

PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL – ANÁLISE CRÍTICA

Hélio Moreira¹

Se fizermos uma análise retrospectiva da história da Pós-Graduação Médica no Brasil, podemos dividi-la em três períodos distintos, praticamente sem elos de ligação entre uma e outra fase.

No primeiro período, indo até meados de 1945, observava-se que o serviço seguia a dinâmica do Chefe. Por não haver a pressão do candidato pela vaga, a seleção era feita quase que de maneira individual, dando-se preferência ao aluno que de uma maneira ou outra mostrava interesse na especialidade e se aproximava do corpo docente durante a graduação.

O estudante que seguisse as regras do jogo podia ficar tranqüilo com a garantia da vaga, era a fase também do apadrinhamento. Poucos ou quase nenhum estudante se arriscava a procurar outros centros a não ser o próprio local onde se formasse.

Embora de maneira quase que empírica, funcionava relativamente bem, sobressaindo-se os serviços cujos chefes apresentassem maior notoriedade.

O segundo período iniciou-se em meados de 1945 com a instalação do serviço de Residência Médica no Hospital dos Servidores Públicos do Rio de Janeiro e quase que simultaneamente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Adotou-se, nestes dois hospitais, basicamente o modelo americano, que vinha dando certo naquele país desde o começo do século, graças ao dinamismo de *Halsted* e *Osler*.

Democrático por essência, o sistema agora implantado exigia mais do candidato a uma vaga;

não bastava o apadrinhamento, era necessário conhecimento.

Iniciou-se então, acreditamos nós, a fase mais importante e produtiva do Sistema de Residência no Brasil. Em havendo disputa democrática por uma vaga, iniciou-se a migração interna de candidatos, sendo aprovado realmente os de melhores conhecimentos.

O resultado não demorou a aparecer: a grande maioria dos indivíduos que terminavam a residência nestes serviços, eram admitidos de imediato em cargos proeminentes em outros hospitais. A estatística mostra que os médicos das dez primeiras turmas formados pelo Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro ocupam hoje, quase todos eles, chefias dos serviços mais importantes do Brasil.

Foi bom enquanto durou!

Entramos finalmente no terceiro período, coincidindo com um episódio que definiu esta fase, tornando-a de difícil solução: o aumento inusitado do número de Escolas de Medicina no país a partir de 1967, por determinação do Governo Médico, quando era ministro da Educação o Sr. Tarso Dutra.

O intuito desta política era diminuir a figura do excedente no vestibular, porém, criou-se outro problema, agora mais sério que é o do excedente de candidatos a residente.

1 Prof. Adjunto da Faculdade de Med. Univ. Fed. de Goiás – Goiânia
– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

Esta situação foi agravada não só pelo aumento do número de pós-graduados em medicina, mas também e acreditamos que principalmente pelas deficiências progressivas do curso de graduação.

O curso de medicina, ao contrário do que talvez imaginavam as autoridades que promulgaram as leis de aberturas de novas escolas, exige para seu funcionamento não só de espaço físico e verbas (que aliás também foram insuficientes) mas exige principalmente pessoal docente.

A formação do docente na área médica exige muito maior tempo do que o exigido para formá-lo para outra área da universidade.

Em aumentando o número de alunos, era de se supor que aumentasse também o número de leitos hospitalares e conseqüentemente a parte assistencial desta maior demanda deveria ser levada em consideração, quando da programação da distribuição docente/aluno.

Tudo isto foi esquecido, em troca surge quase que diariamente nas secretarias dos departamentos, memorandos para serem respondidos e fichas para serem preenchidas, solicitando contas da carga horária do docente, levando-se em conta exclusivamente aquela correlação docente/aluno antes mencionada.

Como resultado desta política, houve uma queda acentuada no padrão de ensino que era ministrado aos alunos de graduação.

Antes destes fatos, o graduado de medicina, mesmo recebendo uma tintura de informação nas várias áreas que cursava, pelo menos quando terminava o curso tinha condições de enfrentar a profissão. Hoje verificamos com pesar que o aluno está recebendo cada vez menos formação, ele só ouve, não faz, ele só vê, não participa.

O resultado disto é o agravamento da situação criada, juntando-se mais um elo na corrente do desespero do jovem recém-formado.

O reflexo desolador desta situação é a figura do residente em clínica geral, em outras palavras o "Residente de Medicina", mostrando de maneira evidente e definitiva o fracasso do curso de graduação; prova insofismável de que o curso médico não é capaz sequer de formar um clínico geral, ultimamente apelidado de generalista.

Sentindo o caos em que se transformou a situação do ensino médico do país, as autoridades do Ministério da Educação e Cultura resolveram intervir, na tentativa de reparar os erros passados.

No entanto, ao invés de reconhecer oficialmente os Sistemas de Residências que já funcionavam há quase 30 anos, analisarem com profundidade as causas do fracasso dos cursos de graduação, preferiram desconhecer estas duas situações e pelos pareceres n^{os} 977/65 e 77/69 do

Ministério da Educação e Cultura, criaram os Cursos de Doutorado e Mestrado, com o intuito de formar o docente-pesquisador (um dos ângulos do problema que já analisamos).

Para tornar o problema ainda mais grave, esqueceram-se de definir alguns pré-requisitos para os candidatos a estes cursos.

Como o número de vagas disponíveis para residentes era limitada, houve uma corrida às vagas destes cursos (Doutorado e Mestrado).

O resultado não demorou a aparecer aos olhos das autoridades: admitia-se para estes cursos os mesmos indivíduos que estavam recebendo um mau curso de graduação.

Havia por conseguinte um enorme desperdício de tempo e de dinheiro.

A Comissão de Ensino Médico, em estudo sobre o regulamentação do sistema de Residência no país, enviado ao Sr. Presidente da República em 26/7/1976, chama atenção, embora de maneira velada, para este fato.

São palavras textuais da Comissão: "Nos últimos anos, a política educacional brasileira ao implantar e difundir cursos de Mestrado e Doutorado em Medicina, alocando significativos recursos humanos e materiais nestes programas, ocasionou, temporariamente, uma fase de desprestígio da Residência Médica. Cabe no entanto ressaltar, que a residência, sem contar com o apoio dos órgãos financeiros de pós-graduação, e mesmo, desprovido de regulamentação oficial, foi capaz de se impor".

Havia a residência médica (sem reconhecimento oficial), havia o aumento espetacular de procura desta mesma residência e sobretudo havia o descontentamento do médico residente pela situação.

Aproveitando da enorme procura pelas vagas (procura muito maior do que a oferta), proliferou o número de hospitais que ofereciam residência, a maioria deles ávidos por mão-de-obra mais barata.

Acontecia no entanto que a grande maioria desta oferta partia de hospitais sem nenhuma estrutura organizacional para fazê-lo, incluindo neste rol o próprio governo, através dos hospitais do INAMPS, alguns realmente em condições razoáveis para oferecer tal treinamento, porém a maioria sem as mínimas condições.

Finalmente em 1975, foram realizados simultaneamente, no âmbito do MEC, dois estudos recomendando a regulamentação oficial da Residência Médica.

Foi nomeada uma comissão para propor a regulamentação, esta comissão concluiu seus estudos em 26/7/1976 e em seguida foi o documento encaminhado pelo Ministro da Educação e Cultu-

ra ao Conselho Federal de Educação pelo aviso ministerial nº 547.

O CFE através do parecer 4.431 de 18/12/1976 propõe normas para o funcionamento da Residência Médica, bem como para a criação da Comissão Nacional de Residência Médica, órgão da secretaria de Ensino Superior do MEC.

Esta comissão é constituída de uma diretoria, cujo presidente é o Secretário de Ensino Superior do MEC, além de representantes da comissão de Ensino Médico, do Ministro da Saúde, Ministro da Previdência Social, Estado Maior das Forças Armadas, Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional de Médicos Residentes e da Federação Nacional dos Médicos.

Consta ainda de um conselho técnico, composto por representantes das áreas de Pediatria, Cirurgia, Medicina Preventiva, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia.

Esta Comissão tem a função de, além de outras coisas, credenciar e fiscalizar os programas de residências, cujos certificados terão validade nacional.

Em seguida foi redefinido o problema dos Cursos de Mestrado e Doutorado, exigindo agora, para a matrícula nos mesmos, o pré-requisito de Residência Médica.

Parece estar havendo por parte do MEC, no momento, um interesse em supervalorizar a Residência Médica. Na reunião da Comissão de consultores da CAPES, realizada em Brasília em novembro de 1980, dentre várias recomendações emanadas desta reunião, há uma que merece ser transcrita: "para admissão na carreira do Magistério Superior (Prof. Assistente) o título de residente deverá ser equiparado ao título de Mestrado". É o início do esvaziamento daqueles cursos!

O ápice da crise do presente período está ocorrendo de 1976 até esta data, pois o número de formandos aumentou assustadoramente (cerca de 9.000 novos médicos por ano), o nível dos cursos de graduação é aquele que descrevemos anteriormente, a capacidade dos serviços credenciados para darem residência não é capaz de absorver a procura e também a exigência de certos requisitos para um hospital oferecer residência, está levando a um maior afunilamento do processo.

A pressão sobre os serviços credenciados é constante; onde havia um residente, numa década aumentou para três, não havendo serviço para absorver o trabalho dos três, passou-se a permissão do trabalho fora, com a idéia de complemen-

tar (sic) o aprendizado e aumentar os rendimentos do residente.

Com isto há o cansaço, nas 24 horas seguintes ao plantão externo, o rendimento é menor, resultado: decresce a prática e a qualidade, prevendo-se no futuro, como solução, outra modalidade de pós-graduação, para complementar a residência deficiente, que já era a complementação da graduação deficiente.

No meio deste emaranhado todo, perdeu-se de vista quase que completamente a função precípua da Residência Médica, definida como:

"Residência Médica é uma forma de ensino pós-graduado pela qual o médico recém-formado, no cumprimento de um programa específico, deva aperfeiçoar-se no exercício da Profissão, trabalhando em regime de dedicação exclusiva, em serviços hospitalares universitários ou não, sob orientação de professores ou de outros médicos de reconhecida competência, de experiência amadurecida e de elevado conceito do ponto de vista ético. Constitui a Residência o mais recomendável dos meios para a formação do Especialista".

Com a formação da Associação Nacional de Médicos Residentes, iniciou-se o período de reivindicações dos jovens, não só trabalhistas (começaram a entender a Residência como o primeiro emprego) mas também outras de ordem geral, sobressaindo-se a da concessão do título de Especialista logo após terminem os estágios; ao não atendimento destas reivindicações, iniciam-se as paralisações dos serviços, com greve. Esta última medida ameaça de muito perto as Sociedades Especializadas, que em convênio com a Associação Médica Brasileira arrolava a si o direito desta concessão.

Se analisarmos a legislação atual verificaremos que o MEC tem até a exclusividade na concessão do título de Especialista para os médicos que freqüentarem os serviços cujos programas de RM sejam reconhecidos pelo Ministério.

Nós que temos dedicado grande parte das nossas vidas e de nossos esforços ao ensino médico, sentimos uma incapacidade tão grande diante dos fatos que estão ocorrendo, que muitas vezes somos levados ao desânimo.

Quando sentimos deliberações até políticas no reconhecimento dos Serviços Especializados, achamos que nos resta apenas um bastião de defesa das nossas aspirações: são as Sociedades atuantes como a nossa, fazerem valer suas presenças, mostrando às autoridades a necessidade delas mesmas credenciarem os serviços, a exemplo do que ocorre com as Sociedades Americanas.