

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA

COMISSÃO DE ENSINO

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS CREDENCIADOS

Prezado Chefe de Serviço,

Este formulário criado pela Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) tem três objetivos:

1. Analisar a realidade dos serviços credenciados da SBD
2. Educar os chefes de serviço e seus preceptores sobre as exigências que constam em diversas instâncias regulamentadoras, de leis federais ao próprio Regimento desta Comissão
3. Caráter construtivo aos serviços por destacar os pontos que estão de acordo com as exigências e os que devem ser melhorados.

Conforme o **Regimento da Comissão de Ensino da SBD (ANEXO 1)**, os itens considerados obrigatórios, se não cumpridos, poderão implicar no descredenciamento ou não credenciamento do serviço, sendo certo que a duração do programa, a carga horária e o conteúdo programático deverão ser necessariamente aqueles exigidos pela CNRM/MEC, não sendo admitido o descumprimento.

A Comissão de Ensino está a disposição para auxiliar o responsável pelo programa em eventual dificuldade ou dúvida no preenchimento deste formulário, de forma aos dados registrados se aproximarem ao máximo à realidade de cada serviço, e evitando qualquer prejuízo ao mesmo pelo registro dados incorretos.

Serviço: _____

Endereço:

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Coordenador: _____

CPF: _____

CRM: _____

Matrícula SBD: _____

Graduação: () Especialista Associado da SBD () Mestrado ()
Doutorado (anexar o CV/Lattes)

Data do primeiro credenciamento: _____

Data da vistoria (preenchido pela Comissão de Ensino): _____

Motivo da visita:

Credenciamento ()

Recredenciamento ()

Aumento de Vagas ():

Solicitação de mais ____ vagas de () residência () equivalente*
por ano

* entende-se como “equivalente” o aluno do serviço que não se enquadra como residente, ou seja, especializando, pós-graduando, aperfeiçoando, ... (denominação que varia conforme o serviço)

O programa de residência médica (PRM) solicitou bolsas de residência desde o início de sua implantação? sim () não ()

O seu PRM já foi anteriormente recusado pelo MEC? sim () não()

Há intenção de solicitar bolsas de residência para o Ministério da Saúde?
sim () não ()

Número atual de alunos

Período	Nº de vagas credenciadas		Nº de alunos em curso	
	Residência	Equivalente	Residência	Equivalente
Primeiro Ano				
Segundo Ano				
Terceiro Ano				

Equivalente: processo seletivo sim () não ()

Critério de acesso ao programa de equivalência: (anexar documento comprobatório / edital)¹ _____

Responsável pelo processo: _____

Contratos de curso dos equivalentes: sim () não ().

Valor mensal da bolsa de cada equivalente: R\$ _____

Como é feita a certificação do equivalente? (anexar modelo)²

Residentes: processo seletivo sim () não ()

Responsável pelo processo: _____

Mantenedora das bolsas de residência: _____

Seguros pessoais dos residentes/equivalentes: sim () não ()

Convênios com outros hospitais / instituições para complementação de campos de aprendizado: sim () não ()

Descreva abaixo seus convênios e anexe a documentação dos acordos celebrados, caso haja complementação com estágios externos (exemplo na primeira linha)³

Instituição	Estágio	Supervisor do Programa	Periodicidade	Programa / ano
Hospital XYZ	Ambulatório de XYZ	Dr. XYZ	Diário por um mês	Residência, 2º ano

Avaliação das Atividades Educacionais:

Há espaços de conceitualização prática? sim () não ()

Em caso de resposta positiva, assinale nos próximos itens

Atividade	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	Bimestral	Trimestral	Semestral
Discussão de Protocolos de Conduta							
Sessão de Discussão de Casos							
Discussão de Artigos Científicos							
Sessão anátomo-clínica							
Discussão de casos de Pacientes Internados (“visita à beira do leito”)							
Discussão de casos em Ambulatórios							
Treinamento do Residente para Docência							
Revisão e Discussão de Lâminas (histologia)							
Monitoria ou Tutoria							
Outro: _____							

CHECK LIST

Seção 1: Assinale as competências por ano de treinamento que os residentes / equivalentes têm acesso no seu serviço (conforme a resolução n. 8, de 8 de abril de 2019 do Diário Oficial da União, que dispõe sobre a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Dermatologia no Brasil - ANEXO 2):

1.1. Primeiro ano – R1

- () Conhecimento sobre embriologia, imunologia, biologia molecular e genética
- () Conhecimento sobre os princípios básicos de doença aplicados à dermatologia: inflamação, neoplasia, distúrbios metabólicos e genodermatoses
- () Domínio da semiologia clínica dermatológica: anamnese, exame físico geral e dermatológico, propedêutica e lesões elementares dermatológicas
- () Formular hipóteses diagnósticas e propor tratamentos clínicos e cirúrgicos, tanto nos pacientes ambulatoriais quanto nos internados
- () Atendimento de infecções sexualmente transmissíveis, hanseníase e outras Doenças Infecciosas prevalentes no país

- Domínio do procedimento de biópsia de pele
- Atendimento e evolução de paciente internado
- Dominar suporte de vida e o manejo das afecções clínicas mais prevalentes na urgência e emergência (estágio de urgência em pronto-socorro)
- Compreensão do diagnóstico e tratamento de queimaduras, bem como dominar princípios básicos de curativos

Seu programa realiza estágio em alguma destas disciplinas abaixo? Marque as que são contempladas em seu projeto pedagógico

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica | <input type="checkbox"/> Medicina de família |
| <input type="checkbox"/> Pediatria | <input type="checkbox"/> Microbiologia |
| <input type="checkbox"/> Pronto-socorro | <input type="checkbox"/> Genética Clínica |
| <input type="checkbox"/> UTI | <input type="checkbox"/> Micologia |
| <input type="checkbox"/> Doenças Infectocontagiosas | <input type="checkbox"/> Patologia |
| <input type="checkbox"/> Hematologia | <input type="checkbox"/> Técnicas Cirúrgicas |
| <input type="checkbox"/> Reumatologia / Imunologia
clínica | <input type="checkbox"/> Virologia |
| <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica |
| <input type="checkbox"/> () | <input type="checkbox"/> Outros. Cite: |
-

1.2. Segundo ano – R2

- Realização de pronto-atendimento dermatológico
- Domínio das técnicas de biópsia e de pequenos procedimentos cirúrgicos
- Atendimento dermatológico ambulatorial
- Atendimento dermatológico internado e prestação de interconsultas (anexe documento com o local de treinamento e plano de atendimento dos educandos neste local)
- Atendimento de farmacodermias
- Atendimento em pacientes de faixa pediátrica e geriátrica (anexe documento com o local de treinamento e plano de atendimento dos educandos neste local)

- () Atendimento básico em cosmiatria
- () Prática de dermatoscopia e vídeo-dermatoscopia
- () Experiência em coleta e interpretação de de exames micológicos
- () Acompanhar e revisar exames de dermatopatologia
- () Avaliação e indicação de aparelhos físicos como fototerapia, crioterapia, terapia fotodinâmica, laserterapia e outros

1.3. Terceiro ano – R3

Domínio do manejo geral de aparelhos para tratamentos físicos como:

- () Crioterapia
- () Fototerapia
- () Terapia fotodinâmica
- () Laserterapia e outras fontes de energia não laser
- () Realizar exames dermatoscópicos de rotina e saber indicar mapeamento digital corporal
- () Avaliar os padrões avançados de complexidade de análise em micologia, em dermatopatologia e em tricologia
- () Dominar as indicações do uso de agentes imunossupressores, terapias alvo e imunobiológicos
- () Dominar a técnica de procedimentos dermato-cosmiátricos de maior complexidade incluindo correção de cicatrizes e técnicas cirúrgicas de repigmentação;
- () Dominar procedimentos cirúrgicos de maior complexidade na abordagem de tumores cutâneos e ungueais
- () Produzir um artigo científico

Seção 2: Assinale as características abaixo que contemplam as obrigatoriedades exigidas pelo Regimento da Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Dermatologia (ANEXO 1):

2.1. Serviço:

- Pertence ou tem vínculo formal com um Hospital Geral e ou de Ensino
- O hospital dispões de no mínimo 100 leitos
- Em caso de necessidade, existem leitos disponíveis para internação dos casos atendidos pela dermatologia
- Funcionar com a carga horária semanal de 60 horas semanais (sendo sábado dia letivo) exigida pela Comissão Nacional de Residência Médica (Art. 5º da Lei no 6.932/8, ANEXO 3)

OBS: a quantidade de carga horária na cobertura de respostas de pedidos de consulta pode ser incluída para complementação das 60 horas semanais exigidas pela CNRM.

- Anexar uma tabela de semana padrão, com os ambulatórios e horários de cada ano do residente / equivalente⁴

2.2. Corpo Docente:

- É composto por quatro ou mais preceptores
- Todos os preceptores têm TED pela SBD ou RQE pelo MEC.
- Há no mínimo 1 preceptor com vínculo empregatício para cada 2 residentes/equivalentes
- Todas as atividades são supervisionadas por preceptores (aprendizado orientado em exercício da profissão)

2.3. Ambulatório:

- Funciona todos os dias úteis, com no mínimo 20 horas semanais
- Atende um mínimo de 40 consultas por semana, por residente/equivalente, sendo no mínimo 20 consultas de casos novos
- Há supervisão docente / preceptoria durante o atendimento ambulatorial
- O número de consultórios no serviço é compatível ao número de residentes / equivalentes. Cite o número de salas de consultório disponíveis:

_____ salas exclusivas da dermatologia

_____ salas compartilhadas com outras especialidades

() Há setorização de ambulatórios por áreas específicas, com rodízio de residentes/equivalentes

2.4. Enfermaria:

() Existe disponibilidade de leitos para internações de pacientes dermatológicos, com supervisão docente/preceptoria diária

Número de leitos disponíveis para a dermatologia: _____

Número de pacientes internados por ano: _____

() Ocorre no mínimo uma visita semanal geral com supervisão de docente/preceptoria aos pacientes internados

() Existe prestação de interconsultas aos pacientes de outras clínicas com intercorrências dermatológicas com supervisão docente/preceptoria

Número de pacientes avaliados em interconsulta por ano _____

As avaliações são feitas em que clínicas:

() Médica

() Cirúrgica

() Ginecologia-obstetrícia

() Pediatria

() Pronto-socorro

() Outras: _____

Quando necessário, a dermatologia acompanha o paciente internado até a alta? Sim () Não ()

Há escala de rodízio de residentes para avaliação de pacientes internados (caso positivo, fornecer escala em anexo⁵)

Sim () Não ()

Há escala de rodízio de preceptores para avaliação de pacientes internados

Sim () Não ()

2.5. Recursos Didáticos e Materiais:

() Livros-texto de Dermatologia para consultas

Coleção de periódicos de dermatologia no Serviço, no mínimo os Anais Brasileiros de Dermatologia

Sala de reunião e de leitura no serviço

Arquivos digitais: livros, arquivos, aulas, lives, entre outros

Arquivo digital ou fotográfico de casos diversificados e de interesse didático

Setor de micologia com laboratório na própria instituição ou em outra que concorde em receber o residente/equivalente em rodízio

Setor de dermatopatologia

Sala equipada de cirurgia dermatológica

Número de salas: _____

Acesso à Internet

Microscópio

Projetor de multimídia

Câmera fotográfica

Dermatoscópio

Aparelho de eletrocirurgia

Equipamento de criocirurgia

Arquivo de lâminas de dermatopatologia das biópsias realizadas no serviço

Acervo variado de livros texto de dermatologia incluindo internacionais

2.6. Características do Programa

Número total de vagas disponíveis por ano está de acordo com o número de vagas credenciadas

Cursos formais teórico-práticos de micologia dermatológica, dermatopatologia e cirurgia dermatológica.

realizados no próprio serviço

realizados pela SBD ou respectiva Regional

realizados por outro serviço ou instituição credenciada pela SBD

realizados por outro serviço ou instituição, não credenciada pela SBD

() Reuniões clínicas, seminários programados, clubes de revista e sessões iconográficas

() Aprovação no exame para obtenção do título de especialista em dermatologia de no mínimo 50% dos residentes/equivalentes concluintes do programa no período de credenciamento/recredenciamento, ou de no mínimo, dos últimos quatro anos.

No caso do serviço não ter atingido tal aprovação, expor os motivos:

() Produção científica e comparecimento aos congressos e jornadas de dermatologia e reuniões científicas da SBD e suas Regionais, tanto do corpo docente quanto discente

A Comissão de ensino gostaria de saber, na sua opinião, quais são os pontos fortes do seu serviço e os pontos que carecem de melhorias.

Pontos fortes	Pontos a serem melhorados

Lembrete: anexos solicitados neste documento que devem ser enviados em

conjunto deste relatório preenchido:

1. Critério de acesso ao programa de equivalência: (anexar documento comprobatório / edital)
2. Como é feita a certificação do especializando? (anexar modelo)
3. Descreva abaixo seus convênios e anexe a documentação dos acordos celebrados, caso haja complementação com estágios externos (exemplo na primeira linha)
4. Anexar uma tabela de semana padrão, com os ambulatórios e horários de cada ano do residente / equivalente
5. Escala de rodízio de residentes para avaliação de pacientes internados