

O que é Residência Médica em Rede?

What is Network-Based Medical Residency?

Marcelo Bruno Generoso¹  marcelobrunogeneroso@gmail.com
Heitor Rossi¹  heitor7272@gmail.com
Paulo Mazafarro¹  paulomazafarro@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Residência Médica em Rede é um novo modelo de formação de médicos especialistas que visa expandir o treinamento médico tradicional, particularmente nas redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora legalmente respaldada, carece de regulamentação específica e definição precisa.

Desenvolvimento: Um programa em rede, a nosso ver, opera nas redes temáticas do SUS, é coordenado por uma instituição pública, desenvolvido em cidades com mais de 50 mil habitantes, aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica e tem um programa de educação permanente para preceptores. Os desafios incluem padronização de conteúdo, treinamento contínuo de preceptores e um projeto andragógico sólido. O perfil de competências requer não só habilidades médicas, mas também de gestão, trabalho em equipe, conhecimento profundo do SUS e de atenção primária. Barreiras incluem a coordenação de cenários distintos e avaliações apropriadas.

Conclusão: O sucesso do modelo exige regulamentação precisa, padronização e integração efetiva para formar especialistas alinhados com o SUS.

Palavras-chave: Residência Médica; Rede de Cuidados Continuados de Saúde; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Network-Based Medical Residency is a new model for training specialist doctors that expands traditional education, particularly in the Health Care network of the Unified Health System (SUS). Although with legal foundation, it requires specific regulations and a precise definition.

Development: In our view, a Network-Based program has the following characteristics: it is coordinated by a public institution, operates in SUS thematic networks in cities >50,000 inhabitants, it is approved by the National Medical Residency Commission and involves a Continuing Education Program for preceptors. The challenges include content standardization, ongoing preceptor training, and a solid andragogical design. The skills profile not only requires medical skills, but also management knowledge, teamwork, in-depth knowledge of the SUS and Primary Care. The barriers include coordinating diverse practice scenarios and assessments.

Conclusion: The success of the model requires precise regulation, standardization and effective integration to train specialists aligned with the SUS.

Keywords: Medical Residency; Continuing Health Care Network; Medical Education.

¹ Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz
Editor associado: Antonio Menezes Junior

Recebido em 27/10/23; Aceito em 09/03/24.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A residência médica, instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e estruturada pela Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, é o padrão ouro na especialização médica e caracteriza-se essencialmente pela formação em serviço. No Brasil, os programas de residência médica são regidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que determina o cumprimento integral de 60 horas semanais e 2.880 horas anuais^{1,2}.

Desde 2013, um novo modelo de residência tem ganhado destaque no Brasil: a Residência Médica em Rede. Inovador em sua essência, busca ampliar a formação do médico em treinamento para além do contexto estritamente hospitalar e ambulatorial. Trata-se de uma proposta de inserção e qualificação do residente nas redes de atenção à saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando, dessa forma, a maior compreensão das linhas de cuidado e do funcionamento e das possibilidades do SUS. O presente artigo traz uma revisão sobre o tema e busca padronizar o entendimento.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O início da legislação que trata do modelo de Residência Médica em Rede se dá pela Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009, que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), com os objetivos de ampliar o número de vagas de residência médica e estabelecer novos programas nos hospitais universitários federais, nos hospitais de ensino e nas secretarias estaduais e municipais de saúde por meio de concessão de bolsas de residência financiadas pelo Ministério da Saúde³.

O programa busca a ampliação de vagas de residência em especialidades e regiões consideradas prioritárias. Em seu edital mais recente, de 13 de março de 2023, exigia que as instituições interessadas deveriam obrigatoriamente comprovar carga horária mínima de 75% nos cenários de práticas do SUS.

A definição de especialidades e regiões prioritárias foi baseada no relatório da Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, instituída pela Portaria Conjunta nº 1, de 23 de outubro de 2007^{4,5}.

Posteriormente, em 24 de junho de 2013, a Portaria nº 1.248 instituiu a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade residência médica em áreas estratégicas do SUS⁶. A portaria autoriza a adesão por entidades públicas estaduais, distritais, municipais e federais de saúde, além de estabelecimentos hospitalares privados sem fins lucrativos que atuem de forma complementar ao SUS. A portaria define como programa de Residência Médica

em Rede aqueles que contemplam as demandas das redes temáticas prioritárias do SUS por meio de linhas de cuidado estabelecidas nas portarias específicas e entre os serviços que compõem as respectivas redes. Adicionalmente, define como um dos objetivos estimular a inserção articulada e integrada dos estabelecimentos hospitalares participantes da RAS no âmbito do SUS por meio do programa de Residência Médica em Rede.

É importante ressaltar que a Portaria nº 1.248 já determinava importantes pré-requisitos para admissão das instituições, como: ter autorizada a solicitação de credenciamento provisório ou aumento de vagas para o seu respectivo programa de residência médica pela CNRM, estar localizada em município com mais de 50 mil habitantes ou constituir-se como referência em região de saúde com mais de 50 mil habitantes, atender ao parâmetro de, no mínimo, cinco leitos para cada residente, quando em ambiente hospitalar, dispor de instalações físicas adequadas para as atividades do programa de Residência Médica em Rede e oferecer programa de educação permanente para os preceptores.

DEFINIÇÃO DA EXPRESSÃO

Com base na legislação vigente, propomos a utilização da expressão “Residência Médica em Rede” para programas que cumpram todos os seguintes cinco critérios:

- 1) Preencher os requisitos de credenciamento da CNRM.
- 2) Ser desenvolvido nas redes temáticas do SUS por meio de linhas de cuidado estabelecidas nas portarias específicas e entre os serviços que compõem as respectivas redes.
- 3) Ser administrado por entidades públicas estaduais, distritais, municipais ou federais de saúde.
- 4) Estar localizado em município com mais de 50 mil habitantes ou constituir-se como referência em região de saúde com mais de 50 mil habitantes.
- 5) Dispor de programa de educação permanente para os preceptores.

ESTRUTURAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM REDE

Apesar de amplamente amparada pela legislação vigente, ainda não existe uma regulamentação educacional específica de projeto andragógico para programas de Residência Médica em Rede. Até o momento, os programas de Residência Médica em Rede devem cumprir integralmente o que é determinado na Resolução nº 02/2006 da CNRM, que estabelece os requisitos mínimos dos programas de residência médica, incluindo distribuição percentual de carga horária,

divisão de cenários de prática, conteúdo teórico e conteúdo prático a ser desenvolvido em cada ano de cada especialidade⁷.

É importante destacar que essa resolução é anterior à própria origem do modelo de Residência Médica em Rede, o que nos parece uma incongruência a ser corrigida, já que os requisitos mínimos exigidos na época naturalmente não objetivavam contemplar uma formação em rede do médico especialista.

Avaliamos que, por ser desenvolvida nas RAS, a Residência Médica em Rede deve priorizar a atenção primária à saúde e a integração desta com os demais níveis. Consideramos essencial também que o residente participe de atividades em cenários de prática de atenção secundária e terciária para completar sua formação como especialista.

PERFIL DE COMPETÊNCIAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM REDE

Ainda não existe uma normatização da CNRM sobre o perfil de competências a ser desenvolvido na Residência Médica em Rede. A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que possui cinco programas de Residência Médica em Rede, demonstrou pioneirismo em 2021 ao publicar cadernos de competências em conformidade com as exigências da CNRM e também específicos para os programas em rede de psiquiatria, pediatria, ginecologia e obstetrícia, e clínica médica⁸.

Além das competências específicas de cada especialidade médica, consideramos quatro elementos essenciais na formação em rede: 1. capacidade de gestão, 2. integralidade do cuidado, 3. trabalho em equipe e interdisciplinaridade, e 4. conhecimento aprofundado do SUS, especialmente da atenção primária.

A gestão em saúde abrange a compreensão dos princípios e das práticas de gestão, incluindo o planejamento estratégico, a organização dos serviços de saúde, a alocação de recursos e a avaliação de resultados. O domínio da gestão capacita os médicos para que possam atuar de forma mais eficiente e efetiva na melhoria dos sistemas de saúde. Essa área contribui para a otimização dos recursos disponíveis, a garantia da universalização, a qualidade do atendimento e a promoção da equidade.

A integralidade, princípio fundamental do SUS, deve ser também um princípio central na formação em rede. Os médicos residentes devem adquirir competências para oferecer um cuidado abrangente aos pacientes. A integralidade envolve a compreensão das necessidades biopsicossociais dos indivíduos, a coordenação entre diferentes áreas de conhecimento e especialidades médicas, e o esforço em promover a saúde e prevenir doenças. Os médicos devem ser incentivados a desenvolver uma visão ampla e interdisciplinar do cuidado. Além disso, devem estar atentos aos aspectos psicossociais que

podem impactar a saúde do paciente e buscar atuar sobre eles quando possível.

O trabalho em equipe e interdisciplinar é condição fundamental para a integralidade do cuidado e a compreensão abrangente das necessidades do indivíduo, o que é facilitado pela complementaridade de perspectivas oferecidas pelos diversos profissionais que integram as equipes interdisciplinares⁹.

O conhecimento do SUS deve abranger a legislação relacionada, bem como os princípios éticos/doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) e os princípios organizacionais/operativos (descentralização, regionalização, hierarquização, participação social, resolutividade e complementaridade do setor privado). Além disso, o residente deve dominar os princípios da atenção básica (acesso e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidado)¹⁰. Conceitos adicionais devem ser compreendidos como a importância da atenção primária à saúde, o papel dos diferentes níveis de atenção, a participação da comunidade nas políticas de saúde e a interface entre saúde e cidadania.

DESAFIOS DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM REDE

Apesar de promissor, o modelo de Residência Médica em Rede enfrenta uma série de desafios, entre os quais destacamos: a complexidade da organização e articulação com diversos cenários de prática na rede, a dificuldade na uniformização do conteúdo prático e teórico, a educação permanente de preceptores, a formatação de um projeto andragógico condizente e o desenvolvimento de um processo de avaliação compatível com a proposta.

A construção de parcerias com diferentes equipamentos de saúde é essencial para proporcionar aos residentes experiências em diversos pontos da RAS. Isso requer uma articulação efetiva entre hospitais, unidades básicas de saúde, serviços de urgência e emergência, serviços especializados, entre outros, com o objetivo de oferecer aos residentes a oportunidade de vivenciar diferentes contextos e realidades do sistema de saúde. O apoio institucional continuado das equipes de gestão das Secretarias da Saúde é essencial para a fluidez desses processos.

A uniformização do conteúdo prático e teórico é um desafio devido à grande variedade de equipamentos de saúde e profissionais com formações diversas envolvidos. A realização de atividades educacionais, como aulas, discussões de casos clínicos, seminários, cursos e capacitações, desempenha um papel fundamental nesse sentido, criando um senso de unidade para os programas capilarizados pela rede e alinhando os conteúdos e as condutas.

A educação permanente dos preceptores, profissionais responsáveis pela supervisão e orientação dos residentes,

também é um aspecto relevante. Um obstáculo importante para a uniformização de conteúdo é a rotatividade de profissionais nos equipamentos, o que requer treinamento contínuo para incluir os recém-admitidos. Adicionalmente, a estruturação de um processo e curso de educação permanente exige pessoal capacitado para tal finalidade, bem como a alocação de recursos financeiros, materiais e humanos específicos para isso. É fundamental oferecer suporte e capacitação contínua aos preceptores, para que possam desempenhar seu papel de forma efetiva e atualizada, em conformidade com a medicina baseada em evidências.

O projeto andragógico a ser adotado pela instituição proponente deve ser condizente com a proposta da Residência Médica em Rede, ou seja, deve haver a verdadeira e efetiva inserção do residente em alguma das RAS possibilitando ao especialista em formação a adequada compreensão do funcionamento do SUS. Além disso, o conteúdo teórico deve contemplar não apenas os conhecimentos relacionados à especialidade, mas também os relevantes à prática dessa especialidade no SUS e nas RAS.

Para o processo de avaliação na Residência Médica em Rede, é necessário estabelecer critérios e indicadores de avaliação da aquisição de competências que incluam não apenas o conhecimento teórico ou prático estritamente relacionado à especialidade, mas também a qualidade e efetividade do trabalho em rede. Avaliar a integração do residente na equipe multiprofissional, sua capacidade de articulação com os diferentes serviços e sua contribuição para o fortalecimento da RAS e dos SUS são aspectos relevantes a serem considerados nesse processo de avaliação.

CONCLUSÕES

A Residência Médica em Rede é um modelo administrado por instituições públicas alternativo ao formato tradicional de residência médica, mas que cumpre todas as exigências da CNRM e prevê a imersão do residente nas RAS e a capacitação desse profissional para o desenvolvimento de sua especialidade na saúde pública. A Residência Médica em Rede representa um avanço significativo para a formação ampliada de médicos especialistas alinhados com as necessidades do SUS. A ampliação do escopo de atuação dos residentes, a compreensão das linhas de cuidado e a vivência em diferentes cenários de prática, em um ambiente diverso das instituições de ensino tradicionais, contribuem para uma formação abrangente e integral.

Para que esse modelo seja sustentável em longo prazo e alcance seus objetivos, é necessário avançar na regulamentação específica respaldada não apenas pela legislação federal vigente, mas também pela CNRM, na padronização da

estruturação dos programas, na organização e articulação dos cenários de prática com apoio das equipes de gestão, no desenvolvimento de perfis de competências compatíveis com a proposta da Residência Médica em Rede, bem como na avaliação condizente. Somente assim poderemos maximizar os benefícios da Residência Médica em Rede não apenas para a formação dos médicos, mas também para a saúde da população e o fortalecimento do SUS.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Marcelo Bruno Generoso participou da conceituação da pesquisa, elaboração e revisão do manuscrito. Heitor Rossi participou da elaboração do manuscrito. Paulo Mazaferro participou da elaboração e edição do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências [acesso em 8 ago 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm.
2. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências [acesso em 8 ago 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm.
3. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) [acesso em 8 ago 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/pr1001_22_10_2009.html.
4. Brasil. Portaria Conjunta MEC/MS nº 1, de 23 de outubro de 2007. Institui a Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil. Diário Oficial da União; 24 out. 2007. Seção I, p. 23 [acesso em 8 ago 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1001_22_10_2007.html.
5. Brasil. Subcomissão de estudo e avaliação das necessidades de médicos especialistas no Brasil. Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. 1º Relatório de Atividades [acesso em 8 ago 2023]. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-24/relatorio1_subcom_especialistas.pdf.
6. Brasil. Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) [8 ago 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1248_28_06_2013.html.
7. Brasil. Resolução CNRM nº 2/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências [8 ago 2023]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192.
8. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Residência médica: caderno do Programa de Psiquiatria. São Paulo; SMS; 2021 [8 ago 2023]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1348871/caderno-res-creme-psiquiatria-v5.pdf>.

9. Araújo MB de S, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(2):455-64.
10. Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 61-80.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.