

## ASPECTOS ATUAIS DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL

VIRGÍNIO CÂNDIDO TOSTA DE SOUZA, TSBCP<sup>1</sup>

---

SOUZA VCT – Aspectos atuais do ensino médico no Brasil.  
Rev bras Colo-Proct, 1987; 7(3): 121-122

---

A análise sumária que vamos desenvolver diz respeito às características do ensino médico no Brasil até a década de 80, complementada com suas possíveis perspectivas. Neste ano de 1987 o ensino médico está completando 179 anos.

O primeiro curso médico no Brasil foi criado em 1808, na Bahia, sendo que no mesmo ano foi inaugurado outro, na cidade do Rio de Janeiro. Passaram-se 91 anos para que a terceira faculdade fosse implantada, já agora no período republicano, na cidade de Porto Alegre. Assim, ingressamos no século XX com apenas três escolas médicas, mantidas por período relativamente longo. Se considerarmos que na mesma época a Colômbia possuía 3, o México 9, o Canadá 7 e os Estados Unidos 57, era, ser: dúvida, muito reduzido o número de Faculdades de Medicina aqui existentes.

O crescimento continuou lento, sendo que em 1950 o País possuía uma população de 50 milhões de habitantes e o número de escolas médicas situava-se em torno de 16, localizando-se no eixo Rio-São Paulo 44% dessas faculdades. Entre 1900 e 1950 as escolas formaram aproximadamente 23.000 médicos. No início da década de 70 tínhamos 5,5 médicos/10.000 habitantes, média considerada baixa pela Organização Mundial de Saúde e inferior a alguns países da América do Sul (7,4/10.000), América Central (6,1/10.000) e América do Norte (15,5/10.000).

Lembramos que no quadro social havia uma desigual distribuição inter-regional e entre o meio urbano e rural.

associada ainda às proporções continentais do País e ao baixo número de outros profissionais de saúde. Com a industrialização, houve a migração do campo para a cidade, principalmente as metrópoles, surgindo em consequência uma classe média em ascensão e uma demanda superior à oferta nos cursos superiores, principalmente nas escolas médicas. Em 1968, o fenômeno “excedentes” atingiu o seu ápice, sendo então criadas novas escolas médicas com a finalidade de absorver a demanda e descentralizar o número de profissionais do eixo Rio-São Paulo.

A interiorização dos médicos poderia ser facilitada pela presença de escolas médicas em microrregiões. Entretanto, por motivos diversos, tais como sócio-econômicos, políticos e demográficos, a maioria das novas escolas foi criada justamente no Rio de Janeiro e em São Paulo, onde continua a concentrar-se o maior contingente de médicos.

Paralelamente, foram criadas novas Residências Médicas, com a finalidade de possibilitar treinamento pós-graduado. Contudo, a maioria delas não obedeceu a critérios acadêmicos e de qualidade, utilizando muitas vezes o médico recém-formado como mão-de-obra de baixo custo.

Um passo importante foi dado pelo Conselho Federal de Educação em 1976, que, através de Resolução, definiu as características da Residência Médica, possibilitando em 1977, pelo Decreto 8.281, a criação da Comissão Nacional de Residência Médica, com a finalidade de estabelecer normas para credenciamento e acompanhamento das Residências em todo o território nacional.

Considerando que a Residência Médica é uma forma de ensino pós-graduado, pelo qual o médico recém-formado, no cumprimento de um programa específico, aperfeiçoa-se no exercício da profissão, a carreira acadêmica exige complementações legais que são denominadas, em forma hierárquica de especialização, mestrado e doutorado. Enquanto o mestrado e doutorado são considerados pós-graduação “stricto sensu” (Parecer n.º 4.431/78-CFE), a especialização, a qual exige um tempo menor (360 horas) e créditos, é considerada “lato sensu” (Resolução 12/83 CFE). A institucionalização da pós-graduação teve

---

<sup>1</sup> Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas de Pouso Alegre-MG

como finalidade estimular a pesquisa nas universidades e, também, aumentar a massa crítica de docentes com qualificação acadêmica para atuar nas escolas médicas recém-criadas.

A Previdência Social, com sua realidade assistencial, influenciou de maneira decisiva nos currículos das escolas médicas, caracterizando o mercado de trabalho em que atua o profissional nos dias atuais.

Acreditamos que a queda da qualidade da assistência médica esteja mais em função do modelo profissional do que no elemento formador (escolas médicas). Dentro deste quadro, um leque de opções indica caminhos que poderão ser percorridos, tais como reavaliação dos cursos médicos através de processos de renovação de reconhecimentos, necessidade social de novos cursos de medicina, revisão e atualização do currículo mínimo vigente, reestudo da Residência Médica, exame de estado, entre outros, que comentaremos em futuras oportunidades.

No momento existem 76 escolas médicas, assim distribuídas:

Região	n	Estrutura mantenedora	n
Norte	3	Federal	37
Nordeste	13	Estadual	7
Sudeste	42	Municipal	2
Centro-Oeste	4	Particular	37
Sul	14		

Apesar de estarmos formando anualmente cerca de 10.000 médicos, e considerando o aumento populacional do País, pode-se dizer que este número é pequeno em relação à média recomendada pela OMS.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marçílio de Souza CA. *Documentos do Ensino Médico* (Aspectos atuais do Ensino Médico), MEC/DAU, pág. 123, 1977.
2. Chaves M. *Seminário sobre Formação do Médico Generalista; Médico Generalista Novos Rumos*, Campinas, SP, 1978.
3. Tosta de Souza VC. *Ensino Médico*, págs. 140, 141, 142. *Temas de Ética Médica*. Editora-Cooperativa. Editora e Cultura Médica Ltda., Belo Horizonte, MG, 1982.