**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. Orientar 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 (2.880h/ano) e o conteúdo programático deverão ser necessariamente aqueles exigidos pela CNRM/MEC, não sendo admitido o descumprimento.

A duração do Programa da Residência Médica da CNRM/MEC e a do Curso ( ou Estágio) de Especialização deverão ser iguais e a Matriz de Competências adotada para o PRM da CNRM/MEC e a do Curso (ou Estágio) de Especialização deverão ser iguais. Os Residentes/ Equivalentes devem adquirir competências com o treinamento em áreas gerais de Clínica Médica e/ou Especialidades afins com a Dermatologia, incluindo atividades em Ambulatórios, Enfermarias e setores de Urgência/Emergência como definido pela Matriz da especialidade Dermatologia da CNRM/MEC.

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

Serviço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ RQE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula SBD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Graduação: ( ) Especialista Sócio da SBD ( ) Mestrado ( ) Doutorado

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 residentes/equivalentes

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Período | N° de vagas credenciadas | | N° 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

O curso de especialização/pós-graduação é certificado pelo MEC? sim ( ) não ( ) Se sim, qual a carga horária cadastrada no MEC? \_\_\_\_\_\_\_\_

O curso de especialização/pós-graduação é certificado pela Instituição? sim ( ) não ( ) Se sim, qual a carga horária cadastrada na Instituição? \_\_\_\_\_\_\_\_

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 interinstitucionais e anexe a documentação dos acordos celebrados, caso haja complementação com estágios externos (exemplo na primeira linha).3 Obs.: Os estágios opcionais de escolha dos residentes/equivalentes de duração máxima de 30 dias não devem ser inclusos nesta tabela.

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

Preceptores

Preencher a tabela abaixo com os dados de todos os preceptores do programa, constando:

Titulação: Doutor, Mestre, Especialista

Vínculo: Contratado da instituição, Concursado, Voluntário

Carga horária semanal total na Instituição: Dedicação Exclusiva ou Horista, 4 horas, 8 horas, 20 horas, 40 horas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Titulação | Vínculo com a Instituição | Carga Horária  Semanal Total | Link do Currículo Lattes |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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) |  |  |  |  |  |  |  |
| Tutoria / Participação em ligas acadêmicas |  |  |  |  |  |  |  |
| 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

( ) Clínica Médica

( ) Clínica Cirúrgica

( ) Pediatria

( ) Pronto-socorro

( ) UTI

( ) Doenças Infectocontagiosas

( ) Hematologia

( ) Reumatologia / Imunologia clínica

( ) Oncologia

( ) Medicina de Família

( ) Microbiologia

( ) Genética Clínica

( ) Micologia

( ) Patologia

( ) Técnicas Cirúrgicas

( ) Virologia

( ) Cirurgia Plástica

( ) 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 as principais indicações de aparelhos físicos como fototerapia, crioterapia, terapia fotodinâmica, laserterapia e outros

1.3. Terceiro ano – R3

( ) Dominar o manejo geral de aparelhos para tratamentos físicos como crioterapia

( ) Dominar o manejo geral de aparelhos para tratamentos físicos como fototerapia

( ) Avaliar o manejo da terapia fotodinâmica e 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 residente/equivalente por semana,, 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 acompanhamento de pacientes dermatológicos internados, com supervisão docente/preceptoria diária( ) 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/interconsultasê por

2.5. Recursos Didáticos e Materiais:

( ) Livros-texto de Dermatologia para consultas

( ) Acervo variado de livros texto de dermatologia incluindo internacionais

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

( ) Acesso à Internet

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

( ) Tem acesso aos periódicos completos de dermatologia no Serviço (CAPES, EBSCO, UpToDate, ...)

( ) Sala de reunião e de leitura no serviço

( ) 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 com laboratório na própria instituição ou em outra que concorde em receber o residente/equivalente em rodízio

( ) Sala equipada de cirurgia dermatológica

Número de salas: \_\_\_\_\_

( ) Microscópio

( ) Projetor de multimídia

( ) Câmera fotográfica

( ) Dermatoscópio

( ) Aparelho de eletrocirurgia

( ) Equipamento de criocirurgia

( ) Arquivo de lâminas de dermatopatologia das biópsias realizadas no serviço

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quanto às produções científicas e à participação nos congressos e jornadas nacionais e internacionais, tanto do corpo docente quanto discente:

Número de publicações em periódicos indexados nos últimos 5 anos: \_\_\_\_\_

Número de trabalhos apresentados em eventos nos últimos 5 anos: \_\_\_\_\_\_

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 (conforme modelo em anexo)