está cumprindo o Programa de Residência Médica, acompanhada de exposição de motivos e de documento da COREME de destino, comprovando a existência de vaga, de pagamento da bolsa e de concordância com a transferência. Deve constar, ainda, parecer favorável da CEREM dos Estados de origem e destino.

Art. 3º A documentação de que trata o artigo anterior deverá ser entregue à COREME de origem, que analisará e encaminhará para a CEREM onde se localiza o PRM que o médico está cursando. A CEREM de origem é responsável por encaminhar à Comissão Nacional de Residência Médica a solicitação para análise e parecer final.

Art. 4º A transferência de que trata o art. 1º somente poderá ocorrer após a análise e aprovação da CNRM, que avaliará a procedência da exposição de motivos, a comprovação da existência de vaga e bolsa e a concordância das COREMES de origem e destino, bem como das Comissões Estaduais de Residência Médica - CEREM dos Estados envolvidos.

Art. 5º Nos casos de descredenciamento de um Programa de Residência Médica pela

CNRM, os médicos residentes deverão ser transferidos para programas credenciados da mesma especialidade, em outras instituições.

§ 1º Os médicos residentes de programas descredenciados serão realocados, preferencialmente, em vagas credenciadas ociosas ou, conforme determinação da CNRM, em vagas credenciadas em caráter extraordinário, as quais serão automaticamente desativadas ao término do cumprimento do programa pelo residente transferido.

§ 2º As instituições credenciadas pela CNRM ficam obrigadas a receber os médicos residentes transferidos, conforme determinação do plenário da CNRM.

§ 3º O pagamento da bolsa continuará a cargo da instituição de origem pelo tempo necessário para a conclusão do Programa de Residência Médica, desconsideradas as eventuais reprovações por parte dos médicos residentes transferidos .

Art. 6º Nos casos de transferências por descredenciamento, o médico residente transferido será submetido a uma análise documentada de grau de equivalência quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes, com o objetivo de se estabelecer plano de estudos e a devida adaptação e capacitação.

§1º A análise de equivalência curricular, conhecimentos, habilidades e atitudes deverá ser realizada por uma banca composta pelo supervisor do programa de destino e por (03) três especialistas designados pela CNRM.

§2º Caberá à CNRM a decisão final sobre o processo de análise de equivalência, conhecimentos, habilidades e atitudes do médico residente transferido.

§3º O médico residente transferido será alocado no nível de treinamento compatível com o grau de conhecimentos, habilidades e atitudes demonstrados na análise de equivalência citada.

§4º No caso de ser constatada a necessidade de o médico residente refazer parte do período já cursado, a instituição de origem deverá arcar também com o financiamento do período adicional necessário.

§5º O médico residente transferido que estiver insatisfeito com a decisão poderá recorrer à CNRM, num prazo de cinco dias úteis, a partir da sua notificação.

Art. 7º No caso de uma instituição solicitar o descredenciamento de um Programa de Residência Médica por considerar-se insuficiente para a sua adequada condução, deverá arcar com a responsabilidade da completa formação dos médicos residentes matriculados, de acordo com critérios da CNRM expressos em parecer específico.

Art. 8º O certificado de conclusão do Programa de Residência Médica será registrado pela CNRM, consignando como emissora a instituição de destino do médico residente transferido.

Parágrafo único. O certificado de conclusão do Programa de Residência Médica será registrado pela CNRM, consignando como emissora a instituição de origem, nos casos de transferência em período igual ou inferior a seis (06) meses para a conclusão do programa do médico residente transferido.

Art. 9º Os casos omissos serão resolvidos em plenária da CNRM.

Art. 10 Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Art. 11 Ficam revogadas as disposições em contrário.

4.25 - RESOLUÇÃO CNRM N.º 07, DE 20 DE OUTUBRO DE 2010.

Dispõe sobre a isenção de cobrança de taxa de inscrição para participação em processo seletivo público para ingresso em Programa de Residência Médica ao candidato que declarar-se impossibilitado de arcar com a taxa de inscrição, e comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a três salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos.

A Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05 de setembro de 1977, com a redação dada pelo Decreto nº 91.364, de 21 de junho de 1985, e a Lei 6.932, de 07 de julho de 1981, e considerando o disposto no art. 206, I, da Constituição Federal de 1988, resolve:

Art. 1º Os editais de processos seletivos das instituições públicas, inclusive quando se utilizarem do processo de seleção de instituição privada como etapa obrigatória para o exame de seleção, deverão obedecer ao disposto nesta Resolução.

Parágrafo único. O processo seletivo para ingresso em Programa de Residência Médica não tem caráter de concurso público, pois não se destina a provimento em cargo público, mas em ingresso em curso de especialização destinado a médicos, caracterizado por treinamento em serviço, havendo a previsão de isenção de pagamento para candidatos comprovadamente hipossuficientes, quando ofertado por instituição pública de ensino.

Art. 2º Deverá constar nos editais de processo seletivo que as instituições ofertantes de Programas de Residência Médica fornecerão modelo de requerimento padronizado para solicitação de isenção de taxa de inscrição, a ser preenchido pelo candidato que se qualificar nas condições dispostas nesta Resolução.

Art. 3º As informações prestadas, a que se refere o artigo anterior, bem como a documentação apresentada serão de inteira responsabilidade do candidato, podendo responder, a qualquer momento, por crime contra fé pública, o que acarretará sua eliminação do processo seletivo.

Art. 4º Considerar-se-á isento do pagamento de taxa de inscrição o candidato que apresente uma das seguintes condições:

I - a taxa de inscrição for superior a 30% (trinta por cento) do vencimento/salário mensal do candidato, quando não tiver dependente;

II - a taxa for superior a 20% (vinte por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo possuir até dois dependentes;

III - a taxa for superior a 10% (dez por cento) do vencimento/salário mensal do candidato e o mesmo tiver mais de dois dependentes;

IV - o candidato declarar-se impossibilitado de arcar com o pagamento da taxa de inscrição e comprovar renda familiar mensal igual ou inferior a três salários mínimos ou renda individual igual ou inferior a dois salários mínimos;

V - inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) de que trata o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, devendo indicar o Número de Identificação Social – NIS, atribuído pelo CadÚnico; e

VI - comprovar ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto nº 6.135/2007.

Art. 5º Em quaisquer das situações descritas nos incisos do art. 4º o candidato estará obrigado a comprovar que não custeou, com recursos próprios, curso preparatório para o processo seletivo para ingresso no Programa de Residência Médica a que se candidata e, ainda, ser egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4.26 - RESOLUÇÃO CNRM No- 1, DE 16 DE JUNHO DE 2011

Dispõe sobre o estabelecimento e condições de descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA

MÉDICA (CNRM), no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05 de setembro de 1977, e a Lei 6.932, de 07 de julho de 1981, e

Considerando o disposto no art. 5º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que se refere à carga horária semanal dos programas de residência médica, bem como a quantidade de horas semanais destinadas ao plantão;

Considerando o desgaste físico e psíquico do médico residente decorrente do treinamento em serviço desenvolvido em plantão;

Considerando as evidências científicas nacionais e internacionais que evidenciam o estresse sofrido pelos médicos residentes, durante o treinamento em serviço nos plantões e suas consequências, resolve:

Art. 1º Estabelecer o descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno.

§1º - O plantão noturno a que se refere o caput terá duração de, no mínimo, 12 (doze) horas.

§2º - Alterado pela Resolução CNRM 01/2013: O descanso obrigatório terá seu início imediatamente após o cumprimento do plantão noturno.

Art. 2º O descanso obrigatório será de, invariavelmente, de 6 (seis) horas consecutivas, por plantão noturno.

Art. 3º - Não será permitido o acúmulo de horas de descanso para serem gozadas a posteriori.

4.27 - RESOLUÇÃO CNRM No- 2, DE 1º DE SETEMBRO DE 2011

Dispõe sobre a data de início dos Programas de Residência Médica em território nacional, a partir do ano de 2012, e dá outras providências.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e:

CONSIDERANDO a integralidade das ações educacionais, no âmbito do Ministério da Educação, com o objetivo de aprimoramento das diferentes fases educacionais;

CONSIDERANDO que a relação com a graduação em Medicina torna a Residência Médica estratégica para o processo de mudanças educacionais previstas para essa área;

CONSIDERANDO a sobrecarga de tarefas a que são submetidos muitos dos docentes envolvidos com graduação e Residência Médica, em determinados períodos do ano;

CONSIDERANDO que o processo seletivo de ingresso para os programas de Residência Médica interfere de forma direta sobre o curso de Medicina; e,

CONSIDERANDO que o processo seletivo de ingresso para os programas de Residência Médica, carece de outros ajustes e cuidados, resolve:

Art. 1º Os programas de Residência Médica terão início no primeiro dia útil do mês de março de cada ano.

Art. 2º Em caso de desistência de médico ingressante em primeiro ano ou em ano opcional de Programa de Residência Médica, a vaga será preenchida até 30 (trinta) dias após a data de início dos Programas,

sempre que houver candidato aprovado além do limite de vagas previstas em edital, no mesmo processo seletivo e para o mesmo Programa.

§ 1º O preenchimento dessa vaga deverá observar, rigorosamente, a classificação obtida no processo de seleção.

§ 2º Os casos de ingresso fora do prazo, em situações não previstas nesta Resolução, serão resolvidos pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º É vedada a realização de processos seletivos públicos para ingresso em Programas de Residência Médica antes do primeiro dia de novembro do ano que antecede o início dos programas.

Art. 4º Os casos não previstos nesta Resolução serão resolvidos pela Plenária da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 5º Fica revogada a Resolução CNRM nº 03, de 14 de maio de 2002.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4.28 - RESOLUÇÃO CNRM Nº 4, DE 30 DE SETEMBRO DE 2011

Dispõe sobre a reserva de vaga para residente médico que presta Serviço Militar.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e:

CONSIDERANDO a necessidade de se estabelecer normas para a reserva de vaga para médico residente que preste Serviço Militar, resolve:

Art. 1º Todo médico convocado para servir as Forças Armadas, matriculado no primeiro ano de Programa de Residência Médica credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, poderá requerer a reserva da vaga em apenas 1 (um) programa de Residência Médica em todo o território nacional, pelo período de 1 (um) ano. O pedido de trancamento deverá ser feito por escrito e sua aceitação pela instituição ofertante do Programa de Residência Médica será obrigatória.

§ 1º A concessão a qual se refere o caput deste artigo será estendida aos médicos residentes, tanto homens quanto mulheres, que se alistem voluntariamente ao Serviço Militar, desde que seu alistamento tenha sido efetuado anteriormente à matrícula no Programa de Residência Médica no qual se classificou.

§ 2º O número de vagas trancadas para esse fim não poderá exceder o número de vagas credenciadas para o Programa de Residência Médica.

§ 3º Em cada processo seletivo realizado, o limite de vagas trancadas para esse fim é igual ao número de vagas credenciadas e de bolsas ofertadas.

§ 4º Ao candidato classificado em mais de um Programa de Residência Médica será garantido o trancamento de vaga somente em 1 (um) programa no qual tenha se matriculado, sendo considerado desistente dos demais.

Art. 2º O requerimento de que trata o artigo 1º desta Resolução deverá ser formalizado na Comissão de Residência Médica -

COREME da instituição onde o médico está matriculado, em até 30 (trinta) dias consecutivos após o início da Residência Médica.

§ 1º A COREME deverá informar à CNRM, por escrito, no prazo de 30 (trinta) dias após o encerramento das matrículas, o nome, o CPF, o Programa de Residência Médica, a data da matrícula e o

local de incorporação do(s) médico(s) residente(s) matriculado(s) e com trancamento de vaga para prestação do Serviço Militar.

§ 2º A CNRM disponibilizará a cada ano no SisCNRM a listagem oficial dos médicos residentes desistentes e em situação de trancamento nos PRMs, correspondente à última matrícula efetuada,

para efeito de conferência e consideração pelas COREMEs da relação de candidatos matriculados desistentes e em trancamento na sua instituição.

Art. 3º O trancamento de matrícula para prestação do Serviço Militar implicará a suspensão automática do pagamento da bolsa do médico residente até o seu retorno ao programa.

Art. 4º A vaga aberta em decorrência do trancamento previsto nesta Resolução será preenchida sempre que houver candidato aprovado além do limite de vagas previstas em edital, no mesmo processo seletivo e para o mesmo Programa.

PARÁGRAFO ÚNICO. O preenchimento dessa vaga deverá observar, rigorosamente, a classificação obtida no processo de seleção.

Art. 5º - Nenhum programa de Residência Médica poderá ampliar o número de vagas para reingresso de médico residente que tiver solicitado trancamento de matrícula para fins de Serviço Militar.

§ 1º - A vaga para reingresso no ano seguinte deverá ser subtraída do total de vagas credenciadas e ofertadas, devendo tal dedução ser devidamente especificada no edital de seleção.

§ 2º - A inobservância do caput do artigo implicará severas sanções à instituição infratora, observada a legislação em vigor.

Art. 6º - O reingresso do médico residente com matrícula trancada em decorrência de prestação de Serviço Militar se dará mediante requerimento à COREME, até o dia 30 de julho do ano em que presta Serviço Militar - ou seja, do ano anterior ao ano de reintegração ao Programa de Residência Médica.

PARÁGRAFO ÚNICO. O não cumprimento do disposto no caput deste artigo implicará perda automática da vaga.

Art. 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Resolução CNRM nº 01/2005, de 11 de janeiro de 2005, e demais disposições em contrário.

4.29 - DECRETO No- 7.562, DE 15 DE SETEMBRO DE 2011

Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 9o, incisos VIII e IX do **caput**, e 46, da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, na Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e na Lei no 6.932, de 7 de julho de **DECRETA** :

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este Decreto dispõe sobre a composição e a competência da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, e sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições que ofertam residência médica e de seus respectivos programas.

Art. 2º A CNRM é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do Ministério da Educação e tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica.

Parágrafo único. A regulação das instituições e dos programas de residência médica deverá considerar a necessidade de médicos especialistas indicada pelo perfil socioepidemiológico da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

CAPÍTULO II DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 3º A CNRM é composta pela Plenária e pela Câmara Recursal e presidida pelo Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação.

Seção I

Da Plenária

Art. 4º A Plenária é composta por doze conselheiros, a saber:

I - dois representantes do Ministério da Educação, como membros natos;

II - um representante do Ministério da Saúde, como membro nato;

III - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;

V - um representante do Conselho Federal de Medicina - CFM;

VI - um representante da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM;

VII - um representante da Associação Médica Brasileira - AMB;

VIII - um representante da Associação Nacional de Médicos Residentes - ANMR;

IX - um representante da Federação Nacional de Médicos - FENAM;

X - um representante da Federação Brasileira de Academias de Medicina - FBAM; e

XI - um médico de reputação ilibada, docente em cargo de provimento efetivo em Instituição de Educação Superior pública, que tenha prestado serviços relevantes ao ensino médico, à residência médica e à ciência médica em geral.

§ 1º Cada conselheiro terá um suplente.

§ 2º Os conselheiros e respectivos suplentes serão indicados pelo titular dos órgãos ou entidades que representam e designados pelo Ministro de Estado da Educação.

§ 3º O conselheiro previsto no inciso XI do **caput** exercerá o papel de Conselheiro Secretário-Executivo e terá mandato de dois anos, renováveis por igual período, sendo escolhido pelo Ministro de Estado da Educação em lista tríplice elaborada pela Plenária.

§ 4º As indicações dos conselheiros referidos nos incisos III a X do **caput** serão de médicos de reputação ilibada que tenham prestado serviços relevantes ao ensino médico, à residência médica e à ciência médica em geral, podendo recair em nomes que não sejam de associados ou de titulares de instituições associadas às entidades representadas.

§ 5º Os conselheiros referidos nos incisos III a X do **caput** cumprirão mandatos não coincidentes de dois anos, renováveis por igual período.

Seção II

Da Câmara Recursal

Art. 5º A Câmara Recursal é composta por três médicos de reputação ilibada, docentes em cargos de provimento efetivo de Instituições de Educação Superior públicas, que tenham prestado serviços relevantes ao ensino médico, à residência médica e à ciência médica em geral, a saber:

I - um representante do Ministério da Educação;

II - um representante do Ministério da Saúde; e

III - um representante das entidades médicas que integram a Plenária.

§ 1º Os membros integrantes da Câmara Recursal serão indicados pelos órgãos ou entidades representadas e designados pelo Ministro de Estado da Educação.

§ 2º É vedada a participação dos conselheiros da Plenária na Câmara Recursal.

Seção III

Das Instâncias Auxiliares

Art. 6º São instâncias auxiliares da CNRM:

I - a Câmara Técnica; e

II - as Comissões Estaduais de Residência Médica - CEREM, unidades descentralizadas da CNRM nos Estados e no Distrito Federal.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Seção I

Da Comissão Nacional de Residência Médica

Art. 7º Compete à CNRM:

I - credenciar e recredenciar instituições para a oferta de programas de residência médica;

II - autorizar, reconhecer e renovar o reconhecimento de programas de residência médica;

III - estabelecer as condições de funcionamento das instituições e dos programas de residência médica; e

IV - promover a participação da sociedade no aprimoramento da residência médica no País.

Art. 8º Compete à Plenária:

I - assessorar o Secretário de Educação Superior nos assuntos afetos à residência médica;

II - deliberar, com base em processo instruído pela Câmara Técnica, sobre pedidos de credenciamento e recredenciamento de instituições e pedidos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas de residências médica; III - celebrar os protocolos de compromisso a que se refere o art. 25;

IV - elaborar os instrumentos de avaliação educacional para credenciamento e recredenciamento de instituições e autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas;

V - exercer a supervisão de instituições e programas com a colaboração das CEREMs;

VI - gerir o Banco Público de Avaliadores da Residência Médica a que se refere o art. 37, e capacitar seus integrantes;

VII - organizar as avaliações educacionais **in loco** de instituições e programas de residência médica com apoio das CEREMs;

VIII - organizar e manter atualizados os dados das instituições e dos programas em sistema de informação a ser mantido pela CNRM com apoio das CEREMs;

IX - receber pedidos de credenciamento e recredenciamento de instituições e autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas e encaminhá-los para avaliação educacional;

X - instituir grupos de trabalho para a realização de estudos e pesquisas em tema específico de interesse da CNRM;

XI - aplicar as medidas administrativas previstas no art. 28; e

XII - decidir sobre o descredenciamento de instituições.

Art. 9º Compete à Câmara Recursal decidir os recursos apresentados nos processos originariamente examinados pela Plenária e, após decisão, encaminhá-los ao Conselheiro Presidente da CNRM para homologação.

Seção II

Do Presidente

Art. 10. Compete ao Conselheiro Presidente:

I - emitir os atos administrativos para efetivação das deliberações da Plenária;

II - proferir o voto de qualidade em casos de empate nas deliberações da Plenária - homologar as decisões da Câmara Recursal quanto aos recursos apresentados nos processos de credenciamento e credenciamento de instituições e dos processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas;

IV - homologar as decisões da Câmara Recursal quanto aos recursos apresentados nos processos de supervisão; e

V - representar institucionalmente a CNRM.

Seção III

Do Secretário-Executivo

Art. 11. Compete ao Conselheiro Secretário-Executivo:

I - assessorar o Conselheiro Presidente;

II - coordenar estudos e pesquisas de interesse da CNRM;

III - coordenar e promover a integração das atividades da CNRM; e

IV - representar institucionalmente a CNRM, na ausência do Conselheiro Presidente.

Seção IV

Das Instâncias Auxiliares

Art. 12. Compete à Câmara Técnica:

I - instruir os processos referentes aos atos autorizativos de instituições e programas;

II - instruir os processos referentes à supervisão de instituições e programas, quando solicitado pela CNRM; e

III - instruir os processos referentes aos demais assuntos de pauta da CNRM, quando solicitado.

Art. 13. Compete às CEREM:

I - contribuir com as coordenações de residência médica, estabelecidas no âmbito das instituições que ofertam residência médica, denominadas COREME, com os médicos residentes, os professores, os preceptores e o pessoal técnico-administrativo no esclarecimento e na difusão da regulamentação da residência médica;

II - receber dos médicos residentes, dos professores, dos preceptores e do pessoal técnico-administrativo, por meio dos respectivos órgãos representativos, demandas e propostas para o aperfeiçoamento da residência médica no País e encaminhá-las à Plenária;

III - acompanhar o funcionamento das instituições e dos programas quanto ao cumprimento das normas e decisões da CNRM;

IV - designar observador para acompanhar visita de avaliação educacional **in loco**, quando entender pertinente;

V - colaborar com a Plenária no exercício da função de supervisão de instituições e programas;

VI - receber as comunicações sobre indícios de irregularidades apontadas no funcionamento de instituições e programas, encaminhando-as para apreciação da Plenária;

VII - indicar à Plenária avaliadores com conhecimento na área de residência médica para integrar o banco público de avaliadores;

VIII - apoiar a Plenária na organização das avaliações educacionais **in loco** de instituições que ofertam ou que pretendam ofertar programas de residência médica, para fins de obtenção de ato autorizativo ou processo de supervisão; e

IX - auxiliar a Plenária na organização e atualização dos dados das instituições e dos programas em sistema de informação a ser mantido pela CNRM.

CAPÍTULO IV DA REGULAÇÃO

Art. 14. A função de regulação será exercida por meio da expedição de atos autorizativos para o funcionamento de instituições e de programas de residência médica.

Seção I

Dos Atos Autorizativos

Art. 15. O funcionamento de instituições e a oferta de programas de residências médica dependem de atos autorizativos da CNRM, nos termos deste Decreto.

§ 1º São modalidades de atos autorizativos:

I - quanto ao funcionamento de instituições para oferta de residência médica:

a) de credenciamento de instituições; e

b) de credenciamento de instituições; e II - quanto ao funcionamento de programas de residência médica:

a) de autorização de programas;

b) de reconhecimento de programas; e

c) de renovação de reconhecimento de programas.

§ 2º Os atos autorizativos fixam os limites da atuação das instituições públicas e privadas em matéria de residência médica, e devem indicar, no mínimo:

I - quanto ao funcionamento de instituições para oferta de residência médica:

a) nome da instituição responsável pela elaboração e pelo desenvolvimento dos projetos pedagógicos dos programas de residência médica que serão oferecidos;

b) endereço de funcionamento da COREME da instituição, com a indicação do Município e do Estado; e

c) prazo de validade do ato; e

II - quanto ao funcionamento de programas de residência médica:

a) identificação do programa de residência médica a ser oferecido;

b) número de vagas anuais autorizadas; e

c) prazo de validade do ato.

§ 3º Os atos autorizativos terão prazos limitados, sendo renovados, periodicamente, após processo regular de avaliação.

§ 4º A instituição interessada deverá solicitar modificação do ato autorizativo, conforme disposto no § 2º do art. 18, no caso de promover qualquer alteração nas condições de oferta de residência.

§ 5º Havendo divergência entre o ato autorizativo e qualquer documento de instrução do processo, prevalecerá o ato autorizativo.

§ 6º Os atos de credenciamento e credenciamento de instituições, e de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas de residência médica serão publicados no Diário Oficial da União.

Art. 16. O funcionamento de instituições ou a oferta de programas sem o devido ato autorizativo configura irregularidade administrativa, sem prejuízo dos efeitos da legislação civil e penal vigente.

§ 1º Fica vedada a admissão de novos residentes pelas instituições na inexistência de quaisquer dos atos autorizativos, sem prejuízo da aplicação das medidas cabíveis.

§ 2º As instituições que oferecerem programas antes da devida autorização terão sobrestados os pedidos protocolizados perante a CNRM, devendo esta irregularidade ser considerada na análise final do ato autorizativo.

§ 3º A Plenária determinará, motivadamente, como medida cautelar, a suspensão preventiva da admissão de novos médicos residentes em programas ou instituições irregulares, visando evitar prejuízo a novos residentes.

§ 4º Na hipótese do § 3º, caberá recurso administrativo à Câmara Recursal, no prazo de trinta dias.

Art. 17. A validade dos atos autorizativos obedecerá às seguintes regras:

I - o credenciamento de instituições terá prazo igual a seis anos;

II - o credenciamento de instituições terá validade definida pelo ciclo avaliativo da instituição, nos termos do art. 39;

III - a autorização de programas terá prazo igual ao período de duração do respectivo programa;

IV - o reconhecimento de programas será válido até o ano que antecede o ingresso da instituição em seu ciclo avaliativo, nos termos do art. 39; e

V - a renovação de reconhecimento de programas terá validade definida pelo ciclo avaliativo da instituição, nos termos do art. 39.

Parágrafo único. Os prazos contam-se da publicação do ato autorizativo.

Seção II

Dos Procedimentos

Art. 18. Os pedidos de credenciamento, credenciamento, autorização, reconhecimento e renovação a que se refere o art. 15 serão realizados em sistema de informação a ser mantido pela CNRM.

§ 1º A documentação necessária para a instrução do processo de credenciamento de instituições para oferta de programas de residência médica corresponde a: I - atos constitutivos da instituição, devidamente registrados no órgão competente;

II - comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ;

III - comprovante de inscrição no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES, quando houver;

IV - ato de constituição da COREME da instituição;

V - regimento e regulamento da COREME;

VI - ato de nomeação vigente do coordenador da COREME;

VII - documento comprobatório da capacidade de pagamento de bolsas de residência médica;

VIII - descrição do corpo docente devidamente constituído para o desenvolvimento dos programas propostos, destacando a experiência acadêmica, administrativa e profissional de cada um dos docentes na especialidade oferecida, em especial a do coordenador da COREME, dos supervisores por programa e dos preceptores por área; e

IX - pedido de autorização de funcionamento de pelo menos um programa de residência médica.

§ 2º O processo de credenciamento de instituição deve ser instruído com a documentação prevista nos incisos VI a VIII do § 1º e, no caso de modificação dos documentos encaminhados no pedido precedente, também deverá ser apresentada a documentação prevista nos demais incisos do § 1º.

§ 3º O ato de certificação da instituição de saúde como hospital de ensino, nos termos da regulamentação editada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, dispensa a apresentação da documentação a que se refere o § 2º, para a instrução dos processos de credenciamento de instituições que ofertam residência médica.

§ 4º A documentação necessária para a instrução do processo de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programa corresponde a:

I - projeto pedagógico do programa, informando número de residentes, objetivos gerais e específicos, conteúdo programático e demais elementos acadêmicos pertinentes, inclusive metodologia de avaliação;

II - descrição das condições estruturais da instituição para a oferta do programa de residência, em consonância com as Resoluções da CNRM vigentes para a regulamentação de oferta de programa na especialidade pretendida;

III - relação de docentes e preceptores, que informe titulação, carga horária e regime de trabalho, acompanhada de termo de compromisso firmado com a instituição; e

IV - no caso de oferta de programas por meio de parceria entre duas ou mais instituições, deverá ser apresentado:

a) instrumento da parceria formalizado entre as referidas entidades com a finalidade de viabilizar a oferta dos programas; e

b) comprovante de inscrição no CNES das entidades parceiras, quando houver.

Art. 19. O pedido para credenciamento de instituições e os pedidos para reconhecimento ou para renovação de reconhecimento de programas deverão ser realizados durante o último ano de validade do ato autorizativo vigente, na forma de resolução específica da CNRM.

§ 1º Os programas cujos pedidos de reconhecimento tenham sido protocolados dentro do prazo e não tenham sido decididos até a data de conclusão dos residentes, consideram-se reconhecidos exclusivamente para fins de expedição e registro do certificado dos residentes em curso.

§ 2º O atraso no pedido de credenciamento de instituições ou no pedido de renovação de reconhecimento de programa caracteriza irregularidade administrativa, nos termos do art. 16, sendo vedada a admissão de novos estudantes até o saneamento da irregularidade.

Art. 20. O exame dos pedidos de ato autorizativo obedecerá ao seguinte fluxo:

I - a instituição solicitará a expedição do ato autorizativo necessário, devendo instruir seu pedido de acordo com o art. 18;

II - a CNRM receberá e analisará o pedido e os documentos protocolados;

III - após análise documental, a CNRM organizará avaliação educacional **in loco** da instituição;

IV - recebido o relatório de avaliação educacional da instituição, a Câmara Técnica instruirá o processo do pedido de ato autorizativo e se manifestará sobre os documentos que nele constarem; e V - a Plenária deliberará sobre o ato autorizativo.

§ 1º As instituições certificadas como hospital de ensino, nos termos da regulamentação editada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, serão dispensadas da avaliação educacional **in loco** ao solicitarem credenciamento.

§ 2º A Câmara Técnica instruirá o processo do pedido de credenciamento da instituição e manifestar-se-á sobre os documentos que nele constarem na hipótese prevista no § 1º.

Art. 21. Caberá recurso à Câmara Recursal no prazo de trinta dias das decisões da Plenária.

CAPÍTULO V

DA SUPERVISÃO

Art. 22. A supervisão das instituições e dos programas será realizada pela CNRM, com o auxílio da CEREM competente, a fim de zelar pela conformidade da oferta de residência médica com a legislação aplicável.

Parágrafo único. A CNRM poderá, no exercício de sua atividade de supervisão determinar a apresentação de documentos complementares ou a realização de avaliação educacional **in loco**.

Art. 23. Os médicos residentes, professores, preceptores, o pessoal técnico-administrativo, e os seus órgãos representativos poderão apontar, a qualquer momento, à CNRM ou à respectiva CEREM, indícios de irregularidade no funcionamento de instituição ou programa.

§ 1º Os indícios de irregularidade deverão ser apresentados de modo circunstanciado e conter a qualificação do representante, a descrição clara e precisa dos fatos a serem apurados e os demais elementos relevantes para o esclarecimento do seu objeto.

§ 2º As alegações de irregularidade serão autuadas sob a forma de processo administrativo e encaminhadas à Plenária para apreciação.

Art. 24. A CNRM ou a respectiva CEREM dará ciência à instituição das alegações apresentadas nos termos do art. 23 que poderá, em dez dias, apresentar defesa prévia ou minuta de protocolo de compromisso, a que se refere o art. 25, para saneamento de eventuais deficiências.

§ 1º Após manifestação da instituição ou encerramento do prazo previsto no **caput**, a Plenária decidirá sobre a admissibilidade das alegações.

§ 2º Admitidas as alegações, a Plenária poderá:

I - conceder o prazo solicitado pela instituição para cumprimento do protocolo de compromisso, podendo realizar alterações na proposta original da instituição;

II - propor um protocolo de compromisso à instituição; ou

III - instaurar processo de averiguação dos indícios de irregularidade.

§ 3º A Plenária arquivará o processo administrativo no caso de não serem admitidas as alegações apresentadas.

§ 4º O processo de averiguação dos indícios de irregularidade poderá ser instaurado de ofício quando a Plenária tiver ciência de fatos que lhe caiba sanar.

Art. 25. O protocolo de compromisso firmado entre a instituição e a Plenária deverá conter:

I - o diagnóstico das condições da instituição;

II - os encaminhamentos, processos e ações a serem adotados pela instituição com vistas à superação das dificuldades detectadas; e

III - a indicação de prazos e metas para o cumprimento de ações, expressamente definidas, e a caracterização das respectivas responsabilidades dos dirigentes.

§ 1º O protocolo a que se refere o **caput** será público e estará disponível a todos os interessados.

§ 2º A celebração de protocolo de compromisso suspende os procedimentos de expedição de atos autorizativos até a realização da avaliação educacional **in loco**, que ateste o cumprimento das exigências contidas no protocolo.

§ 3º Na vigência de protocolo de compromisso poderá ser aplicada a medida de suspensão prevista no § 3º do art. 16, motivadamente, desde que, no caso específico, a medida de cautela se revele necessária para evitar prejuízo aos residentes.

§ 4º O prazo do protocolo de compromisso variará de acordo com as deficiências a serem saneadas e as condições da instituição, limitado a cento e oitenta dias, podendo ser prorrogado até totalizar o limite máximo de trezentos e sessenta dias. Art. 26. Esgotado o prazo do protocolo de compromisso, a Plenária apreciará os elementos do processo administrativo e decidirá sobre o seu cumprimento.

§ 1º Para a instrução do processo, a Plenária poderá determinar a realização de avaliação educacional **in loco**, com vista a comprovar o efetivo saneamento das deficiências previsto pelo protocolo de compromisso.

§ 2º Constatado o descumprimento do protocolo de compromisso pela instituição, no todo ou em parte, a Plenária determinará a instauração de processo de averiguação dos indícios de irregularidade para a adoção de medidas administrativas cabíveis.

§ 3º Não será admitida a celebração de novo protocolo de compromisso no curso do processo a que se refere o § 2º.

§ 4º Constatado o cumprimento do protocolo de compromisso pela instituição, a Plenária determinará o arquivamento do processo administrativo.

Art. 27. Instaurado o processo de averiguação dos indícios de irregularidade, a instituição será notificada para apresentar defesa no prazo de quinze dias.

Parágrafo único. A notificação de instauração de processo a que se refere o **caput** deverá conter:

I - identificação da instituição;

II - resumo dos fatos objeto das apurações, e, quando for o caso, das razões das alegações;

III - informação sobre o protocolo de compromisso firmado e as condições de seu descumprimento ou cumprimento insuficiente, quando for o caso;

IV - outras informações pertinentes; e

V - a indicação do conselheiro da Plenária da CRNM especialmente designado para a sua relatoria.

Art. 28. Recebida a defesa ou transcorrido o prazo a que se refere o art. 27, a Plenária apreciará o conjunto dos elementos do processo e proferirá decisão, devidamente motivada, pelo seu arquivamento ou pela aplicação de uma das seguintes medidas administrativas:

I - desativação do programa; ou

II - descredenciamento da instituição.

Art. 29. A decisão de desativação do programa implicará a cessação imediata de seu funcionamento, vedada a admissão de novos residentes.

§ 1º Na hipótese de desativação de todos os programas de uma instituição, ocorrerá, concomitantemente, o seu descredenciamento.

§ 2º No caso de desativação de parte dos programas de instituição certificada como hospital de ensino, a comissão interministerial responsável pela certificação de hospitais de ensino deverá ser informada.

Art. 30. A decisão de descredenciamento da instituição implicará a cessação imediata do seu funcionamento para fins de oferta de residência médica, vedada a admissão de novos residentes.

Parágrafo único. Na hipótese de descredenciamento de instituição, haverá a desativação de todos os seus programas.

Art. 31. Quando da desativação de programa, é de responsabilidade da Plenária promover a transferência de residentes, de acordo com regulamentação específica da matéria.

Art. 32. No caso de aplicação das medidas administrativas descritas no art. 28, não poderão ser apresentados pedidos de credenciamento e autorização por um prazo de dois anos a contar da decisão final.

CAPÍTULO VI DA AVALIAÇÃO

Art. 33. A avaliação educacional constituirá referencial básico para os processos de regulação e supervisão da residência médica, a fim de promover a melhoria de sua qualidade.

Parágrafo único. As instituições que ofertam residência médica, ou que pretendam ofertar essa modalidade de ensino, e os respectivos programas ou propostas de programas serão objeto da avaliação referida no **caput**.

Art. 34. A avaliação educacional das instituições e dos programas terá por objetivo identificar e qualificar as condições para a oferta de residência médica.

§ 1º Serão estabelecidas em resolução específica da CNRM as dimensões da avaliação educacional que deverão contemplar, no mínimo: I - condições de infraestrutura institucional para o desenvolvimento do programa; II - qualificação do projeto pedagógico do programa; e III - qualificação de preceptores, supervisores e do coordenador do médico residente.

§ 2º Para cada dimensão de avaliação estabelecida e ao seu conjunto, será atribuído conceito que indique a qualidade de instituições e programas.

§ 3º A metodologia de aferição da qualidade das instituições e programas será definida em resolução específica da CNRM.

Art. 35. Para o cumprimento do disposto no **caput** do art. 34, serão realizadas as seguintes modalidades de avaliação:

I - autoavaliação das instituições;

II - avaliação educacional **in loco** das instituições; e

III - avaliação educacional **in loco** dos programas de residência.

Art. 36. No caso de autoavaliação das instituições, os responsáveis pela prestação de informações falsas ou pelo preenchimento de formulários e relatórios de avaliação que impliquem omissão ou distorção de dados responderão por essas condutas na forma da legislação vigente.

Art. 37. Fica instituído o Banco Público de Avaliadores da Residência Médica, que consiste em um quadro de especialistas no tema.

Parágrafo único. Os integrantes do Banco Público deverão ser médicos registrados nos respectivos Conselhos Regionais de Medicina

- CRMs com experiência comprovada em ensino médico e na coordenação e supervisão de programas.

Art. 38. A realização da avaliação educacional **in loco** das instituições e dos programas será organizada pela CNRM, com o apoio das CEREM, e executada por equipe própria ou por colaboradores eventuais, provenientes do Banco Público de Avaliadores a que se refere o art. 37.

§ 1º A avaliação educacional poderá ser operacionalizada em conjunto com o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE.

§ 2º Poderão participar como observadores da avaliação educacional **in loco**, representantes indicados pelos médicos residentes, pelo respectivo CRM, pelo Sindicato dos Médicos, pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, por instituição de caráter nacional representativa da educação médica e pelas respectivas sociedades de especialistas referentes aos programas de residência médica avaliados.

Art. 39. A avaliação educacional periódica em instituições e programas será realizada sob forma de ciclo avaliativo a cada três anos.

§ 1º O ciclo avaliativo será iniciado com o pedido de credenciamento da instituição e renovação de reconhecimento do programa.

§ 2º O ciclo avaliativo poderá ser realizado a cada seis anos, desde que atenda às condições a serem definidas em resolução específica da CNRM.

Art. 40. Os resultados de avaliação educacional insatisfatórios ensejarão, após exame da Plenária, a celebração de protocolo de compromisso ou a instauração de processo administrativo.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 41. O Regimento Interno da CNRM será elaborado pela Plenária e aprovado por ato do Ministro de Estado da Educação.

Art. 42. Os programas de residência médica vinculados a programas de mestrado profissional serão avaliados e certificados pela CNRM na forma deste Decreto e pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, no que diz respeito à organização como programas de pós-graduação **stricto sensu**, nos termos da legislação vigente.

Art. 43. Compete à COREME das instituições emitir os certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro em sistema de informação a ser mantido pela CNRM.

§ 1º O reconhecimento do programa juntamente com o registro do certificado de conclusão de curso é condição necessária para a validade nacional do certificado previsto no **caput**.

§ 2º O reconhecimento e a renovação do reconhecimento de programa em uma instituição credenciada não se estendem a outras unidades da mesma instituição, para registro de certificado ou qualquer outro fim.

Art. 44. Na primeira composição da CNRM, os conselheiros referidos nos incisos IV a VII do **caput** do art. 4º serão designados para cumprir mandato de três anos, visando implementar sistema de mandatos não coincidentes.

Art. 45. Na primeira composição da Câmara Recursal da CNRM, o representante das entidades médicas que integram a CNRM será designado para cumprir mandato de três anos, visando implementar sistema de mandatos não coincidentes.

Art. 46. As instituições que possuem programas com atos autorizativos vigentes, no momento da publicação deste Decreto, consideram-se credenciadas.

Parágrafo único. O pedido de credenciamento das instituições referidas no **caput** deverá ocorrer até 2014, conforme cronograma a ser definido em resolução específica da CNRM.

Art. 47. Os programas que possuem os seus atos autorizativos vigentes no momento da publicação deste Decreto consideram-se autorizados ou reconhecidos, conforme o caso, da seguinte forma:

I - os programas com credenciamento provisório válido consideram-se autorizados, devendo solicitar reconhecimento, na forma deste Decreto, durante o último ano de validade do ato autorizativo vigente; e

II - os programas com credenciamento válido consideram-se reconhecidos, devendo solicitar renovação de reconhecimento, na forma deste Decreto, durante o ano que antecede o ingresso da instituição em seu ciclo avaliativo, a ser realizado até 2014, conforme cronograma a ser definido em resolução específica da CNRM.

Art. 48. A participação na CNRM e nas demais instâncias colegiadas previstas neste Decreto é considerada serviço público relevante, não remunerada.

Art. 49. O Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, prestará o suporte técnico-administrativo necessário ao funcionamento da CNRM.

Art. 50. Ficam revogados:

I - os arts. 2º, 3º, 4º e 5º do Decreto no 80.281, de 5 de setembro de 1977; e

II - o Decreto no 91.364, de 21 de junho de 1985.

Art. 51. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

4.30 - LEI Nº 12.514, DE 28 DE OUTUBRO DE 2011.

Conversão da Medida Provisória nº 536, de 2011

Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 4º Ao médico-residente é assegurado bolsa no valor de R\$ 2.384,82 (dois mil, trezentos e oitenta e quatro reais e oitenta e dois centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais.

§ 1º O médico-residente é filiado ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS como contribuinte individual.

§ 2º O médico-residente tem direito, conforme o caso, à licença-paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias.

§ 3º A instituição de saúde responsável por programas de residência médica poderá prorrogar, nos termos da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, quando requerido pela médica-residente, o período de licença-maternidade em até 60 (sessenta) dias.

§ 4º O tempo de residência médica será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento do médico-residente por motivo de saúde ou nas hipóteses dos §§ 2º e 3º.

§ 5º A instituição de saúde responsável por programas de residência médica oferecerá ao médico-residente, durante todo o período de residência:

I - condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões;

II - alimentação; e

III - moradia, conforme estabelecido em regulamento.

§ 6º O valor da bolsa do médico-residente poderá ser objeto de revisão anual.” (NR)

Art. 2º O art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 26.

Parágrafo único. Não caracterizam contraprestação de serviços nem vantagem para o doador, para efeito da isenção referida no caput, as bolsas de estudo recebidas pelos médicos-residentes.” (NR)

Art. 3º As disposições aplicáveis para valores devidos a conselhos profissionais, quando não existir disposição a respeito em lei específica, são as constantes desta Lei.

Parágrafo único. Aplica-se esta Lei também aos conselhos profissionais quando lei específica:

I - estabelecer a cobrança de valores expressos em moeda ou unidade de referência não mais existente;

II - não especificar valores, mas delegar a fixação para o próprio conselho.

Art. 4º Os Conselhos cobrarão:

I - multas por violação da ética, conforme disposto na legislação;

II - anuidades; e

III - outras obrigações definidas em lei especial.

Art. 5º O fato gerador das anuidades é a existência de inscrição no conselho, ainda que por tempo limitado, ao longo do exercício.

Art. 6º As anuidades cobradas pelo conselho serão no valor de:

I - para profissionais de nível superior: até R\$ 500,00 (quinhentos reais);

II - para profissionais de nível técnico: até R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais); e

III - para pessoas jurídicas, conforme o capital social, os seguintes valores máximos:

a) até R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais): R\$ 500,00 (quinhentos reais);

b) acima de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) e até R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais): R\$ 1.000,00 (mil reais);

c) acima de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) e até R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais): R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais);

d) acima de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) e até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais): R\$ 2.000,00 (dois mil reais);

e) acima de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) e até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais): R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais);

f) acima de R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais) e até R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais): R\$ 3.000,00 (três mil reais);

g) acima de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais): R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).

§ 1º Os valores das anuidades serão reajustados de acordo com a variação integral do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou pelo índice oficial que venha a substituí-lo.

§ 2º O valor exato da anuidade, o desconto para profissionais recém-inscritos, os critérios de isenção para profissionais, as regras de recuperação de créditos, as regras de parcelamento, garantido o mínimo de 5 (cinco) vezes, e a concessão de descontos para pagamento antecipado ou à vista, serão estabelecidos pelos respectivos conselhos federais.

Art. 7º Os Conselhos poderão deixar de promover a cobrança judicial de valores inferiores a 10 (dez) vezes o valor de que trata o inciso I do art. 6º.

Art. 8º Os Conselhos não executarão judicialmente dívidas referentes a anuidades inferiores a 4 (quatro) vezes o valor cobrado anualmente da pessoa física ou jurídica inadimplente.

Parágrafo único. O disposto no caput não limitará a realização de medidas administrativas de cobrança, a aplicação de sanções por violação da ética ou a suspensão do exercício profissional.

Art. 9º A existência de valores em atraso não obsta o cancelamento ou a suspensão do registro a pedido.

Art. 10. O percentual da arrecadação destinado ao conselho regional e ao conselho federal respectivo é o constante da legislação específica.

Art. 11. O valor da Taxa de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, prevista na Lei nº 6.496, de 7 de dezembro de 1977, não poderá ultrapassar R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais).

Parágrafo único. O valor referido no caput será atualizado, anualmente, de acordo com a variação integral do Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ou índice oficial que venha a substituí-lo.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

4.31 RESOLUÇÃO CNRM 01/2013

Altera a Resolução CNRM nº 1, de 16 de junho de 2011, republicada no Diário Oficial da União nº 183, Seção I, Página 638, de 22 de setembro de 2011.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM), no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e

CONSIDERANDO deliberação do Plenário da CNRM, tomada na sessão ordinária realizadas nos dias 26 e 27 de setembro de 2012, resolve:

Art. 1º. O § 2º do art. 1º da resolução CNRM Nº 1, de 16 de junho de 2011, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.1. § 2º. O descanso obrigatório terá início, logo após o residente plantonista transferir a outro profissional médico, de igual competência, a responsabilidade pela continuidade da assistência médica."

4.32 RESOLUÇÃO CNRM Nº 2, DE 3 DE JULHO DE 2013

Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de residência médica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM), no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto nº7.562, de 15 de setembro de 2011, resolve:

CAPÍTULO I

DA CONCEITUAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Residência Médica - COREME é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica - CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011.

Parágrafo único. A COREME é o órgão responsável pela emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro em sistema de informação da CNRM.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A COREME é um órgão colegiado constituído por:

I - um coordenador e um vice-coordenador;

II - um representante do corpo docente por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM;

III - um representante da instituição de saúde; e

IV - um representante dos médicos residentes por programa de residência médica.

Parágrafo único. Os grupos referidos nos incisos II, III e IV indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA COREME

Art. 3º São competências da COREME da instituição de saúde que oferece programa de residência médica:

I - planejar a criação de novos programas de residência médica na instituição, manifestando-se sobre a conveniência em fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas a ser oferecidas;

II - coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;

III - avaliar periodicamente os programas de residência médica da instituição de saúde;

IV - elaborar e revisar o seu regimento interno e regulamento;

V - participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada; e

VI - emitir certificados de conclusão de programa dos médicos residentes.

Parágrafo único. A instituição de saúde que oferece programas de residência médica deve prover espaço físico, recursos humanos e materiais necessários ao adequado funcionamento da COREME.

DO COORDENADOR

Art. 4º O coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente da instituição de saúde, com experiência na supervisão de médicos residentes e domínio da legislação sobre residência médica.

Parágrafo único. O coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica da instituição de saúde.

Art. 5º Compete ao coordenador da COREME:

I - Coordenar as atividades da COREME;

II - Convocar reuniões e presidi-las;

III - Encaminhar à instituição de saúde as decisões da COREME;

IV - Coordenar o processo seletivo dos programas de residência médica da instituição;

V - Representar a COREME junto à CEREM; e

VI - Encaminhar trimestralmente à CEREM informações atualizadas sobre os programas de residência médica da instituição.

Parágrafo único. O contrato de trabalho do coordenador da COREME junto à instituição de saúde deverá reservar período para a realização das atribuições enumeradas neste artigo, em função do número de programas de residência médica oferecidos.

DO VICE-COORDENADOR

Art. 6º O vice coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente da instituição de saúde, com experiência em programas de residência médica.

Parágrafo único. O vice coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica da instituição de saúde.

Art. 7º Compete ao vice coordenador da COREME:

I - substituir o coordenador em caso de ausência ou impedimentos; e

II - auxiliar o coordenador no exercício de suas atividades.

Parágrafo único. O contrato de trabalho do vice coordenador da COREME junto à instituição de saúde deverá reservar período para a realização das atribuições enumeradas neste artigo, em função do número de programas de residência médica oferecidos.

DO REPRESENTANTE DO CORPO DOCENTE

Art. 8º O representante do corpo docente deverá ser médico especialista, supervisor de programa de residência médica da instituição de saúde.

Parágrafo único. O representante do corpo docente será indicado pelo conjunto dos preceptores do programa de residência médica representado.

Art. 9º Compete ao representante do corpo docente:

I - Representar o programa de residência médica nas reuniões da COREME;

II - Auxiliar a COREME na condução do programa de residência médica que representa;

III - Mediar a relação entre o programa de residência médica e a COREME; e

IV - Promover a revisão e evolução contínua do programa de residência médica representado, de acordo com a legislação, as políticas de saúde, a ética médica, as evidências científicas e as necessidades sociais.

Parágrafo único. O contrato de trabalho do representante do corpo docente junto à instituição de saúde deverá reservar período para a realização das atribuições enumeradas neste artigo, em função do número de programas de residência médica oferecidos.

DO PRECEPTOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 10º. O preceptor de programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de saúde.

Parágrafo único. O preceptor do programa de residência médica será designado no projeto pedagógico do programa.

DO SUPERVISOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 11º. O supervisor de programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de saúde.

Parágrafo único. O supervisor do programa de residência médica será responsável pela gestão do programa.

DO REPRESENTANTE DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 12º. O representante dos médicos residentes deverá estar regularmente matriculado em programa de residência médica da instituição de saúde.

Art. 13º. Compete ao representante dos médicos residentes:

- I - Representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;
- II - Auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica; e
- III - Mediar a relação entre os médicos residentes e a COREME.

DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Art. 14º. O representante da instituição de saúde deverá ser médico integrante de sua diretoria.

Art. 15º. Compete ao representante da instituição de saúde:

- I - Representar a instituição de saúde nas reuniões da COREME;
- II - Auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica; e
- III - Mediar a relação entre a COREME e a instituição de saúde.

CAPÍTULO IV

DA ESCOLHA E DO MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 16º. A eleição de coordenador e vice coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos:

- I - a COREME, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;
- II - as candidaturas deverão ser registradas até sete dias antes da eleição;
- III - a eleição será presidida pelo coordenador da COREME;
- IV - caso o coordenador da COREME seja candidato à eleição, um membro do corpo docente, não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

V - a votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

VI - em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade.

Parágrafo único. O médico residente é inelegível aos cargos de coordenador e vice coordenador da COREME.

Art. 17º. Os mandatos do coordenador e do vice coordenador têm duração de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 18º. O representante do corpo docente e seu suplente serão indicados pelos seus pares, dentro de cada programa de residência médica, para mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 19º. O representante da instituição de saúde e seu suplente serão indicados pela diretoria da instituição, para mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 20º. O representante dos médicos residentes de cada programa e seu suplente serão indicados pelos seus pares, para mandato de um ano, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art 21º. Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO DA COREME

Art. 22º. A COREME reger-se-á por meio de regimento interno e regulamento devidamente aprovados pelo órgão.

Art. 23º. A COREME da instituição de saúde reunir-se-á, ordinariamente, com periodicidade mínima bimestral, ou extraordinariamente, a qualquer momento, com prévia divulgação da pauta da reunião e registro em ata.

Parágrafo único. Qualquer membro da COREME poderá solicitar a realização de reunião extraordinária.

Art. 24º. A instituição deverá dispor de espaço físico, recursos humanos e recursos materiais para a instalação e funcionamento da COREME.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 25º. Os casos omissos serão resolvidos pela CEREM e CNRM.

Art. 26º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

4.33 LEI 12.871/2013 (LEI ORDINÁRIA) DE 22 DE OUTUBRO DE 2010

Conversão da Medida Provisória nº 621, de 2013 Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações:

I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos;

II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e

III - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre:

I - pré-seleção dos Municípios para a autorização de funcionamento de cursos de Medicina, ouvido o Ministério da Saúde;

II - procedimentos para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS;

III - critérios para a autorização de funcionamento de instituição de educação superior privada especializada em cursos na área de saúde;

IV - critérios do edital de seleção de propostas para obtenção de autorização de funcionamento de curso de Medicina; e

V - periodicidade e metodologia dos procedimentos avaliatórios necessários ao acompanhamento e monitoramento da execução da proposta vencedora do chamamento público.

§ 1º Na pré-seleção dos Municípios de que trata o inciso I do caput deste artigo, deverão ser consideradas, no âmbito da região de saúde:

I - a relevância e a necessidade social da oferta de curso de Medicina; e

II - a existência, nas redes de atenção à saúde do SUS, de equipamentos públicos adequados e suficientes para a oferta do curso de Medicina, incluindo, no mínimo, os seguintes serviços, ações e programas:

a) atenção básica;

b) urgência e emergência;

c) atenção psicossocial;

d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

e) vigilância em saúde.

§ 2º Por meio do termo de adesão de que trata o inciso II do caput deste artigo, o gestor local do SUS compromete-se a oferecer à instituição de educação superior vencedora do chamamento público, mediante contrapartida a ser disciplinada por ato do Ministro de Estado da Educação, a estrutura de serviços, ações e programas de saúde necessários para a implantação e para o funcionamento do curso de graduação em Medicina.

§ 3º O edital previsto no inciso IV do caput deste artigo observará, no que couber, a legislação sobre licitações e contratos administrativos e exigirá garantia de proposta do participante e multa por inexecução total ou parcial do contrato, conforme previsto, respectivamente, no art. 56 e no inciso II do caput do art. 87 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

§ 4º O disposto neste artigo não se aplica aos pedidos de autorização para funcionamento de curso de Medicina protocolados no Ministério da Educação até a data de publicação desta Lei.

§ 5º O Ministério da Educação, sem prejuízo do atendimento aos requisitos previstos no inciso II do § 1º deste artigo, disporá sobre o processo de autorização de cursos de Medicina em unidades hospitalares que:

I - possuam certificação como hospitais de ensino;

II - possuam residência médica em no mínimo 10 (dez) especialidades; ou

III - mantenham processo permanente de avaliação e certificação da qualidade de seus serviços.

§ 6º O Ministério da Educação, conforme regulamentação própria, poderá aplicar o procedimento de chamamento público de que trata este artigo aos outros cursos de graduação na área de saúde.

§ 7º A autorização e a renovação de autorização para funcionamento de cursos de graduação em Medicina deverão considerar, sem prejuízo de outras exigências estabelecidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes):

I - os seguintes critérios de qualidade:

a) exigência de infraestrutura adequada, incluindo bibliotecas, laboratórios, ambulatórios, salas de aula dotadas de recursos didático-pedagógicos e técnicos especializados, equipamentos especiais e de informática e outras instalações indispensáveis à formação dos estudantes de Medicina;

b) acesso a serviços de saúde, clínicas ou hospitais com as especialidades básicas indispensáveis à formação dos alunos;

c) possuir metas para corpo docente em regime de tempo integral e para corpo docente com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

d) possuir corpo docente e técnico com capacidade para desenvolver pesquisa de boa qualidade, nas áreas curriculares em questão, aferida por publicações científicas;

II - a necessidade social do curso para a cidade e para a região em que se localiza, demonstrada por indicadores demográficos, sociais, econômicos e concernentes à oferta de serviços de saúde, incluindo dados relativos à:

a) relação número de habitantes por número de profissionais no Município em que é ministrado o curso e nos Municípios de seu entorno;

b) descrição da rede de cursos análogos de nível superior, públicos e privados, de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares e de programas de residência em funcionamento na região;

c) inserção do curso em programa de extensão que atenda a população carente da cidade e da região em que a instituição se localiza.

CAPÍTULO III

DA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

§ 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei.

§ 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes.

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

- I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e
- II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades:
 - a) Genética Médica;
 - b) Medicina do Tráfego;
 - c) Medicina do Trabalho;
 - d) Medicina Esportiva;
 - e) Medicina Física e Reabilitação;
 - f) Medicina Legal;
 - g) Medicina Nuclear;
 - h) Patologia; e
 - i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

- I - Medicina Interna (Clínica Médica);
- II - Pediatria;
- III - Ginecologia e Obstetrícia;
- IV - Cirurgia Geral;

V - Psiquiatria;

VI - Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Art. 9º É instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, conforme ato do Ministro de Estado da Educação.

§ 1º É instituída avaliação específica anual para os Programas de Residência Médica, a ser implementada no prazo de 2 (dois) anos, pela CNRM.

§ 2º As avaliações de que trata este artigo serão implementadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), no âmbito do sistema federal de ensino.

Art. 10. Os cursos de graduação em Medicina promoverão a adequação da matriz curricular para atendimento ao disposto nesta Lei, nos prazos e na forma definidos em resolução do CNE, aprovada pelo Ministro de Estado da Educação.

Parágrafo único. O CNE terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de publicação desta Lei, para submeter a resolução de que trata o caput ao Ministro de Estado da Educação.

Art. 11. A regulamentação das mudanças curriculares dos diversos programas de residência médica será realizada por meio de ato do Ministério da Educação, ouvidos a CNRM e o Ministério da Saúde.

Seção Única

Do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde

Art. 12. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica.

§ 1º O Contrato Organizativo poderá estabelecer:

I - garantia de acesso a todos os estabelecimentos assistenciais sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência médica; e

II - outras obrigações mútuas entre as partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço, cujos termos serão levados à deliberação das Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite, ouvidas as Comissões de Integração Ensino-Serviço.

§ 2º No âmbito do Contrato Organizativo, caberão às autoridades mencionadas no caput, em acordo com a instituição de educação superior e os Programas de Residência Médica, designar médicos preceptores da rede de serviços de saúde e regulamentar a sua relação com a instituição responsável pelo curso de Medicina ou pelo Programa de Residência Médica.

§ 3º Os Ministérios da Educação e da Saúde coordenarão as ações necessárias para assegurar a pactuação de Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade:

I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados;

II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e

III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

§ 3º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil ficará a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, que disciplinarão, por meio de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, a forma de participação das instituições públicas de educação superior e as regras de funcionamento do Projeto, incluindo a carga horária, as hipóteses de afastamento e os recessos.

Art. 14. O aperfeiçoamento dos médicos participantes ocorrerá mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

§ 1º O aperfeiçoamento de que trata o caput terá prazo de até 3 (três) anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras modalidades de formação, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º A aprovação do médico participante no curso de especialização será condicionada ao cumprimento de todos os requisitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e à sua aprovação nas avaliações periódicas.

§ 3º O primeiro módulo, designado acolhimento, terá duração de 4 (quatro) semanas, será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 160 (cento e sessenta) horas, e contemplará conteúdo relacionado à legislação referente ao sistema de saúde brasileiro, ao funcionamento e às atribuições do SUS, notadamente da Atenção Básica em saúde, aos protocolos clínicos de atendimentos definidos pelo Ministério da Saúde, à língua portuguesa e ao código de ética médica.

§ 4º As avaliações serão periódicas, realizadas ao final de cada módulo, e compreenderão o conteúdo específico do respectivo módulo, visando a identificar se o médico participante está apto ou não a continuar no Projeto.

§ 5º A coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelas avaliações de que tratam os §§ 1º a 4º, disciplinará, acompanhará e fiscalizará a programação em módulos do aperfeiçoamento dos médicos participantes, a adoção de métodos transparentes para designação dos avaliadores e os resultados e índices de aprovação e reprovação da avaliação, zelando pelo equilíbrio científico, pedagógico e profissional.

Art. 15. Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que será responsável pela orientação acadêmica.

§ 1º São condições para a participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme disciplinado em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde:

I - apresentar diploma expedido por instituição de educação superior estrangeira;

II - apresentar habilitação para o exercício da Medicina no país de sua formação; e

III - possuir conhecimento em língua portuguesa, regras de organização do SUS e protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da Atenção Básica.

§ 2º Os documentos previstos nos incisos I e II do § 1º sujeitam-se à legalização consular gratuita, dispensada a tradução juramentada, nos termos de ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 3º A atuação e a responsabilidade do médico supervisor e do tutor acadêmico, para todos os efeitos de direito, são limitadas, respectiva e exclusivamente, à atividade de supervisão médica e à tutoria acadêmica.

Art. 16. O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. (Vide Decreto nº 8.126, de 2013) (Vide Medida Provisória nº 723, de 2016)

§ 1º (VETADO).

§ 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.

§ 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º.

§ 4º A coordenação do Projeto comunicará ao Conselho Regional de Medicina (CRM) que jurisdiciona na área de atuação a relação de médicos intercambistas participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e os respectivos números de registro único.

§ 5º O médico intercambista estará sujeito à fiscalização pelo CRM.

Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto. (Vide Medida Provisória nº 723, de 2016)

§ 1º O Ministério das Relações Exteriores poderá conceder o visto temporário de que trata o caput aos dependentes legais do médico intercambista estrangeiro, incluindo companheiro ou companheira, pelo prazo de validade do visto do titular.

§ 2º Os dependentes legais do médico intercambista estrangeiro poderão exercer atividades remuneradas, com emissão de Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

§ 3º É vedada a transformação do visto temporário previsto neste artigo em permanente.

§ 4º Aplicam-se os arts. 30, 31 e 33 da Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980, ao disposto neste artigo.

Art. 19. Os médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil poderão perceber bolsas nas seguintes modalidades:

I - bolsa-formação;

II - bolsa-supervisão; e

III - bolsa-tutoria.

§ 1º Além do disposto no caput, a União concederá ajuda de custo destinada a compensar as despesas de instalação do médico participante, que não poderá exceder a importância correspondente ao valor de 3 (três) bolsas-formação.

§ 2º É a União autorizada a custear despesas com deslocamento dos médicos participantes e seus dependentes legais, conforme dispuser ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Saúde.

§ 3º Os valores das bolsas e da ajuda de custo a serem concedidas e suas condições de pagamento serão definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 20. O médico participante enquadra-se como segurado obrigatório do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), na condição de contribuinte individual, na forma da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Parágrafo único. São ressalvados da obrigatoriedade de que trata o caput os médicos intercambistas:

I - selecionados por meio de instrumentos de cooperação com organismos internacionais que prevejam cobertura securitária específica; ou

II - filiados a regime de seguridade social em seu país de origem, o qual mantenha acordo internacional de seguridade social com a República Federativa do Brasil.

Art. 21. Poderão ser aplicadas as seguintes penalidades aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que descumprirem o disposto nesta Lei e nas normas complementares:

I - advertência;

II - suspensão; e

III - desligamento das ações de aperfeiçoamento.

§ 1º Na hipótese do inciso III do caput, poderá ser exigida a restituição dos valores recebidos a título de bolsa, ajuda de custo e aquisição de passagens, acrescidos de atualização monetária, conforme definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

§ 2º Na aplicação das penalidades previstas neste artigo, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

§ 3º No caso de médico intercambista, o desligamento do Programa implicará o cancelamento do registro único no Ministério da Saúde e do registro de estrangeiro.

§ 4º Para fins do disposto no § 3º, a coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil comunicará o desligamento do médico participante ao CRM e ao Ministério da Justiça.

Art. 22. As demais ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, voltadas especificamente para os médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado, serão desenvolvidas por meio de projetos e programas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

§ 1º As ações de aperfeiçoamento de que trata o caput serão realizadas por meio de instrumentos de incentivo e mecanismos de integração ensino-serviço.

§ 2º O candidato que tiver participado das ações previstas no caput deste artigo e tiver cumprido integralmente aquelas ações, desde que realizado o programa em 1 (um) ano, receberá pontuação adicional de 10% (dez por cento) na nota de todas as fases ou da fase única do processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica a que se refere o art. 2º da Lei no 6.932, de 1981.

§ 3º A pontuação adicional de que trata o § 2º não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista no edital do processo seletivo referido no § 2º deste artigo.

§ 4º O disposto nos §§ 2º e 3º terá validade até a implantação do disposto no parágrafo único do art. 5º desta Lei.

§ 5º Aplica-se o disposto nos arts. 17, 19, 20 e 21 aos projetos e programas de que trata o caput.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. Para execução das ações previstas nesta Lei, os Ministérios da Educação e da Saúde poderão firmar acordos e outros instrumentos de cooperação com organismos internacionais, instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, órgãos e entidades da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, consórcios públicos e entidades privadas, inclusive com transferência de recursos.

Art. 24. São transformadas, no âmbito do Poder Executivo, sem aumento de despesa, 117 (cento e dezessete) Funções Comissionadas Técnicas (FCTs), criadas pelo art. 58 da Medida Provisória no 2.229-43, de 6 de setembro de 2001, do nível FCT-13, em 10 (dez) cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores (DAS), sendo 2 (dois) DAS-5 e 8 (oito) DAS-4.

Art. 25. São os Ministérios da Saúde e da Educação autorizados a contratar, mediante dispensa de licitação, instituição financeira oficial federal para realizar atividades relacionadas aos pagamentos das bolsas de que trata esta Lei.

Art. 26. São a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) autorizados a conceder bolsas para ações de saúde, a ressarcir despesas, a adotar outros mecanismos de incentivo a suas atividades institucionais e a promover as ações necessárias ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos, observada a Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

Art. 27. Será concedida bolsa para atividades de preceptoria nas ações de formação em serviço nos cursos de graduação e residência médica ofertados pelas instituições federais de educação superior ou pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Integram as diretrizes gerais para o processo de avaliação de desempenho para fins de progressão e de promoção de que trata o § 4º do art. 12 da Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, a serem estabelecidas em ato do Ministério da Educação, o exercício profissional no SUS, na área de docência do professor, a preceptoria de que trata esta Lei e o exercício de atividade nos programas definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Com vistas a assegurar a universalização dos programas de residência médica prevista no art. 5º desta Lei, poderão ser adotadas medidas que ampliem a formação de preceptores de residência médica.

Art. 28. Os médicos participantes e seus dependentes legais são isentos do pagamento das taxas e dos emolumentos previstos nos arts. 20, 33 e 131 da Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980, e no Decreto-Lei nº 2.236, de 23 de janeiro de 1985.

Art. 29. Para os efeitos do art. 26 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, os valores percebidos a título de bolsa previstos nesta Lei e na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, não caracterizam contraprestação de serviços.

Art. 30. O quantitativo dos integrantes dos projetos e programas de aperfeiçoamento de que trata esta Lei observará os limites dos recursos orçamentários disponíveis.

§ 1º O quantitativo de médicos estrangeiros no Projeto Mais Médicos para o Brasil não poderá exceder o patamar máximo de 10% (dez por cento) do número de médicos brasileiros com inscrição definitiva nos CRMs.

§ 2º O SUS terá o prazo de 5 (cinco) anos para dotar as unidades básicas de saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura, a serem definidas nos planos plurianuais.

§ 3º As despesas decorrentes da execução dos projetos e programas previstos nesta Lei correrão à conta de dotações orçamentárias destinadas aos Ministérios da Educação, da Defesa e da Saúde, consignadas no orçamento geral da União.

Art. 31. Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde poderão editar normas complementares para o cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 32. A Advocacia-Geral da União atuará, nos termos do art. 22 da Lei nº 9.028, de 12 de abril de 1995, na representação judicial e extrajudicial dos profissionais designados para a função de supervisor médico e de tutor acadêmico prevista nos incisos II e III do art. 15.

Art. 33. A Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º

XI - admissão de professor para suprir demandas excepcionais decorrentes de programas e projetos de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante integração ensino-serviço, respeitados os limites e as condições fixados em ato conjunto dos Ministros de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Saúde e da Educação.

.....” (NR)

“Art. 4º

IV - 3 (três) anos, nos casos das alíneas “h” e “l” do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2º desta Lei;

„.....

Parágrafo único.

V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda 6 (seis) anos; e

.....” (NR)

Art. 34. O art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º, 4º e 5º:

“Art. 1º

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil.

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1º a 4º deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública.” (NR)

Art. 35. As entidades ou as associações médicas que até a data de publicação desta Lei ofertam cursos de especialização não caracterizados como Residência Médica encaminharão as relações de registros de títulos de especialistas para o Ministério da Saúde, para os fins previstos no § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 1981. (Regulamento) (Regulamento)

Art. 36. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

4.34 – Resoluções CNRM 02 e 03/2014

Alteraram prazos de solicitação de credenciamento de programas de residência médica com validade somente para o ano de 2014

4.35. RESOLUÇÃO Nº 4, DE 30 DE SETEMBRO DE 2014

Institui as Câmaras Técnicas Temáticas e o Comitê de Sistematização da Comissão Nacional de Residência Médica, e dá outras providências.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, no uso de suas atribuições descritas no Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011, resolve:

Considerando o Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, que trata da regulamentação da residência médica e da criação da Comissão Nacional de Residência Médica;

Considerando a Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006, que dispõe sobre requisitos mínimos dos programas de residência médica e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que trata do Programa Mais Médicos e propõe a expansão de residências médicas no Brasil até 2018; e

Considerando a Resolução CNRM nº 2, de 3 de julho de 2013, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de Residência Médica e dá outras providências;

Art. 1º Ficam instituídos as Câmaras Técnicas Temáticas e o Comitê de Sistematização, como forma de reorganização da atual Câmara Técnica, formando instâncias de assessoramento permanente da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

Seção I - Câmaras Técnicas Temáticas

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

Art. 3º As Câmaras Técnicas Temáticas terão funcionamento conforme os artigos 6º e 12 do Decreto Presidencial nº 7.562/2011, e serão estruturadas e organizadas segundo as áreas de atuação, a saber:

- I - Câmara Técnica Temática da área de Atenção Básica/ Saúde Coletiva;
- II - Câmara Técnica Temática da área de Saúde do Adulto e do Idoso;
- III - Câmara Técnica Temática da área de Saúde da Mulher;
- IV - Câmara Técnica Temática da área de Saúde da Criança e do Adolescente;
- V - Câmara Técnica Temática da área de Saúde Mental; e
- VI - Câmara Técnica Temática de Diagnóstico e Apoio

§ Parágrafo Único - Nas Câmaras Técnicas Temáticas enquadram-se para abordagem, as especialidades e áreas de atuação técnico-sanitárias, clínicas ou cirúrgicas voltadas para os respectivos ciclos de vida, núcleo temático ou campo de conhecimento correlato.

Art. 4º A distribuição das especialidades ou áreas de atuação médicas em cada Câmara Técnica Temática ocorrerá conforme seguinte descrição:

I-Câmara Técnica Temática da Área de Atenção Básica/Saúde Coletiva:(Medicina Geral de Família e Comunidade/ Medicina de Família e Comunidade

- b)Medicina Preventiva e Social
- c)Administração em Saúde
- d)Medicina do Tráfego
- e)Medicina do Trabalho
- f)Medicina Esportiva
- g)Medicina Legal
- h)Homeopatia

II-Câmara Técnica Temática da Área de Saúde do Adulto e do Idoso:

- a)Alergia e Imunologia
- b)Anestesiologia
- c)Angiologia
- d)Atendimento ao queimado
- e) Cancerologia / Cirúrgica
- f)Cancerologia/Clínica

- g)Cardiologia
- h)Cirurgia Cardiovascular
- i)Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial
- j)Cirurgia da Mão
- k)Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- l)Cirurgia do Aparelho Digestivo
- m)Cirurgia do Trauma
- n)Cirurgia Geral
- o)Cirurgia Plástica
- p)Cirurgia Torácica
- q)Cirurgia Vascular
- r)Cirurgia Videolaparoscópica
- s)Clínica Médica
- t)Coloproctologia
- u)Dermatologia
- v)Endocrinologia
- w)Gastroenterologia
- x)Geriatría
- y)Hansenologia
- z)Hematologia e Hemoterapia
- aa)Hepatologia
- bb)Infectologia Hospitalar
- cc)Medicina Tropical
- dd)Medicina de Urgência
- ee)Medicina do Sono
- ff)Medicina Intensiva
- gg)Medicina Paliativa
- hh)Medicina Física e Reabilitação
- ii)Nefrologia
- jj)Neurocirurgia
- kk)Neurofisiologia Clínica
- ll)Neurologia
- mm)Nutrologia
- nn)Oftalmologia
- oo)Ortopedia e Traumatologia
- pp)Otorrinolaringologia
- qq)Pneumologia
- rr)Reumatologia ss)Transplante de Medula Óssea
- tt)Urologia
- uu)Infectologia

III-Câmara Técnica Temática da área de Saúde da Mulher:

- a)Endoscopia Ginecológica
- b)Mamografia
- c)Mastologia
- d) Obstetrícia e Ginecologia
- e) Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia
- f)Sexologia
- g)Medicina Fetal

IV-Câmara Técnica Temática da área de Saúde da Criança e do Adolescente:

- a)Alergia e Imunologia Pediátrica

- b)Cancerologia/Pediátrica
- c)Cardiologia Pediátrica
- d)Cirurgia Pediátrica
- e)Endocrinologia Pediátrica
- f)Gastroenterologia Pediátrica
- g)Genética Médica
- h)Hematologia e Hemoterapia Pediátrica
- i)Infectologia Pediátrica
- j)Medicina do Adolescente
- k)Medicina Fetal
- l)Medicina Intensiva Pediátrica
- m)Nefrologia Pediátrica
- n)Neonatologia
- o)Neurologia Pediátrica
- p)Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica
- q)Nutrologia Pediátrica
- r)Pediatria
- s)Pneumologia Pediátrica
- t)Reumatologia Pediátrica

V- Câmara Técnica Temática da área de Saúde Mental:

- a)Psicogeriatría
- b)Psicoterapia
- c)Psiquiatria
- d)Psiquiatria da Infância e Adolescência
- e)Psiquiatria Forense

VI- Câmara Técnica Temática de Diagnóstico e Apoio

- a)Citopatologia
- b)Acupuntura
- c)Angioradiologia e Cirurgia Endovascular
- d)Citopatologia
- e)Densitometria Óssea f)Dor
- g)Ecografia
- h)Eletrofisiologia Clínica Invasiva
- i)Endoscopia
- j)Endoscopia Digestiva
- k)Endoscopia Respiratória
- l)Ecografia Vascular com Doppler
- m) Ergometria
- n)Medicina Nuclear
- o)Medicina do Sono
- p)Neurofisiologia Clínica
- q)Neuroradiologia
- r)Nutrição Parenteral e Enteral
- s)Patologia
- t)Patologia Clínica / Medicina Laboratorial
- u)Radioterapia
- v)Radiologia Intervencionista
- w)Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Art. 5º As Câmaras Técnicas Temáticas poderão ter em sua composição representantes advindos dos seguintes segmentos da sociedade:

- a) Representantes da Comunidade Científica Médica, como as afiliadas a Associação Médica Brasileira (AMB);
- b) Representantes de setores organizados de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS;
- c) Representantes de instituições que ofertam programas de residência médica;
- d) Autoridades acadêmicas, de serviços de saúde ou de programas de residência médica com expertise/propriedade sobre determinado núcleo temático;

§ 2º Os coordenadores das Câmaras Técnicas Temáticas participarão como convidados do Plenário da CNRM.

§ 3º Os representantes das Câmaras Técnicas Temáticas exercerão função não remunerada, de relevante interesse público, com precedência sobre quaisquer outros cargos públicos de que sejam titulares e, quando convocados, farão jus a transporte e diárias.

§ 4º A indicação de representantes advindos dos segmentos mencionados no caput do artigo 7º deverá ser feita a cada 02 (dois) anos, a partir da data de publicação desta Resolução, ou quando houver necessidade por parte das políticas de saúde e de educação voltadas à Residência Médica;

§ 5º O apoio técnico e administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades das Câmaras Técnicas Temáticas será prestado pelo Ministério da Educação, por meio da Coordenação Geral de Residências em Saúde, da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde, da Secretaria de Ensino Superior - CGRS/DDES/SESu/MEC.

Art. 7º Uma Câmara Técnica Temática poderá realizar reuniões em conjunto com outra câmara para discutir matéria específica que envolva suas competências, como, por exemplo, programas de residência que tenham interface entre câmaras distintas.

Seção II - Comitê de Sistematização da Comissão Nacional de Residência Médica

Art. 8º O Comitê de Sistematização, estrutura complementar das Câmaras Técnicas Temáticas tem como atribuição auxiliar a Secretaria Executiva na organização dos atos e pareceres advindos das Câmaras Técnica Temáticas, que deverão ser direcionados para deliberação da Plenária no respectivo mês.

Art. 9º O Comitê de Sistematização será composto pelos seguintes membros:

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

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

c) Coordenadores das Câmaras Técnica Temáticas

§ 1º O Comitê de Sistematização não possui caráter deliberativo, sendo sua natureza elencar os pareceres e decisões advindas das Câmaras Técnicas Temáticas, que possam ou não ser consenso dos vários segmentos representados em Plenária.

§ 2º O Comitê de Sistematização é coordenado pelo Secretário Executivo da CNRM.

§ 3º Cabe ao Secretário Executivo, quando necessário, a convocação do Comitê e a organização do calendário de atividades.

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 10º As Câmaras Técnicas Temáticas serão implementadas de forma gradual e progressiva, mediante a manutenção do modus operandi em vigor da Câmara Técnica.

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

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

Art. 13. A Câmara Técnica Temática de Atenção Básica e a Câmara Técnica Temática de Saúde Mental deverão ser implementadas imediatamente após aprovação desta resolução, conforme necessidades originadas pelo Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871/2013, conversão da Medida Provisória nº 621/2013.

Parágrafo único. As demais Câmaras Técnicas Temáticas serão instituídas progressivamente, conforme limite previsto no artigo 12 desta Resolução.

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

4.36 RESOLUÇÃO No- 1 DE 25 DE MAIO DE 2015

Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA

MÉDICA, SUBSTITUTO, no uso de suas atribuições, descritas no art. 10 do Decreto No- 7.562, de 15 de setembro de 2011, e:

Considerando a Lei No- 6.932, de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências;

Considerando a necessidade de atualização dos requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica - PRM em Medicina Geral de Família e Comunidade;

Resolve regulamentar os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos seguintes termos:

TÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1º A Medicina Geral de Família e Comunidade é a especialidade médica que engloba a prestação de cuidados personalizados e continuados a indivíduos e famílias de uma determinada população, independentemente de idade, sexo ou problema de saúde.

Art. 2º Consideram-se como a mesma área de conhecimento e a mesma especialidade a Medicina Geral de Família e Comunidade e a Medicina de Família e Comunidade, sendo assim os termos equivalentes para fins de assuntos relacionados à Residência Médica e formação de especialistas.

TÍTULO II

DOS FUNDAMENTOS DA ESPECIALIDADE

Art. 3º A Medicina Geral de Família e Comunidade é uma especialidade clínica cujo profissional é capaz de:

I - identificar as doenças e enfermidades desde seus momentos iniciais, ainda com manifestações indiferenciadas e atípicas;

II - manejar condições crônicas e estáveis, com momentos de agudização e problemas que configurem situações de urgência e emergência, com o objetivo de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde mais prevalentes;

III - comprometer-se com o cuidado integral às pessoas sob sua responsabilidade, não restringindo sua atuação à existência de uma doença; bem como não terminando sua responsabilidade com a resolução desta.

IV - coordenar os cuidados a serem tomados com o paciente, independentemente do percurso deste pela rede de serviços de saúde inclusive quando este é encaminhado a outro especialista.

Art. 4º A Medicina Geral de Família e Comunidade deve atuar de maneira próxima do contexto de vida das pessoas, com vistas a:

§1º Atuar invariavelmente junto aos indivíduos, sua família e comunidade/coletividade, para compreender a relação entre o contexto local, o adoecimento e a produção social do binômio saúde doença.

§ 2º Proporcionar encontros contínuos entre as pessoas e o especialista da área, de forma que estes encontros constituam oportunidades para a resolução de problemas clínicos no âmbito individual, familiar e comunitário/coletivo, prevenção de doenças, promoção da saúde e educação em saúde.

Art. 5º A atuação do médico de família e comunidade é parte integrante de uma rede de serviços e ações, cabendo a este, em conjunto com a equipe de trabalho multiprofissional em que está inserido, articular rede de saúde e ações em prol das pessoas sob sua responsabilidade.

Art. 6º O médico de família e comunidade deve ter como competência o manejo racional de recursos disponíveis para a sua prática, de forma efetiva e equânime.

TÍTULO III

DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA

Art. 7º São os objetivos gerais do programa de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - Formar Médicos de Família e Comunidade, tendo as pessoas e suas famílias como centro do cuidado;

II - Atuar de forma qualificada, focada no cuidado integral de pessoas, famílias e coletividades em que estão inseridos;

III - Solucionar o maior número de problemas possíveis, com qualidade, por meio de uma prática integrada, continuada, em equipe multidisciplinar, inserida preferencialmente nas comunidades; e

IV - Integrar-se aos processos de educação permanente em saúde do seu território.

Art. 8º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do Sistema Único de Saúde - SUS, como as atuações na área de:

I - Atenção Básica;

II - Urgência e Emergência;

III- Atenção Domiciliar;

IV - Saúde Mental;

V - Educação Popular em Saúde e Participação Social;

VI - Saúde Coletiva; e

VII - Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

Parágrafo único. Os programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão garantir a diversidade de espaços de formação, tais como: ambulatoriais, comunitários, domiciliares, hospitalares, de pronto-atendimento, de gestão em saúde, de atenção psicossocial e de acesso a meios diagnósticos para a garantia do aprendizado e treinamento em serviço dos médicos residentes.

TÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º Define-se competência, para os fins da formação médica, como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, a partir de aspectos cognitivos, atitudinais e psicomotores.

§ 1º A orientação dos currículos por competência implica na inserção do médico residente em cenários da prática profissional por meio da realização de atividades educacionais e assistenciais, preservados o equilíbrio na relação entre os princípios da autonomia profissional do médico residente e da relação aprendiz-preceptor, que promovam o desenvolvimento de suas capacidades, segundo contexto e critérios específicos.

§ 2º O treinamento conferido ao médico residente deve compreender aspectos multiprofissionais e interdisciplinares, de forma a prepará-lo para assegurar atenção integral e de qualidade às pessoas sob seus cuidados.

Art. 10. O aprendizado do médico residente deve ser progressivo e abordar situações reais em serviço, problematização teórico- crítica e desenvolvimento de vínculos com as pessoas sob seu cuidado.

Art. 11. São considerados os seguintes domínios de competência para organização dos projetos pedagógicos dos programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - Competências prévias;

II - Competências essenciais;

III - Competências desejadas; e

IV - Competências avançadas.

CAPÍTULO I

DO PRIMEIRO ANO DO PROGRAMA - R1

Seção I

Das Áreas de Competências

Art. 12. Consideram-se como áreas de competência teórica a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - Os princípios da Medicina de Família e Comunidade;

II - Os princípios da Atenção Primária à Saúde; e

III - A Saúde Coletiva.

Art. 13. Consideram-se como áreas de competência prática a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - A abordagem individual;

II - A abordagem familiar;

III - A abordagem comunitária;

IV - O raciocínio clínico;

V - As habilidades de comunicação;

VI - A ética médica e bioética;

VII - A educação popular em saúde;

VIII - A educação permanente em saúde;

IX - As habilidades frente à pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência;

X - Os fundamentos da Medicina Rural, na forma de subárea optativa; e XI - A introdução às práticas integrativas e complementares, na forma de subárea optativa.

Parágrafo único. Define-se como Medicina Rural a prática voltada à interiorização da Medicina Geral de Família e Comunidade por meio do atendimento à população do campo, em cenários interioranos, em municípios de pequeno porte e a populações que vivem em áreas com dificuldade de fixação do profissional médico.

Art. 14. Consideram-se como áreas de competência de gestão e organização de serviços de saúde a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - Gestão da clínica e organização do processo de trabalho;

II - Trabalho em equipe multiprofissional;

III - Avaliação da qualidade e auditoria dos serviços de saúde; e

IV - Vigilância em Saúde.

Art. 15. Consideram-se como áreas de competência clínica a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade:

I - A abordagem de problemas gerais e inespecíficos;

II - A abordagem de problemas respiratórios;

III - A abordagem de problemas digestivos;

IV - A abordagem de problemas infecciosos;

V - A abordagem de problemas relacionados aos olhos e à visão;

VI - A abordagem de problemas de saúde mental;

VII - A abordagem de problemas do sistema nervoso;

VIII - A abordagem de problemas cardiovasculares;

IX - A abordagem de problemas dermatológicos;

X - A abordagem de problemas hematológicos;

XI - A abordagem de problemas relacionados aos ouvidos, nariz e garganta;

XII - A abordagem de problemas metabólicos;

XIII - A abordagem de problemas relacionados aos rins e vias urinárias;

XIV - A abordagem de problemas musculoesqueléticos;

XV - Os cuidados paliativos;

XVI - O cuidado domiciliar;

XVII - O rastreamento;

XVIII - A urgência e emergência; e

XIX - A realização de procedimentos ambulatoriais e pequenas cirurgias.

Art. 16. Consideram-se como áreas de competência voltadas a situações específicas e ciclos de vida a serem desenvolvidas no primeiro ano do programa de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade: XI - A introdução às práticas integrativas e complementares, na forma de subárea optativa.

Parágrafo único. Define-se como Medicina Rural a prática voltada à interiorização da Medicina Geral de Família e Comunidade por meio do atendimento à população do campo, em cenários interioranos, em municípios de pequeno porte e a populações que vivem em áreas com dificuldade de fixação do profissional médico.

CAPÍTULO II

DO SEGUNDO ANO DO PROGRAMA - R2

Seção I

Das Áreas de Competência

Art. 17. O segundo ano da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverá abordar as mesmas áreas de competência do primeiro ano de residência, porém com maior complexidade e profundidade,

Parágrafo único. Poderão também ser abordados domínios de competência adicionais, úteis para a formação do médico de família e comunidade.

TÍTULO V

DA PROGRAMAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA

Art. 18. Para fins desta regulamentação divide-se a carga horária do programa em:

I - Atividades em serviço - mínimo de 70 a 80% da carga horária total do PRM, distribuídas entre consultas, atenção domiciliar, abordagem familiar e comunitária, atividades coletivas e escuta qualificada

por ocasião do acolhimento e organização do cuidado na porta de entrada dos serviços, realizadas necessariamente em Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família ou outros Serviços de Atenção Primária;

II - Atividades em outros níveis de atenção - mínimo de 10% da carga horária total do PRM, distribuídas entre estágios em unidades de urgência e emergência, enfermarias, atividades de gerenciamento,

atendimentos em ambulatórios de atenção secundária e terciária, em atividades que poderão englobar outras especialidades médicas, mas que devem se relacionar à atenção primária; e

III - Atividades teóricas - de 10 a 20% da carga horária total do PRM.

§ 1º. Para os fins dessa portaria, os serviços discriminados no inciso I deverão ser caracterizados pela presença e extensão dos atributos essenciais da atenção primária - acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado; e derivados - orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

§ 2º. É desejável o treinamento em pequenos procedimentos ambulatoriais nas unidades de atenção básica.

Art. 19. Estão contempladas como cenários de aprendizagem as atividades que são realizadas na atenção primária com caráter de atenção secundária, sob supervisão ou matriciamento de outras especialidades quando necessário, tais como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, os Consultórios de Rua, dentre outros.

Art. 20. A atuação conjunta de preceptor e médico residente, a supervisão direta dos atendimentos e ações, a discussão de casos e o estudo imediato dos casos em atendimento são considerados modalidades de ensino em serviço, não compoem a carga horária teórica dos programas.

Art. 21. A problematização, as aulas expositivas e seminários, o ensino-aprendizado em pequenos grupos, as oficinas, o estudo orientado por necessidades, as sessões clínicas, a simulação de consultas e a análise de vídeos de consultas no formato Entrevistas Baseada em Problemas são consideradas atividades de formação teórica.

TÍTULO VI

DOS AGENTES DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Art. 22. O supervisor e os preceptores do PRM deverão ser preferencialmente especialistas com certificado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na área e/ou portadores de certificação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade acreditado ou expedido pela Sociedade Brasileira de Medicina e Comunidade.

Parágrafo único. Também estão habilitados ao exercício da função especialistas com titulação acadêmica lato sensu ou strictu sensu compatível ou notório saber na área e em atuação profissional como médico de família e comunidade e os médicos docente na área que atuem em instituição de educação superior.

Art. 23. Os preceptores de estágios em Atenção Primária poderão ser da mesma equipe de saúde da família ou integrar a equipe da unidade de saúde que receberá o residente.

§ 1º Os preceptores deverão ser registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e outros sistemas de informação em saúde pertinentes.

§ 2º O médico residente também poderá compor uma equipe de saúde da família, desde que resguardadas as condições de infraestrutura enumeradas nos arts. 25 a 29 desta Resolução, as condições de aprendizagem e a supervisão permanente.

Art. 24. O processo de ensino do médico de família e comunidade poderá envolver especialistas com formação acadêmica ou experiência que os qualifique a prestar preceptoria ou facilitação do processo de ensino-aprendizagem em sua área de atuação.

TÍTULO VII

DA INFRAESTRUTURA

Art. 25. O PRM em Medicina de Família e Comunidade deverá oferecer infraestrutura física de consultório para possibilitar o atendimento ambulatorial em pelo menos 06 (seis) turnos semanais por residente, para o atendimento de adultos, crianças, gestantes e idosos, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e demais normas que orientem as políticas de saúde voltadas aos cenários de prática e formação. Parágrafo único. Recomenda-se que a agenda de atendimento do serviço de saúde não seja determinada por faixa etária ou grupo populacional, evitando-se a formação de turnos de atendimento voltados a determinadas condições ou populações, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 26. Cada equipe de Saúde da Família que receber médico residente deverá, preferencialmente, ter um máximo de 3.000 (três mil) pessoas adscritas, conforme a especificidade docente-assistencial.

Parágrafo único. Nas situações em que médicos residentes compuserem equipes de Saúde da Família, recomenda-se que a relação seja de 2.000 (duas mil) pessoas adscritas por médico residente.

Art. 27. A unidade básica de saúde que tiver a presença do médico residente deverá contar com equipe mínima completa de Saúde da Família.

Parágrafo único. Quando o estágio acontece em um serviço onde não há Estratégia de Saúde da Família, deve-se garantir que a unidade preserve características peculiares de um serviço de Atenção Primária, conforme o artigo 18.

Art. 28. É desejável que unidade de saúde disponha de equipamentos e instrumentos adequados ao atendimento das urgências e emergências corriqueiros na atenção primária e à realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, em caráter ambulatorial.

Art. 29. É desejável que a unidade disponha de acesso à telemedicina.

TÍTULO VIII

DOS PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO

Art. 30. A avaliação do médico residente deve fazer parte de um processo claro, abrangente e transparente, registrado por escrito e no qual podem estar incluídos:

I - o acompanhamento sistematizado e cotidiano pelo preceptor de todas as atividades do médico residente, incluindo os atendimentos médicos ambulatoriais nas Unidades, a assistência domiciliar e os grupos;

II - a autoavaliação do médico residente e de seus preceptores;

III - as avaliações estruturadas de supervisão de consultas e procedimentos;

IV - as avaliações do cumprimento de metas previamente combinadas para o período do treinamento;
V - a avaliação pela equipe onde o médico residente está inserido quanto ao relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse do profissional;
VI - a avaliação dos avanços esperados e correção das dificuldades identificadas para cada médico residente;

VII - prova escrita com os conteúdos e as competências estabelecidas para cada período; e

VIII - trabalho final de conclusão, sob o formato de revisão, monografia, artigo ou auditoria clínica, a critério de cada programa de residência médica.

Art. 31. O processo de avaliação deve permitir que o médico residente avalie os seus preceptores e as condições gerais de seus estágios.

Art. 32. A frequência mínima das avaliações do residente será trimestral.

Art. 33. O desenvolvimento de domínios de competência prévios e/ou essenciais do PRM deverão compor a avaliação específica anual mencionada no art. 9º, parágrafo único, da Lei No- 12.871/2013 e a avaliação institucional dos programas de Residência Médica, segundo critérios a serem definidos pela Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/Saúde Coletiva da CNRM.

TÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 34. A Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/Saúde Coletiva deverá propor, em até 30 (trinta) dias da entrada em vigor desta Resolução, matriz de competência baseada nos domínios e áreas de competência estabelecidos nos arts. 12 a 16, a ser homologada pela Secretaria Executiva da CNRM e publicada no sítio eletrônico da CNRM.

Parágrafo único. Cabe à Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/ Saúde Coletiva e à Secretaria Executiva da CNRM atualizar esta matriz a cada 02 (dois) anos, em ato similar ao citado no caput.

Art. 35. Não se aplicam à Medicina Geral em de Família e Comunidade os dispositivos relacionados à supervisão de programa de residência médica constantes das Resoluções CNRM No- 04/1978 e No- 02/2005.

Parágrafo único. Cabe à Câmara Técnica Temática de Atenção Básica/ Saúde Coletiva da CNRM apresentar diretrizes contendo os critérios para supervisão e preceptoria dos Programas de Medicina Geral de Família e Comunidade complementares a esta resolução.

Art. 36. Ficam revogados os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade estabelecidos por meio do item 29 da Resolução CNRM No- 02, de 17 de maio de 2006.

Art. 37. Os programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade/Medicina de Família e Comunidade já em funcionamento terão um prazo de 02 (dois) anos para se adequarem plenamente a esta Resolução e à matriz de competência prevista no art. 34.

Art. 38. Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

VINÍCIUS XIMENES MURICY DA ROCHA

4.37 RESOLUÇÃO Nº 2, DE 27 DE AGOSTO DE 2015

Adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica ao art. 22 da Lei 12.871/2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto 80.281, de 05 de setembro de 1977, a Lei 6.932, de 07 de julho de 1981, o Decreto 7.562, de 15 de setembro de 2011,

CONSIDERANDO o art. 22 da Lei 12.871/2013, que trata da garantia de pontuação adicional de 10% em todas as fases de processos de seleção pública para programas de Residência Médica para os participantes de programas e projetos de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS, promovidos em parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério a Saúde;

CONSIDERANDO a Resolução CNRM 01/2015, que trata dos requisitos mínimos para os programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade;

CONSIDERANDO como critério de mérito para o acesso a programas de residência médica a aquisição de competências atitudinais voltadas ao exercício de responsabilidade social frente a políticas prioritárias do SUS, em consonância com o art. 200, inciso III da Constituição Federal;

CONSIDERANDO a Portaria SGTES/MS/SESu/MEC nº 02, de 24 de janeiro de 2014, que estabelece a equivalência dos termos Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral de Família e Comunidade para fins de formação; resolve:

CAPÍTULO I

SOBRE AS FASES DO PROCESSO DE ADMISSÃO AOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 1º Os candidatos à admissão em Programas de Residência Médica (PRM) deverão submeter-se a processo de seleção pública que poderá ser realizado em duas fases, a escrita e a prática.

Art. 2º A primeira fase será obrigatória e consistirá de exame escrito, objetivo, com igual número de questões nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social (Saúde Coletiva e Medicina Geral de Família e Comunidade), com peso mínimo de 50% (cinquenta por cento).

Art. 3º A segunda fase, opcional, a critério da Instituição, será constituída de prova prática com peso de 40% (quarenta por cento) a 50% (cinquenta por cento) da nota total.

§ 1º O exame prático será realizado em ambientes sucessivos e igualmente aplicado a todos os candidatos selecionados na primeira fase, envolvendo Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social (Saúde Coletiva e Medicina Geral de Família e Comunidade).

§ 2º Estão classificados numa fase subsequente os candidatos que alcançarem, no mínimo, 50% de acertos na prova da respectiva fase.

§ 3º Serão selecionados para a segunda fase os candidatos classificados na primeira fase, em número mínimo de colocações correspondente a duas vezes o número de vagas disponíveis em cada programa, podendo cada Instituição, a seu critério, ampliar essa proporção.

§ 4º Em caso de não haver candidatos em número maior que o dobro do número de vagas do programa, todos os classificados serão indicados para a prova prática.

§ 5º A prova prática deverá ser documentada por meios gráficos e/ou eletrônicos.

Art. 4º A critério da Instituição, 10% (dez por cento) da nota total poderá destinar-se à análise e à arguição do currículo, dentro da seguinte conformação:

I - Primeira Fase Obrigatória, sendo etapa única, com prova escrita constando como 100% (cem por cento) da nota final, sem ser realizada arguição do currículo;

II - Primeira Fase Obrigatória, com prova escrita com peso de 90% (noventa por cento) e segunda etapa com arguição de currículo com peso de 10% (dez por cento);

III - Primeira Fase Obrigatória com prova escrita com peso de 50 (cinquenta) a 60% (sessenta por cento) na nota final; e segunda fase com prova prática com peso de 40 a 50%, sem ser realizado arguição do currículo;

IV - Primeira Fase Obrigatória com prova escrita com peso de 50% a 60% na nota final; e segunda fase com prova prática com peso de 30 a 40% e realização de arguição do currículo com peso de 10% na nota final. Art. 5º Para as especialidades com pré-requisito e áreas de atuação, o processo seletivo basear-se-á exclusivamente nos programas da(s) especialidade(s) pré-requisito.

Art. 6º Para os anos adicionais, o processo seletivo basear-se-á exclusivamente no programa da especialidade correspondente.

Art. 7º A nota total de cada candidato será a soma da pontuação obtida nas fases adotadas no processo seletivo.

CAPÍTULO II

DA VALORIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL PARA O ACESSO AOS PRMs

Art. 8º São considerados programas de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em saúde em regiões prioritárias para o SUS o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e os programas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade.

Parágrafo Único A implementação de quaisquer outras iniciativas que se configurem com o perfil acima citado deverão ser regulamentadas por portaria conjunta da Secretaria de Educação Superior,

do Ministério da Educação, na condição de presidência da CNRM, e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, com a finalidade de garantir a pontuação adicional nos processos seletivos para Residência Médica.

Art. 9º O candidato que anteriormente a data de início do PRM tiver participado e cumprido integralmente o PROVAB a partir de 2012 ou ingressado nos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade/Medicina Geral de Família e Comunidade (PRMGFC) a partir de 2015, e concluído o programa, receberá pontuação adicional na nota de todas as fases descritas nos artigos anteriores, considerando-se os seguintes critérios: I - 10% (dez por cento) nas notas acima descritas para programas de acesso direto para quem concluir 1 ano de participação nas atividades do PROVAB; II - 10% (dez por cento) nas notas do processo seletivo para quem concluir a programação prevista para os 2 anos do PRMGFC, para acesso posterior a outras especialidades.

§ 1º A pontuação adicional de que trata este artigo não poderá elevar a nota final do candidato para além da nota máxima prevista pelo edital do processo seletivo.

§ 2º Considera-se como tendo usufruído da pontuação adicional de 10% o candidato que tiver iniciado programa de residência médica para o qual foi selecionado, utilizando tal pontuação, não podendo ser utilizada a pontuação adicional mais que uma vez.

§ 3º Para os concursos de mais de uma fase, a pontuação adicional será aplicada na primeira fase, após a classificação, modificando a colocação, e também nas demais fases dentro da mesma perspectiva.

§ 4º A Coordenação Nacional do PROVAB deverá publicar no DOU, até 60 dias após o ingresso do médico no PROVAB, o nome dos candidatos que estão pela primeira vez participando deste programa.

§ 5º Para a inscrição em processo público de seleção para residência médica, estarão aptos para requerer a utilização da pontuação adicional para ingresso no ano posterior os participantes do PROVAB que tenham os nomes publicados no Diário Oficial da União até o dia 30 de setembro de cada ano.

§ 6º A coordenação nacional do PROVAB publicará no Diário Oficial da União (DOU), até o dia 31 de janeiro de cada ano o nome de todos os candidatos concluintes do PROVAB, com a finalidade de realização da matrícula no SisCNRM pelos PRMs.

§ 7º Será excluído do Processo Seletivo o candidato advindo do PROVAB que tiver solicitado a utilização da pontuação adicional e não tiver o nome publicado no DOU até 31 de janeiro de cada ano, como tendo avaliação final satisfatória no PROVAB.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 10 O exame prático poderá ser acompanhado por observadores externos à Instituição que, neste caso, serão indicados pela Comissão Nacional de Residência Médica ou pela Comissão Estadual de Residência Médica.

Art. 11 Os critérios estabelecidos nesta Resolução deverão constar explicitamente do edital do processo de seleção pública de cada instituição Art. 12 Excetuam-se o cumprimento dos art. 1º, 2º e 4º desta

resolução os programas de residência que incorporarem, como seu processo seletivo, a avaliação prevista no art. 9º da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, e no art. 36 da Resolução nº 03, de 20 de junho de 2014, da Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação.

Art. 13 Como critério de transição na implementação do previsto no art. 9º, para os processos seletivos dos PRMs que ocorrem a partir do segundo semestre de 2015 e o primeiro semestre do ano de

2016, as COREMEs deverão indicar, em seus editais de seleção, que os candidatos que queiram fazer uso da pontuação adicional apresentem o certificado de conclusão ou a declaração de previsão de conclusão do PROVAB, com data prevista de conclusão durante o ato de inscrição para o processo seletivo.

Art. 14 Em caso de eventuais novos programas que sejam implementados, conforme o parágrafo único do art. 8º, deverão observar os mesmos procedimentos previstos nos § 1º e § 7º do art. 9º desta resolução.

Art. 15 Revogam-se as Resoluções CNRM 03/2011 e 01/2014.

Art. 16 Esta Resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

4.38. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 3, DE 16 DE MARÇO DE 2016

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO e o MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição, e em conformidade com o art. 4º, § 6º, da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, resolvem:

Art. 1º Fica alterado para R\$ 3.330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos) o valor da bolsa assegurada aos profissionais de saúde residentes, em regime especial de treinamento em serviço de sessenta horas semanais.

Parágrafo único. O valor previsto no caput passa a vigorar a partir de 1º de março de 2016.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CAPÍTULO V

ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDOAS PELA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES

5 - ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO RECONHECIDOAS PELA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.116/2015 (Publicada no D.O.U. de 04 de fevereiro de 2015, Seção I, p. 55)

ANEXO II

CONVÊNIO CELEBRADO ENTRE O CFM, A AMB E A CNRM RELATÓRIO DA COMISSÃO MISTA DE ESPECIALIDADES CFM/AMB/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 2.068/2013 – 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 e áreas de atuação listadas nos itens 2 e 3 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 o previsto 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 poderá ser criada após consenso entre as respectivas associações;
- j) A extinção de qualquer área de atuação só poderá ser efetivada pela CME, após pedido fundamentado;
- k) Os exames da AMB para certificação de áreas de atuação comuns a duas ou mais associações serão únicos e sob a responsabilidade da AMB;
- l) Os conselhos regionais de medicina (CRMs) deverão registrar apenas títulos de especialidade e certificados de áreas de atuação reconhecidos pela CME;
- m) 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;
- n) Quando solicitada pelo médico, a AMB, por intermédio das associações de especialidade, deverá atualizar a anterior denominação dos títulos ou certificados para a nomenclatura vigente, cabendo aos CRMs promoverem idêntica alteração no registro existente;
- o) As especialidades médicas e as áreas de atuação devem receber registros independentes nos CRMs;
- p) O médico só poderá fazer divulgação e anúncio de até duas especialidades e duas áreas de atuação;
- q) É proibida aos médicos a divulgação e anúncio de especialidades ou áreas de atuação que não tenham o reconhecimento da CME;
- r) A AMB, no seu âmbito, deverá preservar o direito à certificação em área de atuação para as associações que respondiam por especialidades transformadas em áreas de atuação: Administração em Saúde, Citopatologia, Endoscopia Digestiva, Hansenologia, Hepatologia, Nutrição Parenteral e Enteral e Neurofisiologia Clínica, enquanto as mesmas participarem de seu Conselho Científico.
- s) Todas as demais áreas de atuação receberão certificação, no âmbito da AMB, via associações de especialidade;
- t) As associações 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;
- u) A CNRM terá o prazo de dois anos para adaptação dos programas de Residência Médica em andamento, de acordo com as mudanças determinadas pela resolução que disciplina a matéria.
- v) A AMB em seus editais de titulação, deverá prever a participação de médicos que não realizaram programas de especialização ou residência médica. Nestes casos, poderá exigir comprovação de atuação na área do dobro do tempo de formação, ficando vedada a cobrança de cumprimento de cursos ou treinamentos adicionais.

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 e Perícia Médica
 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. Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular
 4. Atendimento ao Queimado
 5. Cardiologia Pediátrica
 6. Cirurgia Bariátrica
 7. Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial
 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 de Urgência
31. Medicina do Adolescente
32. Medicina do Sono
33. Medicina Fetal
34. Medicina Intensiva Pediátrica
35. Medicina Paliativa
36. Medicina Tropical
37. Nefrologia Pediátrica
38. Neonatologia
39. Neurofisiologia Clínica
40. Neurologia Pediátrica
41. Neurorradiologia
42. Nutrição Parenteral e Enteral
43. Nutrição Parenteral e Enteral Pediátrica
44. Nutrologia Pediátrica
45. Pneumologia Pediátrica
46. Psicogeriatría
47. Psicoterapia
48. Psiquiatria da Infância e Adolescência
49. Psiquiatria Forense
50. Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia
51. Reprodução Assistida
52. Reumatologia Pediátrica
53. Sexologia
54. Toxicologia Médica
55. Transplante de Medula Óssea
56. Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia

4) TITULAÇÕES E CERTIFICAÇÕES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Título de especialista	Formação	CNRM	Concurso Convênio AMB
ACUPUNTURA	2 anos	PRM em Acupuntura	Colégio Médico de Acupuntura
ALERGIA e IMUNOLOGIA	2 anos	PRM em Alergia e Imunologia	Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia
ANESTESIOLOGIA	3 anos	PRM em Anestesiologia	Sociedade Brasileira de Anestesiologia
ANGIOLOGIA	2 anos	PRM em Angiologia	Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CLÍNICA	3 anos	PRM em Cancerologia/Clínica	Sociedade Brasileira de Cancerologia
CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA CIRÚRGICA	3 anos	PRM em Cancerologia/Cirúrgica	Sociedade Brasileira de Cancerologia
CANCEROLOGIA/CANCEROLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	PRM em Cancerologia/Pediátrica	Sociedade Brasileira de Cancerologia
CARDIOLOGIA	2 anos	PRM em Cardiologia	Sociedade Brasileira de Cardiologia
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	4 anos	PRM em Cirurgia Cardiovascular	Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
CIRURGIA DA MÃO	2 anos	PRM em Cirurgia da Mão	Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	2 anos	PRM em Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CIRURGIA DO APARELHODIGESTIVO	2 anos	PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo	Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva
CIRURGIA GERAL	2 anos	PRM em Cirurgia Geral	Colégio Brasileiro de Cirurgias
CIRURGIA PEDIÁTRICA	3 anos	PRM em Cirurgia Pediátrica	Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica
CIRURGIA PLÁSTICA	3 anos	PRM em Cirurgia Plástica	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
CIRURGIA TORÁCICA	2 anos	PRM em Cirurgia Torácica	Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica
CIRURGIA VASCULAR	2 anos	PRM em Cirurgia Vascular	Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul
CLÍNICA MÉDICA	2 anos	PRM em Clínica Médica	Sociedade Brasileira de Clínica Médica
COLOPROCTOLOGIA	2 anos	PRM em Coloproctologia	Sociedade Brasileira de Coloproctologia
DERMATOLOGIA	3 anos	PRM em Dermatologia	Sociedade Brasileira de Dermatologia
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	2 anos	PRM em Endocrinologia e Metabologia	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
ENDOSCOPIA	2 anos	PRM em Endoscopia	Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
GASTROENTEROLOGIA	2 anos	PRM em Gastroenterologia	Sociedade Brasileira de Gastroenterologia

GENÉTICA MÉDICA	3 anos	PRM em Genética Médica	Sociedade Brasileira de Genética Médica
GERIATRIA	2 anos	PRM em Geriatria	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	3 anos	PRM em Ginecologia e Obstetrícia	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	2 anos	PRM em Hematologia e Hemoterapia	Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
HOMEOPATIA	2 anos	PRM em Homeopatia	Associação Médica Homeopática Brasileira
INFECTOLOGIA	3 anos	PRM em Infectologia	Sociedade Brasileira de Infectologia
MASTOLOGIA	2 anos	PRM em Mastologia	Sociedade Brasileira de Mastologia
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	2 anos	PRM em Medicina de Família e Comunidade	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
MEDICINA DO TRABALHO	2 anos	PRM em Medicina do Trabalho	Associação Nacional de Medicina do Trabalho
MEDICINA DE TRÁFEGO	2 anos	PRM em Medicina de Tráfego	Associação Brasileira de Medicina de Tráfego
MEDICINA ESPORTIVA	2 anos	PRM em Medicina Esportiva	Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e Esporte
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	3 anos	PRM em Medicina Física e Reabilitação	Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
MEDICINA INTENSIVA	2 anos	PRM em Medicina Intensiva	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
MEDICINA LEGAL E PERÍCIA MÉDICA	3 anos	PRM em Medicina Legal	Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas
MEDICINA NUCLEAR	3 anos	PRM em Medicina Nuclear	Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	2 anos	PRM em Medicina Preventiva e Social	Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde
NEFROLOGIA	2 anos	PRM em Nefrologia	Sociedade Brasileira de Nefrologia
NEUROCIRURGIA	5 anos	PRM em Neurocirurgia	Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
NEUROLOGIA	3 anos	PRM em Neurologia	Academia Brasileira de Neurologia
NUTROLOGIA	2 anos	PRM em Nutrologia	Associação Brasileira de Nutrologia
OFTALMOLOGIA	3 anos	PRM em Oftalmologia	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3 anos	PRM em Ortopedia e Traumatologia	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
OTORRINOLARINGOLOGIA	3 anos	PRM em Otorrinolaringologia	Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
PATOLOGIA	3 anos	PRM em Patologia	Sociedade Brasileira de Patologia

PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	3 anos	PRM em Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
PEDIATRIA	2 anos	PRM em Pediatria	Sociedade Brasileira de Pediatria
PNEUMOLOGIA	2 anos	PRM em Pneumologia	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
PSIQUIATRIA	3 anos	PRM em Psiquiatria	Associação Brasileira de Psiquiatria
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	3 anos	PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem	Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM atuação exclusiva: ULTRASSONOGRAFIA GERAL	2 anos	-	Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM atuação exclusiva: RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA	2 anos	-	Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM atuação exclusiva: RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E ANGIORRADIOLOGIA	2 anos	-	Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
RADIOTERAPIA	3 anos	PRM em Radioterapia	Sociedade Brasileira de Radioterapia
REUMATOLOGIA	2 anos	PRM em Reumatologia	Sociedade Brasileira de Reumatologia
UROLOGIA	3 anos	PRM em Urologia	Sociedade Brasileira de Urologia

5) CERTIFICADOS DE ÁREAS DE ATUAÇÃO

Área de Atuação	Formação	Requisito CNRM	Requisito AMB
ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE	1 ano	Opcional em qualquer PRM	TEAMB
ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Alergia e Imunologia ou Pediatria	TEAMB em Alergia e Imunologia TEAMB em Pediatria
ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR	1 ano	Opcional PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Cirurgia Vascular ou Angiologia	TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Cirurgia Vascular ou Angiologia
ATENDIMENTO AO QUEIMADO	1 ano	Opcional PRM em Cirurgia Plástica	TEAMB em Cirurgia Plástica
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Cardiologia ou Pediatria	TEAMB em Cardiologia ou Pediatria
CIRURGIA BARIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Cirurgia Geral	TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Cirurgia Geral
CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL	1 ano	Opcional PRM em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica ou Otorrinolaringologia	TEAMB em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica ou Otorrinolaringologia
CIRURGIA DO TRAUMA	1 ano	Opcional PRM em Cirurgia Geral	TEAMB em Cirurgia Geral
CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	1 ano	Opcional PRM em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Cirurgia Geral	TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Cirurgia Geral
CITOPATOLOGIA	1 ano	Opcional PRM em Patologia	TEAMB em Patologia
DENSITOMETRIA ÓSSEA	1 ano	Opcional PRM em Endocrinologia e Metabologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Nuclear, Ortopedia e Traumatologia ou Reumatologia	TEAMB em Endocrinologia e Metabologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Nuclear, Ortopedia e Traumatologia ou Reumatologia
DOR	1 ano	Opcional PRM em PRM em Acupuntura, Anestesiologia, Clínica Médica, Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria ou Reumatologia	TEAMB em PRM em Acupuntura, Anestesiologia, Clínica Médica, Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria ou Reumatologia
ECOCARDIOGRAFIA	1 ano	Opcional PRM em Cardiologia	TEAMB em Cardiologia
ECOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER	1 ano	Opcional PRM em Radiologia, Cirurgia Vascular ou Angiologia	TEAMB em Cardiologia + certificado de atuação em Ecocardiografia, em Cirurgia Vascular, em Diagnóstico por Imagem: atuação exclusiva Ultrassonografia Geral, em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

ELETROFISIOLOGIA CLÍNICA INVASIVA	1 ano	Opcional PRM em Cardiologia	TEAMB em Cardiologia
ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Endocrinologia e Metabologia ou Pediatria	TEAMB em Endocrinologia e Metabologia ou Pediatria
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1 ano	Opcional PRM em Endoscopia, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Coloproctologia	TEAMB em Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Coloproctologia, Endoscopia ou Gastroenterologia
ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA	1 ano	Opcional PRM em Ginecologia e Obstetrícia	TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
	1 ano	Opcional PRM	TEAMB
ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA	1 ano	Opcional PRM em Cirurgia Torácica ou Pneumologia	TEAMB em Cirurgia Torácica ou Pneumologia
ERGOMETRIA	1 ano	Opcional PRM em Cardiologia	TEAMB em Cardiologia
FONIATRIA	1 ano	Opcional PRM em Otorrinolaringologia	TEAMB em Otorrinolaringologia
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Gastroenterologia ou Pediatria	TEAMB em Gastroenterologia ou Pediatria
HANSENOLOGIA	1 ano	Opcional PRM em PRM em Clínica Médica, Dermatologia, Infectologia, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade ou Neurologia	TEAMB em PRM em Clínica Médica, Dermatologia, Infectologia, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade ou Neurologia
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Hematologia e Hemoterapia ou Pediatria	TEAMB em Hematologia e Hemoterapia ou Pediatria
HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA	2 anos	Opcional PRM em Cardiologia	TEAMB em Cardiologia ou em Pediatria + certificado de atuação em Cardiologia Pediátrica
HEPATOLOGIA	2 anos	Opcional PRM em Clínica Médica, Gastroenterologia ou Infectologia	TEAMB em Clínica Médica, Gastroenterologia ou Infectologia
INFECTOLOGIA HOSPITALAR	1 ano	Opcional PRM em Infectologia	TEAMB em Infectologia
INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Infectologia ou Pediatria	TEAMB em Infectologia ou Pediatria
MAMOGRAFIA	1 ano	Opcional PRM em Ginecologia e Obstetrícia ou Mastologia	TEAMB em Diagnóstico por Imagem – atuação exclusiva: Ultrassonografia Geral, Ginecologia e Obstetrícia ou Mastologia
MEDICINA DE URGÊNCIA	1 ano	Opcional PRM em Clínica Médica	TEAMB em Clínica Médica
MEDICINA DO ADOLESCENTE	1 ano	Opcional PRM em Pediatria	TEAMB em Pediatria
MEDICINA DO SONO	1 ano	Opcional PRM em Clínica Médica, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pediatria,	TEAMB em Clínica Médica, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia

		Pneumologia ou Psiquiatria	ou Psiquiatria
MEDICINA FETAL	1 ano	Opcional PRM em Ginecologia e Obstetrícia	TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Medicina Intensiva ou Pediatria	TEAMB em Medicina Intensiva ou Pediatria
MEDICINA PALIATIVA	1 ano	Opcional PRM em Anestesiologia, Cancerologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Medicina Intensiva	TEAMB em Anestesiologia, Cancerologia, Clínica Médica, Geriatria, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Medicina Intensiva
MEDICINA TROPICAL	1 ano	Opcional PRM em Infectologia	TEAMB em Infectologia
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Nefrologia ou Pediatria	TEAMB em Nefrologia ou Pediatria
NEONATOLOGIA	2 anos	Opcional PRM em Pediatria	TEAMB em Pediatria
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	1 ano	Opcional PRM em Medicina Física e Reabilitação, Neurologia ou Neurocirurgia	TEAMB em Medicina Física e Reabilitação, Neurologia, Neurocirurgia ou Pediatria + certificado de atuação em Neurologia Pediátrica
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Neurologia ou Pediatria	TEAMB em Neurologia ou Pediatria
NEURORRADIOLOGIA	1 ano	Opcional PRM em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Neurologia ou Neurocirurgia	TEAMB em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Neurologia ou Neurocirurgia
NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL	1 ano	Opcional PRM em Nutrologia, Pediatria, Medicina Intensiva, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Cirurgia Geral	TEAMB em Nutrologia, Pediatria, Medicina Intensiva, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia ou Cirurgia Geral
NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Nutrologia ou Pediatria	TEAMB em Nutrologia ou Pediatria
NUTROLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Nutrologia ou Pediatria	TEAMB em Nutrologia ou Pediatria
PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Pediatria ou Pneumologia	TEAMB em Pediatria ou Pneumologia
PSICOGERIATRIA	1 ano	Opcional PRM em Psiquiatria	TEAMB em Psiquiatria
PSICOTERAPIA	1 ano	Opcional PRM em Psiquiatria	TEAMB em Psiquiatria
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	1 ano	Opcional PRM em Psiquiatria	TEAMB em Psiquiatria
PSIQUIATRIA FORENSE	1 ano	Opcional PRM em Psiquiatria	TEAMB em Psiquiatria
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E	1 ano	Opcional PRM em Angiologia, Cirurgia	TEAMB em Angiologia, Cirurgia Vascular ou

ANGIORRADIOLOGIA		Vascular ou Radiologia e Diagnóstico por Imagem	Radiologia e Diagnóstico por Imagem
REPRODUÇÃO ASSISTIDA	1 ano	Opcional PRM em Ginecologia e Obstetrícia	TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA	2 anos	Opcional PRM em Reumatologia ou Pediatria	TEAMB em Reumatologia ou Pediatria
SEXOLOGIA	1 ano	Opcional PRM em Ginecologia e Obstetrícia	TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia
TOXICOLOGIA MÉDICA	1 ano	Opcional PRM em Clínica Médica ou Medicina Intensiva ou Pediatria ou Pneumologia	TEAMB em Clínica Médica ou Medicina Intensiva ou Pediatria ou Pneumologia
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	1 ano	Opcional PRM em Hematologia e Hemoterapia	TEAMB em Hematologia e Hemoterapia
ULTRASSONOGRAFIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	1 ano	Opcional PRM em Ginecologia e Obstetrícia	TEAMB em Ginecologia e Obstetrícia

ANEXO III

Do funcionamento da Comissão Mista de Especialidades:

- 1) Os pedidos de criação ou extensão de especialidade ou área de atuação, externos à CME, deverão ser originários da associação brasileira da respectiva área, instruídos com a devida justificativa e com apreciação prévia da diretoria da AMB.
- 2) As solicitações para a criação de área de atuação deverão ser obrigatoriamente acompanhadas dos pré-requisitos necessários.
- 3) A Comissão Mista de Especialidades não analisará pedido de criação de área de atuação com programa inferior a um ano e carga horária inferior a 2.880 horas.
- 4) A apreciação inicial poderá decidir por convocação das respectivas associações de especialidade para comparecimento em reunião da CME, para exposição oral e sustentação documental, se necessário.
- 5) A CME designará relator e revisor para a emissão de pareceres conclusivos a serem apreciados em reunião plenária da Comissão.
- 6) As propostas recusadas pela Comissão Mista de Especialidades só poderão ser reapresentadas para nova avaliação após cinco anos.
- 7) Só constarão do relatório anual da Comissão Mista de Especialidades as propostas que derem entrada até o último dia útil do mês de abril de cada ano.
- 8) A Comissão Mista de Especialidades emitirá, anualmente, um relatório aos convenientes, cujo prazo limite é o último dia útil do mês de setembro.
- 9) A Comissão Mista de Especialidades poderá, a seu critério, emitir recomendações e normativas sobre suas atividades.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.116/2015

De acordo com o convênio firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, em 11 de abril de 2002, nos termos da Resolução CFM nº 1.634/2002, a Comissão Mista de Especialidades foi instituída com a finalidade de reconhecer as especialidades médicas e as áreas de atuação. Ficou também estabelecido que outras especialidades e áreas de atuação médica poderão vir a ser reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina mediante proposta da Comissão Mista de Especialidades. Assim sendo, atendendo as solicitações de associações de especialidade e em conformidade com a deliberação da Comissão Mista, é anualmente realizada a revisão das especialidades médicas reconhecidas, bem como das áreas de atuação, podendo ser reconhecidas novas especialidades/áreas de atuação ou excluídas outras.

Dessa forma, de acordo com o trabalho realizado pela Comissão no decorrer do ano de 2014, foram realizadas as seguintes modificações:

Áreas de atuação – modificações:

Foi aprovada a Área de Atuação em Cirurgia Bariátrica, vinculada às especialidades de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Geral.

Foi aprovada a Área de Atuação em Reprodução Assistida, vinculada à especialidade de Ginecologia e Obstetrícia.

As Áreas de Atuação em Dor e Medicina do Sono foram estendidas também para médicos especialistas em Pediatria.

A Área de Atuação em Endoscopia Respiratória ficou restrita aos especialistas em Cirurgia Torácica ou Pneumologia, excluindo da mesma os especialistas em Endoscopia.

A Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear passou a participar do Conselho Científico da AMB, passando a se responsabilizar pela especialidade de Medicina Nuclear.

ALDEMIR HUMBERTO SOARES

Comissão Mista de Especialidades