

# A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde

*Celia Regina Pierantoni*

*Thereza Christina Varella*

*Tania França*

## **Introdução**

A formação de capital intelectual de uma nação deve se constituir em uma das preocupações básicas de todo governo. A formação médica, em especial, tem embutido um alto custo para a sociedade, especialmente em países em desenvolvimento; e vem sendo objeto de discussão na agenda global para a área de Recursos Humanos na Saúde.

O estudo empírico desenvolvido pela *Joint Learning Initiative* (JLI) aponta uma estreita relação entre a concentração de recursos humanos em saúde, os níveis de mortalidade e a expectativa de vida. O estudo tomou as metas de desenvolvimento do milênio (cobertura vacinal por sarampo e assistência ao nascimento) e estabeleceu que uma densidade de 2,5 trabalhadores de saúde por mil habitantes pode ser considerado um limite mínimo necessário para atingir uma cobertura adequada. Estima-se que 75 países no mundo que concentram 2,5 bilhões de pessoas estão abaixo deste mínimo preconizado (JOINT LEARNING INITIATIVE, 2004).

O perfil da educação superior, no Brasil, sofreu considerável transformação, sendo, em sua essência, atrelado à própria expansão desse setor educacional. No caso dos cursos de Medicina esse crescimento ocorreu, especialmente, nas décadas de 70 e 90, vinculado à expansão da rede privada de ensino e, trazendo para a agenda uma crescente preocupação com a qualidade dos concluintes desta profissão.

Não se trata, portanto, de questionar a necessidade de médicos no Brasil, mas de refletir sobre a qualidade da formação e a capacidade regulatória do Estado, neste processo.

Discutiremos neste artigo alguns aspectos do panorama internacional bem como as características da expansão do ensino médico no Brasil, especialmente a partir do início da década passada até a atualidade, pontuando algumas tendências observadas.

## **Panorama internacional: alguns destaques**

É consensual que os processos de preparação formal da força de trabalho na Saúde estão direcionados para atender tanto as necessidades de saúde da população quanto às demandas do mercado de trabalho. Os diferentes países, mesmo os de menor capacidade institucional e financeira, realizam investimentos expressivos na formação de profissionais.

Estima-se que no mundo haja mais que 1,8 mil escolas médicas e seis mil escolas de enfermagem (MERCER, 2003). Entretanto, a relação ideal entre o número de médicos e a população; a concentração em regiões mais favorecidas em detrimento da desconcentração em áreas mais pobres; a desarticulação entre o setor Saúde e o setor Educação, apresentam-se como desafios a serem enfrentados pelos dirigentes de vários países.

A formação de médicos em países pobres e em desenvolvimento representa um importante investimento social que deveria reverter para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. No entanto, diversos fatores têm contribuído para que esse investimento social não se reverta para os sistemas locais de saúde.

A emigração de profissionais de saúde dos países em desenvolvimento tem se tornado, cada vez mais, um problema que assume dimensões alarmantes, uma vez que, por um lado, estes países já contam com estoques reduzidos de profissionais e, por outro, detêm baixa capacidade institucional para promover a preparação de efetivos que possam suprir as demandas domésticas.

Processos migratórios, internos e externos, repercutem de forma dramática na organização de sistemas nacionais de saúde. É objeto de estudos e pauta de dirigentes de organismos internacionais, a migração de profissionais de países da África subsaariana para países desenvolvidos como os Estados Unidos e a Inglaterra. A indisponibilidade de dados e informações consistentes nos países africanos torna difícil calcular o impacto da migração de médicos destes países.

No entanto, estudos realizados nos EUA mostram que mais de 23% dos médicos que atuam nesse país graduaram-se fora e, destes, 64% em países pobres ou em desenvolvimento. Calcula-se que um total de cerca de 5.334 médicos da África subsaariana estão neste grupo e representam mais de 6% do quantitativo de médicos desta Região. Ressalte-se que 86% são oriundos de três países – Nigéria, África do Sul e Gana –, e 79% foram graduados em apenas dez escolas médicas (HAGOPIAN, 2004).

As 47 nações que compõem a África subsaariana têm um total de 87 escolas médicas, sendo que 11 países não possuem nenhuma instituição formadora destes profissionais e 24 países dispõem de uma única escola cada. A população do subcontinente soma mais de 660 milhões de pessoas, com uma relação de menos de 13 médicos por cem mil habitantes, ou um total de 82.949 profissionais.

Comparando-se esta relação com os países desenvolvidos, verifica-se que o Reino Unido tem 164 médicos por cem mil habitantes e o EUA tem mais de 279 médicos por cem mil habitantes, ou quase 800.000 médicos para uma população de 284 milhões (HAGOPIAN, 2004).

Países como o México vêm se preocupando com a perda de estudantes de Medicina durante a graduação. Apesar da dispersão dos dados, estudos evidenciaram taxas de evasão expressivas, principalmente entre os anos de 1990 e 1994, chegando a 50% no período. No ano de 2000, 310 em cada mil estudantes registrados não terminaram seus cursos.

A evasão está associada à crise econômica, além dos altos custos que representam para as famílias manter um aluno no curso de Medicina. Outra questão que deve ser levada em consideração neste país é a alta concentração de profissionais no meio urbano, acarretando subemprego ou desemprego e desestimulando os profissionais em formação (NIGENDA, 2005).

A evasão de estudantes dos cursos de Medicina tem um impacto negativo na economia do país, pois o processo inconcluso pesa, em geral, para toda a sociedade, sendo um investimento sem o retorno esperado.

A Argentina enfrenta, em alguns pontos, situação que se assemelha a do Brasil, em relação à oferta de médicos. Observa-se concentração de escolas médicas e de profissionais nos grandes centros urbanos, e expansão, na década de 90, de instituições privadas.

Dados de 1998 mostram que o país conta com 21 escolas médicas, das quais 61,5% são do setor privado, que cresceu, em 6 anos, 62,5%. Estas novas escolas se concentraram em centros urbanos onde já existiam universidades públicas, atendendo mais a uma questão de mercado que a algum tipo de planejamento de atenção às necessidades da população.

Por outra via, a maioria das escolas criadas desenvolve projetos pedagógicos tradicionais com pouca possibilidade de atender às aspirações de modelos de prática médica que o país tem buscado. Cabe ressaltar que o aumento do número de escolas não teve reflexo no número de ingressos na carreira que, no período, apresentou uma queda de 35%, o que pode ser atribuído às políticas restritivas vigentes no período (ABRAZÓN, 2001).

Os dados disponíveis indicam também uma queda de 12,2% no número de egressos, em relação a 1993. Apesar do crescimento do setor privado, ainda é o setor público que mais forma na Argentina, cabendo ao privado, paradoxalmente, apenas 10% da média anual de egressos (ABRAZÓN, 2001).

As dificuldades metodológicas para analisar o campo da formação de recursos humanos são evidenciadas nos diferentes países e se refletem em ausência de informações ou dados dispersos,



inconsistência das informações, incomunicabilidade de bases de dados, entre outros. Entretanto, como pontos comuns, observa-se que, em muitos países, a oferta de cursos para formação médica se dá sem planejamento e muito freqüentemente com baixa regulamentação.

Os processos migratórios, bem como a evasão de cursos para profissionalização, acarretam perdas consideráveis para a organização da atenção à saúde em países pobres e em desenvolvimento, acrescidos da baixa capacidade institucional e financeira para enfrentamento da situação de saúde da população.

## **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 três para dez escolas médicas (AMARAL, 2002). Na década de 1960, existiam 26 instituições para formação de médicos no País.

O ensino superior, a partir das décadas de 60 e 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, de 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. Segundo informação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) do Ministério da Educação, chegamos a 2004 com 136 cursos de Medicina no País.

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 na década de 70, e passou 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 com o credenciamento de programas legitimados nacionalmente (PIERANTONI, 2000).

Atualmente, o Conselho Federal de Medicina reconhece 55 especialidades médicas (Resolução n.º 1.666/2003) (BRASIL, 2003) que transitam desde a Medicina da Família e Comunidade até a Medicina Nuclear e a Neurocirurgia, 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 e, tradicionalmente, a política para a educação superior tem assumido que o mercado econômico deve desempenhar um papel central na criação de novos cursos e instituições. Desta forma, a satisfação do mercado e a demanda por novas vagas no ensino superior tornam-se “princípios fundamentais”.

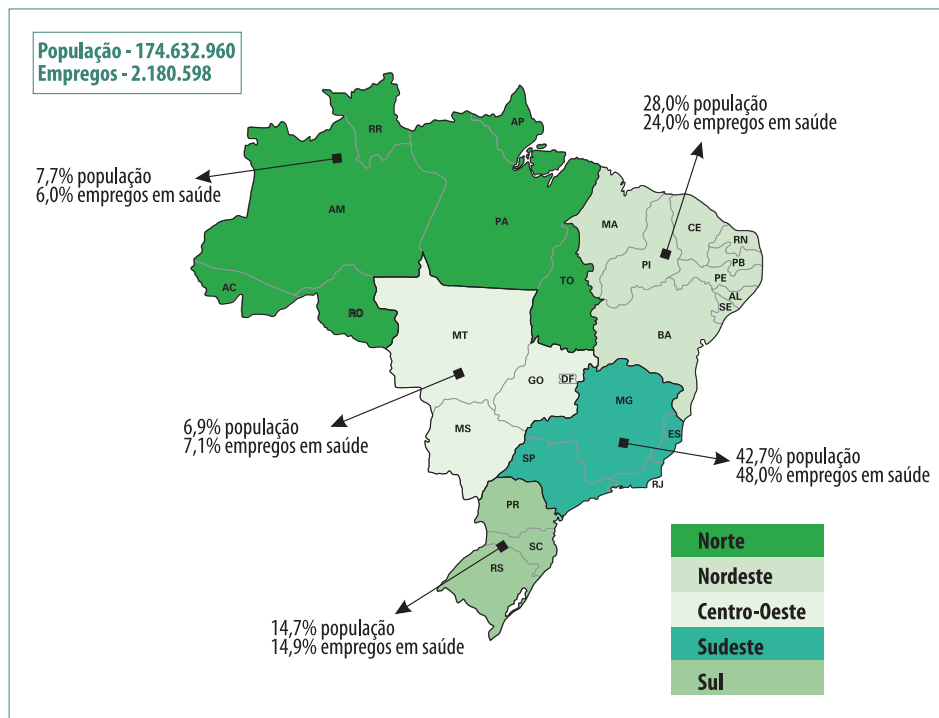
Esta ótica contrasta com a que parte da premissa da necessidade social do ensino. Assim, por exemplo, no caso da Medicina, o número de vagas e cursos deveria corresponder às necessidades do País e não somente às tendências do mercado (a Região Sudeste era responsável por 55,8% das vagas oferecidas no País, no ano de 2003).

Entretanto, essa relação não é tão simples de ser analisada e remete a fatores que não estão afetos às políticas de saúde e educação, *per si*, mas a políticas de redistribuição de renda, desenvolvimento e inclusão social mais amplas, especialmente em países como o Brasil.

O acesso a bens e serviços, a comunicação, o emprego, a capacidade de geração de renda, entre outros, têm inequívoca relação com equipamentos educacionais e de saúde e, mais ainda, com a capacidade de fixação de profissionais desse setor, assim como em outros da esfera produtiva, como observado pela distribuição de empregos e da população, do número de egressos das escolas médicas e dos registros no Conselho Federal de Medicina (2006)<sup>4</sup>, por regiões do Brasil.

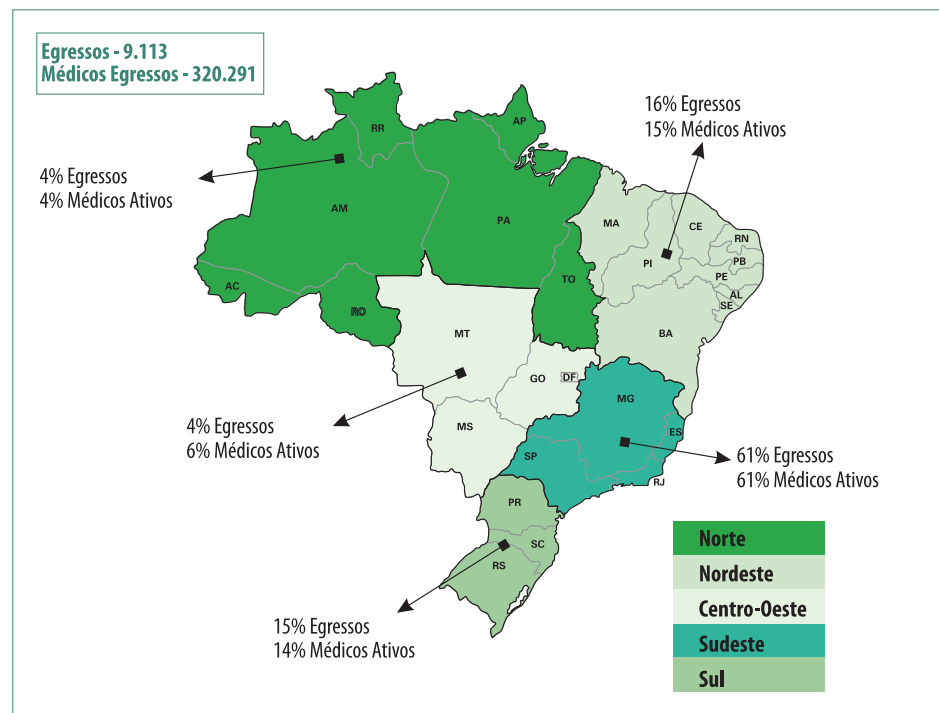
**Figura 1**

**Distribuição populacional e de empregos em saúde segundo a região - Brasil, 2002**



**Fonte:** ROREHS-IMS/UERJ/AMS-IBGE

**Distribuição de Egressos do Curso de Medicina e de Médicos Ativos segundo a região - Brasil, 2003**



**Fonte:** ROREHS-IMS/UERJ/AMS-IBGE



A oferta de cursos de graduação em Medicina: a expansão do ensino entre a década de 90 e o ano de 2004

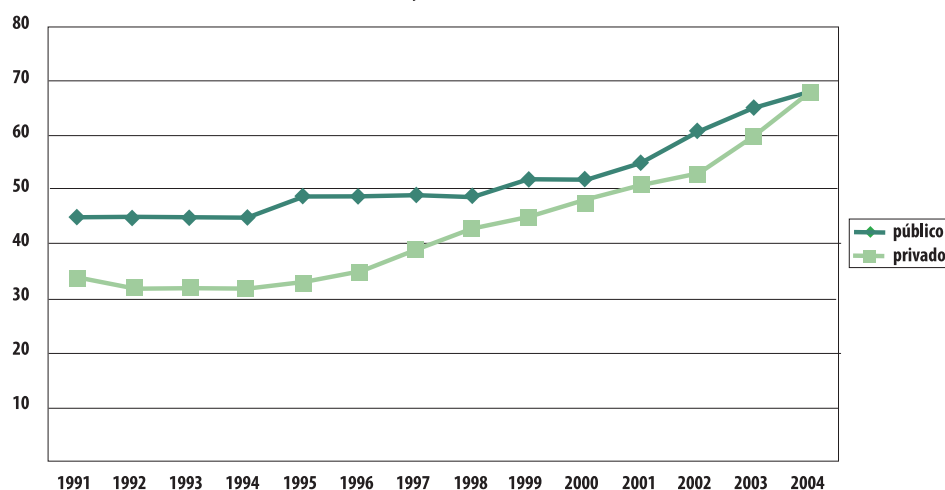
A análise da evolução da oferta no período de 1991 a 2004 foi realizada levando-se em consideração o total de cursos, de vagas disponíveis, de egressos (concluintes) por região, e segundo a natureza jurídica (pública e privada) das instituições formadoras. Utilizando-se dados corrigidos a partir das bases disponibilizadas pelo INEP/MEC<sup>5</sup> (BRASIL, 2004).

Desde os anos 80, o acesso dos estudantes à universidade comporta-se com um afunilamento crescente mostrado pelo aumento da relação candidato por vaga em carreiras nas áreas da Medicina e Odontologia (MERCER, 2003).

Os cursos de Medicina, no Brasil, cresceram na ordem de 72,2% no período, ou seja, em 1991 eram 79 cursos passando, em 2004, para 136 cursos. A participação do segmento privado, que em 1991 era em torno de 43%, em 2004 passa a ser de 50% do total de cursos. No mesmo período, o setor público obteve um incremento na ordem de 51%. Este aumento é observado a partir de 1997 e mais acentuadamente, de 2001 em diante.

Os cursos do segmento privado foram os que obtiveram um maior crescimento no período. Ainda assim, em 2004, há um equilíbrio entre o setor público e privado, no País.

**Gráfico 1 - Curso de Medicina segundo a Natureza Jurídica  
Brasil, 1991-2004**

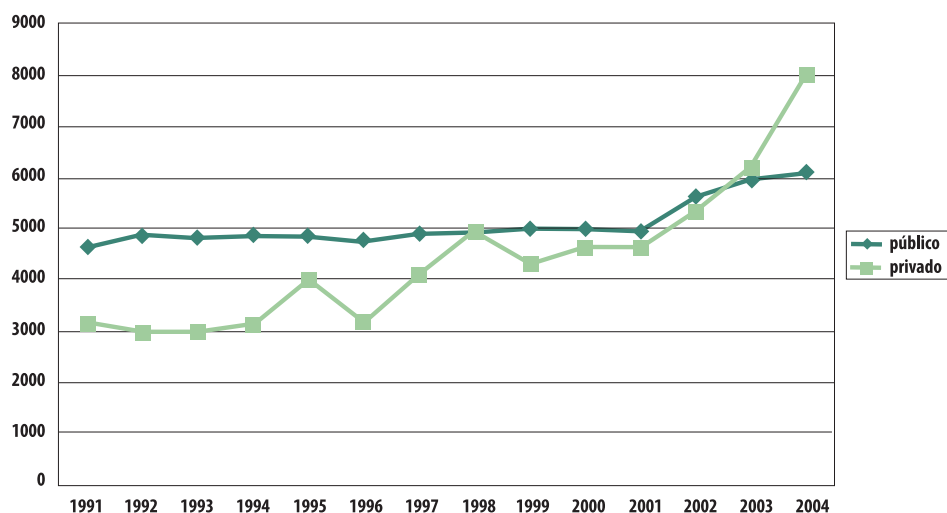


Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.

O número de vagas ofertado, no período analisado, para os cursos de graduação em Medicina cresceu na ordem de 81,1%. Este aumento é observado a partir de 1997 principalmente no setor privado. Este segmento cresce, no período, em torno de 80%, já no setor público o crescimento verificado foi de apenas 23%.

Observa-se uma tendência na inversão da participação do setor público e do privado na oferta das vagas no período: em 1991, o setor privado era responsável por 40,5% do total de vagas ofertadas, já em 2004, essa oferta representa 56,8%. (Gráfico 2)

**Gráfico 2- Vagas do Curso de Medicina segundo a natureza jurídica  
Brasil, 1991-2004**

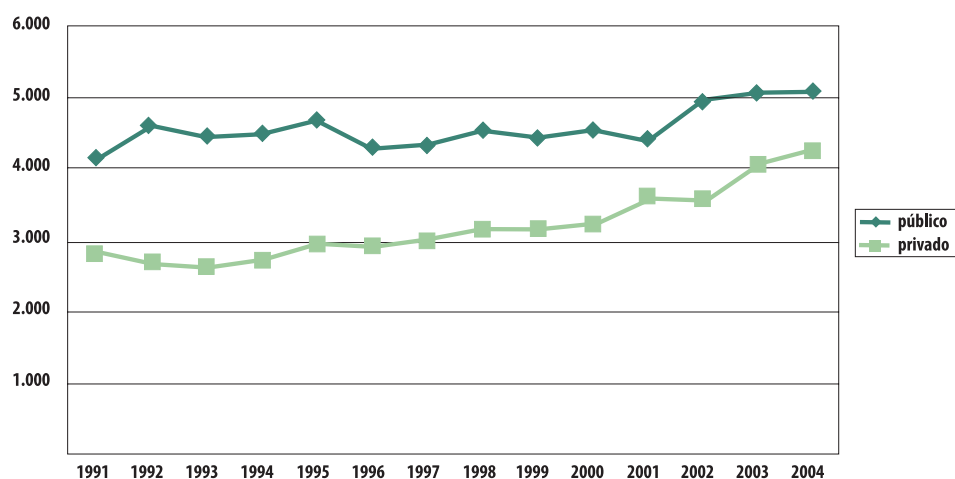


Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.

O quantitativo de concluintes dos cursos de Medicina manteve-se estável até o ano de 2002, com uma média em torno de 7,6 mil egressos. Em 2003, observa-se um aumento deste quantitativo passando para 9.113 concluintes e, em 2004 para 9.339. 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 entanto, no período estudado, apesar do expressivo aumento do número de vagas, o setor público mantém-se como responsável pelo maior número de concluintes: 54,4% do total de egressos do curso de Medicina, no ano de 2004. Porém, estima-se que essa relação apresente mudanças com os egressos dos cursos criados especialmente a partir de 2001 (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Concluintes do Curso de Medicina segundo a natureza jurídica  
da Instituição. Brasil, 1991-2004**

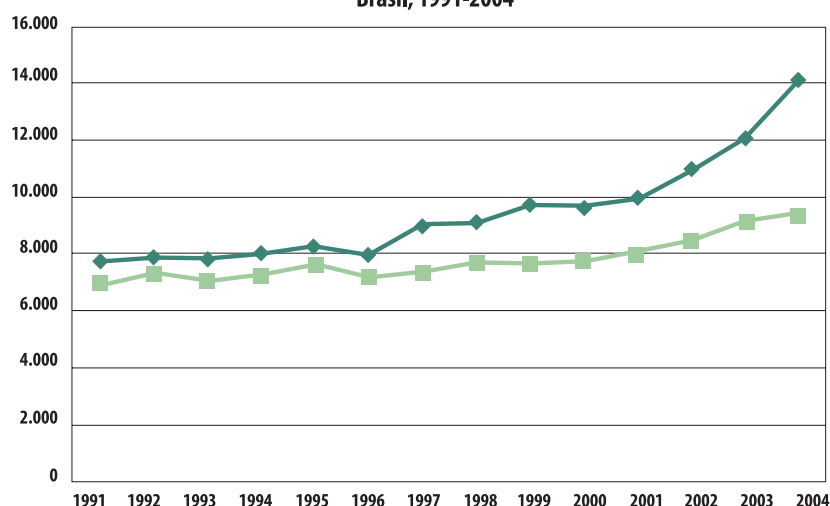


Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.



A comparação da evolução do número de vagas ofertadas em 1998 (9.094) com o número de egressos do ano de 2004 (9.339) sugere que o curso de Medicina tem pouca evasão (Gráfico 4).

**Gráfico 4 - Evolução de Vagas e Concluintes do Curso de Medicina.  
Brasil, 1991-2004**



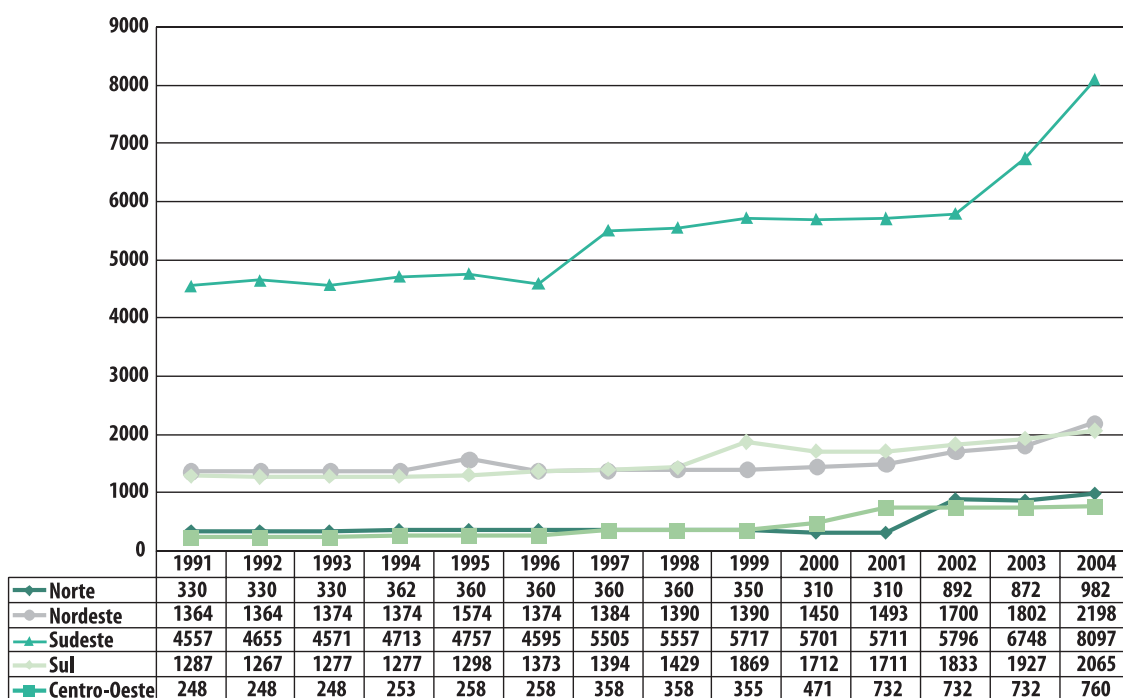
Fonte: Inep/MEC, adaptado pela ROREHS/IMS/UERJ, em 2005.

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

A Região Norte teve uma variação percentual, no período, de 266,7%, enquanto a Região Sudeste, de 40,9% do total de cursos no período.

Em relação à oferta de vagas, observa-se que a região sudeste mantém-se como maior detentora das vagas de Medicina do País (57,4%, em 2004). Ressalte-se, ainda, que as regiões Norte e Centro-Oeste têm, no período analisado, um incremento importante no número de vagas ofertadas, passando, em 2004, a ofertar 6,9% e 5,3% do total de vagas do País, respectivamente.

**Gráfico 5 - Evolução de vagas de graduação do curso de medicina segundo região  
Brasil, 1995-2004**



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

Comparando a evolução da oferta de vagas em relação à natureza jurídica e à 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.

### ***A formação médica na agenda nacional***

Em meados da década de 60, no século passado, já era denunciado que não seria possível corrigir a insuficiência da atenção à saúde atuando exclusivamente sobre uma das causas: a falta de médicos. Já em 1976, Rigatto afirma que esta lógica além de não resolver o problema, poderia levar a uma superprodução destes profissionais com conseqüências significativas na perda da qualidade da formação acadêmica.

O número de médicos por habitante no Brasil, em 1995, era “adequado às necessidades do País”, segundo as estimativas da OMS para a relação entre médico e habitantes. Entretanto, nessa época, já havia preocupação com a expansão do ensino médico na Câmara dos Deputados que solicitavam consultorias especializadas para o tema (ZARUR, 2000).

O que se identifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes regiões bem como uma concentração nos grandes centros urbanos, cenário que vem se mantendo nos dias atuais, apesar das políticas de expansão do mercado de trabalho desencadeadas pela implantação da estratégia tratada a partir de 1996 pelo Setor Especial de Saúde da Família.

Aliada à proliferação de escolas e à 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 projeto de lei tramitaram 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 e 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).

Todas estas iniciativas foram motivadas tanto pela expansão desordenada verificada a partir de 1997, e que se acentuou a partir de 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 n.º 3.860, de 9 de julho de 2001 (BRASIL, 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.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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 estavam em andamento, sendo nove apenas para São Paulo. Entre 1996 e 2003 foram abertos sete novos cursos no Estado de São Paulo, mesmo com pareceres contrários do Conselho Nacional de Saúde.

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 em Medicina no País, em atendimento a Resolução do CNS n.º 324/03<sup>4</sup>. 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 n.º 336/04<sup>5</sup>.

Encontra-se em tramitação o **Projeto de Lei n.º 65/03, que delibera sobre a proibição**, por um prazo mínimo de dez anos, da criação de novos cursos de Medicina. Se aprovado, o Projeto do Deputado Federal Arlindo Chinaglia também estará vedada a ampliação de vagas nos cursos já existentes.

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, salvos 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 (PIERATONI, 2001).

A aproximação de instâncias do serviço e instâncias educacionais tem possibilitado ensaios de mudanças em modelos curriculares (como, por exemplo, nos caso de integração com a Rede Unida), mas, também, destacam dificuldades de articulação entre as esferas da educação e saúde (FEUERWERKER, 2002). Como exemplo podem-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 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 o acompanhamento e a avaliação do processo de mudança. O Programa, em fase de conclusão, contempla 19 instituições de ensino superior na área da Medicina<sup>8</sup>.

Em novembro de 2005, o Ministério da Saúde via Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), inspirado na avaliação do Promed, lança o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Este Programa amplia, para além da Medicina, incentivos para formação nas áreas de Odontologia e Enfermagem, consideradas prioritárias pela política de saúde. Tal Programa tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada e apontada pelas instituições de ensino superior (IESs). Tem como objetivo uma escola integrada aos serviços de saúde e que dê respostas às necessidades de formação de recursos humanos, de produção do conhecimento e de prestação de serviços, direcionadas ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005)<sup>9</sup>.

As novas diretrizes curriculares para os cursos de Medicina somadas às iniciativas acima referidas, e outras, como a formação de avaliadores (parceria MEC e MS), parecem oferecer uma perspectiva de mudança no perfil dos profissionais ofertados aproximando-os das necessidades demandadas pela sociedade e pelo mercado. Mais ainda, o fortalecimento institucionalizado de

parcerias entre o sistema educacional e o sistema de saúde seguramente contribuirão para mudanças, tanto quantitativas como qualitativas, para a formação desse profissional, vital para o sistema de saúde brasileiro.

### **Considerações finais**

Sabe-se que o processo de profissionalização médica é de longa duração e de terminalidade relativa, pois mesmo após a conclusão da graduação são necessários investimentos na formação (em nível de pós-graduação nas suas diversas modalidades) consistindo, assim, em uma profissão de alto custo para a sociedade.

No Brasil, 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 em Medicina em instituições privadas; baixa capacidade do setor Saúde para ordenar a formação na área. Some-se a isso a inadequação de propostas curriculares que atendam às necessidades do sistema de saúde e revertam o cenário de extrema especialização e fragmentação do trabalho médico.

Entretanto, pode-se observar uma inflexão, mesmo que ainda discreta, no governo atual, com a abertura de cursos e vagas em instituições públicas, a partir de 2000, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do País e com os programas de incentivo às mudanças na formação.

Os acordos internacionais que rompem barreiras econômicas e sociais (Nafta, Mercosul, União Européia etc.) desenham um novo cenário geopolítico, 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. A preocupação com a migração internacional tem levado grupos como a *Commonwealth Secretariat*<sup>10</sup> a desenvolver movimentos que promovam práticas éticas para o recrutamento internacional

Assim, ainda há de se enfrentar desafios internos tais como a construção de processos regulatórios afinados entre o sistema educacional e o sistema de saúde que atuem nas propostas de credenciamento de novas escolas, no dimensionamento do número de vagas e na 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**

ABRAZÒN, M. et al. *Recursos Humanos en Salud*. Argentina: OPS, 2001. (Serie Observatorio de Recursos Humanos en Salud).

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/default.asp>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-Saúde: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n.º 3.860, de 9 de julho de 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Disponível em: < <https://www.planalto.gov.br/>>.



\_\_\_\_\_. Resolução n.º 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Disponível em: < <http://www.febrasgo.org.br/resolucao16662003.htm> >.

COMMONWEALTH HEALTH MINISTERS. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. Geneva, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Portal Médico CFM*. Brasília, 2006. Disponível em: <[www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br)>.

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

GIRARDI, S. N; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. *Formação*, Brasília, v. 2, n. 6, p. 15-35, 2002.

IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária-AMS, IBGE. Rio de Janeiro, 2002

HAGOPIAN, A. et al. The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Human Resources for Health*, [S.l.], v. 2, n. 17, 2004.

JOINT LEARNING INITIATIVE. Human resources for health: overcoming the crisis. *Communications Development Incorporated in Washington, DC*, Washington, 2005. 217 p. Disponível em: <[http://www.globalhealthtrust.org/report/Human\\_Resource\\_for\\_Health.pdf](http://www.globalhealthtrust.org/report/Human_Resource_for_Health.pdf) >.

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

MERCER, H. et al. Human resources for health: developing policy options for change. In: FERRINHO P.; DAL POZ, M. (Org). *Towards a global health workforce strategy: studies in health services organization & policy*. Belgian: Series editors: Lerberghe, Kegels and Brouwere, 2003. p. 451-482.

NIGENDA, G. et al. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. *Human Resources for Health*, [S.l.], v. 3, n. 3, 2005.

PIERANTONI, C. R. *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, 2000.

\_\_\_\_\_. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

RIGATTO, M. *Médicos e Sociedade*. Porto Alegre: Livraria Globo, 1976.

ZARUR, G. C. *Situação atual do ensino médico brasileiro*. Brasília: [s.n.], 2000.