

II – DINÂMICA DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL – 1995 a 2003

MEDICINA*

Célia Regina Pierantoni
Tania França
Thereza Christina Varella

INTRODUÇÃO

O Ensino Médico no Brasil

O ensino médico no Brasil tornou-se realidade pela contingência da transferência da corte portuguesa. Os dois primeiros cursos médicos no Brasil foram estabelecidos na Bahia e no Rio de Janeiro em 1808. A terceira escola só surgiu 90 anos depois, e, com a Lei Carlos Maximiliano (1915), foram abertos novos rumos para o ensino médico no Brasil e a ampliação de 3 para 10 escolas médicas (Amaral, 2002). Na década de 1960 existiam 26 instituições para a formação de médicos no país.

O ensino superior, a partir das décadas de 60/70, sofre uma importante inflexão com um *boom* de universidades e vagas verificado entre 1965 e 1975. Até 1970 foram criadas 43 novas Escolas Médicas, sendo a maioria delas por iniciativa privada, com subsídios governamentais. Devido à concorrência, novas escolas médicas foram sendo criadas indiscriminadamente, como solução para o grande número de excedentes, bem como por pressão da categoria médica por mais vagas universitárias.

* Estudo realizado pela Estação de Trabalho Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Por outra via, o desenvolvimento tecnológico, intensificado na segunda metade do século XX, introduziu modificações substantivas no ensino médico, gerando novos perfis profissionais com elevado nível de especialização. Este movimento intensificou-se, no Brasil, na década de 70, e passa a sofrer um processo regulatório mais ordenado, pela organização das sociedades de especialidades médicas, pela regulamentação da Residência Médica, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (1977) e o credenciamento de programas legitimados nacionalmente (Pierantoni, 2000). Atualmente, o Conselho Federal de Medicina reconhece 50 especialidades médicas (Resolução 1634/2002), que transitam desde a Medicina de Família e Comunitária até a Medicina Nuclear e a Neurocirurgia, estas por exemplo, com alta incorporação de tecnologia de ponta.

O ensino médico, integrando e espelhando o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, esteve articulado ao crescimento da sociedade, com clara vinculação ao surgimento de instituições econômicas, militares e culturais, como demonstrado por Amaral (2002).

A expansão do ensino superior brasileiro resulta de uma política de estado. A política para a educação superior tem assumido que o mercado econômico deva desempenhar um papel central na criação de novos cursos e instituições, ou seja, a satisfação da demanda por novas vagas no ensino superior torna-se um princípio fundamental. Esta ótica contrasta com a que parte da premissa da necessidade social do ensino. Assim, por exemplo, o número de vagas e cursos em Medicina deveria corresponder às necessidades do país e não somente às tendências do mercado (a Região Sudeste era responsável por 55,8% das vagas oferecidas no país no ano de 2003).

Caracterização da Profissão no País – aspectos do mercado e da regulação

A profissão médica se apresenta como uma das mais antigas da humanidade, com registros que remontam à antigüidade. Vários autores já discutiram a profissão médica e sua inserção na sociedade com diversas formas de abordagens:

“A medicina com o ofício de curar é uma atividade que não somente requer o apelo de lidar com pessoas como evoca uma grande capacidade de persistência ao longo da formação profissional. Tornar-se médico significa estar em processo de formação por cerca de vinte anos” (Machado, 1997).

“O trabalho médico é uma das atividades humanas que mais tipicamente se caracteriza como profissão. Há um conjunto específico de conhecimentos (sobre o corpo humano, seu funcionamento, doenças, como diagnosticá-las e como tratá-las) e há orientação para um ideal de serviço (de modo genérico, a atenção à saúde/doença das pessoas)” (Feuerwerker, 1998).

No Brasil, desde a Colônia a profissão médica se estrutura e passa a se conformar como uma atividade ambicionada pelas famílias tradicionais e mais abastadas. No campo regulatório, a profissão médica passa a ter sua primeira organização de classe, no período de efervescência de movimentos trabalhistas, com a fundação, em 1927, do Sindicato Médico Brasileiro.

O exercício da medicina é objeto de regulamentação através do Decreto Lei 20931 de 11/01/1932, que atribui aos órgãos federais da saúde a fiscalização do exercício profissional de médicos, odontólogos, veterinários e enfermeiros, bem como rege o exercício dessas profissões. Em 1944, é criado o Conselho Provisório de Medicina, que só é regulamentado em 1958, pelo Decreto Lei 44045, aprovando o regulamento do Conselho Federal de Medicina e dos Conselhos Regionais.

Nas últimas décadas, o número de médicos vem apresentando significativo aumento no mercado de trabalho brasileiro. A Organização Mundial de Saúde preconiza 1 médico para 1 mil habitantes. A média nacional é de 1 médico para 594 habitantes. Esse crescimento é expressivo, de 3,21%, em relação à taxa de crescimento da população, de 1,64% (CFM, 2003).

Entretanto, este número de profissionais não vem alterando o perfil heterogêneo da distribuição dos profissionais no país, uma vez que se verifica concentração de médicos nas capitais e, principalmente, nos estados do Sul e do Sudeste. A Região Norte é a que apresenta maior desconcentração destes profissionais (1 médico para 1.190 habitantes), seguida da Nordeste (1 médico para 1.027 habitantes).

O Quadro 1 apresenta a relação médicos/habitantes no Brasil por unidade federada segundo a Região do país.

Quadro 1 – Médicos e relação médicos/habitantes por estado segundo a região do país

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO (1)	TAXA DE CRESCI- MENTO ANUAL (2)	MEDICOS ATIVOS NOS CRM's (3)	TAXA DE CRESCI- MENTO ANUAL DE MÉDICOS	RELAÇÃO Med/HAB
NORTE	AC	557.526	3,29%	435	0,00%	1.282
	AP	477.032	5,77%	396	0,00%	1.205
	AM	2.812.557	3,31%	2.709	4,13%	1.038
	PA	6.192.307	2,54%	4.860	5,14%	1.274
	RO	1.379.787	2,24%	987	0,00%	1.398
	RR	324.397	4,58%	476	4,20%	682
	TO	1.157.098	2,61%	982	0,00%	1.178
	SUB-TOTAL	12.900.704	2,86%	10.845	3,52%	1.190
NORDESTE	AL	2.822.621	1,31%	3.193	4,07%	884
	BA	13.070.250	1,09%	11.996	3,00%	1.090
	CE	7.430.661	1,75%	6.797	3,68%	1.093
	MA	5.651.475	1,54%	3.120	2,88%	1.811
	PB	3.443.825	0,82%	3.803	4,73%	906
	PE	7.918.344	1,19%	10.271	2,82%	771
	PI	2.843.278	1,09%	2.057	5,35%	1.382
	RN	2.776.782	1,58%	3.278	2,75%	847
	SE	1.784.475	2,03%	1.992	4,02%	896
	SUB-TOTAL	47.741.711	1,32%	46.507	3,40%	1.027
SUDESTE	ES	3.097.232	1,98%	5.336	3,75%	580
	MG	17.891.494	1,44%	28.843	3,69%	620
	RJ	14.391.282	1,32%	50.452	3,11%	285
	SP	37.032.403	1,80%	82.852	2,56%	447
	SUB-TOTAL	72.412.411	1,62%	167.483	2,96%	432
SUL	PR	9.563.458	1,40%	14.033	4,10%	681
	RS	10.187.798	1,23%	20.329	4,39%	501
	SC	5.356.360	1,87%	7.678	4,86%	698
	SUB-TOTAL	25.107.616	10,43%	42.040	4,38%	597
CENTRO- OESTE	DF	2.051.146	2,82%	6.979	1,03%	294
	GO	5.003.228	2,49%	6.873	1,60%	728
	MT	2.504.353	2,40%	2.536	5,52%	988
	MS	2.078.001	1,75%	2.681	4,10%	775
	SUB-TOTAL	11.636.728	2,39%	19.069	2,27%	610
	BRASIL	169.799.170	1,64%	285.944	3,21%	594

Fontes:

(1) – Dados do IBGE (2000) – Contagem da População

(2) – Dados do IBGE (2000) – Taxa média geométrica de crescimento anual

(3) – Dados do CFM – DEZEMBRO/2003

A diferença na distribuição salarial e no quantitativo de profissionais, entre os estados, é reflexo da grande diversidade social, cultural, econômica e geográfica no mesmo país. Os locais de difícil acesso, como por exemplo, o interior do Amazonas, possuem maior carência de profissionais de saúde, inclusive médicos, o que promove a criação de incentivos salariais e programas especiais como o “Programa de Saúde Indígena”⁹, e o “Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde”¹⁰, a fim de estimular a procura por esses empregos e suprir, assim, a carência de recursos humanos. Mas, apesar desses esforços, os profissionais não se fixam nesses locais, dando preferência aos centros urbanos: em 1995, 65,9% dos médicos exerciam suas atividades profissionais nas capitais.

O aumento da oferta de médicos no mercado de trabalho promove uma redução nos valores pagos por procedimentos e salários e mudança no perfil profissional de liberal autônomo para profissional assalariado.

De acordo com pesquisa realizada pelo NESCON, na Região Sudeste, a média salarial dos estados fica em torno de R\$1.276,00, sendo São Paulo o estado com a maior média (R\$1.439,00) e o Rio de Janeiro a menor (R\$1.111,00). Na Região Norte esse número sobe para R\$1.826,00. Nesta Região a maior média salarial é do estado de Roraima (R\$2.510,00) e a menor, do Pará (R\$1.046,00). Na Nordeste, o Maranhão possui a maior média salarial mensal (2.878,00) sendo a menor a do estado de Alagoas (NESCON, 1999).

Dos 416.358 médicos inscritos até dezembro de 2003 no Conselho Federal de Medicina, estão ativos 285.944, o que representa cerca de 68% do universo. São Paulo é o estado que possui o maior número desses profissionais ativos (82.852) e o Amapá, o menor (396). A maior parte dos médicos atua no setor público. Em 2000 o quantitativo de

⁹ Componente especial do PSF específico para as populações indígenas, com equipes compostas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde indígena, dentre outros profissionais.

¹⁰ O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), do Ministério da Saúde atende às populações de municípios com serviços precários de atenção à saúde, incentivando médicos e enfermeiros a trabalharem em seus territórios, por meio de melhor remuneração e da oferta de formação profissional, em nível de especialização, aos participantes.

médicos neste setor era de 101.353 (52,9% estando na esfera municipal), contra 23.919 médicos do setor privado lucrativo e 21.529 no privado não lucrativo (Girardi & Carvalho, 2002).

A média de horas semanais contratadas dos médicos, no Brasil, é relativamente baixa, comparada às de outros profissionais de saúde, como enfermeiros. Esses últimos têm, em média, 37 horas semanais de trabalho, enquanto os médicos, 29 horas.

A profissão médica ainda é predominantemente masculina, apesar do percentual da participação feminina ter passado, no período de 1995 a 2000, de 37,7% para 39,6%. A Região Sul apresenta o menor índice de participação de médicas no mercado de trabalho (33,0%) e a Nordeste o maior (45,1%). A profissão médica também se mostra predominantemente jovem, sendo a idade média dos profissionais de 42 anos.

A seguir apresentaremos a análise da evolução da oferta de médicos seguindo os três parâmetros utilizados para todas as profissões: crescimento da oferta; concentração geográfica da oferta; e privatização do ensino, guardando as peculiaridades inerentes a esta profissão.

ANÁLISE DA OFERTA DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA NO PERÍODO DE 1995 A 2003

Evolução da Oferta

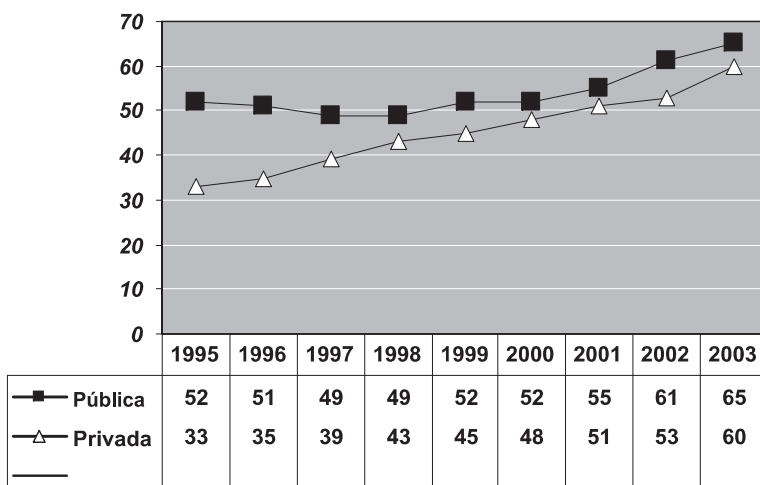
A análise da evolução da oferta no período 95/03 foi realizada levando-se em consideração o total de instituições de medicina (escolas), de cursos, de vagas disponíveis e de egressos (concluintes) por Região, segundo a natureza jurídica (pública e privada).

As Instituições que oferecem cursos de medicina no Brasil cresceram na ordem de 40,7% no período: a participação do segmento privado que em 1995 era em torno de 39,5%, em 2003 passa a ser 46,5% do total de instituições. No mesmo período o setor público obteve um incremento na ordem de 26,5%.

Em relação ao total de cursos, observa-se um crescimento superior ao de instituições, indicando que houve expansão de cursos em instituições já existentes. Os cursos de graduação em medicina no país cresceram na ordem de 47,0%, ou seja, da oferta em 1995 de 85 cursos, para 125 em 2003. Este aumento é observado a partir de 1997 e, mais acentuadamente, nos anos 2000 (Tabela 1 do Anexo).

Os cursos do segmento privado foram os que obtiveram um maior crescimento no período (81,0%), ainda assim o setor público é o que mantém um maior número de cursos de medicina no país (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Cursos de graduação em medicina segundo natureza jurídica. Brasil, 1995-2003

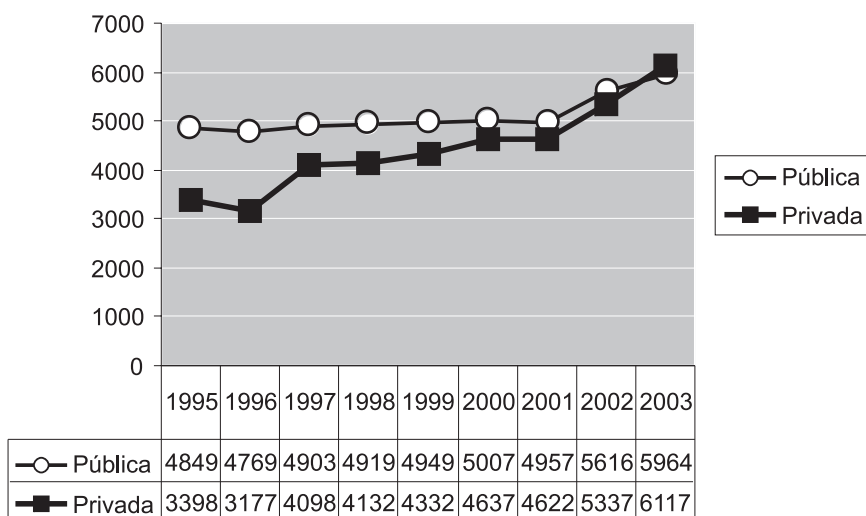


Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

O número de vagas ofertado, no período analisado, para os cursos de graduação em medicina cresceu na ordem de 46,5%. Este aumento é observado a partir de 97 principalmente no setor privado. Este segmento cresce no período em torno de 80,0%, já no setor público o crescimento verificado foi de apenas 23,0%.

Observa-se uma tendência na inversão da participação do setor público e do privado na oferta das vagas no período: em 1995 o setor privado era responsável por 41,2% do total de vagas ofertadas, já em 2003 essa oferta representa 50,6%. (Gráfico 2)

Gráfico 2 – Vagas de graduação em medicina segundo natureza jurídica. Brasil, 1995-2003

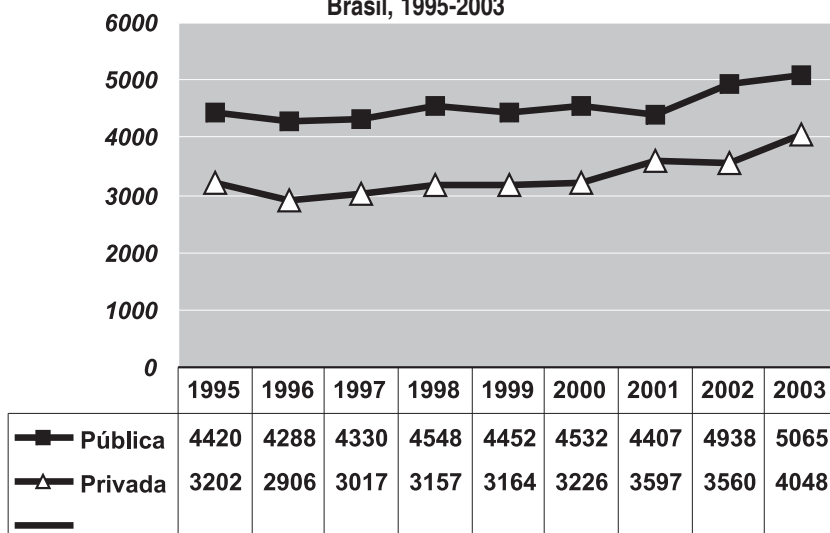


Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

O quantitativo de egressos dos cursos de medicina manteve-se estável até o ano de 2002, com uma média em torno de 7.600 egressos. Em 2003, observa-se um aumento de 19,5% deste quantitativo passando para 9.113 concluintes. Deverá ser observado, ainda nos próximos anos, um aumento do número de egressos, em função da expansão dos cursos observada a partir do ano de 1997.

No período estudado, o setor público mantém-se como responsável pelo maior número de concluintes, 55,6% do total de egressos do curso de medicina no ano de 2003 (Gráfico 3).

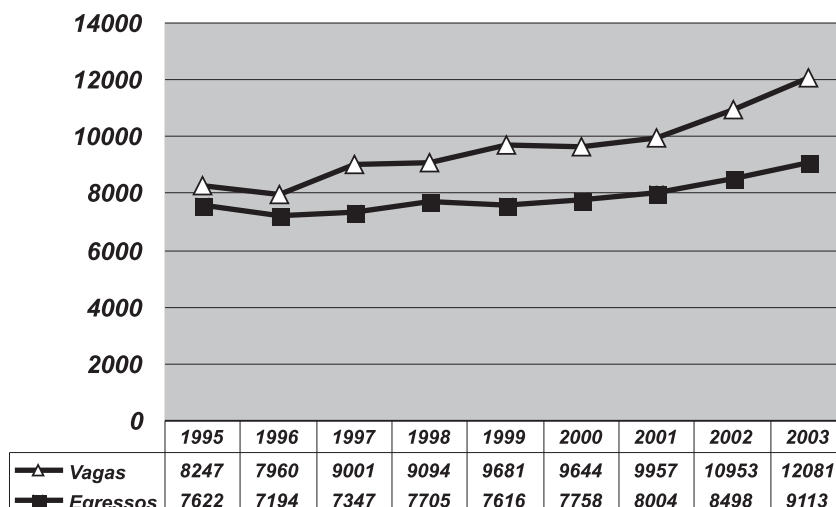
Gráfico 3 – Egressos de graduação em medicina segundo natureza jurídica. Brasil, 1995-2003



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

A comparação da evolução do número de vagas ofertadas em 1997 (9.001) com o número de egressos do ano de 2003 (9.113) sugere que o curso de medicina tem pouca evasão (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Evolução de vagas e de egressos de graduação em medicina. Brasil, 1995-2003



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

Quadro 2 – Instituições, cursos, vagas e egressos da graduação em medicina por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995 e 2003

Região/UF/Ano	Instituições		Cursos		Vagas		Egressos	
	1995	2003	1995	2003	1995	2003	1995	2003
Brasil	81	114	85	125	8247	12081	7622	9113
Norte	4	10	4	10	360	872	319	369
Acre	0	1	0	1	0	40	0	0
Amapá	0	0	1	0	80	0	75	0
Amazonas	1	3	0	3	0	332	0	76
Pará	2	2	2	2	250	250	244	262
Rondônia	0	1	0	1	0	40	0	0
Roraima	1	1	1	1	30	20	0	31
Tocantins	0	2	0	2	0	190	0	0
Nordeste	12	19	14	21	1574	1802	1281	1456
Alagoas	2	2	2	2	150	130	128	135
Bahia	2	4	2	4	560	430	310	359
Ceará	1	3	1	5	140	370	136	158
Maranhão	1	2	1	2	70	122	121	79
Paraíba	1	2	2	2	164	180	158	180
Pernambuco	2	2	3	2	290	290	219	294
Piauí	1	2	1	2	50	110	52	76
Rio G do Norte	1	1	1	1	80	90	83	94
Sergipe	1	1	1	1	70	80	74	81
Sudeste	43	56	46	60	4757	6748	4550	5546
Espírito Santo	2	2	2	2	200	200	216	228
Minas Gerais	10	15	10	16	1054	1606	1039	1099
Rio de Janeiro	13	15	15	17	1930	2400	1700	2127
São Paulo	18	24	19	25	1573	2542	1595	2092
Sul	11	23	17	24	1298	1927	1222	1408
Paraná	4	7	5	7	406	626	395	445
Rio G do Sul	5	10	10	11	752	888	729	794
Santa Catarina	2	6	2	6	140	413	98	169
C. Oeste	4	10	4	10	258	732	250	334
Distrito Federal	1	4	1	4	60	312	46	69
Goiás	1	1	1	1	110	110	105	108
Mato Grosso	1	2	1	2	40	140	44	105
Mato G. do Sul	1	3	1	3	48	170	55	52

Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

O Quadro 2 mostra o quantitativo de instituições, cursos, vagas e de egressos de graduação de medicina nos anos de 1995 e 2003 por unidade federada e Região. Observa-se que em 1995 o país contava com 81 instituições (escolas) de medicina responsáveis por 85 cursos, indicando a existência de escolas ofertando mais de 1 curso; já no ano de 2003 o número de escolas cresce em 40,7% (114) e o de cursos 47,0%, o que demonstra que a expansão de cursos também não corresponde só a criação de novas instituições, mas também a expansão no número de cursos das já existentes.

Concentração Geográfica da Oferta

A análise geográfica de instituições, de cursos, de vagas e de egressos do curso de graduação em medicina será realizada observando-se também o tipo de estabelecimento (público e privado), por Região, tendo como referência os anos de 1995 e de 2003.

Do aumento no número de instituições de medicina, segundo o segmento público e privado, verificado no período, as Regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste foram as que obtiveram uma expansão de instituições públicas. A expansão do setor público, observada na Região Nordeste, correspondeu a duas instituições no estado da Bahia e uma nos estados do Piauí, do Ceará e do Maranhão. Na Região Norte, das seis instituições de medicina criadas, quatro pertencem ao segmento público, e duas ao setor privado, sendo estas localizadas nos estados do Amazonas e do Tocantins respectivamente, como observado no Quadro 3.

Quadro 3 – Instituição de medicina por região e unidade federada, segundo tipo de estabelecimento. Brasil 1995 2003

Ano	1995			2003		
Região/UF	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
BRASIL	49	32	81	62	52	114
Norte	4		4	8	2	10
Acre				1		1
Amapá						
Amazonas	1			2	1	3
Pará	2			2		2
Rondônia				1		1
Roraima	1			1		1
Tocantins				1	1	2
Nordeste	11	1	12	17	2	19
Alagoas	2		2	2		2
Bahia	1	1	2	3	1	4
Ceará	1		1	2	1	3
Maranhão	1		1	2		2
Paraíba	1		1	2		2
Pernambuco	2		2	2		2
Piauí	1		1	2		2
Rio G. Norte	1		1	1		1
Sergipe	1		1	1		1
Sudeste	18	25	43	18	38	56
Espírito Santo	1	1	2	1	1	2
Minas Gerais	5	5	10	5	10	15
Rio de Janeiro	4	9	13	4	11	15
São Paulo	8	10	18	8	16	24
Sul	11	6	17	13	10	23
Paraná	4	2	6	4	3	7
Rio G. do Sul	5	4	9	5	5	10
Santa Catarina	2		2	4	2	6
C. Oeste	4			6	4	10
Distrito Federal	1			2	2	4
Goiás	1			1		1
Mato Grosso	1			1	1	2
Mato G. do Sul	1			2	1	3

Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

O segmento privado cresceu em todas as Regiões. Verifica-se na Região Sudeste uma maior expansão deste setor (56%), sendo que os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo foram os responsáveis pelo incremento de instituições privadas.

Em 1995 (Quadro 2 e Gráfico 5), o Sudeste concentrava 54,1% (46) da oferta dos cursos de medicina (85), sendo 19 cursos no estado de São Paulo 15 cursos no estado do Rio de Janeiro e 10 cursos no estado de Minas Gerais. O restante da oferta, 39 cursos (36,5%) distribuíam-se entre os demais estados brasileiros (23).

Os dados do Quadro 2 indicam que no ano de 2003 o ensino superior contava com 114 instituições perfazendo um total de 125 cursos de medicina no país. Observa-se que quase a metade desta oferta está concentrada na Região Sudeste 48,0% (56 cursos do total existente), sendo que nesta Região os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais ofertam, respectivamente, 20,0%, 13,6%, e 12,8% do total dos cursos nacionais.

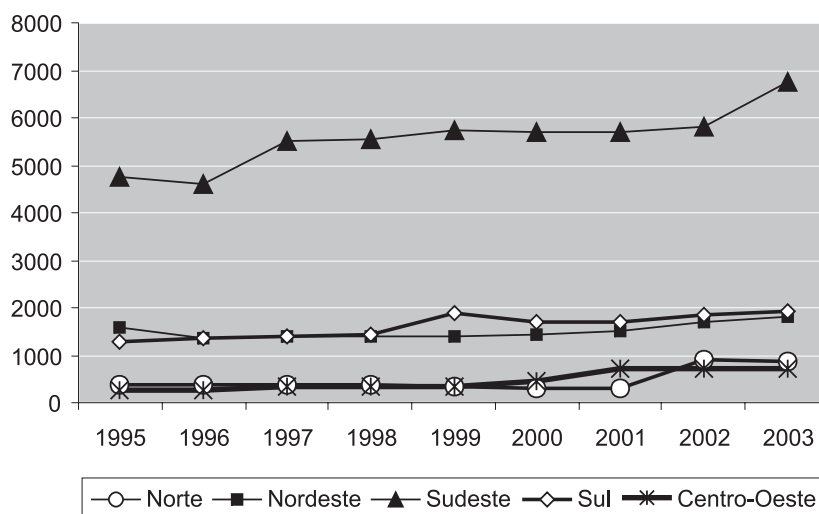
A segunda maior oferta observada encontra-se na Região Sul que participa com 19,2% da oferta nacional (24 cursos). Merece destaque o estado do Rio Grande do Sul por concentrar 45,8% dos cursos da Região. Os estados do Paraná e de Santa Catarina ficam com 5,6% e 4,8%, respectivamente, da oferta nacional.

Tomando-se como referência o segmento público, pode-se observar uma reconfiguração da distribuição geográfica dessas instituições no país. Em 1995, por exemplo, 36,7% das públicas concentravam-se na Região Sudeste, entretanto, observa-se em 2003 uma diminuição nesta participação para 29,9% do total do país. Esta desconcentração regional foi resultado do aumento de instituições públicas nas demais Regiões. A Região Nordeste passa a concentrar 27,4% da oferta de instituições públicas do país.

Em relação à oferta de vagas, observa-se que a Região Sudeste mantém-se como maior detentora das vagas de medicina do país (56%). Ressalta-se ainda que as Regiões Norte e Centro-Oeste têm,

no período analisado, um incremento importante no número de vagas ofertadas, passando em 2003 a ofertar 7,2% e 6,1% do total de vagas do país.

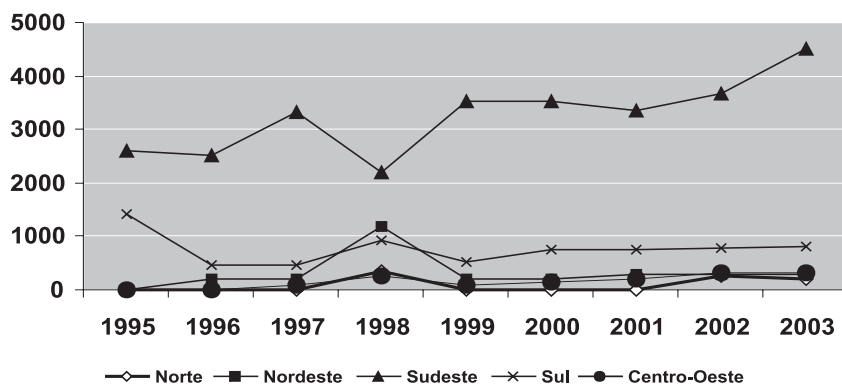
Gráfico 5 – Evolução de vagas de graduação do curso de medicina. Brasil, 1995-2003



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

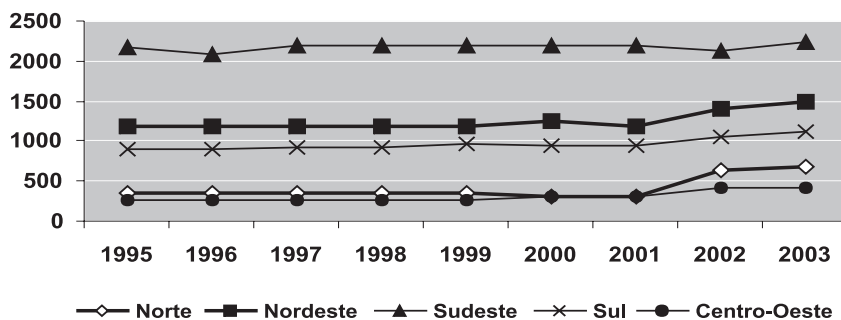
Comparando a evolução da oferta de vagas em relação à natureza jurídica e a concentração na Região, observa-se que o incremento verificado na Região norte deveu-se quase que exclusivamente a oferta pública. O setor privado cresce mais acentuadamente, no período, na Região Sudeste. É predominante a participação do setor público na oferta de vagas na Região Nordeste, observando-se um crescimento também na Região Sul.

Gráfico 6 – Evolução de vagas do curso de graduação de medicina do segmento privado. Brasil, 1995-2003



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

Gráfico 7 – Evolução de vagas de graduação do curso de medicina do segmento público. Brasil, 1995-2003



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

Privatização do Ensino

Em termos de Brasil, pode-se dizer que há uma situação de equilíbrio em relação a oferta de cursos de graduação em medicina públicos (52%) e privados (48%) no período 1995-2003, desempenho semelhante observado na Região Sul do país.

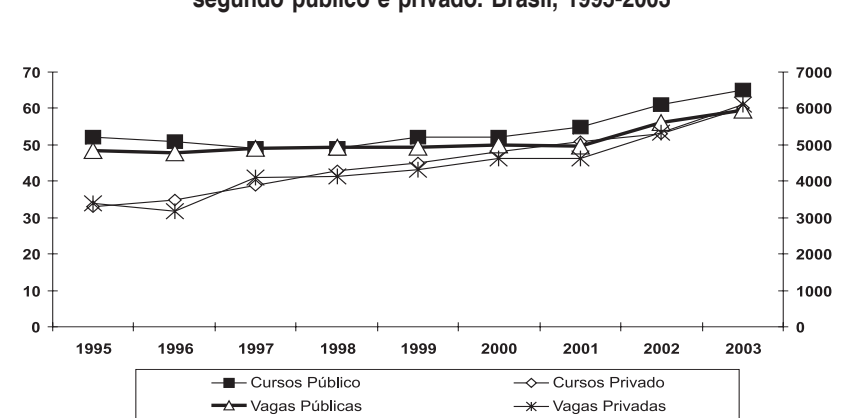
Os cursos privados são maioria somente no Sudeste, 41 cursos representando 68,0% da oferta regional e 32% da nacional.

O crescimento do setor privado, no período 1995-2003, foi da ordem de 81,8%, passando de 33 escolas (instituições) para 52 escolas privadas no último ano no país. Este crescimento se deu ao longo dos anos 90 e 2000, mas principalmente após 1997.

Já o crescimento das públicas no mesmo período foi de 26,5%, de 49 escolas para 62 em 2003.

Destaca-se que na Região Nordeste prevalecem instituições públicas. Das 19 existentes somente duas instituições são privadas, uma no estado da Bahia e outra no estado do Ceará.

Gráfico 8 – Evolução de cursos e vagas de graduação em medicina segundo público e privado. Brasil, 1995-2003



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

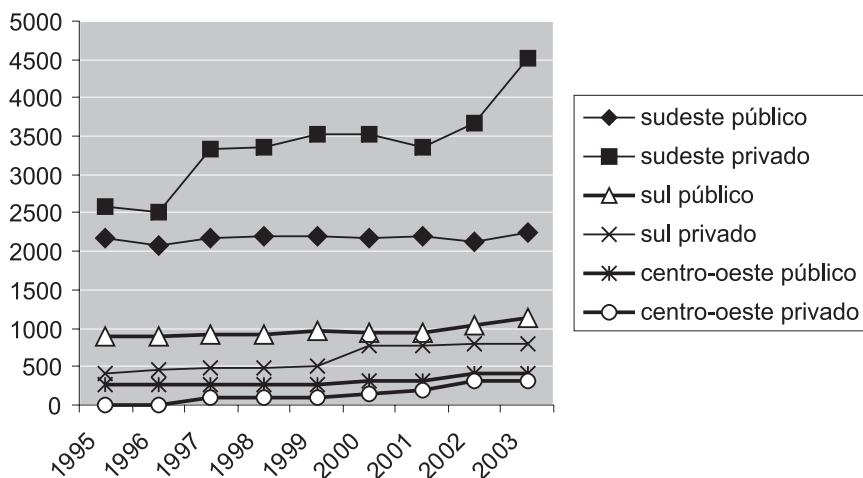
A expansão do número de vagas nos cursos de medicina nem sempre é consequência da criação de uma nova instituição, ela também ocorre devido ao aumento no número de vagas nos cursos de instituições (escolas) já existentes, especialmente nas privadas. Há casos em que esta expansão assume a dimensão de um novo curso. Como por exemplo, a expansão de vagas ocorrida na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, que em duas etapas, passou de 100 para 180 vagas.

Mesmo sendo o setor público o detentor, até 2003, de um número maior de instituições e de cursos de graduação em medicina, observa-se em relação ao quantitativo de vagas uma maior oferta do setor privado. Ao longo do período estudado pode-se notar que em 1995 o setor privado era responsável por 41,2% do total de vagas ofertadas, já em 2003 essa oferta representa 50,6% (6.117 vagas privadas entre o total de 12.081). Entre as vagas do setor privado o Sudeste concentra 73,7% das vagas do país (4.507 privadas entre o total de 6.117) que se somadas às ofertadas pela Região Sul, corresponde a 86,8% do total das vagas privadas ofertadas no Brasil. (Gráficos 9 e 10 e Tabela 2 do Anexo)

O gráfico 10 mostra a evolução de vagas nas Regiões norte e nordeste segundo a natureza jurídica. Pode-se constatar um aumento expressivo do setor público na oferta de vagas nos anos de 2002 e 2003.

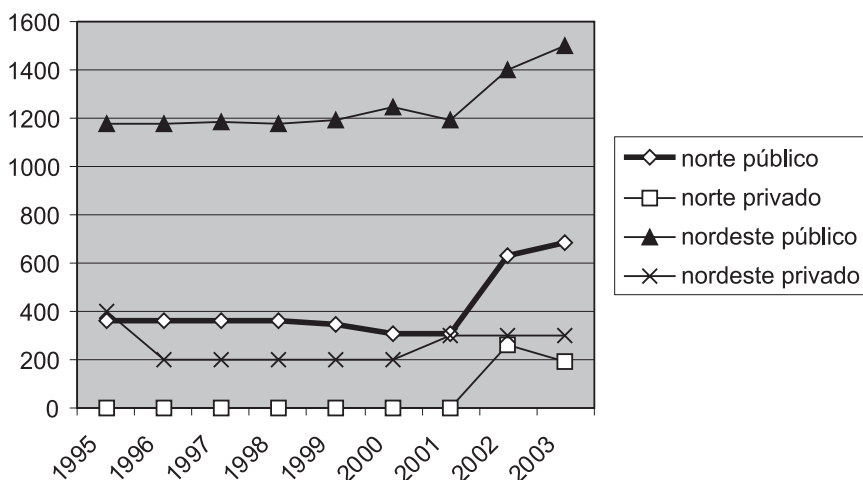
No período estudado e apesar do grande crescimento das escolas e vagas privadas, o setor público ainda é o responsável pelo maior número de concluintes (Gráficos 5 e 6 e Tabela 3 do Anexo). Em 1995, este setor foi responsável por formar 61,3% dos graduandos (4.670 entre o total geral de 7.622) e em 2003, 55,6%, ou seja 5.065 egressos de escolas públicas entre o total de 9.113 egressos. À exceção de São Paulo e Rio de Janeiro, em 2003, o quantitativo de egressos de escolas públicas é maior em todos os estados brasileiros. Se compararmos a oferta de vagas do segmento privado do ano de 1997 (4.098) com o número de egressos das escolas privadas em 2003 (4.048), os dados sugerem baixa evasão também nas escolas privadas (Gráfico 11 e Tabelas 2 e 3 do Anexo).

Gráfico 9 – Evolução de vagas de graduação em medicina nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, segundo natureza jurídica. Brasil, 1995-2003



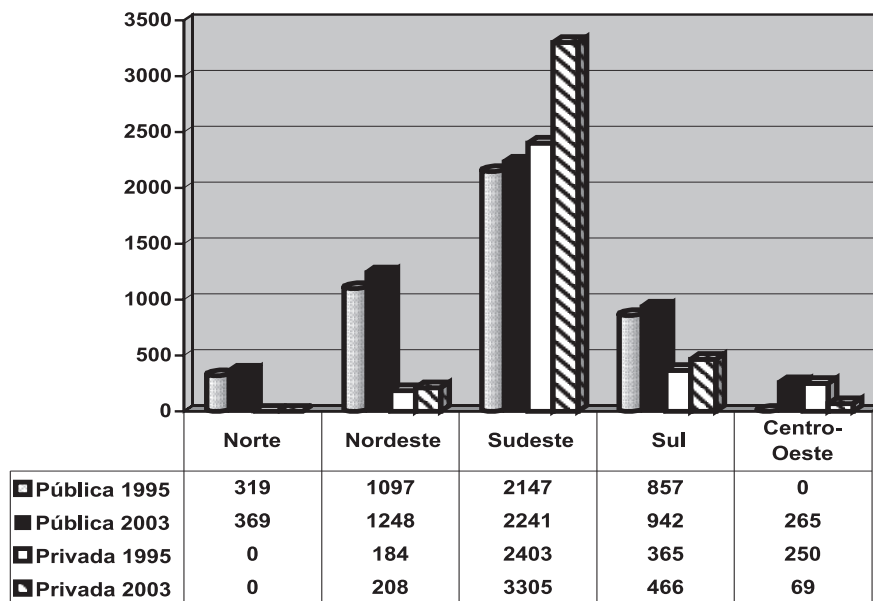
Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

Gráfico 10 – Evolução de vagas de graduação em medicina nas regiões Norte e Nordeste, segundo natureza jurídica. Brasil, 1995-2003



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

Gráfico 11 – Egressos de graduação em medicina por região, segundo natureza jurídica. Brasil 1995 e 2003



Fonte: INEP/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ em 2005.

A FORMAÇÃO MÉDICA NA AGENDA NACIONAL

Em 1995, o número de médicos por habitante, no Brasil, era adequado às necessidades do País, segundo as estimativas da OMS. O que se identifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes Regiões bem como uma concentração nos grandes centros urbanos. Este cenário vem se mantendo nos dias atuais.

Esse fato consiste em uma questão relevante para a formação desse profissional, porque aliada à proliferação de escolas e massificação da formação médica, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades da formação médica.

Têm sido buscados mecanismos de regulação para abertura de novos cursos, aproximando-se critérios de qualidade de um lado, e de regionalização, de outro.

Dois tipos de projetos de lei tramitaram, recentemente, na Câmara dos Deputados, procurando criar formas de controle para a abertura de cursos de medicina no Brasil: um deles atribuindo ao Conselho Nacional de Medicina e ao Conselho Nacional de Odontologia, o parecer final, a ser submetido ao Ministro da Educação, quando da solicitação de abertura de novos cursos; o outro proibindo a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos dez anos.

A solução mais adequada, segundo o ponto de vista de muitos parlamentares, seria estabelecer um teto para o número de cursos e de vagas como pretende a proposição, mas com uma importante diferença: haveria um processo de avaliação dos cursos e de substituição dos de baixa qualidade por outros, de qualidade melhor. O projeto de lei manteria os mesmos cursos atuais, sem renovação (Zarur, 2000).

Em 2003, o Ministro da Educação, por solicitação do Ministro da Saúde, publica uma resolução que suspende por 180 dias a criação de novos cursos bem como a ampliação de vagas de medicina no país em atendimento a Resolução do CNS nº 324/03¹¹. Em março de 2004, o Ministro da Educação prorroga por mais 60 dias esta resolução. Tal decisão baseou-se na solicitação de oito entidades da área médica no Brasil entre elas o CFM e na resolução do CNS nº 336/04¹².

Encontra-se em tramitação o Projeto de Lei 65/2003, que delibera sobre a proibição, por um prazo mínimo de dez anos, de criação de novos cursos de Medicina. Se aprovado tal projeto do deputado federal Arlindo Chinaglia (PT-SP), também estará vedada a ampliação de vagas nos cursos já existentes.

Todas estas iniciativas foram motivadas tanto pela expansão desordenada verificada a partir de 1997 e que se acentuou a partir de

¹¹ Suspensão total da abertura de novos cursos superiores da área da saúde por um período mínimo de 180 dias, a partir desta data, incluindo os processos de solicitação de abertura de novos cursos em andamento neste Conselho Nacional de Saúde-CNS.

¹² Prorroga a Resolução nº 324/CNS/2003 por um período de 60 (sessenta) dias.

2001, quanto pela duvidosa qualidade dos novos cursos e de sua localização geográfica, que priorizou os grandes centros urbanos das Regiões Sul e Sudeste.

O Decreto Lei nº 3.860, de 9 de julho de 2001 dispõe que a criação de cursos de graduação em Medicina, em Odontologia e em Psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior:

Art. 27. A criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior, deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º O Conselho Nacional de Saúde deverá manifestar-se no prazo máximo de cento e vinte dias, contados da data do recebimento do processo remetido pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

§ 2º A criação dos cursos de que trata o **caput** dependerá de deliberação da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo Ministro de Estado da Educação.

Observa-se que salvo seja alterada a legislação vigente, o parecer do CNS, atualmente, é consultivo e não possui caráter terminativo. Projeto alterando este *status* foi apresentado por entidades médicas a parlamentares em 2002.

Apesar deste movimento, 46 pedidos de abertura de cursos estão em andamento, sendo nove apenas para São Paulo. Entre 1996 a 2003 foram abertos sete novos cursos no Estado de São Paulo, mesmo com pareceres contrários do Conselho Nacional de Saúde.

Segundo o Ministro da Saúde, Sr. Humberto Costa, “existem milhares de cidades no Brasil sem atendimento de um profissional especializado”, enquanto há concentração de escolas em poucas Regiões do País, o que desequilibra o atendimento à população. “Precisamos abrir escolas onde faltam profissionais e que seja construído um modelo de formação voltado para o universo público”.

Vêm sendo desencadeados alguns movimentos, no campo da formação médica, relacionados com as formatações curriculares como forma de agregar qualidade e desenvolvimento de competências para o exercício profissional. Os currículos até então aplicados, salvo experiências pontuais, têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde.

A aproximação de instâncias do serviço e instâncias educacionais tem possibilitado ensaios de mudanças em modelos curriculares (como por exemplo no caso de integração com a Rede UNI), mas também, destacam dificuldades de articulação entre as esferas da educação e da saúde (Feuerwerker, 2002). Como exemplo, pode-se destacar dificuldades na absorção de novos modelos e práticas pedagógicas em função da rigidez das IES; resistência na adoção de novas práticas em saúde e a reação corporativa, que se reflete pelo ideário de exercício profissional altamente especializado e com grande incorporação tecnológica.

Entre as iniciativas para modificar a formação profissional está em curso o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED, 2002), instalado por Portaria Interministerial (Saúde e Educação) em 26 de março de 2002. Este programa tem como base as mudanças curriculares dos cursos de graduação e as políticas de valorização da atenção primária e da promoção da saúde. O programa tem por objetivo apoiar a implementação de inovações curriculares nos cursos de graduação em medicina e está estruturado em três eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática, que por sua vez estabelecem vetores específicos. Esta tipologia visa, além de fazer um diagnóstico atual, servir de parâmetro para acompanhamento e avaliação do processo de mudança.

O Quadro a seguir apresenta as Instituições de Ensino Superior de Medicina com projetos aprovados para o recebimento de incentivos para implementação de mudanças curriculares.

Quadro 4 – Escolas médicas com projeto aprovado no PROMED

Nome da Instituição	Sigla
Universidade Federal de Goiás	UFG
Fundação Universidade de Pernambuco	UPE
Universidade Federal de Pernambuco	UFPE
Universidade Federal do Ceará	UFC
Universidade Federal de Roraima	UFRR
Universidade Federal de São Paulo	UNIFESP
Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP
Universidade Federal de Minas Gerais	UFMG
Universidade Federal Fluminense	UFF
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	PUC-SP
Universidade Estadual de Campinas	UNICAMP
Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho	UNESP
Faculdade de Medicina de Marília	FAMEMA
Universidade Estadual de Montes Claros	UNIMONTES
Universidade Federal de Juiz de Fora	UFJF
Fundação Educacional Serra dos Órgãos	FESO
Universidade Estadual de Londrina	UEL
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	PUC-RS
Universidade Federal de Santa Catarina	UFSC

Fonte: PROMED/MS/2004.

As novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina somadas às iniciativas acima referidas, parecem oferecer uma perspectiva de mudança no perfil dos profissionais ofertados, aproximando-os das necessidades demandadas pela sociedade e pelo mercado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de profissionalização médica é de longa duração e de terminalidade relativa, pois mesmo após a conclusão da graduação faz-se necessário investimentos na formação em nível de pós-graduação nas

sua mais diversas modalidades , consistindo, assim, em uma profissão de alto custo para a sociedade.

Enfrenta-se na atualidade: a concentração tanto de profissionais quanto de instituições formadoras, nas Regiões Sudeste e Sul do país e nos grandes centros urbanos; a tendência à proliferação de cursos de graduação de medicina em instituições privadas; a baixa capacidade do setor saúde para ordenar a formação na área . Some-se a isso a inadequação de propostas curriculares que atendam as necessidades do sistema de saúde e revertam o cenário de extrema especialização e fragmentação do trabalho médico.

Os acordos internacionais que rompem barreiras econômicas e sociais (Nafta, Mercosul, União Européia) desenharam um novo cenário geo-político, com contornos mais complexos, apontando para a necessidade de pactuação entre os parceiros internacionais. Acirra-se a necessidade de regulação tanto das condições de formação como do exercício profissional na tentativa de equacionar a enorme disparidade entre os países, bem como definir contornos éticos dos processos migratórios.

Assim, ainda há que se enfrentar desafios internos tais como: a construção de processos regulatórios, afinados entre o sistema educacional e a área da saúde que atuem nas propostas de credenciamento de novas escolas, no dimensionamento do número de vagas e sua distribuição geográfica, na adoção de proposições curriculares inovadoras e em mecanismos de fixação dos profissionais médicos. Delineiam-se, ainda, novos processos que serão oriundos do fluxo de serviços decorrentes da dissolução de fronteiras entre países integrantes dos acordos comerciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL JL 2002. *Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS*. 113p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FEUERWERKER LCM 1998. *Mudanças na educação médica e residência médica no brasil*. Hucitec, São Paulo.

FEUERWERKER LCM 2002. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. Hucitec, São Paulo.

GIRARDI SN & Carvalho CL 2002. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. *Formação*. Ministério da Saúde v. 2, nº 6:15-35.

MACHADO MH 1997. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

NESCON-UFMG 1999. Rede observatório de recursos humanos – sinais do mercado de trabalho em saúde-panorama salarial 99. *Boletim*. Belo Horizonte ano 1, nº 1.

PIERANTONI CR 2000. *Reformas da saúde e recursos humanos: Novos desafios x velhos problemas*. 228 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PIERANTONI CR 2001. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. ABRASCO, Rio de Janeiro v. 6, nº 2: 341-360.

ZARUR GC 2000. *Situação atual do ensino médico brasileiro*. Brasília.

Citações e referências a documentos eletrônicos. Disponível em: < <http://abem-educmed.org.br/paginasregionais> >.

Citações e referências a documentos eletrônicos. Disponível em: < www.cremerj.com.br >.

Citações e referências a documentos eletrônicos. Disponível em: < www.fhdf.gov.br/mostraPagina.asp?codServico=560&codPagina=1057 >.

Citações e referências a documentos eletrônicos. Disponível em: < www.cfm.org.br >.

Citações e referências a documentos eletrônicos. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/saude/> >.