

## A RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

Evandro Guimarães de Sousa\*

### Introdução

A Residência Médica foi instalada no Brasil durante a década de 40, no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. A sua evolução histórica em nosso País permite uma divisão em quatro períodos.<sup>1</sup>

O primeiro, até 1955, caracterizando-se pela definição de objetivos, implantação e consolidação dos programas iniciais, sendo que apenas uma pequena parcela dos egressos das escolas médicas procuravam este treinamento.

O segundo período vai de 1956 a 1971, apresentando uma ampliação gradual do número de programas, geralmente em instituições oficiais, de acordo com o interesse dos hospitais e dos seus corpos clínicos e pela procura da maioria dos médicos recém-formados.

A partir de 1972, iniciou-se o terceiro período que, devido ao aumento do número de escolas médicas, motivou a rápida expansão dos programas, permitindo, ao lado de boas Residências, outras de qualidade duvidosa, criadas muito mais com objetivos de aproveitamento de mão-de-obra médica de baixo custo do que de um programa de pós-graduação.

O quarto período teve início em 1977, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no âmbito do ex-Departamento de Assuntos Universitários, atual Secretaria da Educação Superior, tendo por objetivo regulamentar essa modalidade de pós-graduação, em nível nacional.<sup>2</sup> Assim, a Residência ficou 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, funcionando em instituições de saúde universitárias, ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Durante o ano de 1981, foi promulgada a Lei 6.932, determinando que a expressão *Residência*

*Médica* somente poderia ser utilizada por instituições cujos programas fossem reconhecidos pela CNRM, além de consolidar esta modalidade de ensino de pós-graduação no nível de especialização, fixando o valor da bolsa de estudos e da contribuição previdenciária, a carga horária semanal de treinamento, e estabelecendo que o título conferido ao término do curso, constituiria documento legal junto ao sistema federal de ensino e Conselho Federal de Medicina. No artigo 1.º, foi omitida a dedicação exclusiva.<sup>3</sup>

A CNRM reconhece 35 especialidades, assim divididas:

1) acesso direto ao programa: Anestesiologia, Anatomia Patológica, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Medicina Geral Comunitária, Medicina Preventiva e Social, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria e Radiologia;

2) exigência de, pelo menos, um ano em Clínica Médica, ou Pediatria, como pré-requisito: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia-Metabolologia, Medicina Física e Reabilitação, Gastroenterologia, Geriatria-Gerontologia, Hematologia-Hemoterapia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Reumatologia e Patologia Clínica;

3) exigência de, pelo menos, um ano em Cirurgia Geral como pré-requisito: Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular Periférica, Cirurgia Cardiovascular, Proctologia e Urologia. Para o programa de Cirurgia Pediátrica é exigido, pelo menos, um ano de Pediatria, ou Cirurgia Geral;

4) exigência de, pelo menos, um ano em Neurologia, como pré-requisito: Neurocirurgia.

A CNRM, em caráter excepcional, pode credenciar outros programas que não estão relacionados dentre as especialidades referidas, sendo que já foram aceitos os seguintes: Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Gastroenterológica, Alergia-Imunologia e Radioterapia.<sup>4</sup>

Em julho de 1984, foi encaminhado o anteprojeto de lei à Presidência da República, alte-

\* Professor, Departamento de Clínica Médica, Fundação Universidade Federal de Uberlândia.



rando o artigo 4.º da Lei 6.932/81, nos seguintes termos:

"ao médico residente será assegurada bolsa de estudo no valor igual ao fixado no art. 5.º da Lei n.º 3.999, de 15 de dezembro de 1961, acrescido de um adicional de 35% (trinta e cinco por cento) por regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais, mais 10% (dez por cento), a título de compensação previdenciária, incidente na classe de salário-base a que fica obrigado por força de sua vinculação, como autônomo, ao regime da Previdência Social".<sup>5</sup>

### Situação atual

Em dezembro de 1984, foram oferecidas 8.570 vagas nos 1.107 programas desenvolvidos em 165 instituições de saúde. Destes, 718 (64,85%) encontram-se credenciados sem restrições e 315 (28,45%) apresentam-se ainda com alguma insuficiência.

O número de vagas oferecidas para o primeiro ano de Residência Médica, em todas as especialidades, foi de 4.097, e, se considerarmos que a cada ano se formam 8.000 novos médicos, houve a possibilidade de, aproximadamente, 51% dos mesmos terem ingressado nos programas naquele ano.

O maior número de programas, 770 (69,5%), e, por conseguinte, o maior número de residentes, 6.081 (71%), encontram-se em instituições da Região Sudeste, e o menor número, 4 (0,36%) e 21 (0,24%), respectivamente, está localizado na Região Norte.

Apesar do cancelamento de programas de algumas instituições de saúde da rede particular, e da redução do número de vagas em hospitais próprios e convenientes com o INAMPS, não haverá uma grande diminuição deste número (351), graças ao aumento de mais 287 vagas de novos programas que estão iniciando em 1985.

Uma das principais características da Residência Médica é a de proporcionar treinamento-em-serviço e possibilitar articulação entre instituições educacionais e da área da saúde federais, estaduais e municipais, constituindo um modelo de integração serviço-ensino.<sup>6</sup>

Além do estímulo às ações de prevenção e reabilitação em todos os programas oferecidos, no intuito de evitar a dicotomia nas medidas preventivas e curativas, vários programas encontram-se articulados, com medidas adotadas por outros Ministérios responsáveis pela prestação de serviços na área de saúde. Nesse sentido, destacam-se:

- treinamento em cuidados primários para a saúde nos programas de Medicina Geral Comunitária e Medicina Preventiva e Social;
- atividades em promoção da saúde da mu-

lher e da criança em Pediatria e Obstetrícia e Ginecologia;

— atividades em Dermatologia Sanitária, inclusive Doenças Sexualmente Transmissíveis, nos programas de Dermatologia;

— treinamento obrigatório em Centros de Saúde para residentes de Doenças Infecciosas e Parasitárias;

— participação em programas de prevenção à cegueira e deficiência visual entre escolares e pré-escolares em Oftalmologia;

— treinamento em Saúde Mental para residentes de Psiquiatria.

### Conclusão

Já se fazem necessárias novas reflexões e respeito da Residência Médica no Brasil, pois várias questões nos afligem no momento:

— deveria a coordenação de todos os programas permanecer centralizada num órgão único?

— na composição da CNRM, deveriam permanecer representantes das atuais instituições?

— as Resoluções da CNRM estão adequadas à realidade atual?

— os coordenadores, supervisores e preceptores de programas estão conscientes de suas funções como educadores?

— os programas encontram-se devidamente planejados para a formação adequada de cada especialidade?

— estariam os serviços oferecendo oportunidades suficientes para os residentes?

— qual a participação dos programas para a integração de ações da saúde?

— a educação continuada tem sido estimulada em todos os programas?

É necessário, porém, que impere o bom senso durante as discussões, e nunca é demais recomendar prudência nas exigências determinadas pela CNRM, nas pretensões de alguns em transformar o período de treinamento em contrato de trabalho por tempo determinado e de algumas Sociedades de Especialidades que permanecerem afastadas do processo de formação de especialistas em Residência Médica.

Entendemos que, somente através de ações em conjunto, será possível aprimorar cada vez mais esta modalidade de pós-graduação; caso contrário, correremos o risco de perder 7 anos de trabalho intenso executado pela CNRM e a reversão da situação indesejável dos treinamentos inadequados que foram oferecidos no início da década de 70.

### Referências bibliográficas

1. BRASIL. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão do Ensino Médico. Documento n.º 3: Internato e Residência. In: \_\_\_\_\_. *Documentos de ensino médico*. Brasília, MEC/DAU, 1977. p. 97-122.



2. BRASIL. Leis, decretos, etc. Decreto n.º 80.281 de 5 de setembro de 1977. *Diário Oficial*, Brasília, 6 set. 1977. Seção 1, pt. 1, p. 11787. Regulamenta a Residência Médica e dá outras providências.
3. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei n.º 6.932/81 de 7 de julho de 1981. *Diário Oficial*, Brasília, 9 jul. 1981. Seção 1, p. 12789-90. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.
4. BRASIL. Leis, decretos, etc. Resolução n.º 01 de 18 de fevereiro de 1981. *Diário Oficial*, Brasília, 23 fev. 1981. Seção 1, p. 3724. Estabelece especialidades médicas credenciáveis como programa de Residência Médica e dá providências adicionais.
5. BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei n.º 7217 de 16 de setembro de 1984. *Diário Oficial*, Brasília, 20 set. 1984. Seção 1, p. 13729. Altera a redação do artigo 4.º da Lei n.º 6932 que dispõe sobre as atividades do médico residente.
6. BRASIL. Secretaria de Ensino Superior. *Programa de integração docente-assistencial*: IDA. Brasília, MEC/SESu/ CCS, 1981. 32p. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, 3)