

A formação de médicos especialistas no Brasil

Laura C. M. Feuerwerker

1. Introdução

De acordo com os dados da pesquisa “Perfil dos Médicos” (Machado, 1996), em 1995, 74% dos médicos em atividade cursaram programas de Residência Médica e quase 27% dos médicos declararam haver cumprido dois programas. Por outro lado, 40% referiram curso de especialização após a formatura. No cômputo final, entre residências concluídas e exames prestados, 59% dos médicos brasileiros possuíam título de especialista.

Há duas possibilidades de se tornar um médico especialista no país: frequentar um programa de Residência Médica (e receber um título ao final) ou submeter-se a um exame da respectiva sociedade de especialista (coisa que hoje até os que concluíram programas de RM fazem). A Residência, no entanto, é atualmente o principal mecanismo **formador**. As sociedades de especialistas cumprem papel hipoteticamente fundamental na atualização/educação continuada dos médicos. Segundo a pesquisa “Perfil dos Médicos”, 98% dos médicos são filiados a sociedades científicas, 73% participaram de congressos nos dois anos que antecederam a pesquisa, 90% têm acesso a revistas técnico-científicas, mas somente 53% assinam esses periódicos (na sua maioria, nacionais).

Pelos dados que dispomos em relação à Residência Médica, é possível afirmar que a tendência à especialização somente **creceu** nos anos mais recentes.

2. Um breve panorama sobre a RM no país hoje

Primeiro, a oferta de vagas e programas. No período de 1985 a 1996, existiu um crescimento de 51% no número de instituições credenciadas. O número de vagas para R1 aumentou de 3.983 para 6.124 (FUNDAP,1998). Os governos estaduais, geralmente através das secretarias estaduais de saúde, são os principais financiadores de bolsas (quase 50% delas), seguidos pelo MEC e pelas instituições privadas.

Existe, entretanto, uma profunda heterogeneidade na distribuição das vagas e da oferta de especialidades quando se pensa em termos nacionais, como se vê no quadro abaixo:

Quadro 1. Distribuição relativa de escolas médicas, formandos e vagas de R1 por região do Brasil em 1996.

Região	No. de escolas	No. de formandos	No. de R1	Relação R1/formandos
Norte	4	329	69	0,21
Nordeste	13	1.211	662	0,55
Centro-Oeste	4	246	420	1,71
Sudeste	45	4.292	3.212	0,75
Sul	17	1.236	860	0,7
Total	83	7.314	5.223	0,71

Fonte: FUNDAP

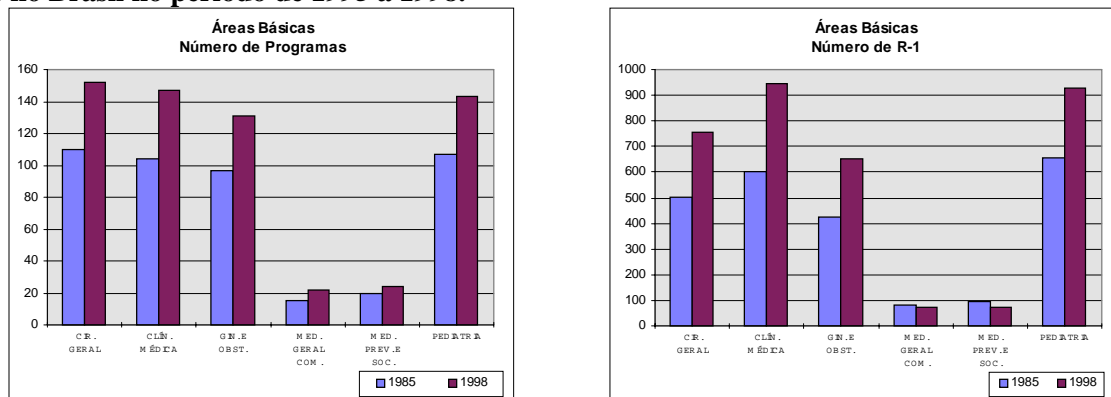
Além disso, existem também heterogeneidades no interior de cada região: na região Centro-Oeste, 65% das vagas estão em Brasília; na região Sudeste, 62% das vagas estão em São Paulo. No Nordeste, Bahia e Pernambuco concentram 59% das vagas.

Houve um crescimento generalizado das vagas e das instituições credenciadas em todas as áreas de especialização, embora existam diferenças **significativas** na importância de cada uma delas.

As áreas básicas

As Áreas Básicas apresentaram uma expansão no período analisado da ordem de 37% no número de programas credenciados, e de 45% em relação ao número de vagas iniciais. Medicina Geral e Comunitária e Clínica Médica cresceram acima da média em termos do número de programas credenciados. No entanto, a Medicina Geral e Comunitária e a Medicina Preventiva e Social, apresentaram um decréscimo na oferta de vagas iniciais. Ao contrário, a Clínica Médica teve uma expansão da ordem de 57%, ou seja, acima da média.

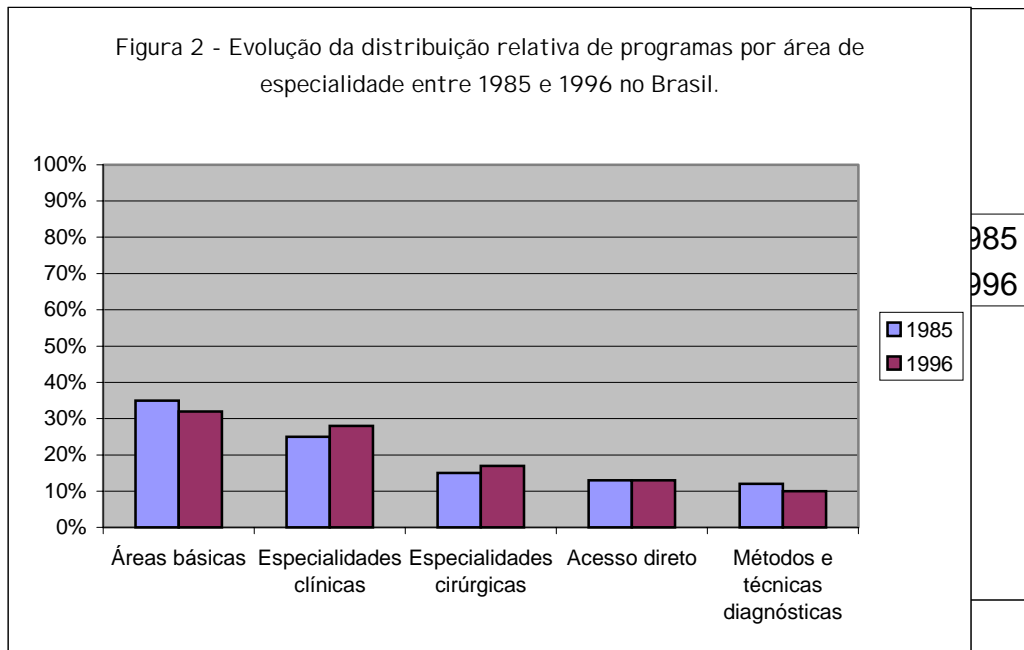
Figura 1. Evolução do número de programas e do número de residentes nas áreas básicas no Brasil no período de 1995 a 1998.



Fonte: Fundap

Cabe aqui fazer outra observação com relação às Áreas Básicas. Os dados referentes aos programas de Cirurgia Geral e de Clínica Médica não nos permitem distinguir os residentes que permanecem na especialidade, **digamos assim, geral**, daqueles que estão apenas cumprindo o pré-requisito e que se dedicarão a uma subespecialidade na sua trajetória profissional. Os dados apresentados, portanto, provavelmente atestam que a Cirurgia Geral e a Clínica Médica constituem-se numa etapa inicial da **progressiva** especialização médica.

Além disso, apesar do crescimento nessas áreas, houve uma expansão relativa maior das demais, como se pode ver nas próximas duas figuras, que demonstram a evolução da distribuição relativa de programas e residentes nas várias **especialidades**:



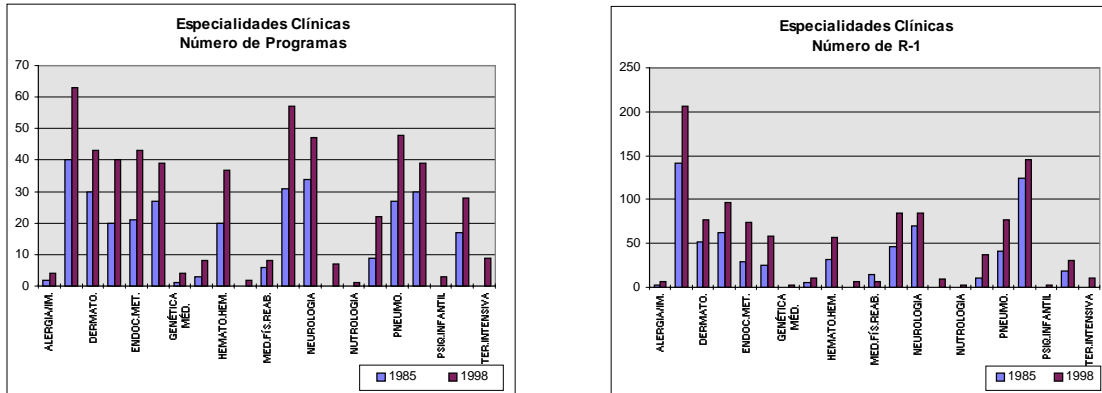
As especialidades clínicas e cirúrgicas com pré-requisito

Em termos de número de programas, as Especialidades Clínicas e Cirúrgicas com pré-requisito cresceram bem acima da média geral.

Considerando apenas as Especialidades Clínicas verificamos que, em 1998, representavam 28% dos programas, 18% do número de R-1 e 20% do total de residentes. De 85 a 98, ocorreu uma expansão de 73% do número de programas de residência médica (PRMs) e de 61% do número de R-1. Isso ocorreu por conta do aparecimento de novas especialidades, tais como, a Terapia Intensiva, a Nutrologia e a Neuropediatria, e também do grande aumento das vagas iniciais de algumas especialidades como Endocrinologia/Metabologia (155%), Gastroenterologia (132%), Pneumologia (88%) e Nefrologia (85%). Em termos de participação relativa, esse grupo de especialidades apresentou uma ampliação de apenas 3% no número de PRMs e de 1% na oferta de R-1.

A figura 4 ilustra essa evolução.

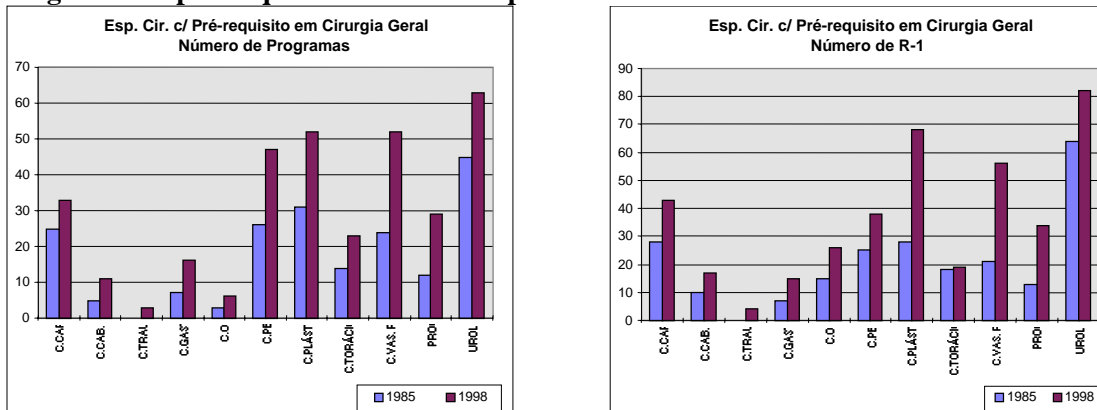
Figura 4 – Evolução do número de vagas e de programas de residência nas especialidades clínicas com pré-requisito no Brasil no período de 1985 a 1998.



Analisando as Especialidades Cirúrgicas que demandam pré-requisito em Cirurgia Geral, verificamos que, em 1998, contribuem com 17% dos PRMs, 7% dos R-1 e 8% do total de residentes. Agregam, portanto, várias especialidades com um pequeno número de residentes cada. De 85 a 98, houve expansão de 74% em PRMs e de 78% em vagas iniciais. Não obstante, sua participação relativa teve apenas um pequeno incremento (2% no número de PRMs e 1% de vagas iniciais).

Os programas que tiveram um crescimento expressivo foram Proctologia (142%), Cirurgia Gastroenterológica (128%) e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (120%). Quanto às vagas iniciais, destacaram-se a Cirurgia Vascul Periférica com 166% de incremento, a Proctologia (161%), a Cirurgia Plástica (142%) e a Cirurgia Gastroenterológica (114%).

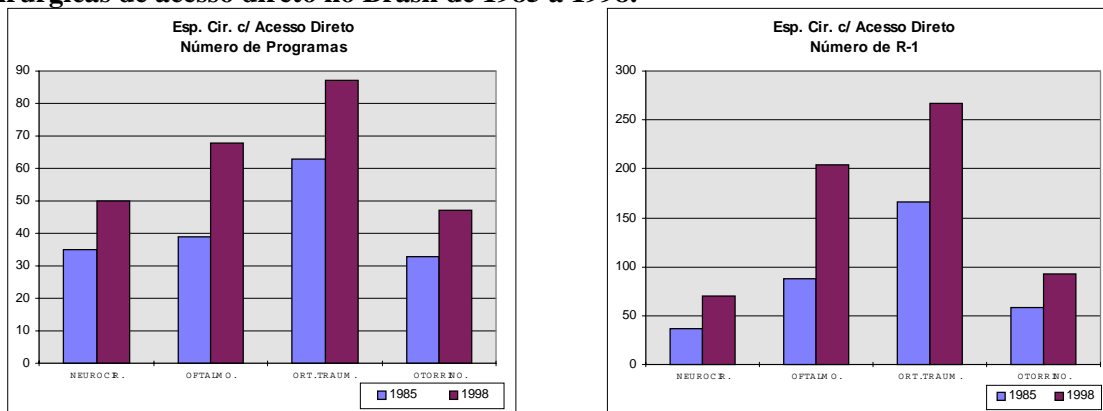
Figura 5 - Evolução do número de vagas e de programas de residência nas especialidades cirúrgicas com pré-requisito no Brasil no período de 1985 a 1998.



As especialidades cirúrgicas de acesso direto

Já considerando as Especialidades Cirúrgicas de Acesso Direto – Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia/Traumatologia e Otorrinolaringologia – elas representam atualmente 13% dos programas brasileiros e 10% do número de R-1 e 12% do total de residentes. De 85 a 98, o seu peso relativo teve apenas uma pequena ampliação no número de R-1 (1%) e no número total de residentes (2%), mas em termos absolutos o grupo todo cresceu 48% no número de PRMs e 81% no de vagas iniciais. Isto significa que os programas antigos tenderam a expandir suas vagas, além, evidentemente, de haver ocorrido o credenciamento de novos programas. Com crescimento de R-1 acima da média estão a Oftalmologia (132%) e a Neurocirurgia (89%).

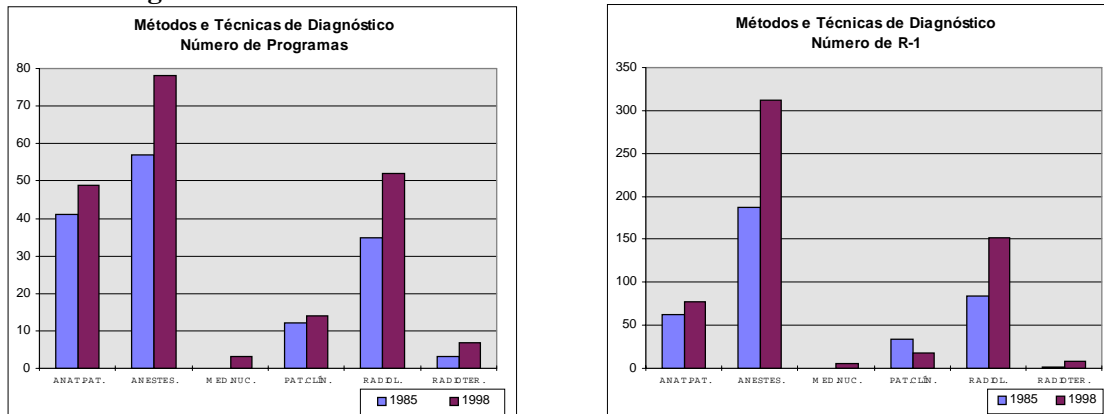
Figura 6 – Evolução do número de programas e de vagas iniciais nas especialidades cirúrgicas de acesso direto no Brasil de 1985 a 1998.



Métodos e Técnicas diagnósticas

O grupo de Métodos e Técnicas de Diagnóstico representava, em 1998, 10% dos PRMs, e 9% dos R-1 e do total de residentes. Seu crescimento desde 85 foi da ordem de 37% em programas e de 55% em vagas iniciais. Portanto, foi mais importante a tendência de ampliação de vagas nos programas já existentes. O programa de Radioterapia teve um crescimento acelerado e, em termos de vagas iniciais, também merecem ser destacadas a Radiologia e a Anestesiologia. Finalmente, a participação relativa desse grupo no conjunto da Residência Médica no país foi estável no número de R-1 e no total de residentes, havendo declínio no número de PRMs.

Figura 7 – Evolução do número de programas e de vagas iniciais na área de Métodos e Técnicas Diagnósticas no Brasil de 1985 a 1998.



Quadro geral

Em síntese, considerando-se o volume da oferta de vagas iniciais para residência médica, merece destaque a ampliação ocorrida na área das Especialidades Cirúrgicas de Acesso Direto, sobretudo o crescimento da Oftalmologia, seguida da Neurocirurgia, Ortopedia e Otorrinolaringologia. Os dados revelam também que esse incremento deveu-se mais à ampliação do número de vagas de programas já credenciados do que ao credenciamento de novas instituições. As Especialidades Cirúrgicas com Pré-Requisito também tiveram um notável crescimento, mas nesse caso provocado basicamente pelo credenciamento de novas instituições. Já as Especialidades Clínicas com Pré-Requisito também cresceram significativamente por conta do credenciamento de novas instituições. Por outro lado, as Áreas Básicas tiveram um crescimento inferior ao da média geral, destacando-se, além disso, a redução do número de vagas iniciais nos programas de Medicina Preventiva e Social e de Medicina Geral Comunitária.

Podemos concluir ainda que a tendência de alongamento da duração dos programas deu-se com maior intensidade entre os programas de Especialidades Cirúrgicas com Pré-Requisito, seguida dos Programas Cirúrgicos de Acesso Direto, e com **menor** intensidade entre os programas de Métodos e Técnicas de Diagnóstico e Especialidades Clínicas com Pré-Requisito. Os programas das Áreas Básicas mantiveram **sua** duração inalterada.

Apesar do movimento evidente em direção ao fortalecimento das subespecialidades, os programas das Áreas Básicas continuam sendo os que oferecem o maior número de vagas iniciais. O quadro 2 mostra as 10 especialidades mais significativas em termos de vagas oferecidas :

Quadro 2 - Maiores Programas**no Brasil em 1998**

Nome da Especialidade	Nº. de Residentes (R-1)	Nº. Total de Residentes
CLÍNICA MÉDICA	945	1654
PEDIATRIA	926	1972
CIRURGIA GERAL	754	1592
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	653	1452
ANESTESIOLOGIA	312	633
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	267	724
CARDIOLOGIA	207	491
OFTALMOLOGIA	204	458
RADIOLOGIA	152	399
PSIQUIATRIA	145	312

FONTE: FUNDAP/CNRM

3. Um pouco de história para entender o presente

A Residência Médica existe no Brasil desde a década de 40. Até a metade da década de 50 os programas existentes atingiam apenas uma parte muito pequena dos egressos das escolas médicas. Nos dez anos seguintes foi havendo uma ampliação gradual do número de programas, geralmente em instituições oficiais, motivada por interesse do corpo clínico ou pela procura dos residentes, num processo de consolidação da Residência Médica como modalidade de especialização dos profissionais médicos em todas as regiões do país. (Brasil, 1989c).

Dois fenômenos muito próximos no tempo contribuíram para modificar a dinâmica desse processo: o impulso no processo de desenvolvimento tecnológico e científico na área médica, a partir do final de década de 50, que estimulou a tendência de especialização; e, a partir da segunda metade da década de 60, a multiplicação das vagas para Medicina na Universidade, através principalmente da criação de novas escolas e também da ampliação do número de vagas das já existentes.

Por outro lado, o perfil do profissional a ser absorvido pelo mercado começou a mudar por conta de inúmeros fatores. O desenvolvimento tecnológico e da área de equipamentos veio acompanhado de pressões das indústrias de medicamentos e de equipamentos sobre a organização do trabalho e, em consequência, do mercado de trabalho médico. Por outro lado, a introdução de mecanismos de acumulação de capital no setor saúde favoreceu a adoção do modelo de atenção baseado na utilização intensiva [e progressiva] de tecnologia e na especialização do médico (Cohn, 1980; Donnangelo, 1975).

A ampliação do número de vagas nas escolas médicas não foi acompanhada de medidas para reorganizar o mercado de trabalho médico, ou seja, para enfrentar a desigualdade da distribuição desse profissional. A criação de postos de trabalho, portanto, continuou seguindo a mesma lógica de concentração nos locais de maior

riqueza. A concentração de empregos nas grandes cidades fez com que aumentasse substancialmente a competição nesses locais pelas melhores colocações no mercado.

A insuficiência do treinamento prático proporcionado pelas faculdades de medicina (as novas escolas em função de suas debilidades e as antigas em razão do processo de fragmentação que a formação de graduação vinha sofrendo) e a existência de um mercado de trabalho **mais competitivo** e voltado à especialização, portanto, foram os ingredientes essenciais à multiplicação da procura por vagas de Residência Médica pelos recém-formados.

Houve um processo de ampliação do número de vagas nas instituições já comprometidas com a Residência e, além disso, muitas instituições hospitalares, ligadas ou não a escolas médicas e universidades, passaram a oferecer programas de especialização. Na verdade, como não existia qualquer regulamentação ou sistema de verificação em relação aos programas de residência, eram oferecidas aos médicos recém-formados oportunidades de trabalhar nos hospitais, supostamente sob supervisão, a baixa remuneração (Souza, 1985; Rocha, 1983; Aguiar, 1980; Brasil, 1976).

Ao longo de toda a década de 70 o único segmento realmente preocupado com a necessidade de haver alguma regulamentação em relação à Residência Médica foram os médicos-residentes. Em 1977, nitidamente em resposta ao movimento **de** residentes, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica, por decreto presidencial.

A partir de 1981, com a promulgação da Lei 6.932, que regulamentou a Residência Médica, ela passou a ser definida como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. Ficou definido que os programas de Residência Médica teriam que ser credenciados pela CNRM, que ao final do período de treinamento os residentes fariam jus a um título de especialista outorgado pelo MEC e que durante o estágio teriam direito a uma bolsa, com valor mínimo estipulado por lei (Brasil, 1981).

Num primeiro momento, a elevação do nível de exigências para o credenciamento levou à desativação de muitos programas, que funcionavam mais em função da necessidade de mão-de-obra **barata** dos serviços do que com finalidades didáticas. Das 205 instituições que solicitaram credenciamento à CNRM, somente 154 receberam pareceres favoráveis (Brasil, 1984).

Como a demanda por mais vagas de Residência Médica era um fenômeno real e significativo e os residentes cumpriam um papel importante na prestação de serviços e na introdução de um patamar mínimo de tecnologia ao nível das instituições, houve um novo fenômeno de expansão de vagas de RM nos anos seguintes. Em 1982 havia 1.500 vagas de residentes de 1º ano e em 1984 essas vagas já eram 4.097. Ou seja, já nessa ocasião, quase 51% dos médicos graduados tinham a oportunidade de ingressar em programas de Residência Médica (Souza, 1985).

É indiscutível o papel positivo que a CNRM jogou em seus primeiros anos de funcionamento. Houve um esforço de definir as condições mínimas indispensáveis que deveriam ter as instituições que abrigam programas de Residência Médica, assim como os requisitos mínimos para o funcionamento de programas nas principais áreas de especialidade. No entanto, esse ímpeto inovador inicial teve curta duração. Nestes pouco

mais de dez anos, a principal atividade da Comissão Nacional tem sido credenciar novos programas e novas especialidades.

Desde 1984 já havia múltiplos questionamentos em relação à CNRM: a adequação de sua composição, a coordenação centralizada dos programas e a própria correção das resoluções da Comissão. Questionavam-se os critérios utilizados no planejamento dos programas, as oportunidades de aprendizado que estariam de fato oferecendo aos residentes e a qualidade de preceptores e supervisores (Souza, 1985).

Em 1989, a partir de um protocolo conjunto, o CFM e a AMB passaram a reconhecer como especialistas somente os médicos aprovados nos exames promovidos pelas associações de especialistas. A principal justificativa para a medida foi a existência de muitos programas de Residência Médica precários, o que tornaria necessária essa avaliação antes da concessão do título (Knoplich, 1994). **A CNRM não reagiu a essa iniciativa, no mínimo curiosa já que essas duas entidades estão representadas no Comissão .**

Desde a Constituição de 1988, está estabelecido que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde têm a responsabilidade de “ordenar a formação de recursos humanos para a saúde” em nosso país (Brasil, 1988). O Ministério da Saúde tem um representante na CNRM, mas **até o momento isso** não representou um estímulo para que existisse uma articulação entre esse processo de formação profissional – que em boa parte ocorre em serviços de saúde não vinculados a escolas médicas – e o processo de construção do Sistema Único de Saúde. Ou seja, uma contribuição importante da área da saúde à CNRM poderia ter ocorrido no terreno da definição do perfil desejável do processo de formação, considerando os profissionais necessários e também na definição da quantidade de especialistas necessários nas diferentes áreas e regiões do país. **No entanto, até o momento, isso não ocorreu.**

Houve, **entretanto**, uma medida adotada pelo Ministério da Saúde que certamente interferiu e interfere na lógica de criação de novos programas nos últimos anos: a criação do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária), que estabeleceu um adicional de pagamento **do SUS** às instituições que oferecem programas de ensino, Residência Médica entre eles. Essas instituições recebem segundo tabela especial pelos serviços prestados ao SUS (75% de acréscimo no caso da Residência Médica).

O Ministério da Saúde tinha pelo menos dois objetivos ao criar o FIDEPS: por um lado criar estímulos à integração dos hospitais universitários ao SUS; por outro, estimular a prática de atividades didáticas e de formação profissional nos hospitais da rede de serviços, considerando que esse seria um **incentivo** à melhora da qualidade dos serviços prestados e também dos profissionais, **fato reconhecido por muitos.**

No entanto, é inegável que a existência de um estímulo financeiro tornou-se um incentivo à criação de novos programas. **Essa circunstância tornou** ainda mais relevante a necessidade de um processo de credenciamento criterioso, que tivesse em conta realmente as condições mínimas indispensáveis para o funcionamento adequado dos programas de residência. Tornou ainda mais necessária a definição de critérios para a inclusão ou não de novos programas nas diferentes áreas de especialização segundo as necessidades do sistema de saúde.

Desde 1990 está em tramitação no Congresso Nacional um projeto para modificação da regulamentação da Residência Médica e do funcionamento da CNRM. O

projeto original, apresentado pelo deputado Eduardo Jorge (PT), já sofreu uma série de modificações e atualmente encontra-se na Comissão de Educação do Congresso. **Apesar de o projeto haver sofrido muitas emendas, fruto de pressões de distintas naturezas,** não houve até o momento um debate amplo sobre o assunto.

O único elemento do arcabouço jurídico relativo à Residência Médica que **regularmente** sofreu alterações nos últimos quinze anos foi o critério para fixação do valor da bolsa dos residentes.

Em dezembro de 1996, a CNRM promoveu um seminário para discussão das especialidades médicas. O seminário tinha como objetivo anunciado um esforço de compatibilização entre as especialidades reconhecidas pela CNRM e pela AMB e CFM.

Na verdade, acabou sendo apresentado um trabalho que propunha uma reclassificação das especialidades, redefinindo o que seriam as especialidades (áreas em que se justificaria a existência de programas de Residência Médica) e o que seriam áreas de atuação (subespecialidades em que não se justificaria a existência de programas de residência) (Comissão, 1996). Seguiram-se a esse encontro, algumas reuniões, debates e rodadas de negociação, mas ainda sem a amplitude necessária (quer dizer, continuam sendo debates basicamente no seio da corporação médica)

4. Discussão

A Residência é uma modalidade de formação pós-graduada baseada fundamentalmente no treinamento em serviço. Ela é, **simultaneamente** portanto, parte do mundo da formação e do mundo do trabalho. Essa provavelmente é a explicação para sua grande potência enquanto conformadora do perfil profissional entre os médicos. No entanto, essa mesma característica complexa tratada de modo insuficiente, tem levado a ambigüidades políticas no seu manejo (Feuerwerker, 1998).

Em nosso país essa ambigüidade vem de longe: desde os tempos da regulamentação da Residência. Nessa época, houve toda aquela polêmica a respeito da caracterização da residência como trabalho e dos residentes como trabalhadores (com carteira de trabalho, direitos trabalhistas, etc.) *versus* a Residência como processo de aprendizagem (Elias, 1987).

Naquele momento, as soluções políticas encontradas estiveram marcadas pelo não enfrentamento claro dessa complexidade e sim por compromissos, que possibilitaram a solução política dos conflitos, mas que, na minha opinião, conduziram a Residência a impasses. Senão vejamos.

A Residência foi regulamentada (uma resposta à demanda por regras mínimas, respeito a alguns direitos fundamentais) e foram reconhecidos, pelo menos parcialmente, os direitos trabalhistas dos residentes tais como: direito a férias, licença gestante, direito a contribuir ao INSS (mas como autônomos). Todos esses são elementos que implicam no reconhecimento de que há trabalho, há prestação de serviço e geração de valor na atividade desenvolvida pelos residentes.

Ao mesmo tempo, a residência foi definida como modalidade de pós-graduação e a CNRM foi localizada no MEC, o que evidencia a compreensão da residência como elemento constitutivo da formação profissional, portanto vinculada ao ministério que deveria pensar esse processo como um todo.

No entanto, a composição da Comissão contempla fundamentalmente a representação de entidades médicas de classe - o que na prática reforça a compreensão da residência como elemento fundamental da organização do processo de trabalho da corporação médica.

Por que esses compromissos, esse tratamento resultaram insuficientes? Porque, na prática, essas soluções levaram a que a CNRM e o pensamento organizado sobre a Residência Médica operassem essencialmente no âmbito da corporação médica, tendo **essencialmente** em conta seus interesses **específicos, fazendo com que estivessem desvinculados** das necessidades e da lógica do processo de formação e de organização dos serviços de saúde. Como consequência, a Comissão não tem força política para pautar a Residência Médica nem nas políticas de saúde nem nas de educação.

Exatamente por isso, apesar de abrigada no MEC, a CNRM sempre funcionou num mundo à parte. Nunca se resolveram as questões relativas à relação da RM com as modalidades de pós-graduação *sensu strictu*. Apesar de a CAPES ter uma reconhecida metodologia de avaliação do ensino de pós-graduação, nunca se cogitou da hipótese de a residência médica ser incluída de alguma maneira **nesse processo de avaliação**. Nunca se criaram mecanismos para assegurar que as universidades (quem mais?) se comprometessem de alguma maneira com o processo de qualificação / educação profissional permanente dos médicos dos hospitais não universitários que oferecem programas de residência.

Por outro lado, a residência médica se ressentia da inexistência de políticas claras em relação à formação de recursos humanos em saúde. Qual o médico necessário ao sistema de saúde? Quantos e que especialistas são necessários? Como articular as decisões políticas envolvendo a organização do sistema de saúde com as decisões políticas em relação à formação dos recursos humanos?

É verdade que essa omissão do SUS em relação à formação de recursos humanos não se restringe à residência. O SUS e suas instâncias, apesar de estarem constitucionalmente definidos como “ordenadores da formação de recursos humanos em saúde”, na prática ainda não se debruçaram sobre o assunto. As conferências de recursos humanos sempre trataram mais dos aspectos trabalhistas.

Assim como a mudança do modelo de atenção, a necessidade de interferir no processo de formação profissional e no perfil dos profissionais formados, parece estar entrando na pauta do MS e do SUS somente nos tempos mais recentes. E esse tempo não foi suficiente para que já existam respostas, propostas, soluções, estratégias.

Como consequência, não há tradição de diálogo do MS com o MEC em relação à necessária articulação entre formadores e empregadores. E, a Residência Médica, situada na interface dos processos de prestação de serviços e formação, sofre particularmente com essa desarticulação. Assim, o MEC e várias secretarias estaduais de saúde são os principais financiadores das bolsas para os residentes em todo o país (não é só em São Paulo que isso ocorre. Bahia, Pernambuco e Ceará são outros exemplos), mas as definições a respeito de programas, vagas, especialidades não estão minimamente articuladas às políticas ou às necessidades do sistema de saúde...

Não existem critérios claros, relacionados à necessidade ou não de determinados especialistas nas várias regiões do país, para decidir a respeito da abertura ou não de novos programas. A iniciativa de propor aumento ou abertura de programas geralmente

parte de necessidades internas das próprias instituições que oferecem programas. No caso das universitárias esse pedido geralmente decorre de “necessidades de serviço”, de “necessidades de expansão do poder”. No caso das instituições não universitárias, públicas ou conveniadas ao SUS, o FIDEPS funciona como um grande incentivo, já que a presença de programas de RM provoca um importante aumento da sua remuneração pelo SUS. No caso de instituições não universitárias privadas, a existência de programas de RM é usada para atestar qualidade, excelência científica, além de prover mão-de-obra barata etc.

Ninguém sabe nada sobre a real necessidade de especialistas, nem sobre sua absorção pelo mercado, mas isso não tem sido obstáculo para a abertura de novos programas. Nada disso tem conseguido se converter em estímulo suficiente para provocar uma reflexão a respeito da irracionalidade de como é feito todo esse investimento em formação especializada.

Ao contrário, todos raciocinam, ao comentar a situação atual de vagas para Residência Médica, como se o correto fosse existirem vagas de Residência Médica para todos os médicos que se formam.

O acesso à residência médica e a distribuição dos médicos no país

Há muitos aspectos relevantes para se discutir em relação ao acesso à Residência Médica. Há imensas contradições produzidas pelo fato de a Residência funcionar como complementação da formação deficiente de graduação.

Por um lado, não há nenhuma providência razoável em relação aos recém-formados que não conseguem ingressar em nenhum programa de residência (supostamente os mais mal preparados e os que, na prática, ingressam imediatamente depois da graduação no mercado).

Por outro lado, a tendência tem sido incrementar número de vagas e programas, apesar de essa ser uma maneira cara e irracional de suprir falhas na formação de graduação, principalmente quando esse investimento se faz de maneira desconectada das necessidades do sistema de saúde e de sua capacidade de absorção de especialistas.

Outro problema relevante é a existência de um número significativo de vagas e programas concentrados em alguns centros acadêmicos/universitários de determinadas regiões. Nesses locais, especialmente em São Paulo, há muito mais vagas de R1 do que médicos que se formam nas escolas médicas paulistas.

Esses geralmente são centros de alta tecnologia e de alta complexidade. Será que os programas deveriam ser maiores nesse tipo de instituição por conta de sua excelência? Ou deveriam ser mais restritos de acordo com as possibilidades de inserção desse tipo de profissional com formação mais sofisticada? Ou os processos de formação deveriam ser mais flexíveis, podendo ser adaptados às futuras condições locais de trabalho de outras regiões do país? Deveria haver critérios para a recepção de candidatos de outros estados (além de sua qualificação individual)? – por exemplo: necessidade urgente de formação de determinado tipo de especialistas ou excesso absurdo de outro, levando a que houvesse absorção ou rejeição de candidatos de determinada região? Deveria haver mecanismos de compensação – como no SUS – quando uma cidade oferece recursos mais sofisticados à população de uma outra cidade ou região? Deveria haver uma política de descentralização dos programas?

Sabidamente, fazer a Residência fora do local de origem do médico recém-formado é um importante fator de concentração dos médicos nos principais centros urbanos e especialmente na região sudeste. De acordo com dados da pesquisa Perfil dos Médicos, 60% dos médicos que migram para fazer Residência Médica não regressam ao seu local de origem.

A especialização e o modelo de atenção

A inadequação da formação de profissionais de saúde está clara tanto quando se tem em conta a organização do setor público como do privado. Em um e outro setor, por conta da racionalização de custos e qualidade da atenção, existe uma tendência crescente por buscar privilegiar a absorção de profissionais com uma formação geral. No entanto, essa formação geral não existe.

Há todo um movimento para transformar a formação de graduação, que é certamente indispensável, mas se a isso não se acoplar uma profunda revisão da Residência Médica, o movimento de mudança perderá potência, já que a residência cumpre papel fundamental na conformação do perfil dos médicos. Mesmo com a mudança na graduação e a conformação de um novo mercado de trabalho pela saúde da família, a grande maioria dos estudantes seguirá buscando especializar-se. Um sintoma dessa força de atração: na recente proposta de serviço civil do Ministério da Saúde, num esforço de interiorizar profissionais da saúde, um dos dispositivos propostos para atrair os jovens médicos é assegurar que a participação no programa valerá pontos nos processos de seleção para Residência Médica.

Como se viu, será importante definir número, distribuição, perfil. Por um lado, cresceram o SUS, a municipalização e também o setor privado, principalmente o segmento dos convênios e medicinas de grupo. Mudou o perfil epidemiológico da população. Por outro, a introdução de novas tecnologias levou a uma ambulatorização de muitas das especialidades e as novas modalidades de organização da atenção tendem a levar a uma importante desospitalização da prática médica. E esses são elementos que obrigatoriamente tem que ser considerados na definição do perfil profissional necessário para se inserir nos serviços existentes e para dar conta dos problemas mais importantes de saúde.

Também é importante redefinir o processo de formação, levando à criação de mecanismos de integração **da residência** com a graduação e com as outras modalidades de formação pós-graduada. Introduzindo mecanismos que possibilitem melhorar a capacitação pedagógica dos preceptores e **utilizar** estratégias e metodologias ativas de ensino-aprendizagem, possibilitando o exercício do raciocínio crítico e a produção de conhecimentos. Incluindo nos programas a necessidade de inovar e diversificar os cenários de ensino, de integrar os hospitais com o restante da rede de serviços, pois a Residência não pode seguir sendo eminentemente hospitalar.

Atenção domiciliar, cirurgia ambulatorial e outros elementos de uma prática médica menos hospitalocêntrica estão na ordem do dia na reorganização das práticas e devem entrar na pauta das RM. Basear o treinamento na prática, mas enriquecendo-a de modo a que sejam considerados os interesses dos vários sujeitos envolvidos nesse processo, possibilitando a prática multiprofissional e fortalecendo a autonomia dos pacientes.

Multiprofissionalidade é outro aspecto **crítico**. **Apesar de muito louvado, na prática o aparelho formador restringe as possibilidades de sua concretização: por exemplo**, da maneira como está estruturada a questão da especialização, os programas multiprofissionais em saúde da família não têm como ser credenciados. **Afinal**, como uma comissão de residência médica vai acreditar um programa multiprofissional?

5. Considerações finais

A questão da formação de especialistas e da **Residência Médica** em particular tem que entrar urgentemente na pauta, tanto de formadores de profissionais de saúde como de gestores do sistema de saúde.

São indispensáveis as respostas a algumas questões:

- a) definir o papel da RM na formação profissional e suas relações com a graduação, a pós-graduação e a educação permanente
- b) definir o perfil/perfis profissionais desejados em cada área de acordo com necessidades de saúde e as características do modelo de atenção
- c) se a RM é parte do processo de formação profissional, definir as habilidades e competências que se quer atingir em cada área; definir as características gerais desse processo de formação
- d) definir os critérios para a determinação do número de vagas em cada área, levando em conta as características do mercado público e privado, os interesses da categoria e definindo claramente de quem é o papel de regulação

Para isso, a questão fundamental é comprometer no debate e definições sobre RM atores sociais que vão muito além da corporação médica. Seria importante rever a composição da CNRM, de modo a aumentar sua governabilidade e sua capacidade de inserir a RM tanto no espaço das políticas de educação, como nas de saúde. Para isso seria necessário dar mais peso para as universidades – em troca de compromisso em relação à educação permanente dos profissionais, mais peso para o MEC – para que se articule essa modalidade de formação com as outras de pós-graduação. Seria fundamental dar mais peso para o SUS em suas várias instâncias (MS, CNS, CONASEMS), de modo a aumentar a chance de construir coerência entre a política de formação de recursos humanos e a política de saúde.

Referências Bibliográficas

Aguiar, M.J.B. Residência Médica e graduação. **Fórum sobre Residência Médica**. Anais. Comissão Nacional de Residência Médica, pág. 65-74. Brasília, 1980.

Brasil. Decreto 80281/77. **Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica**, 1977.

Brasil. Lei 6932. **Regulamentação da Residência Médica**, 1981

Cohn, A. **Previdência Social e processo político no Brasil**. São Paulo, Editora Moderna, 1980.

Comissão Nacional de Residência Médica. **Critério para a definição de especialidades**. Mimeo. Brasília, 1996.

Donnangelo, M.C.F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.

Elias, Paulo M. – “Residência Médica no Brasil - a institucionalização da ambivalência”. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da USP, 1987.

Feuerwerker, Laura C. M. – Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. Hucitec- Rede UNIDA, São Paulo, 1998.

FUNDAP. Oportunidades de acesso à Residência Médica. Fundap, 1999.

FUNDAP – Estudo sobre os concursos de acesso à RM no estado de São Paulo no período de 1993 a 1996. (no prelo)

Knoplich, J. Novas especialidades médicas? **Consultório Médico**. Revista da Associação Paulista de Medicina, n. 20, 1994.

Machado, M.H. et al. Perfil dos Médicos no Brasil. Relatório Final de pesquisa realizada com o apoio do Conselho federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Fundação Oswaldo Cruz. Volume I – Brasil e Grandes regiões, Rio de Janeiro, 1996.

Rocha, J.S.Y. A crise da terminalidade da educação médica no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 7 (1), p. 36-41, 1983.

Souza, Evandro G. Residência Médica no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 9 (2), p. 112-114, 1985.

(material preparado para o curso Política de Rh para gestão do SUS, a se realizar em Brasília em dezembro de 2000)

