



INFORMATIVO DA

CEREM-GOÍÁS

Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás



ANO 01 | Nº 01 | 1º SEMESTRE DE 2024

➤ EDITORIAL



Diretoria Reeleita - 2024 - 2026



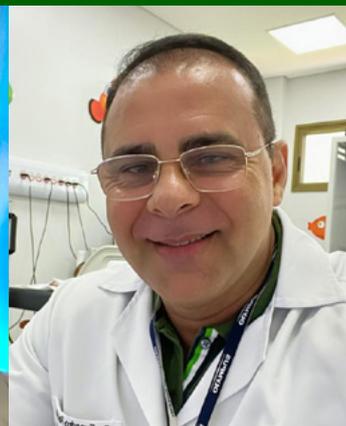
Dr. Waldemar Naves do Amaral
Presidente do CEREM



Dr. Tárík Kassem Saidah
Vice Presidente



Dr. Guilherme Socrates
Pinheiro de Lemos
Tesoureiro



Dr. Evandro das Mercês
Bittencourt Resque Junior
Secretário

Neste ano de 2024, fomos reconduzidos para continuarmos à frente da diretoria da Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás (CEREM-GO). Agradecemos pela confiança depositada em nós, a qual prometemos honrar incondicionalmente.

Ratificamos nosso compromisso de trabalhar com afinco, motivação e ética para defender os interesses dos mais de mil residentes do Estado de Goiás, para que a formação de especialista na área escolhida seja a melhor possível.

Ao encontro disso, manteremos o hercúleo

dever de diuturnamente levar à frente as demandas dos médicos residentes, contribuindo de forma positiva para o fortalecimento da Residência Médica de Goiás junto a Comissão Nacional de Residência Médica.

Aproveitamos o ensejo para agradecer ao Dr. Adnan Naser por compartilhar conosco seu artigo “História da Residência Médica no Brasil”, texto riquíssimo que traz em seu âmago todos os pormenores da criação da residência médica mundo afora e no Brasil.

Obrigado pela confiança!



EDITAL 2025

Residência Médica

Título de Especialista emitido pelo MEC

- 2 vagas de Clínica Médica
- 2 vagas de Cardiologia
- 1 vaga de Cirurgia Cardiovascular

 **HOSPITAL**
RUY AZEREDO

 (62) 98270-5917

 R. Paissandú, 220 - Ipiranga

➤ LINHA DO TEMPO

HISTÓRIA DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL



Dr. Adnan Neser

1- INTRODUÇÃO

Muitos colegas têm instigado a escrever a história da Residência Médica no Brasil que, verdadeiramente, como instituição oficial, teve seu início com a criação da Associação Nacional de Médicos Residentes, da qual sou testemunha presencial e também

como dirigente em seu primórdio. Chamo a atenção antecipada do esforço despendido pelos médicos da época, na organização e zelo pelo padrão exigido para um processo de formação profissional de alto nível, incluindo a titulação de especialista, obtido por lei. A Associação Nacional foi o embrião da Comissão Nacional de Residência Médica graças à persistência e esforço dos médicos residentes que entenderam que a qualificação dos formadores era essencial para um progresso profissional.

Muitas dificuldades foram superadas no desenvolvimento da entidade, independente do regime governamental, que acabou aceitando as propostas de um órgão de classe, sem espírito sindicalista, apenas técnico.

É indiscutível e universal a validade da Residência Médica para a formação de profissionais qualificados que a lei brasileira permite outorgar um título de especialista. A lei, em pauta é 6932/81 que normatizou o Decreto 80281 de 1977, que foi o marco inicial, onde se definiu Residência como sendo um curso de pós-graduação, “latu sensu”, caracterizada por treinamento em serviço, supervisionado por profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, em instituições públicas ou privadas, universitárias ou não, em regime de dedicação exclusiva e manteve como curso de especialização.

A dedicação exclusiva foi abolida posteriormente, quando a Lei 6932 foi promulgada. A modalida-

de de ensino foi inicialmente desenvolvida no final do século XIX e início do século XX pelo grande cirurgião William Steward Halsted, no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, ladeado por outros grandes professores reconhecidos, como foi William Osler, William Welch e Howard Kelly, que, na época, eram conhecidos como “Os Quatro Grandes”.

O aprendizado em medicina, principalmente em Cirurgia, era extremamente difícil, pois o interessado em aprender submetia-se a um profissional mais experiente, durante um tempo longo e variável, até captar conhecimento e técnica para conduzir com relativa segurança e autonomia, casos de pacientes que estivessem sob seus cuidados.

“A educação médica sempre pareceu estar em agitação perpétua, desde o início dos anos 1900 até o presente. Mais do que um escorço das fundações, corpo docente, força tarefa profissional realizando educação médica criteriosa, com ênfase no conhecimento científico, compreensão biológica, raciocínio clínico, habilidade prática, e desenvolvimento de caráter, compaixão e integridade” (Molly Cooke et. al, N Engl J Med 355;13, September 28, 2006).

Nessa publicação, há um relato histórico da pesquisa realizada por Abraham Flexner, contratado pela *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, para uma avaliação da educação na América do Norte. Como é bem conhecido, visitou 155 escolas médicas ativas nos Estados Unidos e Canadá. A análise crítica permitiu avaliar onde o ensino era ministrado com qualidade e onde era inadequado e medíocre.

2. CONTEXTO DA PÓS-GRADUAÇÃO-RESIDÊNCIA MÉDICA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

Instituições que se dedicavam e esmeravam a qualidade técnica em bases científicas foram elevadas e categorizadas como centros de formação ideais em educação médica, além de pioneiras na transformação educacional.

Entre as que se tornaram referências, enfatizou a Harvard University e a University of Pennsylvania, mas foi mais expressivo no reconhecimento da Johns Hopkins University, considerado programa ideal para educação médica pela orientação clínica e acadêmica, bastante abrangente com corpo docente que estimulava pesquisa e cuidado com pacientes, transmitindo aos estudantes o interesse científico e comportamento ético.

Essa foi a base para um programa de ensino intenso, com carga horária integral, capacitando adequadamente o aluno com a transformação em residência, atingindo uma gama de conhecimento amplo mediante a natureza do modelo implantado nessa Universidade.

Em paralelo a esse movimento de avaliação de serviços educacionais, também houve a busca na aquisição de conhecimento pelo recém-graduado em Medicina, pressionado pela exigência de um novo perfil de mercado de trabalho, agora mais hospitalocêntrico e especializado com a introdução de novos equipamentos diagnósticos e terapêuticos. A insuficiência no treinamento prático e a existência de um mercado de trabalho mais competitivo, pressionou esse processo de busca e oferta na formação da pós-graduação.

Mais ou menos quatro décadas do início do sistema de residência, mais precisamente em 1945, a Cátedra de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, hospital recém-construído e entregue ao uso público, criou o primeiro programa de Residência Médica, seguindo o modelo americano.

Pouco anos após, o mesmo padrão e modelo foi adotado no Hospital dos Servidores Públicos do Estado do Rio de Janeiro, mais tarde Estado da Guanabara. Aos poucos, o sistema expandiu-se para outras instituições e hospitais, sempre com cargas horárias extenuantes e com moradias sofríveis proporcionadas aos estudantes.

3. PROTAGONISMO DOS EGRESSOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA - DOS CONGRESSOS NACIONAIS À CRIAÇÃO DA ANMR

Mesmo com a adoção de tal modelo, o egresso do curso médico nem sempre encontrava uma situação devidamente organizada, com um projeto pe-

dagógico concreto, com conteúdos bem formulados. Seguia-se, cegamente o que era ditado pelos mais experientes, no propalado regime de tempo integral, com poucos direitos ou mesmo nenhum. A título de exemplo, pode-se citar as entrevistas para admissão aos programas, onde se especulava sobre a vida privada do candidato, restringindo casados ou em via de contrair matrimônio. Mulheres eram raras e com restrições maiores, frequentemente.

Apesar da rígida disciplina e vida espartana, o aprendizado afluía de forma quase insensível e muitos bons profissionais se formaram e compuseram novos grupos de instrutores, como eram chamados até que evoluíssem para o cargo de assistente, numa primeira etapa da carreira. Esse início de preceptoría, como dito anteriormente, era executado por residentes de segundo e terceiro ano (R2 e R3) e, menos por assistentes ou professores das disciplinas ou mesmo cátedras.

Por analogia, houve o equivalente aos problemas gerados por assédio, mas que eram estoicamente suportados pelos que estavam mais interessados no aprendizado do que se rebelar e acusar qualquer superior hierárquico para não ser excluído e resultar em dano futuro.

No início da década de 60, o pequeno número de escolas médicas, com vagas restritas, começou a ser pressionado por diversos setores da sociedade para que houvesse ampliação de vagas e/ou de faculdades em razão do crescimento acentuado do alunado e da própria população. Justificou-se, assim, a quantidade de estudantes que compunham um vertiginoso quadro de excedentes em concursos vestibulares extremamente concorridos, pressionando literalmente os três níveis de governos a promoverem mais escolas e vagas médicas.

Inegavelmente, tal acréscimo e expansão atingiu o setor hospitalar, propiciando o consequente aumento quantitativo de residentes em serviços universitários ou não, com regimentos próprios institucionais, mas sem ordenação da massa de trabalho em atividade de aprendizado.

Em 1966, residentes de vários estados do sudeste e sul, e mais tardiamente do nordeste, conseguiram se articular e organizaram o I Congresso Nacional de Médicos Residentes realizado na Escola Paulista de Medicina (atual Unifesp), que preparou as bases para uma Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR).

O primeiro congresso discutiu teses relevantes para a criação da entidade nacional, selecionou um grupo de trabalho para a elaboração dos estatutos, visando eleger a primeira diretoria no ano seguinte (1967) no Rio de Janeiro.

No final da década de 50 e início dos anos 60, houve forte expansão industrial no país, assim como, incentivo para criação de hospitais com financiamento público através da Caixa Econômica Federal, que criou o Fundo de Assistência Social (FAS), sendo a maior parte de instituições privadas e, frequentemente, atreladas à Medicina de Grupo e Seguro Saúde que, então, se constituíam para superar uma assistência governamental ainda insuficiente para a população, apesar dos esforços da Previdência Social.

De forma anárquica surgiram serviços hospitalares que ofereciam estágios remunerados e não remunerados, com algum arremedo de residência, sem obediência às normas e critérios previamente definidos, sem uma coordenação e controle do sistema.

Paralelamente, houve crescente interesse de formandos e recém-formados pela complementação da formação médica, visando atingir melhor capacitação técnico-científica, principalmente em serviços universitários e de qualidade reconhecida.

Vale fazer referência às dificuldades para ingresso em serviços de melhor nível, além das expostas anteriormente, pela prática da reserva de vagas para os egressos da própria instituição de ensino. Tal cultura, só foi parcialmente mudada após resoluções da Comissão Nacional, que instituiu, em resolução, regras claras objetivando absoluta lisura dessas seleções, principalmente nas entrevistas e análises curriculares, estipulando notas com pesos ponderais que não permitiam a reserva de vagas em larga escala, propiciando uma seleção com menos viés do que o modelo primitivo para a condução dos processos, mas que mesmo assim geraram denúncias junto ao Ministério Público Federal.

As ações de organização e elaboração do I Congresso Nacional foram capitaneadas por residentes de vários estados, entre os quais merecem destaque os componentes da Mesa Diretora e a Comissão Executiva:

Manoel Lopes dos Santos- SP
Protásio Lemos da Luz- PR
Nathanael Ribeiro de Mello- SP

Plínio Caldeira Brant- GB
Afonso Soares Ferreira Filho-DF
Luiz Carlos Mendes Falleiros-MG
A Comissão Executiva foi composta por:

Luiz Fernando Beraes- GB
Jaime Luiz Pieta- GB
Geniberto Paiva Campos-GB

Além dos organizadores, houve a participação de residentes e internos (doutorandos) que compuseram sessões plenárias e grupos de trabalho, discutiram e aprovaram o anteprojeto dos estatutos da Associação e constituíram a Comissão Preparatória do II Congresso a ser realizado na Guanabara.

Efetivamente, realizou-se em outubro de 1967, com aprovação dos Estatutos, eleição da primeira diretoria com a participação de representantes de vários estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Distrito Federal, Guanabara, Rio de Janeiro.

Estavam presentes 24 hospitais com cerca de sessenta e quatro residentes e internos representando os alunos da graduação.

Chama a atenção o número de participantes, ainda pequeno, dadas as dificuldades para os residentes se locomoverem para os locais escolhidos como sede dos Congressos, permissão para dispensa das atividades hospitalares e principalmente financiamento para a viagem e estadia, apesar do apoio dos governos locais que tornavam os custos menores para aqueles que se dispunham a representar às instituições e estados. Vale a pena frisar que tal dificuldade ainda existe e a ANMR nunca pôde contar com presença expressiva de médicos residentes em suas deliberações e até eleições.

Os primeiros congressos estabeleceram normas e princípios sobre o sistema de residência médica e pós-graduação no Brasil. Foi a primeira tentativa de abordar o problema, procurando fazer um apanhado geral e tentar uma esquematização racional adaptada à realidade brasileira.

Representou o despertar da consciência dos médicos residentes.

O II Congresso projetou um esboço para uma comissão de apoio e controle com a criação de um Con-

selho Consultivo composto por representantes das entidades de classe:

Associação Médica Brasileira (AMB);
Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), atualmente de Educação Médica;
Associação Brasileira de Hospitais (ABH);
Associação Médica do Estado da Guanabara-sede da Associação;

Os temas mais relevantes colocados em discussão foram:

- Residência Médica—Visão Geral
- Criação da Associação Nacional de Médicos Residentes
- Mercado de Trabalho
- Previdência Social
- Residência e Ensino

Estabeleceu a compreensão da Residência Médica “como uma forma de ensino pós-graduado que permite ao recém-formado médico aperfeiçoar-se nos diferentes ramos da atividade médica, trabalhando numa organização hospitalar de bom padrão, em regime de tempo integral e devotamento exclusivo, por prazo suficiente e sob supervisão de colegas mais experimentados” (Boletim do II Congresso).

Considerava, ainda, que devia ser compreendida a partir de uma perspectiva de padrões técnico-científicos elevados, formando profissionais de alto nível, principalmente voltados para a pesquisa e o magistério, conforme ocorria em países mais desenvolvidos. Reafirmava também que as deformações existentes na universidade brasileira se refletem numa deficiente formação médica profissional e não dão ainda a sólida e indispensável estrutura básica ao médico na prática geral.

Ainda hoje, apesar de significativos progressos em termos organizativos, encontram-se deturpações do sistema residencial, mais especificamente na supervisão e formação de preceptores.

A ação empreendida pelos residentes, com forte espírito crítico voltado para qualidade do processo educacional, permitiu que se levasse em alta conta o apuro das instituições para obtenção do melhor resultado formativo, sendo esse o grande empenho e objetivo da ANMR.

4- PRIMEIRAS NORMATIVAS DE CREDENCIAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS-II CONGRESSO

Os congressos e a própria associação recém criada deram início ao estabelecimento dos padrões mínimos para uma residência de qualidade, uma vez que não havia controle por instância superior, já propondo um sistema de acreditação com as seguintes subdivisões:

A - Do Hospital

- 1 - Número de leitos suficientes para o aprendizado.
- 2 - Corpo Clínico de elevado padrão científico e cultural, preferencialmente vinculados à Universidade.
- 3 - Pessoal técnico de gabarito nos serviços paramédicos, com pelo menos uma enfermeira padrão na chefia dos setores.
- 4 - Instrutores aptos e à disposição para treinamento dos residentes.
- 5 - Departamentos indispensáveis: Radiologia, Laboratório, Anatomia Patológica, Banco de Sangue, Arquivo Médico Central, Biblioteca, Serviço Social, Dietética.
- 6 - Instalações apropriadas para alojamento, de preferência dentro do hospital.

B - Condições Materiais e Didáticas

- 1 - De subsistência: boa alimentação e acomodações que proporcionem o devido repouso, locais de estudo, recreação, etc.
- 2 - Remuneração igual ou superior a três salários mínimos regionais.
- 3 - Férias anuais remuneradas de um mês.
- 4 - Apresentação de plano de residência com programa de treinamento e rodízio dos serviços e especificação do Corpo Clínico.
- 5 - Fornecimento de título ao residente que completar o treinamento.

C - Do Sistema de Residência

- 1 - Tempo nunca inferior a dois anos, em regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

O Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES, uma instituição de ensino superior pública municipal, tem como missão promover a construção do conhecimento por meio de práticas educacionais e culturais relacionadas à formação humana, científica e tecnológica. Atenta às necessidades do desenvolvimento regional e nacional, a UNIFIMES busca se adaptar ao mercado de trabalho e às inovações tecnológicas emergentes. Com quase 40 anos de excelência na formação profissional, a instituição caminha rumo à universidade, oferecendo oportunidades para acompanhar as inovações do mercado. A UNIFIMES convida a comunidade a fazer parte dessa trajetória de sucesso.

Venha fazer parte da UNIFIMES!

GRADUAÇÃO

- + Administração
- + Agronomia
- + Ciências Contábeis
- + Direito
- + Direito - Trindade
- + Educação Física
- + Engenharia Civil
- + Medicina
- + Medicina - Trindade
- + Medicina Veterinária
- + Pedagogia
- + Psicologia
- + Sistemas de Informação

PÓS-GRADUAÇÃO

- + Direito do Trabalho e Previdência Social
- + Educação, Diversidade e Inclusão Social
- + Engenharia de Segurança do Trabalho
- + Fisiologia do Exercício Aplicada ao Treinamento Personalizado
- + Gestão do Sistema Único de Assistência Social - SUAS
- + Gestão Ambiental com Ênfase em Biocombustíveis
- + Gestão de Sala de Aula no Ensino Superior
- + Gestão de Cooperativas de Crédito
- + Gestão Empresarial e Controladoria
- + Perícia Judicial e Práticas Atuárias
- + Planejamento Tributário
- + Psicomotricidade com Foco na Educação Infantil e Séries Iniciais
- + Psicopedagogia Clínica e Institucional
- + Saúde Coletiva e Atividade Física para Grupos Especiais
- + Solos e Nutrição de Plantas
- + Tecnologias Digitais na Educação



Campus de Trindade

Contatos:

 64 9 9695-7612  64 3672-5500

 unifimes@unifimes.edu.br

   @unifimesoficial

 www.unifimes.edu.br



- 2 - Sistema de rodízio em setores afins, de acordo com as necessidades de cada especialidade.
- 3 - Os residentes farão atendimento de emergência ou pronto-socorro; atentando-se para o fato que o hospital oferte condições para tanto.
- 4 - Atendimento de urgência é de suma importância para o aprimoramento profissional.
- 5 - O residente, sob orientação de um instrutor ou do médico do setor, responsabilizar-se-á pelo paciente, fazendo visitas diárias, medicando e solicitando exames que julgar necessários. Terá ampla liberdade no trato do doente, desde que não transgrida normas do hospital e à orientação do corpo clínico ou ambos. Deverá, ainda, selecionar casos que mereçam melhor estudo e apresentá-los em reunião conjunta do setor com todos os residentes e o corpo clínico.
- 6 - Ambulatórios - Atendimento de consultas em número razoável e devidamente orientado.
- 7 - Deve ser dada oportunidade cirúrgica ao residente, com orientação adequada. Deve-se programar, levando em conta a capacidade do hospital, o número e a qualidade de cirurgias a serem executadas pelo residente na função de cirurgião. Um instrutor cuidará da discussão dos casos cirúrgicos desde o Ambulatório até o pós-operatório, atentará às modificações de técnicas, as correlações do quadro clínico, radiológico e resultados da anatomia patológica.
- 8 - Programação das atividades didáticas: discussão de casos, sessões anátomo-clínicas, radiológicas, palestras, seminários e trabalhos científicos.
 - Essas exposições e propostas foram exaustivamente discutidas e repetiram-se por outros encontros e acabaram por resultar nas leis e resoluções no início da década de 80 em diante, até a atualidade.

Mais sugestões do II Congresso

1 - Organizacional

- Comissão de Residência
- Chefia de Residentes

2 - Previdência Social

A existência de uma modalidade contratual chamada de Contratos Globais. A nova lei de regulamentação da Previdência Social.

- Seguro Saúde
- Livre Escolha
- A Residência deve ser complemento do ensino curricular, especialmente nos hospitais universitários.
- Deve participar das atividades didáticas e estimulada a ter interesse no magistério
- Necessidade de conclusão da Residência Médica, no mínimo dois anos de curso, para ingressar em carreira universitária em todos os serviços com curso semelhante.
- Discutiu-se o ganho de pontuação em concursos públicos para residentes que almejavam ingressar no Serviço Público e para obtenção do título de especialista após os dois anos de formação, como exposto acima.
- Serviço Militar e Residência
- Sucessivos governos tentaram a fixação de médicos em regiões distantes e carentes como solução para deficiências no atendimento populacional, há mais de meio século e os governos militares estimularam e desenvolveram planos de interiorização que incluíram estudantes e recém-formados, como foi o Projeto Rondon que proporcionou conhecimentos a muitos participantes sob o ponto de vista de integração nacional e da própria realidade brasileira.
- O Projeto ainda existe e só não foi retomado em razão da pandemia ainda vigente.

Desde a instalação dos governos militares, a partir de 1964, pleiteava que a incorporação fosse após o término da Residência, porém a prática costumeira da convocação e mais tarde por ato voluntário se consolidou ao longo dos anos e mais tarde foi estendida ao sexo feminino.

Tornou-se corriqueiro o adiamento do início da residência pela incorporação às Forças Armadas, previstas em decisões e aprovação de resolução específica, sendo a última publicada a de número 04 de 30 de setembro de 2011.

Em 2021, foi elaborada a Nota Técnica Nº.02/CGRS/DDES/SESU-MEC que sugeriu à Comissão Nacional a confecção de Resolução para normatizar a modalidade de Estágio de Adaptação e Serviço (EAS) nas Forças Armadas para a conformação do preconizado no Artigo 5º da Constituição Federal de 1988 e as Leis Nº. 4375/64 e 5292/67, ambas respaldadas na Lei 12336/2010, que permitiam que médicos e odontólogos solicitassem o adiamento da incorporação até a completa formação em programas educacionais. Apesar da aprovação em Plenária, encontra-se em análise jurídica e aguarda publicação.

REMUNERAÇÃO

No caso em tela, a opção dos congressistas foi pela liberdade de escolha e que houvesse condições mínimas de trabalho.

Finalmente, amplas discussões democráticas, porém extensas, sobre a bolsa de residente, tomando-se por base a Lei 3999/61 que fixou o salário mínimo profissional de médico. Independente do número de horas prestadas, alimentação e moradia recebidas, não deveria ser inferior a três vezes o maior salário mínimo do país.

Havia um diferencial no valor da bolsa conforme o ano de residência, com 25% a mais para o R2 e 50% para o R3. Em agosto de 1969, as quatro entidades representativas: Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR); Associação Médica Brasileira (AMB); Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM); Associação Brasileira de Hospitais (ABH), que já faziam parte do criado Conselho Consultivo, estabeleceram as bases para uma Comissão Nacional de Credenciamento com a finalidade de qualificar e acreditar hospitais para oferecimento de Programas de Residência Médica.

Em 1965, o Conselho Federal de Educação estabeleceu normas e diretrizes para os recém-criados cursos de pós-graduação “*strictu sensu*”, cuja efetivação aconteceu pelo Decreto 67350, de 06 de outubro de 1970. Desde então, a ANMR batalhou para manter a residência como pós-graduação na área médica, por se constituir em um diferencial para Mestrado e Doutorado. Tal empenho foi bem sucedido com o Parecer 576/70 do Conselho Federal de Educação, de autoria do Conselheiro Professor Raymundo Muniz de Aragão, que harmonizou a situação dificultada pela duplicidade de

sistemas implantada pelo Parecer do Professor Newton Sucupira que não atentava para a área médica, apesar de amplo e mais dirigido para o magistério.

Consequentemente, o Parecer explicitava que “os cursos de pós-graduação em Medicina serão ministrados a médicos, em regime de residência e dedicação exclusiva “Portanto, cursos de mestrado e doutorado podiam ser concomitantes com a Residência Médica.”

O objetivo fundamental da Residência Médica é preparar profissionais especialistas, enquanto mestrado e doutorado visam a formação de docentes e pesquisadores.

Muito esforço foi empreendido, mas alguns fatores impediam o progresso adequado do sistema de formação que crescia numericamente, tanto em instituições quanto em residentes. Entre esses, se destacavam: pouca qualidade dos programas, excessiva carga de trabalho, baixa remuneração e ausência de direitos básicos.

Mediante a situação cada vez mais drástica, em 1975, a ANMR promoveu mobilização mais adequada à pauta de regulamentação da residência e padronização mínima dos programas. Essa foi crescendo com apoio de diversos setores da sociedade civil e entidades médicas, que já iniciava tentativas de reduzir o poder militar pelo descontentamento que se alastrava, tendo como resultado a primeira greve nacional de residentes em 1978, apesar da primeira grande vitória ter ocorrido em 1977, com a publicação do Decreto 80281, dois dias após o encerramento do XII Congresso Nacional realizado em Olinda/PE.

Duas vertentes se digladiavam: a didática e a trabalhista, ambas pleiteando melhorias e efetivação da normatização do Decreto, que só ocorreu com a publicação da Lei 6932, de 07 de julho de 1981.

O Decreto criou a Comissão que foi consolidada pela Lei 6932/81, que estabeleceu a definição precisa, o período de curso, a concessão do título de especialista, a carga horária e direitos mantidos até a atualidade e determinando o valor da bolsa de estudo e a possibilidade da contagem de tempo para efeito de aposentadoria.

A CNRM foi vinculada ao antigo Departamento de Assuntos Universitários (DAU) do Ministério da Educação (MEC), com representantes do poder público de três ministérios, entre os quais as Forças Armadas, representantes das Associações de classe,

bem de acordo com as proposições congressuais. Somente em 2011 foi publicado o Decreto 7562, marco regulatório do sistema de residência e que o vincula à Secretaria de Ensino Superior (SESU) como era em anos anteriores.

A CNRM reúne-se frequentemente, mensalmente de forma ordinária e, às vezes, extraordinariamente, bastante responsável no cumprimento de suas atribuições legais, estabelecendo resoluções, notas técnicas, instruções normativas orientadoras das Comissões de Residência Médica (Coremes) das instituições e das Comissões Estaduais de Residência Médica (Cerems), criadas em 1987 pela Resolução CNRM Nº.01, órgão auxiliar da Comissão Nacional.

Imediatamente à aprovação dos Estatutos da ANMR, ainda no II Congresso, foi eleita a primeira diretoria, sendo o primeiro presidente o Dr. Jaime Luiz Pieta, que foi reeleito no III Congresso realizado em Brasília, em 1968.

O IV Congresso realizado em Belo Horizonte havia um clima de muito temor pelo fato de que o presidente estava sob intensa vigilância do aparato militar, não sendo possível comparecer ao evento. A presença aos conclave era bastante diversificada por números e representantes variáveis, haja vista, as dificuldades para reuniões, interesses políticos e até dificuldade financeira. Muitas vezes, superiores hierárquicos não permitiam ausências aos plantões e na sequência dos rodízios.

No evento de Belo Horizonte, acabei assumindo a direção dos trabalhos, até por ter participado do I e II Congressos, exercendo o papel de presidente da Mesa Diretora e ao final fui eleito o segundo presidente da ANMR.

As circunstâncias têm demonstrado as agruras para manter funcionando e ativa uma entidade de caráter nacional com tanta heterogeneidade em um país continental, no qual o interesse coletivo não consegue sobrepujar objetivos pessoais e, eventualmente, até ideológicos.

Entretanto, considera-se que a evolução da Comissão Nacional e da Associação tem sido de enorme valor para a concretização dos sonhos dos pioneiros.

Em 1984, o Professor Ruy Geraldo Bevilacqua publicou uma classificação da formação e evolução da prática em quatro períodos:

- Período Romântico/Elitista (1944/45): nessa época os formados nas escolas de medicina pensavam no modelo clássico de médico, que trabalhava em consultório. Eram poucos os que procuravam a Residência Médica. Esses se caracterizavam pela vocação pela Medicina de alto nível, e como a remuneração era incomparavelmente menor aos que após o término da escola médica, já ingressavam no mercado de trabalho, ou eram controlados com os gastos ou vinham de famílias que podiam mantê-los por mais alguns anos. “Eram verdadeiros idealistas da profissão”.
- Período de Consolidação 1956/70
- O internato passou a ser obrigatório nos cursos médicos. Como consequência dessa obrigatoriedade, a Residência passou a ser encarada como necessária e importante para o aprimoramento profissional. Nesse período, a procura tornou a disputa para o ingresso muito renhida.
- Período da Expansão do Ensino Superior:
- No final da década de 60 e início dos anos 70, houve um aumento expressivo de escolas médicas e, portanto, de egressos dos cursos e maior demanda por vagas de residência, que também cresceu para abrigar maior número de candidatos a uma especialidade.
- Criação da Comissão Nacional de Residência Médica-1977: Normatização/Regulamentação
- Também a partir do final dos anos 80 e a década de 90, o Governo de São Paulo criou a Fundap (Fundação do Direito Administrativo), que montou, geriu e manteve uma Comissão Especial de Residência Médica que se constituiu em órgão de apoio para cerca de 25 instituições filantrópicas, estaduais, municipais de todo Estado de São Paulo que recebiam bolsas de estudo para manutenção da Residência, pela Secretaria do Estado da Saúde. Além dessas instituições, participavam as Universidades Estaduais, o Hospital dos Servidores Públicos e o Hospital da Polícia Militar.
- Essa Comissão promovia estudos que auxiliavam a CNRM em muitas tomadas de decisões, promovia seminários com objetivo de estabele-

cer conteúdos programáticos nas especialidades em funcionamento.

- Observa-se tais estudos serviram de base para elaboração da Resolução CNRM 02/2006, ainda em vigor, com Programas de todas as especialidades reconhecidas.

A Nacional carece ainda de financiamento compatível com toda atividade que abrange serviços de residência espalhados pelo vasto território desse país continental, solicitantes de credenciamento e/ou credenciamento, dependendo das Comissões Estaduais para visitas de aferição local.

Apenas nos anos de 2012/2014 foi mantido um Banco Nacional de Avaliadores, cujos integrantes percorreram todos os estados, credenciando um número imenso de Programas e Instituições.

Por ser um serviço público relevante, as diretorias das Comissões Estaduais executam todas as atividades voluntariamente, assim como, a Secretária Executiva que circunstancialmente pode agregar esse cargo com o original de servidor público, quando tem anuência da chefia imediata.

O Decreto 7562 determina que o cargo de Secretário (a) da CNRM seja escolhido pela Plenária com mandato de 2 (dois) podendo ser reconduzido e até o momento, cerca de 13 médicos de ilibada reputação e qualificados professores universitários ocuparam e exerceram com brilho e maestria a função.

Pelo altruísmo e dedicação, creio que merecem destaque:

- 1 - Dr. Carlos Alfredo Marcílio de Souza (in memorian)
- 2 - Dr. José Tavares Carneiro Neto
- 3 - Evandro Guimarães de Souza
- 4 - Dra. Marly Nicolini
- 5 - Dra. Lorimilda Diniz Gualberto
- 6 - Dra. Vera Lúcia Bezerra
- 7 - Dr. Antônio Carlos Lopes
- 8 - Dr. José Carlos de Souza Lima
- 9 - Dr. Roberto Queiroz Padilha
- 10 - Dra. Maria do Patrocínio Tenório Nunes
- 11 - Dr. Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira
- 12 - Dra. Rosana Leite de Mello
- 13 - Dra. Viviane Cristina Uliana Peterle

- Batalhadores incansáveis pela educação médica transformaram a Comissão Nacional no grande polo de discussão séria e efetiva da Residência Médica instituindo normativas específicas, com abrangência significativa para todas as especialidades, formando profissionais necessários à saúde da população brasileira. A todos nossas mais respeitadas homenagens.
- A Comissão recebeu uma incumbência pelo Decreto 8516/2015 que oficializou a Comissão Mista de Especialidades responsável pelo Cadastro Nacional de Especialistas, para elaborar as Matrizes de Competências das especialidades e áreas de atuação, num total de 55 especialidades e 58 áreas de atuação, iniciando timidamente em 2016 e depois, através de um esforço hercúleo a partir de 2019, está prestes a terminar a primeira parte deste trabalho de suma importância.
- Espera-se que, num futuro próximo, a Comissão Nacional possa ter à disposição verba para montar novamente o Banco Público de Avaliadores e rever a possibilidade de dotar as Comissões Estaduais de recursos que permitam acreditar instituições e programas, bem como apurar denúncias, infelizmente, ainda frequentes. Importante frisar que tais recursos serão empregados em pessoal técnico auxiliar, equipamentos de informática, etc que permitam atividades à distância, propiciando economia substancial.
- A Associação Nacional de Médicos Residentes participa ativamente apesar das dificuldades inerentes à carga de trabalho e o tempo exíguo para a formação profissional. A participação associativa é fundamental e exige esforço pessoal para os dedicados residentes que têm batalhado intensamente, desde a criação da CNRM, até o momento em sua preservação qualitativa.

Está se aproximando o tempo para aprofundar e discutir o sistema de avaliação das próprias matrizes, dos programas, das instituições e dos residentes para se atingir o grande objetivo de zelar pela educação médica e retornar ao propósito inicial da Associação Nacional de Médicos Residentes.



HOSPITAL
SANTA HELENA

67 ANOS DE HISTÓRIA

PUBLICA COMUNICAÇÃO

POR QUE A VIDA FICA MELHOR QUANDO VOCÊ TEM SAÚDE

- CIRURGIA DE URGÊNCIA
- EXAMES DE IMAGEM
- EXAMES LABORATORAIS
- UTI
- MÉDICOS ESPECIALISTAS
- CLÍNICO GERAL

Atendimento Emergência 24h | (62) 3219-9037

Agendamento de consultas e exames pelo whatsapp  (62) 9 9820-7675

Diretor Técnico: Dr. Carlos Antônio Duarte | CRM-GO: 6365

Rua 95 nº 99, Setor Sul – Goiânia – GO

 (62) 3219-9000

PRONTO
ATENDIMENTO



➤ ENTREVISTA

DIA DO MÉDICO RESIDENTE É CELEBRADO APÓS PROJETO-LEI DO DEPUTADO ESTADUAL LUCAS CALIL (MDB)



Deputado Estadual Lucas Calil (MDB)

No dia 2 de dezembro é celebrado o Dia do Médico Residente. A data foi instituída após a Lei Estadual nº 21.849 ser sancionada. De autoria do deputado estadual Lucas Calil (MDB), a data visa homenagear os profissionais que tiveram um papel importante no combate à pandemia de Covid-19 e, muitas vezes, devido a jornada exaustiva, são acometidos por doenças ocupacionais, como burnout, stress e depressão. A seguir, confira uma entrevista na íntegra com o autor do projeto nº 4107/20, que deu origem à lei do Dia do Médico Residente.

De onde surgiu a ideia de criar o projeto de lei para celebrar o Dia do Médico Residente?

A ideia surgiu da imensa contribuição destes profissionais no período de pandemia e também da reivindicação de um grande amigo que também é médico. A lei buscava homenagear e valorizar a classe pela nobre renúncia às suas próprias pretensões, a fim de ocuparem espaço na linha de combate à Covid-19. O trabalho destes jovens médicos é de extrema relevância, sempre víamos uma exaustiva atuação com altas cargas horárias e dedicação vocacional ao ofício. Inclusive, muitos destes profissionais que estão nessa fase, acabam desenvolvendo algumas doenças como burnout, stress e depressão, uma vez que são responsáveis por uma imensa demanda do sistema de saúde brasileiro.

Qual a relevância da data para os profissionais da área?

A data foi destacada pela lei para contemplar e reconhecê-los, permitindo, além da justíssima ho-

menagem, a formulação de políticas públicas voltadas à saúde pública e ao bem-estar destes médicos. O Poder Público deve sempre fomentar o desenvolvimento de políticas públicas includentes, voltadas à qualificação profissional e consequente aperfeiçoamento do atendimento público de saúde.

Qual o objetivo da data? Por que a data é celebrada somente no Estado de Goiás?

O objetivo é incentivar a criação de políticas públicas de valorização do profissional, de modo que também influencie na qualificação do sistema de saúde pública. A data é celebrada no Estado de Goiás, por não haver lei federal devidamente aprovada pelo Congresso Nacional que também estabeleça data para a homenagem. Claramente, caso cheguemos ao âmbito federal, uma de nossas metas será estabelecer em âmbito nacional a justa homenagem que em Goiás já é realidade.

Após o projeto ser aprovado, como a classe médica reagiu?

Reagiu de modo positivo, celebrando o reconhecimento concedido pelo Poder Público à classe profissional, o que também promoveu a expectativa de mais políticas voltadas à saúde pública.

O Dia do Médico residente beneficia os profissionais de alguma forma?

Sim, sem dúvida. A data, além de ser uma homenagem, também pretende gerar o ideal de valorização dos profissionais que atualmente contribuem de maneira imprescindível ao nosso sistema de saúde. Além disso, a lei é somente o início da implementação de políticas posteriores que criem condições mais benéficas ao setor e, consequentemente, à sociedade, ensejando a qualidade do atendimento e o bem-estar da população.

➤ DIREÇÃO

CEREM-GO ELEGE NOVA DIRETORIA



A Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás (CEREM-GO) faz parte do sistema de residência médica do Brasil, onde o centro do sistema está no Ministério da Educação (MEC), em Brasília. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é responsável por regulamentar as atividades das comissões estaduais, entre elas a de Goiás. Além disso, a instituição coordena as atividades das Coremes nos hospitais, que atendem os residentes na sua formação de especialistas.

Conforme explica o Prof. livre-docente Waldemar Naves do Amaral, presidente da CEREM-GO, a instituição elege periodicamente sua di-

retoria, que abarca presidente, vice-presidente, supervisores e preceptores. “Estivemos na presidência da CEREM-GO no último mandato e neste ano de 2024, após novas eleições, nossa chapa foi reconduzida para estar à frente da instituição novamente”, salienta.

A nova diretoria eleita fará a condução nos próximos anos do destino da CEREM-GO, realizando a representação adequada junto as Coremes. “Em Goiás, temos mais de 1 mil médicos residentes na ativa, os quais merecem toda nossa consideração e apreço para que a formação de especialista seja a melhor possível”, diz Dr. Waldemar.



➤ ESPECIALIZAÇÃO

AGRM TRAZ DIVERSAS FACILIDADES PARA MÉDICOS QUE QUEREM SE ESPECIALIZAR

Entidade oportuniza que médicos tenham acesso facilitado a inscrições e matrícula em vários órgãos do Estado



Mastologista Dr. Juares Antônio de Souza - 1º Secretário da AGRM

Na segunda gestão da Comissão de Residência Médica de Goiás (CEREM-GO), o mastologista Dr. Juares Antônio assumiu a presidência por dois mandatos. Convidado pelo Dr. Altamiro Araújo Campos e pelo Dr. Antônio Carlos Ximenes, o mastologista esteve à frente da entidade por quatro anos, e conta que melhorias foram implementadas, entre elas, a fundação da Associação Goiana de Residência Médica (AGRM), com normas e estatuto.

Fundada em 31 de janeiro de 2005, a AGRM, pessoa jurídica de direito privado, de natureza civil, e sem fins lucrativos, foi criada com a finalidade de auxiliar, materialmente e formalmente a Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás (CEREM-GO) no cumprimento de suas atividades, estimular, apoiar e assessorar as instituições ofertantes, ampliando e fortalecendo a capacidade pedagógica nos Programas de Residência Médica de Goiás.

Só após a criação do estatuto e das normas que foi efetivada a conta jurídica, assim, a CEREM-GO conseguiu abrir contas em instituições bancárias. Sem rendimentos, verbas e nenhum apoio financeiro, Juares relembra que as visitas, passagem, secretária e alimentação, era tudo feito pela boa vontade de cada membro da comissão, no entanto, o órgão começou a fazer valer a norma que já existia na nacional, onde, 15% do valor das inscrições passaram a ser destinados para a AGRM.

A partir daí, a CEREM começou a ter um aporte financeiro e ganhar força. Com esse aparato, o órgão criou o site ceremgoias.org.br para facilitar as inscrições dos residentes de todo estado e melhorar a comunicação com as publicações de editais, resultados, notas, matrículas, unificando todas as atividades. Para o aluno que quer ingressar na residência médica é só entrar no site, escolher o hospital, a especialidade, fazer a inscrição e realizar o pagamento do boleto.

Mas a facilidade não ficou apenas para os residentes, com o aparato financeiro o órgão começou a fazer as reuniões de forma mais organizada e a ter um controle maior nas vistorias, com visitas mais frequentes nos hospitais para credenciamento e reconhecimento, e caso houvesse algum problema, um dos membros da gestão se deslocava pessoalmente e passava a orientação. Essas reuniões eram realizadas periodicamente com a diretoria e uma vez por mês, em Brasília.

No âmbito político, o mastologista conta que sempre foi um ambiente bastante harmônico tanto com os hospitais, como entidades e sindicatos. Mas, Juares frisa que sempre existem algumas disputas políticas no meio de qualquer classe, e no meio da medicina não seria diferente. No entanto, em suas gestões todas as desavenças foram contornadas, tornando os mandatos bem tranquilos.

O mastologista destaca que a residência médica é uma opção. O médico pode fazer seis anos de medicina e depois seguir sua vida, na maioria dos casos, vai para o interior trabalhar como clínico geral.

Após os dois mandatos à frente da CEREM-GO, Juares indicou o urologista Dr. Adriano Augusto Peclat, que durante o biênio de 2007/2008, foi secretário do órgão na sua gestão.

EXPEDIENTE



INFORMATIVO DA COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE GOIÁS - CEREM.
Circulação: Goiânia/GO
Tiragem: Digital

DIRETORIA EXECUTIVA CEREM-GOÍÁS

Presidente – Waldemar Naves do Amaral

Vice Presidente – Tárík Kassem Saidah

Tesoureiro – Guilherme Socrates Pinheiro de Lemos

Secretário – Evandro das Mercês Bittencourt Resque Junior

REALIZAÇÃO

Diretora:

Keila Garcia

Reportagem e edição:

Denyze Nascimento

Designer Gráfico:

Eduardo Costa

Informações:

keilagarciapublica3@gmail.com

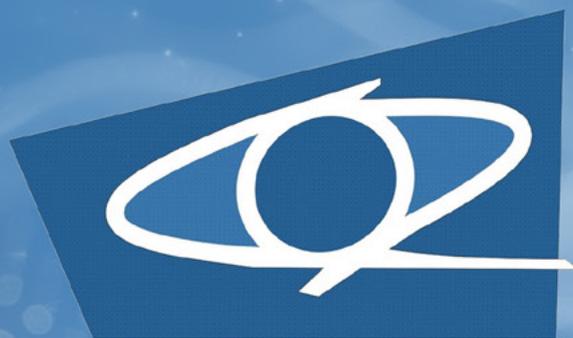
(62) 9 9171-5225

Av. Oeste, nº53, sala 03 - Setor Aeroporto

Opiniões, ideias e conceitos emitidos em matérias e artigos do Informativo da COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE GOIÁS - CEREM são de inteira responsabilidade dos respectivos autores.



20
anos



HOSPITAL DE OLHOS APARECIDA

OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA

SEUS OLHOS EM BOAS MÃOS!

 (62) 3097-8100  @hospitaldeolhosaparecida

Av. Abel Ribeiro, Qd. 32, Lt. 05 a 10 - Centro, Aparecida de Goiânia - GO

➤ LEITURA OBRIGATÓRIA

LIVRO “RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL –A HISTÓRIA DA CEREM GOIÁS” É LANÇADO

A obra relata a trajetória da Comissão Estadual de Residência Médica em Goiás



O livro “Residência Médica no Brasil – A História da Cerem Goiás”, que conta a trajetória da Comissão Estadual de Residência Médica em Goiás, foi lançado no dia 3 de abril.

A obra tem como autores o presidente da Comissão, Waldemar Naves do Amaral, e os médicos Tárík Kassen Saidah, Evandro das Mercês Bittencourt Resque Júnior, Kassen Saidah e Guilherme Socrates Pinheiro de Lemos.

Na coordenação estão o presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM) José Hiran da Silva Gallo, a secretária executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Viviane Cristina Uliana Peterle, e os médicos Juarez Antônio de Sousa e Sérgio Mota da Silva Júnior.

Um dos autores do livro, o vice-presidente da Cerem Goiás Tárík Kassen Saidah, explica que um dos objetivos da obra é apoiar o trabalho da Comissão, valorizando os preceptores e em busca de sempre oferecer um ensino de qualidade aos residentes. “Atuamos uma linha de sucessão em que o próximo dá continuidade ao trabalho do antecessor. Assim, com o livro, conseguimos analisar como está sendo desenvolvido o nosso trabalho”.

Para o conselheiro do Cremego e ex-membro da Cerem Goiás, Salomão Rodrigues, o livro é uma amostra das conquistas das instituições médicas de Goiás. “Apesar das grandes adversidades que temos enfrentado, as entidades médicas têm conseguido superar barreiras e proporcionar a melhor assistência à sociedade”.



A sistematização do histórico da residência médica, promovida pela obra, também é relevante, segundo o presidente da Academia Goiana de Medicina e ex-presidente da Cerem Goiás, José Reinaldo do Amaral. O livro irá perpetuar esse processo de estruturação das residências médicas em Goiás”.

O presidente da Cerem Goiás e um dos autores, Waldemar Naves do Amaral, adicionou ainda a tarefa de cultivar a história da residência médica em Goiás, que surgiu há mais de cinco décadas. “Por meio do formato físico ou eletrônico, o residente e as pessoas de entidades médicas poderão conhecer a importância dessa especialização”, afirma.

Fonte: site Cremego

➤ ESPECIALIZAÇÃO

PROCESSO SELETIVO UNIFICADO NA RESIDÊNCIA MÉDICA: UM CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA



Dr. Tárík Kassem Saidah
Ginecologista, Especialista em
Reprodução Humana
Vice-presidente da Comissão
Estadual de Residência Médica

O ingresso em programas de Residência Médica no Brasil é regido pela Lei nº 6932/81, que determina que os candidatos devem passar por um processo de seleção estabelecido por programas aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica. Atualmente, existem três modalidades principais de processos seletivos: o processo unificado, o individual de cada COREME, e o

Exame Nacional de Residência Ebserh (Enare).

O Enare é um processo seletivo centralizado, coordenado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e lançado pelo Ministério da Educação em 2020. Seu objetivo é unificar o sistema de ingresso na residência médica e multiprofissional, padronizando o processo seletivo que, atualmente, é realizado individualmente por cada hospital e universidade. Esse modelo visa atrair mais instituições para participar do processo, sem repasse de percentual do valor das inscrições para as comissões de residência médica e as Comissões Estaduais (CEREM).

Outro modelo de processo seletivo unificado é o de Minas Gerais, realizado pela Associação de Apoio à Residência Médica de Minas Gerais (AREMG), fundada em 2002. A AREMG tem a finalidade de estimular a residência médica no Estado, contribuindo para a melhoria da qualidade dos programas e da formação médica, apoiando as instituições que oferecem vagas.

Em Goiás, a Associação Goiana de Residência Médica (AGRM) foi criada em 2006 com a mesma finalidade, devido à falta de dotação orçamentária do Governo Federal para a realização de atividades da CEREM. Em 2022, os diretores da AGRM visitaram a AREMG para entender o modelo de Minas Gerais, que inclui parcerias com o Royal College of Canada para o treinamento de preceptores de residência médica.

Após a apresentação do modelo mineiro aos membros da AGRM, decidiu-se implementar o Processo Seletivo Unificado (PSU) em Goiás, com adesão inicial de quatro COREME (Dona Iris, UFG, UniEvangélica e Senador Canedo) e posteriormente mais sete COREME.

A CEREM-GO e a AGRM, juntamente com a AREMG, apresentaram uma proposta de processo seletivo unificado seguindo o modelo de Minas Gerais, destacando benefícios para os residentes, instituições/COREME, e para a AGRM/CEREM:

Benefícios para as COREMEs:

- Aumento de 30% a 100% no número de inscritos nos processos seletivos;
- Redução dos gastos na realização das provas;
- Maior relevância das instituições fora do Estado;
- Melhor seleção dos residentes devido ao aumento do número de candidatos;
- Maior transparência no processo seletivo e apoio mútuo entre as COREMEs;
- Unificação da avaliação curricular, reduzindo o número de recursos;
- Diminuição de vagas ociosas;
- Uso de aplicativo para gerenciar desistências e chamamentos, minimizando erros e sobrecarga de trabalho.

Benefícios para os Candidatos:

- Menor custo de inscrição;
- Realização da prova em um único dia, aumentando o número de inscrições;
- Padronização na avaliação dos currículos.

Benefícios para a AGRM/CEREM:

- Maior autonomia na elaboração das provas e repasse da arrecadação às COREMEs;
- Maior investimento em educação;
- Celeridade nas visitas e auxílio às COREMEs;
- Coleta de dados detalhados, como a relação do número de aprovados por faculdade;
- Avaliação contínua da qualidade das questões do concurso, com feedback para os professores.

Benefícios para a sociedade:

- O PSU tem um processo de aprimoramento contínuo selecionando os melhores candidatos para serem especialistas;
- também obtém dados relevantes para a sociedade como a porcentagem de aprovação de cada faculdade de medicina.

O PSU tem-se mostrado um excelente método para selecionar os melhores candidatos e um instrumento para impulsionar a residência médica no Estado, formando especialistas de excelência.



Mais que uma
escolha financeira.

Segurança, facilidade
e **inteligência** com
taxas **mais justas.**

- + Conta Corrente
- + Conta Poupança
- + Cartão de Crédito

- + Crédito Pessoal
- + Crédito Consignado
- + Consórcios

- + Financiamentos
- + Seguros
- + Investimentos



ESCANEE O **QR CODE**
E UTILIZE O CÓDIGO
5004BRNACIONAL
COMO INDICAÇÃO.

 **SICOOB**
UniCentro Br

Sua cooperativa, do **seu jeito.**