

# RELATÓRIO FINAL

## RE-CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NO BRASIL

### **Equipe de Pesquisadores**

Adriano Massuda (R<sub>3</sub> de Medicina Preventiva e Social/UNICAMP)

Roberto Jorge Freire Esteves (R<sub>2</sub> de Medicina Preventiva e Social/UNICAMP)

Viviane Lourenço Guimarães (R<sub>2</sub> de Medicina Preventiva e Social/UNICAMP)

### **Pesquisador Responsável**

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros (LPQS/DMPS/FCM/UNICAMP)

**LABORATORIO DE PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

**2007**

## Sumário

<b>Resumo</b>	<b>03</b>
<b>Apresentação</b>	<b>04</b>
<b>Capítulo 1 – Os Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social Ativos e com Residentes no Brasil</b>	<b>05</b>
<b>Capítulo 2 – Caracterizações dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social Ativos e com Residentes no Brasil</b>	<b>07</b>
2.1 <i>Caracterização Geral dos Coordenadores dos PRMPS</i>	<b>07</b>
2.2 <i>Caracterização Geral dos Preceptores dos PRMPS</i>	<b>09</b>
2.3 <i>Caracterização Geral dos Demais Professores dos PRMPS</i>	<b>09</b>
2.4 <i>Caracterização dos PRMPS de acordo com o Numero de Vagas e Residentes no período entre 2002/2006</i>	<b>10</b>
2.5 <i>Caracterização dos PRMPS de acordo com os Cenários de Práticas ofertados aos residentes</i>	<b>12</b>
2.6 <i>Caracterização dos PRMPS de acordo com as Atividades Realizadas pelos residentes</i>	<b>14</b>
<b>Capítulo 3 – As perspectivas dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social e o Campo da Saúde</b>	<b>22</b>
3.1 – <i>Competências e Habilidades Fundamentais do Profissional de Saúde Coletiva</i>	<b>25</b>
3.2 – <i>Modalidades de Formação em Saúde Coletiva</i>	<b>26</b>
3.3 – <i>Transformações e Investimentos Necessários aos PRMPS</i>	<b>28</b>
3.4 – <i>Perspectivas da RMPS no Campo da Saúde</i>	<b>30</b>
<b>Conclusões</b>	<b>32</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>37</b>
<b>Anexos</b>	
1 – Questionário	<b>39</b>
2 – Roteiro de entrevistas	<b>45</b>
3 – Pôster apresentado no Congresso da Abrasco/Rio	<b>46</b>
4 – Resumos dos trabalhos aceitos para o Congresso CS/Salvador	<b>47</b>

## Resumo

Observada a expansão dos serviços de saúde no Brasil e a necessidade de formar profissionais aptos a fazer a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), é paradoxal a escassez de publicações sobre a modalidade de formação em Residência de Medicina Preventiva e Social; o reduzido número de Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social (PRMPS); bem como, a pequena quantidade de residentes matriculados nas instituições. O objetivo deste trabalho é re-caracterizar os programas ativos e com residentes no Brasil e analisar a perspectiva desta modalidade de especialização frente aos atuais desafios do campo da saúde. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, por telefone e com questionário dividido em módulos de identificação e caracterização dos programas, com coordenadores de 10 PRMPS ativos e com residentes no Brasil; e entrevistas em profundidade, nas instituições, com roteiro de questões sobre a relação dos programas com a formação de um perfil profissional, o processo de profissionalização em Saúde Coletiva e as perspectivas futuras desta área de especialização médica no campo da saúde, com coordenadores de 11 PRMPS. Conclui-se que o número de docentes com titulação e a quantidade de horas dedicadas à residência aumentou em relação ao último levantamento realizado na década de 1980<sup>1</sup>. Por outro lado, no período entre 2002-2006: o número de vagas credenciadas para o R1 e R2 sofreu uma redução de 8% e o número de bolsas para o R1 foi reduzido em quase 20% do total. Identificou-se que há concentração de programas na região Sudeste e em instituições estaduais e que ingressaram cerca de 20 novos residentes em cada ano do período. Conclui-se, ainda, que os PRMPS sofrem com a falta de definição das competências e habilidades desta modalidade de especialização; falta de regulação profissional que defina os pré-requisitos, os direitos e deveres do especialista em Saúde Coletiva; crescente competição com outras formas de formação mais rápidas, como os *Master of Business and Administration*, os Mestrados Profissionalizantes e cursos de extensão de curta duração; e o abandono da discussão sobre as RMPS por parte dos órgãos governamentais de regulação e da entidade representativa da pós-graduação em saúde coletiva (ABRASCO). Por fim, inferiu-se que o momento é de ajuste para os programas e foram visualizados dois cenários para o seu futuro próximo: um de crescimento pela associação com o programa de saúde da família (PSF), sobretudo pelo fato de deixar patente a diferença das habilidades e competências destes dois tipos de profissionais, sobretudo em relação a gerencia do sistema de saúde; outro de extinção dos PRMPS, com atribuição de suas funções a cursos de menor envergadura e pontuais, para necessidades específicas do sistema, e cursos de maior profundidade, para a formação da “inteligência” da Saúde Coletiva.

## APRESENTAÇÃO

Este Relatório final do projeto de “RE-CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NO BRASIL”, apresenta os resultados da Fase I e II, nas quais foram realizadas: *pesquisa com dados secundários*, obtidos a partir da caracterização dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social (PRMPS) do Brasil, realizada na década de 1980<sup>1</sup>, e por meio das publicações da Comissão Nacional de Residência Médica datadas de 2006 até o presente momento; e *pesquisa com dados primários*, obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas e posterior entrevista em profundidade nas instituições, com os coordenadores dos 11 PRMPS ativos e com residentes. Os instrumentos utilizados foram um questionário semi-estruturado, abordando a identificação e caracterização (quantidade de docentes e residentes participantes, conteúdo programático, cenários de prática, metodologia pedagógica) e roteiro de questões sobre a relação dos programas com a formação de um perfil profissional, o processo de profissionalização em Saúde Coletiva e a perspectiva do futuro desta carreira. Este estudo foi elaborado de acordo com os princípios éticos enunciados na Declaração de Helsinque III, tendo as informações colhidas sido mantidas em sigilo e o protocolo de pesquisa submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp.

A equipe envolvida no projeto desenvolveu a leitura de praticamente todo o material disponível em português sobre o assunto, desde a década de 1980, em seguida realizou coleta de dados e procedeu ao tratamento e análise do material. Para esta última etapa foi utilizado o programa Epi-Info, no qual foi criada uma máscara para dar entrada aos dados e produzir freqüências de variáveis e cruzamentos entre variáveis, além de ser o modelo inicial de um banco de dados. Por outro lado, as entrevistas gravadas em meio eletrônico foram transcritas e analisadas de acordo com a tradição qualitativa da análise do discurso, após terem passado por leituras sucessivas, codificação e categorização.

Destaca-se que o Projeto gerou produtos intermediários, na forma de trabalhos apresentados em diferentes Congressos, como o “8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ 11º Congresso Mundial de Saúde Pública” e o “IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde/ XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde/ X Congresso Latino Americano de Medicina Social”.

## **1. Os Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social Ativos e com Residentes no Brasil.**

A Residência Médica constitui-se numa modalidade de formação de médicos voltada para especialização, tendo como característica principal o aprendizado baseado no desenvolvimento de atividades práticas em serviços de saúde, sob supervisão. Esta modalidade de ensino foi criada nos EUA, no final do século XIX, e chegou ao Brasil na década de 1940, porém somente no final da década de 1970 foi reconhecida e regulamentada pelo decreto 80.281 e pela lei 6.932.<sup>4</sup>

A Residência de Medicina Preventiva e Social (RMPS), por sua vez, destina-se a formação de médicos especialistas no campo da Saúde Coletiva e segue a resolução da CNRM nº. 02 /2006<sup>14</sup>, que dispõe sobre requisitos mínimos para funcionamento dos Programas de Residência. A RMPS nasceu com a implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva no Brasil sob a influência da Medicina Preventiva norte-americana, que foi difundida para a América Latina através de seminários organizados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), na metade da década de 1950. Tratava-se de um movimento de ideologia liberal, que buscava um novo paradigma para as práticas em saúde e que superasse as limitações apresentadas pelo modelo médico-científico hegemônico, como uma estratégia de contraposição a propostas de estatização do setor saúde<sup>1</sup>.

Posteriormente, o movimento preventivista passa a receber a crítica da Medicina Social, cujas raízes européias datam da metade do século XIX e que reaparece tanto em produções acadêmicas realizadas por intelectuais da Reforma Sanitária<sup>2</sup>, como em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), na década de 1970, sendo o principal a Declaração de Alma Ata, de 1978, onde se concebeu a política de Atenção Primária em Saúde e o objetivo e alcançar “Saúde para todos no ano 2000”.<sup>3</sup> Como marco teórico, portanto, a RMPS teve a influência da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública.

Os primeiros programas de RMPS surgem no Brasil da década de 1960 e naquele momento o espaço de formação de sanitaristas se limitava às duas

escolas de Saúde Pública do país: a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e a Faculdade de Saúde Pública (FSP), da Universidade de São Paulo, em São Paulo<sup>5</sup>. O propósito principal dessas instituições era a formação de quadros docentes para as faculdades de medicina, dadas as deficiências na formação médica em medicina preventiva e social<sup>6</sup>, como apontou Garcia em 1972<sup>13</sup>.

O primeiro programa de RMPS foi criado em 1962, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, seguido da Universidade de São Paulo, em 1968, e da Santa Casa de São Paulo, um ano após<sup>5</sup>. A RMPS teve um papel muito discreto na formação de quadros para a saúde naquele período e os egressos dos programas de residência muitas vezes eram incorporados ao quadro docente dos departamentos de medicina preventiva.

Na década de 1970, houve um ligeiro aumento do número de RMPS, sem que ocorressem modificações substanciais na configuração deste campo. Em 1977, das 76 escolas médicas existentes no país, somente 13 tinham programas de RMPS, estando a oferta limitada a não mais que 20 vagas. Durante o período entre 1979 e 1981, ocorrem fatos decisivos na história das RMPS, pois no contexto da crise econômica deflagrada pela crise do petróleo, a vertente “modernizadora” ou “racionalizadora” da Saúde Coletiva ganha maior importância<sup>4</sup> e consegue que os programas de RMPS recebam recursos da Previdência Social. Ao mesmo tempo, estudos realizados pelo Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS) estimaram a necessidade de 1800 profissionais com formação em Medicina Preventiva e Social para atuar nas áreas de gestão, planejamento e epidemiologia; todavia, o número de vagas oferecidas pelos PRMPS não passava de 40. Criou-se, então, o Programa de Apoio às Residências de Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PARMS/MP/SP)<sup>7</sup>, para promover o aumento do número de vagas para 130, em 1980, e 187, em 1981.

No início da década de 1980 foram intensificados os debates sobre os objetivos e o campo de ação dos profissionais da Saúde Coletiva, a partir da ruptura entre duas tendências de programas de residência que participavam do PAR<sup>5</sup>. Uma das tendências se transformou na Residência em Medicina Geral e Comunitária, que objetivava a formação de um médico generalista com



conhecimentos básicos de Medicina Preventiva e Social e cujo treinamento teria ênfase na Atenção Primária. O outro modelo, representado pela RMPS, que incorporou como campo de treinamento e intervenção os serviços de saúde, objetivando formar profissionais com a perspectiva coletiva do cuidado, logo articulando práticas socialmente estruturadas e determinantes sociais do processo saúde/doença. A partir deste período até a atualidade a RMPS passa a se confundir com a própria formação em Saúde Coletiva.

Ao longo dos anos de 1990 observou-se uma marcante inflexão em prol dos programas de residência em Medicina Geral e Comunitária ou de Saúde da Família, estimulados em decorrência da adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), como principal estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, apesar da demanda cada vez maior de profissionais com formação em Saúde Coletiva, para exercer a gestão da rede de serviços de saúde que compõem o SUS, observou-se uma progressiva redução no número de vagas e de bolsas dos programas de RMPS, acompanhada do fechamento de vários deles.

Não há registros na literatura mais recente sobre trabalhos que visem elucidar a natureza desse fenômeno e suas aparentes contradições. Os últimos estudos que buscaram aprofundar esta reflexão datam de 1988<sup>2,8-10</sup> e nem mesmo a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) tem se detido sobre o tema. Tampouco, parece ser esta uma preocupação da esfera governamental, que ao renovar em 2002 e 2006<sup>14</sup> a regulamentação das RMPS, manteve-a no mesmo formato original de 1981, sem qualquer adaptação às novas realidades de saúde materializadas a partir da construção do SUS. Outro fato marcante deste período é a criação de novas modalidades de formação, como a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, os Mestrados Profissionalizantes, as Graduações em Saúde Coletiva e os “Masters in Business and Administration” (MBAs).

Contudo, essas outras modalidades também não foram, até o momento, capazes de suprir a demanda criada pelo SUS, que segue desde a sua criação tendência de expansão da necessidade de profissionais aptos a fazer a gestão dos diversos níveis de complexidade do sistema. Nesse contexto, torna-se premente re-caracterizar os Programas de Residência em Medicina Preventiva e

Social, ativos e com residentes, com o fim de compreender o paradoxo entre o declínio deste tipo de formação e o aumento da demanda por gestores do SUS.

## 2 – Caracterizações dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social Ativos e com Residentes no Brasil

No início do primeiro semestre do ano letivo de 2006 apenas 11 instituições brasileiras ofereciam vagas para o ingresso de médicos residentes em Medicina Preventiva e Social. Todas as instituições são de caráter público e apenas uma é privada, de forma que quatro programas são desenvolvidos em Universidades Federais (UFBA, UFPEL, UFF, UFPB), seis em Universidades ou Serviços Estaduais (UNICAMP, IAMSPE, USP, UNESP, HSE-RJ e UPE) e um programa em uma faculdade privada com fins públicos (FMABC).

**Quadro 1 – Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social ativos e com residentes em 2006**

<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>Departamento responsável pela residência</b>	<b>Ano de criação do programa</b>
Univ. Fed. da Bahia	Departamento de Medicina Preventiva	1980
Univ. Fed. de Pelotas	Departamento de Medicina Social	1986
Univ. Fed. Fluminense	Departamento de Planejamento em Saúde	1980
Univ. Fed. da Paraíba	Departamento de Promoção à Saúde	1977
Univ. Estad. Campinas	Departamento de Med. Preventiva e Social	1968
Univ. de São Paulo	Departamento de Medicina Preventiva	Não informado
Univ. Estadual de São Paulo/ Botucatu	Departamento de Saúde Pública	Não informado
Univ. de Pernambuco	Departamento de Medicina Social	1992
Hosp. Servidor Estado do Rio de Janeiro	Serviço de Epidemiologia	Não informado
Inst. Ass. Med. Servidor Pub. Estado São Paulo	Centro de Des. de Ensino e Pesquisa	1983
Fac. Medicina do ABC	Secretaria de Pós-Graduação Resid. Médica	2002

\* Na data de redação deste relatório o numero de PRMPS sofreu outra redução devido ao fechamento do Programa da Universidade Federal da Paraíba.

### 2.1 – Caracterização Geral dos Coordenadores dos PRMPS

Dentre os 11 programas em funcionamento apenas um não respondeu ao questionário semi-estruturado, relativo à Fase I desta investigação. Em relação à Fase II, em que se realizaram entrevistas em profundidade, todos os programas, também aquele que não atendeu nossas ligações na Fase I, foram visitados e tiveram seus coordenadores entrevistados.

Assim, das 10 instituições que responderam à Fase I da pesquisa, todas informaram dados sobre os coordenadores. Dos coordenadores: 9 são médicos e 1 é cientista social; todos concluíram pós-graduação, sendo 1 com pós-doutorado, 5 com doutorado, 3 com mestrado e 1 com especialização; e as áreas de pós-graduação foram em ciências sociais (2), clínica (2), epidemiologia (3) e saúde ocupacional (3).

**Quadro 2 – Características dos Coordenadores dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social ativos e com residentes em 2006, segundo curso de graduação, área de pós-graduação e titulação**

<b>Coordenadores</b>	<b>Curso de Graduação</b>	<b>Área de Pós-Graduação</b>	<b>Maior Título</b>
Univ. Fed. da Bahia	Medicina	Epidemiologia	Doutorado
Univ. Fed. de Pelotas	Medicina	Clínica	Doutorado
Univ. Fed. Fluminense	Medicina	Saúde Ocupacional	Mestrado
Univ. Fed. da Paraíba	Medicina	Ciências Sociais	Mestrado
Univ. Estad. Campinas	Ciências Sociais	Ciências Sociais	Pós-Doutorado
Univ. de São Paulo	Medicina	Epidemiologia	Doutorado
Univ. Est. SP/ Botucatu	Não informado	Não informado	Não informado
Univ. de Pernambuco	Medicina	Clínica	Mestrado
Hosp. Serv. Est. RJ	Medicina	Epidemiologia	Doutorado
Inst. Ass. Med. Serv. Pub. Est. SP	Medicina	Saúde Ocupacional	Especialização
Fac. Med. do ABC	Medicina	Saúde Ocupacional	Doutorado

Quanto ao regime de trabalho dos coordenadores: 4 trabalham em dedicação exclusiva, 4 em 40 horas/semana e 2 em menos de 20 horas/semana. Quanto às horas dedicadas à Residência, a média semanal foi de 19,0 horas, a mediana de 14,0 horas e a moda de 10,0 horas. Dentre as atividades realizadas com os residentes, 1 se dedica à atividade clínica ambulatorial (CA), 7 a atividades de pesquisa (AP), 6 a aulas teóricas (AT), 5 à supervisão em serviço (SS) e 7 à supervisão teórico-prática (STP).

**Quadro 3 – Características dos Coordenadores dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social ativos e com residentes em 2006, segundo regime de trabalho, tempo dedicado a residência e tipo de atividade**

<b>Coordenadores</b>	<b>Regime de Trabalho</b>	<b>Tempo dedicado a residência</b>	<b>Tipo de Atividade</b>
Univ. Fed. da Bahia	Dedicação Exclusiva	16h/semana	AT, STP, SS, AP
Univ. Fed. de Pelotas	40h/semana	40h/semana	AT, STP, ACA, SS, AP
Univ. Fed. Fluminense	Dedicação Exclusiva	12h/semana	AT, STP, SS, AP
Univ. Fed. da Paraíba	Dedicação Exclusiva	20h/semana	AT, STP, AP
Univ. Estad. Campinas	Dedicação Exclusiva	10h/semana	AT, STP, AP
Univ. de São Paulo	40h/semana	Não informado	AP
Univ. Est SP/ Botucatu	Não informado	Não informado	Não informado
Univ. de Pernambuco	40h/semana	40h/semana	Não informado
Hosp. Serv. Est. RJ	40h/semana	Não informado	AT, STP, SS, AP
Inst. Ass. Med. Serv. Pub Est. SP	< que 20h/semana	10h/semana	SS
Fac. Med. do ABC	< que 20h/semana	4h/semana	STP

## **2.2 – Caracterização Geral dos Preceptores dos PRMPS**

Das 10 instituições que responderam à Fase I da pesquisa, apenas 6 informaram dados sobre os preceptores. Todos os 6 são médicos, sendo 3 doutores, 2 mestres e 1 especialista, nas áreas de Epidemiologia (2) e Planejamento e Gestão (4). Quanto ao regime de trabalho, 1 tem dedicação exclusiva, 2 cumprem 40 horas/semana e 3 fazem 20 horas/semana. Em média dedicam aos residentes 14,8 horas/semana, sendo a mediana de 13,5 horas e a moda de 8,0 horas semanais. Dentre as atividades realizadas com os residentes, 4 se dedicam a atividades de pesquisa, 5 aulas teóricas, 5 supervisão em serviço e 5 supervisão teórico-prática.

**Quadro 4 – Características dos Preceptores dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social ativos e com residentes em 2006, segundo curso de graduação, área de pós-graduação, titulação, segundo regime de trabalho, tempo dedicado a residência e tipo de atividade**

Preceptores	Curso de Graduação	Área de Pós-Graduação	Maior Título	Regime de Trabalho	Tempo dedicado ao Programa (h)	Tipo de Atividade
UFBA	NI	NI	NI	NI	NI	NI
UFPEL	NI	NI	NI	NI	NI	NI
UFF	Medicina	Planejamento	Dout	Ded Exclu	12	AT, SS, AP
UFPB	NI	NI	NI	NI	NI	NI
UNICAMP	Medicina	Planejamento	Dout	20h/sem	8	AT, STP, SS
USP	Medicina	Planejamento	Especializ	40h/sem	NI	STP
UNESP	NI	NI	NI	NI	NI	NI
UPE	Medicina	Epidemiologia	Mestrado	40h/sem	24	AT, STP, SS, AP
HSE-RJ	Medicina	Epidemiologia	Dout	20h/sem	NI	AT, STP, SS, AP
IAMSPE	Medicina	Planejamento	Mest	20h/sem	15	AT, STP, SS, AP
FMABC	NI	NI	NI	NI	NI	NI

Não informado: NI

### **2.3 – Caracterização Geral dos Demais Docentes dos PRMPS**

Das 10 instituições que responderam à Fase I da pesquisa, 8 informaram dados sobre os demais docentes. No total dos 8 programas, foram citados 66 (83,5%) médicos, 3 (3,8%) cientistas sociais, 2 (2,5%) enfermeiros, 2 (2,5%) dentistas e 6 (7,6%) com outras formações. Em relação aos títulos de pós-graduação: 13 (16,5%) têm pós-doutorado, 43 (54,4%) têm doutorado, 15 (19,0%) têm mestrado e 9 (11,4%) têm especialização.

**Quadro 5 – Características dos Demais Docentes dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social ativos e com residentes em 2006, segundo curso de graduação e maior titulação**

Demais Docentes	Curso de Graduação	Titulação
UFBA	11 Médicos	1 PD; 8 D; 2 M
UFPEL	8 Médicos	1 PD; 4 D; 2 M; 1 E
UFF	12 Médicos	6 D; 4 M; 2 E
	2 Cientistas Sociais	1 PD; 1 D
	2 Dentistas	1 D; 1 M
	2 Enfermeiros	1 D; 1 E
	4 Outras formações	3 D; 1 M
UFPB	Não informado	Não informado
UNICAMP	9 Médicos	3 PD; 6 D
	1 Cientista Social	1 D
USP	11 Médicos	6 PD; 5 D
	1 Economista	1 D
UNESP	Não informado	Não informado
UPE	10 Médicos	5 D; 4 M; 1E
HSE-RJ	1 Médico	M
IAMSPE	4 Médicos	4 E
	1 Assistente Social	1 E
FMABC	Não informado	Não informado

Pós-Doutor – PD; Doutor – D; Mestre – M; Especialização – E

Quanto ao regime de trabalho dos demais docentes envolvidos com a residência, em média 4,9 têm dedicação exclusiva, 3,1 trabalham em regime de 40 horas/semana, 1,5 cumprem 20 horas/semana e apenas 1 docente envolvido trabalha menos de 20 horas/semana. Quanto às horas dedicadas à residência, a média foi de 8,9 horas

#### **2.4 Caracterização dos PRMPS de acordo com o número de vagas e residentes no período entre 2002/2006**

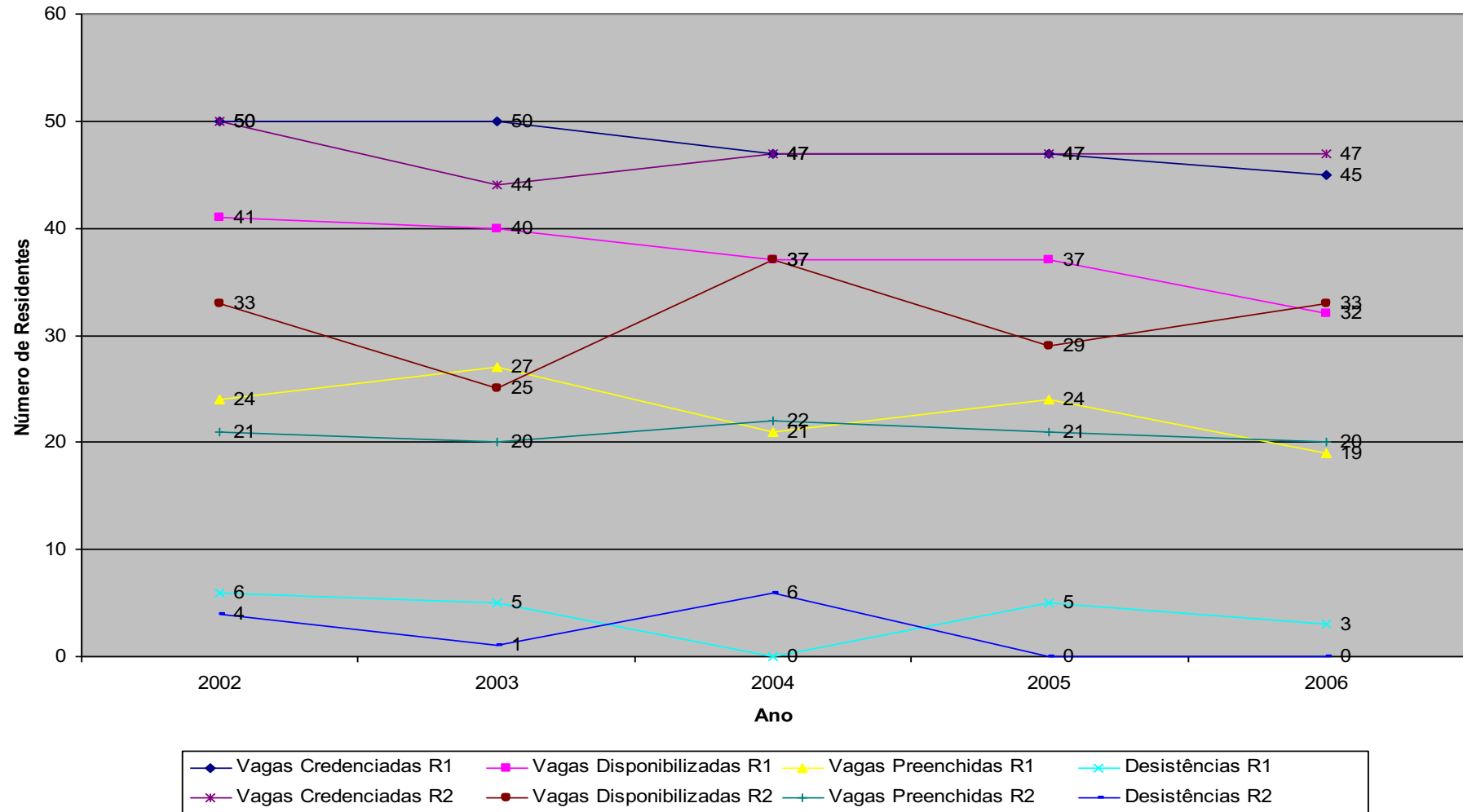
Em relação ao número de vagas credenciadas/disponibilizadas e o número de residentes de primeiro e segundo ano temos informações disponíveis de 10 programas, que responderam a Fase I da pesquisa.

No Gráfico 1 visualiza-se a relação entre o número de vagas ofertadas por ano, seu preenchimento e desistências no período entre 2002/2006. O gráfico resulta do interesse em delimitar uma análise histórica da relação vaga-preenchimento-desistência no período dos últimos cinco anos. A partir desta pequena série histórica observa-se que houve no período: a) redução de 8% do

total de vagas credenciadas para o R1 e R2; b) declínio progressivo no número de vagas disponibilizadas com bolsas para o R1, resultando em uma redução de quase 20% do total; c) importante variação na oferta de vagas disponibilizadas com bolsas para o R2, embora tenha terminado o período com o mesmo número do início; d) relativa estabilidade no número de vagas preenchidas no R1 e R2, embora com número de residentes sempre inferior ao número de vagas disponibilizadas com bolsas; e) variabilidade no número de desistências entre alunos de R1 e R2, com números absolutos (10 para 3) e relativos (13,5% para 4,6%) menores no fim do período, em relação ao número de vagas disponibilizadas com bolsa.



GRAFICO 1: Relação entre o numero de Vagas Credenciadas, Vagas Disponibilizadas com Bolsa, Preenchimento e Desistência de Residentes de Primeiro e Segundo anos no período de 2002 a 2006



## **2.5 Caracterização dos PRMPS de acordo com os Cenários de Práticas ofertados aos residentes**

O local em que o residente realiza suas práticas constitui-se num importante elemento para identificar os enfoques do programa para a formação. Todavia, é grande diversidade de ações possíveis nos diferentes cenários de atenção à saúde e de gestão do sistema, sendo necessário, portanto, identificar as atividades realizadas nos diferentes cenários de práticas.

Segundo a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), na resolução CNRM 02/2006 <sup>14</sup>, definem-se como requisitos mínimos para funcionamento dos programas de RMPS os cenários de práticas em três níveis. A saber:

a) **técnico-operacional**: unidades de prestação de cuidados de saúde – Posto de Saúde, Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital;

b) **técnico-administrativo**: órgãos de coordenação, planejamento, avaliação e supervisão, que compõem os sistemas institucionais de saúde do setor público:

c) **político-institucional**: organismos e representações institucionais e lideranças sociais que constituem poder decisório sobre questões de saúde (CNRM, resolução 02/2006).

Apesar dos critérios terem sido reeditados em 2006, constatou-se a manutenção integral da mesma versão publicada em 1981, quando se definiu pela primeira vez os requisitos mínimos para RMPS (ABRASCO, 1982)<sup>2</sup>. Assim, passados mais de 25 anos, em que ocorreram grandes mudanças na organização da atenção à saúde não houve nenhum movimento de adequação da legislação a nova realidade. Pelo contrario, constata-se no texto original da resolução CNRM 02/2006 que o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social ainda é citado<sup>14</sup>:

*“as atividades a nível técnico-administrativo podem ser desenvolvidas em uma única instituição (Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal*

*de Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), representando, contudo, critério de excelência do programa a inclusão de órgãos de mais de uma instituição como locais de treinamento". (CNRM, 2006, pg 36 item 29 subitem 3 letra e da resolução nº 02/2006 )*

Tomando os critérios definidos pela CNRM como elemento de comparação, foram especificados no cenário técnico-operacional os níveis de atenção primária, secundária e terciária e no cenário técnico-administrativo os níveis de gestão municipal, estadual e federal do Sistema Único de Saúde. Considerou-se, ainda, que Centro de Saúde, Unidades Básicas de Saúde e Unidades do Programa Saúde da Família constituem cenários de atenção primária, Centro de Especialidades, cenário de atenção secundária, e Hospital, cenário de atenção terciária. O Quadro 7 sintetiza os cenários de práticas do PRMPS, mostrando que existe uma predominância de práticas técnico-operacionais em relação as técnico-administrativas e político-institucional. Observa-se, também, concentração de práticas no nível de atenção primário e na gestão municipal do sistema de saúde. Por outro lado, chama atenção o número de programas que realizam práticas na atenção terciária (N = 7) e praticamente inexistência de práticas nos setores de gestão Estadual e Federal do Sistema, assim como, no nível político-institucional.

**Quadro 7: Cenários de Práticas do PRMPS segundo modelos técnico operacional, técnico-administrativo e político-institucional**

<b>Técnico-operacional</b>		
<b>Atenção primária</b>	9	<b>20</b>
<b>Atenção secundária</b>	4	
<b>Atenção terciária</b>	7	
<b>Técnico-administrativo</b>		
<b>Gestão Municipal</b>	7	<b>10</b>
<b>Gestão Estadual</b>	2	
<b>Gestão Federal</b>	1	
<b>Técnico-institucional</b>		
<b>Conselhos de Saúde</b>	1	<b>01</b>

No Quadro 8 é apresentada a relação entre os programas e o número de cenários de práticas ofertados. A variação esta entre 01 e 05, com predominância de programas com 04 diferentes locais de estágio.

**Quadro 8: Relação entre PRMPS e o número de cenários de pratica**  
**Número de cenários de | PRMPS**

<b>praticas</b>	
<b>1</b>	<b>HSE-RJ UFPEL</b>
<b>3</b>	<b>UFBA UPE</b>
<b>4</b>	<b>IAMSPE UFPB UNICAMP USP</b>
<b>5</b>	<b>FM-ABC UFF</b>

O Quadro 9 detalha a relação entre os cenários de prática do primeiro e segundo ano dos 10 programas de RMPS, de acordo com os critérios de calcificação utilizados pela CNRM. A maioria dos programas, como se pode observar diversifica os cenários de práticas, no entanto, chama a atenção os programas que realizam suas práticas em apenas um cenário, como é o caso da UFPEL, que realiza estágio apenas em atenção primária e do HSE-RJ, que tem estágio apenas na atenção terciária.

**Quadro 9: Relação dos cenários de prática dos PRMPS, segundo ano de residência e critérios adotados pela CNRM**

Instituições	Cenários de Prática		Critérios da CNRM
	R1	R2	
<b>UFBA</b>	- Unidade primária saúde - Secret. Municipal Saúde	- Distrito Sanitário - Grupo de Estudos da Gestão do SUS em Munic. Baianos - Universidade	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup></b> <b>T.A. - Gestão Munic</b>
<b>UFPEL</b>	- Centro de Saúde	- Centro de Saúde	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup></b>
<b>UFF</b>	- Serviços de Saúde vinculados ao SUS (Municipal, Estadual e Federal) - Unidades Locais - Unidades de Referência - Secret. de Saúde	- Unidades Locais - Unidades de Referência - Secretarias de Saúde	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup></b> <b>T.A. - Gestão Munic., Estad., Fed. (Pl. - CIB, CIT, CONASEMS, COSEMS, CONASS)</b>
<b>UFPB</b>	- Unidade Básica de Saúde - Distrito Sanitário - Hospital	- Secret. Municipal Saúde - Hospital	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup></b> <b>T.A. - Gestão Munic</b>
<b>UNICAMP</b>	- Centro de Saúde - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	- Distrito de Saúde - Hospital - Secret. Municipal Saúde	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup></b> <b>T.A. - Gestão Munic</b>
<b>USP</b>	- Centro de Saúde Escola - Hospital - Dist. Saúde Esc. Butantã - Secret. Municipal Saúde Universidade	- Atividades desenvolvidas em áreas de concentração escolhida pelo residente	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup></b> <b>T.A. - Gestão Munic</b>
<b>HSE-RJ</b>	- Hospital	- Hospital	<b>T.O. – Atenção 3<sup>a</sup></b>
<b>IAMSPE</b>	- Hospital - Secret. Estadual Saúde - Secret. Municipal Saúde - Prog. de Saúde da Família	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup></b> <b>T.A. - Gestão Munic Estad</b>
<b>UPE</b>	- Distritos Sanitários - Unidade Saúde da Família - Hospital - Universidade	- Distritos Sanitários - Unid. Saúde da Família - Hospital - Universidade	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup></b> <b>T.A. - Gestão Munic</b>
<b>FM-ABC</b>	- Secret. Municipal Saúde - Hospitais - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho - Centro de Saúde Escola - Serviço médico de Sindicatos de categoria profissional	- Atividades desenvolvidas em áreas de concentração escolhida pelo residente	<b>T.O. – Atenção 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup></b> <b>T.A. - Gestão Munic</b>
<b>UNESP</b>	<b>NI</b>	<b>NI</b>	<b>NI</b>

Legenda: T.O. - Técnico-operacional, T.A. Técnico-administrativo, P.I. Político-institucional

## **2.6 Caracterização dos PRMPS de acordo com as Atividades Realizadas pelos residentes**

Um dos elementos que melhor apontam como se dá a formação numa modalidade como a Residência Médica, que tem por característica principal o aprendizado na prática em serviços, sem dúvida, são as atividades desenvolvidas durante o programa. No caso da RMPS, no entanto, também, é importante considerar as atividades teóricas desenvolvidas, em razão da grande amplitude do campo de saberes que compõe a Saúde Coletiva e as diferentes abordagens de cada Departamento.

A CNRM (02/2006 item 29, subitem 5, letra de A à H) define como requisitos para os programas de RMPS a realização das seguintes atividades<sup>14</sup>:

- ações de vigilância epidemiológica e epidemiologia clínica;
- elaboração e/ou análise de diagnósticos de nível de saúde e de sistema de prestação de serviços de saúde;
- elaboração e/ou análise de planos e programas de saúde para níveis local e regional;
- análise de planos e programas de saúde para níveis estadual e nacional;
- participação em atividades de administração em nível local, regional e/ou central;
- participação em programas de prestação de recursos humanos para a saúde;
- participação em atividades de órgãos ou serviços de saúde ocupacional;
- realização de atividades em programas de cuidados básicos de saúde e/ou outros programas prioritários de assistência médica, tais como, saúde materno-infantil, controle de doenças transmissíveis, saúde mental, doenças degenerativas.

-

Essas atividades são distribuídas, conforme a CNRM (02/2006)<sup>14</sup>, em diferentes áreas de conhecimento, que compõem a Saúde Coletiva, como: Epidemiologia; Administração e Planejamento; Educação em Saúde e Desenvolvimento de Recursos Humanos; Saúde Ocupacional e Ambiental; Investigação em Saúde Coletiva; Ciências Sociais; e Prestação de Serviços Básicos de Saúde. No Quadro 10 é apresentada a distribuição das atividades

teóricas e práticas em relação às áreas de conhecimento da Saúde Coletiva desenvolvidas nos programas investigados.

**Quadro 10: Relação das Áreas de Conhecimento Constituintes da Saúde Coletiva Segundo a CNRM com o Tipo prática Desenvolvido nos PRMPS**

<b>Áreas do Conhecimento Constituintes da Saúde Coletiva Segundo CNRM</b>	<b>Ativ. práticas</b>	<b>Ativ. teóricas</b>
<b>Epidemiologia (EP)</b>	8	10
<b>Administração e planejamento (AP)</b>	8	9
<b>Educação em saúde e desenvolvimento de recursos humanos (ES)</b>	6	4
<b>Saúde ocupacional e ambiental (SOA)</b>	5	5
<b>Investigação em saúde coletiva (ISC)</b>	7	5
<b>Ciências sociais (CS)</b>	0	8
<b>Prestação de serviços básicos de saúde (PSBS)</b>	9	2

Observa-se que as áreas de Epidemiologia e Gestão e Planejamento são desenvolvidas, respectivamente, como atividades teóricas em 10 e 9 dos programas e atividades práticas em 8 dos programas. A área das Ciências Sociais é desenvolvida como atividade teórica em 8 programas e a área de Prestação de Serviços Básicos de Saúde é desenvolvida em 9 programas como atividade prática.

Como identificar os campos de saber abordados em atividades práticas e teóricas é muito pouco para delimitar a estrutura dos PRMPS, criamos os Quadros 11 e 12, nos quais se pode visualizar detalhadamente a atividades práticas e teóricas realizadas nos dois anos dos programas de RMPS, em relação às áreas do saber apontadas como constituintes da Saúde Coletiva pela CNRM.

**Quadro 11: Relação das Atividades Práticas desenvolvidas durante o primeiro e segundo anos dos PRMPS segundo as áreas de saber constituintes da Saúde Coletiva segundo a CNRM**

Institui.	Atividades Práticas		Requisitos CNRM
	R1	R2	
<b>UFBA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento e gestão, regulação de serviços de saúde</li> <li>- Vigilância epidemiológica e sanitária</li> <li>- Atenção básica e saúde pública no nível técnico-operacional do Sistema Municipal de Saúde e do Programa de Saúde da Família</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento e gestão</li> <li>- Levantamento do perfil epidemiológico</li> <li>- Vigilância epidemiológica</li> <li>- Vigilância sanitária</li> <li>- Supervisão às unidades básicas de saúde</li> <li>- Montagem do estudo, coleta de dados</li> <li>- Levantamento de dados do DATASUS sobre câncer</li> </ul>	<p><b>EP</b> <b>AP</b> <b>ISC</b> <b>PSBS</b></p>
<b>UFPEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento clínico</li> <li>- Organização de programas de saúde</li> <li>- Interação comunitária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento clínico</li> <li>- Organização de programas de saúde</li> <li>- Interação comunitária.</li> </ul>	<p><b>PSBS</b></p>
<b>UFF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento e Gerência em Saúde</li> <li>- Programação e Atenção em Saúde (Individual e Coletiva)</li> <li>- Vigilância à Saúde (Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador)</li> <li>- Sistemas de Informação em Saúde</li> <li>- Informação, Educação e Comunicação em Saúde</li> <li>- Pesquisa Operacional em Saúde Coletiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento, Gerência, Programação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde.</li> <li>- Vigilância à Saúde (Vigilância e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde)</li> <li>- Sistema de Informação em Saúde</li> <li>- Saúde Ambiental e do Trabalhador (Vigilância à Saúde, Atenção à Saúde Individual e Coletiva e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde)</li> <li>- Pesquisa Operacional em Saúde</li> </ul>	<p><b>EP</b> <b>AP</b> <b>ES</b> <b>SOA</b> <b>ISC</b> <b>PSBS</b></p>



<b>UFPB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência à Saúde</li> <li>- Planejamento, organização e gerenciamento de serviços e Saúde</li> <li>- Conhecimento do sistema de referência e contra-referência dos cuidados em Saúde</li> <li>- Educação e participação comunitária em Saúde</li> <li>- Vigilância epidemiológica (notificação e investigação de casos e surtos, análise de dados e produção de relatório, articulação de vigilância epidemiológica e da assistência conhecimento do fluxo de envio de dados para os demais níveis do sistema de vigilância epidemiológica e de assistência)</li> <li>- Participação nas ações de supervisão do trabalho em Saúde</li> <li>- Inserção nas ações de capacitações desenvolvimento de recursos humanos</li> <li>- Monitoramento e avaliação de planos, programas e serviços de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerenciamento de serviços de Saúde</li> <li>- Desenvolvimento de recursos humanos</li> <li>- Supervisão, monitoramento e avaliação dos serviços de Saúde</li> <li>- Atendimento de casos clínico</li> <li>- Investigação do anexo causal</li> <li>- Elaboração de laudos</li> <li>- Investigação em Saúde</li> </ul>	<p><b>EPID</b> <b>AP</b> <b>ES</b> <b>ISC</b> <b>PSBS</b></p>
<b>UNICAMP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento clínico</li> <li>- Acompanhamento das reuniões administrativas e núcleo de saúde coletiva,</li> <li>- Desenvolvimento de projetos específicos de acordo com a necessidade do serviço em planejamento e gestão, epidemiologia e educação em saúde com grupos de usuários</li> <li>- Atendimento clínico ocupacional</li> <li>- Vigilância</li> <li>- Educação em saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento e gestão</li> <li>- Educação e saúde</li> <li>- Análise de dados epidemiológicos Vigilância em saúde</li> <li>- Gestão hospitalar</li> <li>- Políticas de RH, insumos e assistência à saúde</li> <li>- Acompanhamento das atividades e reuniões nos espaços institucionais</li> <li>- Investigação em Saúde Coletiva</li> </ul>	<p><b>EPID</b> <b>AP</b> <b>ES</b> <b>SOA</b> <b>ISC</b> <b>PSBS</b></p>
<b>USP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades assistências individuais e de grupo</li> <li>- Visitas domiciliares</li> <li>- Avaliação de programas</li> <li>- Vigilância em Saúde</li> <li>- Gerencia de serviços de Saúde</li> <li>- Gestão Hospitalar</li> <li>- Vigilância Hospitalar</li> <li>- Pesquisa sobre condições de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades desenvolvidas em áreas de concentração escolhida pelo residente</li> </ul>	<p><b>EPID</b> <b>AP</b> <b>ES</b> <b>ISC</b> <b>PSBS</b></p>

	- Acompanhamento das ações de vigilância em saúde do município de São Paulo.		
<b>HSE-RJ</b>	- Vigilância Epidemiológica - Controle de Infecção Hospitalar Farmacovigilância, Hemovigilância, Tecnovigilância - Saúde do Trabalhador	- Vigilância Epidemiológica - Controle de Infecção Hospitalar Farmacovigilância, Hemovigilância, Tecnovigilância - Saúde do Trabalhador	<b>EP SOA</b>
<b>IAMSPE</b>	- Epidemiologia e Vigilância epidemiológica: (SINAN, boletins epidemiológicos e investigação epidemiológica); Registro Hospitalar de Câncer. - Gestão da Atenção à Saúde: - Atenção ao paciente do HSPE (estrutura organizacional, atribuições, RH, dificuldades); Programação em Saúde de servidores públicos estaduais (Educação em saúde, investigação epidemiológica, monitoramento da situação de saúde); Apoio social prestado e às necessidades em apoio social aos pacientes do HSPE; Organização da Central de Transplantes; - Saúde Ocupacional entre profissionais de saúde (planejamento, organização e avaliação da assistência à saúde aos servidores públicos no Estado de São Paulo); Ações relacionadas ao PSF (constituição, rotinas, fluxos, RH, avaliação) - Gestão de Sistemas de Saúde: Planejamento em saúde para o Estado	- Saúde Ocupacional: - Organização e ações de um centro de referência estadual (estrutura organizacional, atribuições, produção científica, programas de prevenção e avaliação); Atividades de assistência em doenças ocupacionais nas diversas especialidades; Organização, atribuições e recursos relacionados à vigilância sanitária (nível central), bem como introdução à legislação vigente	<b>EP AP ES SOA PSBS</b>
<b>UPE</b>	- <b>Assistência à saúde</b> - <b>Educação em Saúde</b> - <b>Vigilância à Saúde</b> - <b>Planejamento e Organização de Serviços de Saúde. Plantões semanais em Clínica médica e/ou Doenças Infeciosas</b>	- <b>Assistência à saúde</b> - <b>Educação em Saúde</b> - <b>Vigilância à Saúde</b> - <b>Planejamento e Organização de Serviços de Saúde. Plantões semanais em Clínica médica e/ou Doenças Infeciosas</b>	<b>EPID AP ES PSBS</b>
<b>FM-ABC</b>	- <b>Planejamento e gestão de serviços</b> - <b>Medicina do Trabalho</b> - <b>Assistência</b>	- <b>Atividades desenvolvidas em áreas de concentração escolhida pelo residente</b>	<b>AP SOA PSBS</b>

---

UNESP	NI	NI	NI
-------	----	----	----

**Legenda:** EP – Epidemiologia; AP - Administração e planejamento; ES - Educação em saúde e desenvolvimento de recursos humanos; SOA - Saúde ocupacional e ambiental; ISC - Investigação em saúde coletiva; CS - Ciências sociais; PSBS - Prestação de serviços básicos de saúde

**Quadro 12: Relação das Atividades Teóricas desenvolvidas durante o primeiro e segundo anos dos PRMPS segundo as áreas de saber constituintes da Saúde Coletiva segundo a CNRM**

Institui	Atividades Teóricas		Requisitos CNRM
	R1	R2	
<b>UFBA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciências Sociais e Saúde</li> <li>- Introdução à Medicina do Trabalho</li> <li>- Epidemiologia e Bioestatística</li> <li>- Política, Planejamento e Gestão em Saúde</li> <li>- Educação e Comunicação em Saúde</li> <li>- Metodologia Científica</li> <li>- Ética e Bioética em Medicina Social e Saúde do Trabalhador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão e Planejamento</li> <li>- Metodologia da Pesquisa</li> </ul>	<p><b>EP</b> <b>AP</b> <b>ES</b> <b>SOA</b> <b>ISC</b> <b>CS</b></p>
<b>UFPEL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão e Administração em Saúde (histórico do SUS, financiamento em saúde, controle e auditoria, avaliação em saúde)</li> <li>- Programação em Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças crônicas não transmissíveis)</li> <li>- Epidemiologia e Bioestatística</li> <li>- Medicina Preventiva</li> <li>- Vigilância à saúde (rede de frio e rastreamento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão e Administração em Saúde (histórico do SUS, financiamento em saúde, controle e auditoria, avaliação em saúde)</li> <li>- Programação em Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças crônicas não transmissíveis)</li> <li>- Epidemiologia e Bioestatística</li> <li>- Medicina Preventiva</li> <li>- Vigilância à saúde (rede de frio e rastreamento)</li> </ul>	<p><b>EP</b> <b>AP</b> <b>PSBS</b></p>
<b>UFF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas de Saúde</li> <li>- Planejamento, Gerência e Programação em Saúde</li> <li>- Vigilância à Saúde</li> <li>- Investigação em Saúde Coletiva</li> <li>- Informação, Educação e Comunicação em Saúde</li> <li>- Reuniões de Supervisão, Seminários de Planejamento e Avaliação, Participação em eventos na área da Saúde Coletiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AC: Planejamento e Gerência em Saúde - Estado e Políticas de Saúde; Modelos Técnico-Assistenciais em Saúde; Sistemas de Saúde Comparados; Planejamento, Gerência e Programação em Saúde; Epidemiologia Aplicada à Avaliação de Serviços; Sistemas de Informação em Saúde; Investigação em Saúde Coletiva; Reuniões de Supervisão, Seminários de Planejamento e Avaliação</li> <li>- AC: Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde - Método Epidemiológico; Epidemiologia Aplicada à Clínica; Epidemiologia Aplicada à Avaliação de Serviços; Vigilância Epidemiológica; Epidemiologia das Doenças Infecciosas e das Doenças Crônicas Degenerativas; Sistemas de Informação em Saúde; Investigação em Saúde Coletiva; Reuniões de Supervisão, Seminários de Planejamento e Avaliação.</li> <li>- AC: Saúde Ambiental e do Trabalhador - Modelos Técnico-Assistenciais em Saúde; Planejamento, Gerência e Programação em Saúde; Saúde e Meio Ambiente; Saúde do Trabalhador;</li> </ul>	<p><b>EP</b> <b>AP</b> <b>ES</b> <b>SOA</b> <b>ISC</b> <b>CS</b></p>

		Vigilância à Saúde; Epidemiologia Aplicada a Avaliação de Serviços; Sistema de Informação em Saúde; Investigação em Saúde Coletiva; Reuniões de Supervisão, Seminários de Planejamento e Avaliação.	
<b>UFPB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemiologia</li> <li>- Gestão em Saúde</li> <li>- Bioestatística</li> <li>- Ciências Sociais em Saúde</li> <li>- Políticas de Saúde</li> </ul>	- Seminários de Temas Emergentes da atividade prática e do campo da saúde coletiva	<b>EP</b> <b>AP</b> <b>CS</b>
<b>UNICAMP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise Institucional</li> <li>- Educação em saúde</li> <li>- Planejamento e Gestão</li> <li>- Ciências Sociais</li> <li>- Epidemiologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise Institucional</li> <li>- Planejamento e Gestão</li> <li>- Ciências Sociais</li> <li>- Epidemiologia</li> </ul>	<b>EP</b> <b>AP</b> <b>ES</b> <b>CS</b>
<b>USP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões de Epidemiologia (Análise, discussão e apresentação de artigos científicos de interesse ao estudo da epidemiologia)</li> <li>- Elaboração de Protocolo em Atenção Primária</li> <li>- Apresentação e discussão (seminários) sobre profissões de saúde e atenção Primária</li> <li>- Introdução a Saúde Coletiva, Ciências Sociais em Saúde</li> <li>- Introdução a Teoria de Grupos, Saúde Mental e Saúde Coletiva, Tipos de Estudos Epidemiológicos</li> <li>- Organização de Serviços e Políticas de Saúde</li> <li>- Famílias e Práticas de Saúde</li> <li>- Vigilância em Saúde</li> </ul>	- Atividades desenvolvidas em áreas de concentração escolhida pelo residente	<b>EP</b> <b>AP</b> <b>SOA</b> <b>ISC</b> <b>CS</b> <b>PSBS</b>
<b>HSE-RJ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemiologia</li> <li>- Vigilância Epidemiológica</li> <li>- Estudos Epidemiológicos</li> <li>- Epidemiologia Clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemiologia</li> <li>- Vigilância Epidemiológica</li> <li>- Estudos Epidemiológicos</li> <li>- Epidemiologia Clínica</li> </ul>	<b>EPID</b>
<b>IAMSPE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemiologia/Bioestatística,</li> <li>- Administração e Planejamento</li> <li>- Ciências Sociais</li> </ul>	- Saúde Ocupacional	<b>EP</b> <b>AP</b> <b>SOA</b>

			<b>CS</b>
<b>UPE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introdução ao processo de conhecimento</li> <li>- Epidemiologia e Vigilância à Saúde</li> <li>- Estatística</li> <li>- Educação em saúde</li> <li>- Saúde do trabalhador</li> <li>- Saúde e Sociedade</li> <li>- Políticas de Saúde</li> <li>- Metodologia em pesquisa</li> <li>- Sistemas de informação em saúde</li> <li>- Planejamento e organização de serviços de saúde</li> </ul>	- Seminários e reuniões científicas dentro das áreas de: Epidemiologia e Vigilância a saúde, Planejamento e organização de serviços, educação em saúde, investigação em saúde coletiva	<b>EP</b> <b>AP</b> <b>ES</b> <b>SOA</b> <b>ISC</b> <b>CS</b>
<b>FM-ABC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administração e planejamento: Organização de serviços</li> <li>- Ciências Sociais: Políticas de saúde, Sociologia e Antropologia</li> <li>- Saúde Coletiva: Epidemiologia e Políticas de saúde</li> </ul>	- Atividades desenvolvidas em áreas de concentração escolhida pelo residente	<b>EP</b> <b>AP</b> <b>ISC</b> <b>CS</b>
<b>UNESP</b>	<b>NI</b>	<b>NI</b>	<b>NI</b>

**Legenda:** EP – Epidemiologia; AP - Administração e planejamento; ES - Educação em saúde e desenvolvimento de recursos humanos; SOA - Saúde ocupacional e ambiental; ISC - Investigação em saúde coletiva; CS - Ciências sociais; PSBS - Prestação de serviços básicos de saúde

### 3 – As Perspectivas dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social e o Campo da Saúde

Este capítulo traz reflexões e extratos dos discursos dos 11 coordenadores dos PRMPS coletados durante entrevistas presenciais. Após o fim da Fase I, em que foi realizada a aplicação de instrumento semi-estruturado por telefone, os coordenadores dos programas voltaram a ser contatados para agendar visitas em suas instituições. As entrevistas em profundidade, para identificar as semelhanças, diferenças e perspectivas dos programas, foram desenvolvidas com questões abertas relativas ao segundo módulo do questionário da Fase I. A estratégia de utilizar tais questões foi decidida após a realização do teste do instrumento, que mostrou um empobrecimento das respostas dadas por via telefônica. No Quadro 12 observam-se as instituições que tiveram seus coordenadores entrevistados e a data de realização das mesmas.

**Quadro 12: Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social ativos no Brasil em 2006 e data da realização das entrevistas**

<b>Instituição</b>	<b>Data da entrevista</b>
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	18/dezembro/2006
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)	29/março/ 2007
Universidade Federal Fluminense (UFF)	04/dezembro/2006
Universidade Federal de Paraíba (UFPB)	13/fevereiro/2007
Universidade de Campinas (UNICAMP)	10/abril/2007
Universidade de São Paulo (USP)	25/março/2007
Universidade Estadual de São Paulo (UNESP)	23/fevereiro/2007
Universidade de Pernambuco (UPE)	14/dezembro/2006
Hospital do Servidor do Estado do Rio de Janeiro (HSE)	04/dezembro/2006
Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)	23/março/2007
Faculdade de Medicina do ABC	23/março/2007

O instrumento utilizado em todas as entrevistas foi um roteiro com perguntas abertas, que propiciava que a perspectiva dos coordenadores sobre a RMPS emergisse. As questões foram divididas em dois blocos, o primeiro, com sete questões referentes ao histórico dos programas e o segundo, com oito questões relativas ao processo de formação, profissionalização e perspectivas da Saúde Coletiva no campo da saúde (Quadro 13). O início de cada entrevista constou de explicação sobre o roteiro, seguido de uma identificação do coordenador e da instituição, bem como a solicitação de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, no qual se declarou o caráter voluntário da

participação e a permissão para gravar o material. As entrevistas foram conduzidas sem limitação de tempo, ficando os entrevistados livres para responder. As gravações foram realizadas em formato WAV por meio de gravador digital e posteriormente transcritas integralmente.

**Quadro 13: Roteiro de Questões Utilizado nas Entrevistas em Profundidade durante a Fase II**

<b>Bloco Referente ao Histórico dos Programas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como foi o processo de criação da residência?</li> <li>2. Como se deu, historicamente, a relação da residência com a graduação?</li> <li>3. Como se deu, historicamente, a relação da residência com o departamento e com instituição?</li> <li>4. Como se deu, historicamente, a relação da residência com os serviços públicos de saúde da sua cidade?</li> <li>5. A residência era estruturada de maneira diferente do que é hoje?</li> <li>6. Os objetivos da formação são os mesmos de antes?</li> <li>7. Como se caracterizou, historicamente, a procura por essa residência?</li> </ol>
<b>Bloco Referente ao Processo de Formação, Profissionalização e Perspectivas da Saúde Coletiva no Campo da Saúde</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que competências e habilidades devem ter o médico sanitário quando formado?</li> <li>2. Como tem sido a inserção das Ciências Sociais e da Análise Institucional no programa pedagógico?</li> <li>3. Que campos de atuação você vê para esse profissional?</li> <li>4. Qual o melhor modo de formá-lo? Por meio da residência ou outro tipo de formação?</li> <li>5. Quais são as transformações necessárias?</li> <li>6. Quais são os investimentos necessários?</li> <li>7. Que perspectivas de trabalho você vê para esse profissional?</li> <li>8. Que perspectiva você vê para as residências de medicina preventiva e social?</li> </ol>

Após a realização das entrevistas iniciou-se a fase de análise do material seguindo os seguintes passos:

1. transcrições do material gravado eletronicamente efetuada por uma profissional especializada;
2. leitura sistemática das transcrições e volta ao material gravado;
3. organização do material utilizando planilhas com trechos dos discursos de cada coordenador, propiciando facilidade de busca e melhor visualização do material transcrito;
4. identificação dos principais temas que emergiram das entrevistas e agrupamento temático consolidando categorias analíticas;
5. delimitação das categorias analíticas: a) Competências e Habilidades Fundamentais do Profissional de Saúde Coletiva; b) Modalidades de Formação



em Saúde Coletiva; c) Transformações e Investimentos Necessários aos PRMPS; d) Perspectivas da RMPS no Campo da Saúde.

No processo de análise vários temas foram sendo identificados nas entrevistas e alguns com maior centralidade passaram de tema a categoria, na medida em que continham temas em seu interior. No Quadro 14 pode-se observar as categorias e os temas relacionados a elas.

**Quadro 14: Categorias Analíticas e temas relacionados**

<b>Categorias Analíticas</b>	<b>Temas Relacionados</b>
Competências e Habilidades Fundamentais do Profissional de Saúde Coletiva	- saberes fundamentais do especialista em Saúde Coletiva ou Medicina Preventiva e Social - técnicas necessárias para atuar na área da Saúde Coletiva ou Medicina Preventiva e Social
Modalidades de Formação em Saúde Coletiva	- “padrão ouro” para a formação de médicos sanitарistas - graduação em Saúde Coletiva - mestrado profissionalizante
Transformações e Investimentos Necessários aos PRMPS	- ações no âmbito político-organizacional - captação de diferentes recursos
Perspectivas da RMPS no Campo da Saúde	- relação com o Programa de Saúde da Família - projeções sobre a RMPS para os próximos anos

### **3.1 – Competências e Habilidades Fundamentais do Profissional de Saúde Coletiva**

De acordo com o dicionário da língua portuguesa Houaiss (2007)<sup>9</sup> competência é o “*poder detido por um indivíduo, em razão do seu cargo ou função, de praticar atos próprios deste ou desta*”; enquanto habilidade, ainda de acordo com o mesmo dicionário, é a “*capacidade para fazer uma coisa com perfeição e conhecimento do que executa*”.

Possivelmente, porque competência e habilidade foram colocadas juntas em uma única questão durante as entrevistas, como se observa no Quadro 13, apenas um coordenador fez a separação entre os dois substantivos. Todos os demais os misturaram, não deixando saber se há nas suas respostas coerência com a questão formulada ou confusão conceitual<sup>8</sup>.

Segundo o coordenador que fez a separação, as habilidades fundamentais do profissional de Saúde Coletiva são as seguintes:

*“Realização de vigilância epidemiológica de casos de notificação compulsória; investigação epidemiológica e execução de medidas imediatas de prevenção e controle; utilização de indicação de vacinação; bloqueios com vacinação de contatos, coleta, processamento e análise de casos de doença de notificação compulsória; acidentes de trabalho e doenças ocupacionais; acompanhamento clínico, sorológico e epidemiológico dos profissionais de saúde acidentados com sangue e fluidos biológicos; planejamento e execução de campanhas de combate às doenças e programas de educação em saúde, para usuários do hospital e da comunidade; elaboração de boletins epidemiológicos”.*(9)

Na segunda parte da resposta o mesmo coordenador identificou como competências fundamentais a:

*“Administração e gerenciamento em serviços de saúde; planejamento de atividades de vigilância epidemiológica; aplicação do método epidemiológico na avaliação da qualidade da assistência médica; avaliação de custo-benefício para procedimentos diagnósticos e terapêuticos; utilização de sistemas de informação hospitalar”* (9).

Entre os demais coordenadores, as respostas são mais específicas sobre quais são as habilidades necessárias, segundo a definição acima, do que propriamente sobre quais são as competências. Além disso, foi possível, ainda, tipificar as respostas segundo: explicativas, burocráticas e evasivas. Entre as de caráter explicativo estão aquelas que procuraram detalhar a informação, com argumentos como:

*“Conhecer profundamente o processo saúde doença, como ele se dá na realidade local de cada região, conhecer muito bem estes determinantes e ser capaz de construir indicadores e o diagnóstico. Interpretar os indicadores e gerenciar os programas em todos os níveis desde a promoção até a intervenção, trabalhar muito bem as técnicas de educação em saúde e o acesso da população”.* (8)

*“Diagnóstico de saúde da população, conhecimento institucional para abordagem de serviços de saúde, conhecimento dos processos de trabalho e identificar as necessidades de saúde e propostas de atenção à saúde”.* (11)

*“Necessidade de um conteúdo formativo de planejamento/gestão dentro da organização do sistema de saúde e epidemiologia, com uma visão mais quantificada dos problemas e formas específicas de reconhecer os problemas de saúde como problemas. (...) Junto com isso esse residente não pode perder a dimensão do atendimento individual; ele não precisa ser o médico que vai dar o atendimento individual, mas [fazer com] que esse atendimento individual seja orgânico com a gestão em saúde pública”. (1)*

*“No mínimo em epidemiologia, administração e razoável em gestão de serviço e trabalho em equipe assim como as relações sociais relacionadas à doença”.(7)*

*“Possuir ferramentas de gestão, como: informação, educação e comunicação; e ferramentas da política e da epidemiologia, como: estratégia, indicadores e suas interfaces”. (3)*

Entre as repostas classificadas como burocráticas encontram-se aquelas que repetem jargões da área sem especificar a informação ou expandir a discussão em relação ao entendimento pessoal ou proposta específica do programa que coordena. Dessa forma, as competências e habilidades necessárias para o exercício da Saúde Coletiva é, de maneira geral, saber:

*“Epidemiologia, Planejamento, Ciências Sociais.” (2)*

*“Planejamento e Gestão, Organização do Sistema de Saúde, Epidemiologia, Saúde Ocupacional e do trabalhador, Medicina Comunitária, Saúde Ambiental e Análise Institucional”. (5)*

*“Entendimento do sistema de saúde como um todo”. (10)*

A última categoria de resposta, classificada como evasiva, foi emitida por dois coordenadores. Optou-se por não excluí-las, ainda que não acrescentem nenhuma informação em relação ao tipo de competência e habilidade necessária para o profissional da Saúde Coletiva, pelas diferentes possibilidades de interpretação que elas propiciam. Uma vez realizada a pergunta as respostas foram:

*“Estamos em um processo de rediscussão”.(6)*

*“Acredito que é responsabilidade da ABRASCO discutir junto com o Ministério da Saúde e da Educação quais seriam essas competências e habilidades; é importante distinguir claramente os papéis e responsabilidades do profissional de Saúde da Família e o de Saúde Coletiva.” (4)*

Em princípio, as respostas apontam um processo importante para qualquer projeto, no entanto, podem ser interpretadas, também, como dificuldade de identificar com clareza o papel do profissional que estão formando; ou pior, paralisação frente ao processo formador. Essas respostas de caráter evasivo remeteram-nos a uma reflexão de Eduardo Galeano, no livro *“As Veias Abertas da América Latina”*, para quem a reforma agrária não fora, ainda, feita em vários países latino-americanos, porque tem sido mantida sempre em discussão, logo em processo não conclusivo.

### **3.2 – Modalidades de Formação em Saúde Coletiva**

De acordo com os entrevistados, são várias as modalidades de formação em Saúde Coletiva, com destaque para os mestrados e doutorados, *strictu sensu*, que mais cresceram, ganhando destaque nas últimas décadas e passando a ser o centro de atenção da ABRASCO. Dois coordenadores destacaram este tipo de formação e é fundamental observar a qualidade das suas reflexões, pois a identificam, sobretudo, como voltada para profissionais da área da saúde com perfil acadêmico e interesse maior em pesquisa:

*“Claro que proliferaram muitos mestrados, mas o objetivo do mestrado, doutorado, pós-graduação é a pesquisa, não pode se desvincular da pesquisa, então, é fazer pesquisa.” (9)*

*“Não creio que o Mestrado dê conta desse papel de formar gestores que consigam intervir sobre a realidade, por ser uma formação muito teórica” (4)*

Duas características são centrais no campo da Saúde Coletiva, a primeira é a presença da multi-profissionalidade e a segunda é a necessidade de formação continuada, dada as mudanças permanentes do cuidado individual e coletivo. Por isso, foram lembrados como importante modalidade de formação os Cursos de Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva, que devem ter no mínimo 360h, bem como os Mestrados Profissionalizantes e as Graduações em Saúde Coletiva, criados, principalmente, a partir da última década. Houve defesa explícita dos cursos de especialização, por um lado, e ataque direto em relação as suas limitações, por outro, como se observa:

*“(...) em termos de prioridade eu acho que seriam os cursos de saúde pública, de curta duração, que pode abranger um número maior de profissionais e dar novas perspectivas (...) de atuação numa área mais de saúde pública; [mas] tem que ter no mínimo 360 horas e tem que ter experiência reconhecida”(1)*

*“Os cursos de especialização não dão conta da complexidade” (10)*

*“Os cursos de especialização são para os profissionais em serviço, que já estão contratados.” (8)*

Em relação aos Mestrados Profissionalizantes nada foi aprofundado, tendo sido lembrado que se trata de uma entre *“outras propostas que precisam ser melhor estudadas” (11)* Por outro lado, o mesmo coordenador referiu-se ao curso de Graduação em Saúde Coletiva afirmando que *“não acredito na graduação em saúde coletiva como resposta para formação desse profissional” (11)*. Estes cursos são recentes e, ainda, sem grande impacto na saúde brasileira, todavia, estão em desenvolvimento em algumas importantes universidades e podem vir a ser promissores para o público mais jovem com intenção de ingressar nos cargos de gerência do campo da saúde.

Segundo a maioria dos coordenadores a melhor modalidade de formação na área de Saúde Coletiva é a residência médica. Destaca um entrevistado, que *“para o médico e possivelmente para os outros profissionais a residência é a melhor forma”. (11)*, pois se trata do “padrão ouro” entre as modalidades de formação, por ter: carga horária adequada; relação de dedicação exclusiva; o

método construtivista de ensino-aprendizagem; e a formação em serviço. Observa-se em seguida como os coordenadores reiteram estas idéias:

*“Não tem como comparar a qualidade do profissional que sai da residência, porque é muito melhor” (8)*

*“Não há maneira melhor do que a residência; são insubstituível e outras modalidades não se comparam com a residência.”(7)*

*“Eu acho que a residência ainda é uma opção, ela é uma opção de atuação profissional.” (9)*

*“Residência, sem dúvida [é a melhor forma] e deve se pensar em ampliar para três anos para determinadas áreas, como a epidemiologia” (6)*

*“Então o diferencial da residência é o aprendizado prático, orientado por professores, com conteúdo teórico que pudesse juntar a orientação teórica com o aprimoramento da prática” (1)*

Embora a defesa da residência seja comum entre os coordenadores há, também, aqueles que crêem que não se trata da forma mais adequada de formação profissional, pois:

*“Talvez a RMPS não seja a melhor forma de construir o profissional de Saúde Pública por ser uma formação muito longa, especialmente para a gestão, em vista da demanda atual pela formação rápida de gestores qualificados” (4)*

De maneira sintética, é possível afirmar que prevalece entre os coordenadores a certeza de que a experiência adquirida por um residente, durante dois anos nos diferentes estágios, faz com que saia com uma formação teórico/prática muito mais sólida, que as providas pelos cursos de curta duração, como os de Especialização em Saúde Pública, o Mestrado Profissionalizante e os “*Master Business Administration*”, que tem sido oferecido por algumas instituições privadas.

### **3.3 – Transformações e Investimentos Necessários aos PRMPS**

Esta categoria de análise foi delimitada a partir da forma como os coordenadores dos PRMPS foram indicando a necessidade de transformações nos programas, tendo em vista o *“paradoxo, já que a política para a residência não está favorável ao aumento de vagas e os serviços estão cada vez mais precisando e querendo os residentes na rede”* (5).

Transformar, no sentido de efetuar mudança social, é um dos tópicos mais intensamente debatidos nas Ciências Sociais, pois a ele estão agregadas reflexões sobre os diferentes tipos de inclusão e exclusão sociais. Em geral pensa-se transformação como um fator positivo e que resultará ganhos, todavia, no caso dos PRMPS a mudança tem significado perdas progressivas. Possivelmente, a mais aparente dificuldade no momento está relacionada ao investimento econômico, no entanto tão importante quanto, mas menos explícitas, estão as perdas relacionadas ao investimento político. Como consequência dessa transformação os coordenadores visualizam a necessidade de investimentos de capitais econômico, técnico e político para a: revalorização da carreira e reconstrução de um projeto nacional de formação.

Em relação à revalorização da carreira, foi dito que *“existe uma real necessidade de se (re)-criar a carreira de sanitarista”* (10), uma vez que ela está extinta ou nunca existiu no quadro de profissões de muitos Estados. Por outro lado, foi dito que deve haver revalorização deste saber-fazer e maior investimento econômico, não apenas técnico-político, de forma que:

*“Se o Ministério da Saúde entender que a mudança do PSF é estratégica e observar as mesmas questões que eu, deveria haver um incentivo financeiro para as bolsas de residência de Medicina Preventiva e Social, incentivando a procura por essa área. Vejo isso como uma disputa de mercado”*(2)

*“A gestão é um campo de conhecimento específico e as secretarias de saúde devem valorizar este profissional”*(6) e (8)

No entanto, a maior parte dos debates girou em torno das dificuldades que a falta de um projeto nacional de formação traz. Diferentes aspectos relacionados à carência deste projeto foram apresentados, pelos coordenadores, e em primeiro lugar foi destacada a necessidade da participação de diferentes instituições para a sua construção, como no extrato que segue:

*“É necessária uma ampla discussão envolvendo antigos atores como a ABRASCO e novos atores como o Observatório de Recursos Humanos e as Associações dos Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, para pensar como a pós-graduação imediata formará os gestores de que o país precisa” (4).*

Em segundo lugar foi trazida a dúvida em relação ao interesse da universidade, como centro formador, de participar deste tipo de formação, uma vez que se trata de um investimento específico para o SUS e diferente do que a academia tem priorizado.

*“A universidade tem investido na pos graduação “estrito senso”, mas a rede de prestação serviços tem que investir mais e abrir espaços para os profissionais e valorizar esta formação, o caminho é a valorização do SUS, porque a universidade não fará isso”(7)*

Em terceiro lugar e de maneira bastante sucinta foi lembrado um aspecto que se deve *“Ativar o intercâmbio com outras instituições” (9)*, que é uma exigência maior do contexto atual do trabalho em saúde, em relação ao de décadas passadas, quando se criaram programas específicos de apoio à formação de residentes em Medicina Preventiva e Social. A noção de intersectorialidade é mais presente agora, na medida em que se identificam os limites do setor da saúde frente aos determinantes sociais relacionados a educação, assistência social, lazer esporte e cultura.

Outro elemento do contexto atual, lembrado por mais de um coordenador, foi a presença de diferentes profissionais no campo da Saúde Coletiva. O que se identifica atualmente é que a Saúde Coletiva faz parte da composição do campo da saúde junto com 14 ocupações específicas (Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social) e mais uma agregada que é a Administração Hospitalar.<sup>10 11</sup> No entanto, a



área da Saúde Coletiva compõe um campo em si, na medida em que se constata conflitos internos e tensões de natureza científica e social, em decorrência da coexistência de disciplinas com orientação epistemológica muito heterogênea, como: Ciências Sociais e Humanas, Ciências Administrativas e Planejamento em Saúde, Epidemiologia, Saúde Ambiental, Saúde Ocupacional e o conjunto formado pelas práticas da Saúde Pública, Medicina Preventiva/Social/Comunitária. <sup>11</sup> Com certeza, a visualização deste complexo levou dois coordenadores a afirmarem que:

*(...) “A formação dos gestores deveria integrar profissionais médicos e não-médicos, quebrando barreiras corporativas de ambos os lados” (4)*

*“Trabalhar numa perspectiva multiprofissional, já que o campo da saúde coletiva é multiprofissional, que promova a integração da formação e trabalhe o núcleo de cada profissional” (11)*

Para sumarizar as reflexões sobre as “Transformações e Investimentos necessários aos PRMPS”, destaca-se que os programas passaram por mudanças nas últimas décadas, que levaram a perdas importantes, mas que podem ser revertidas se recursos forem aplicados em seu favor. Entre os investimentos necessários está mais aparente o financeiro, no entanto identificou-se que um conjunto de outros capitais, técnicos e políticos, são exigidos para que haja revalorização desta carreira profissional. Apontam os coordenadores que as conseqüências desses investimentos garantiriam motivação para a escolha da RMPS, bem como interesse dos alunos de graduação pelas disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva.

### 3.4 – Perspectivas da RMPS no Campo da Saúde

O campo da saúde é, com certeza, dos mais complexos entre todos os campos. Em primeiro lugar, porque não é único o produto, idéia ou objeto que o constitui, pois são vários e inter-relacionados, como: a prevenção, a recuperação e a promoção da saúde; também, porque as ações e relações desenvolvidas pelos agentes ou conjuntos de agentes do campo são diversas; por fim, porque são complexas as diretrizes, padrões, procedimentos, penalidades, sanções etc., enfim, o conjunto de regras que conformam o comportamento dos diferentes agentes nas diversas atividades econômicas e sociais no campo. Tendo em vista este complexo, cada um e todos os coordenadores foram estimulados a apresentarem suas perspectivas futuras em relação aos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social.

Identificamos um conjunto de respostas bem diversificadas e com variados temas, refletindo desde questões locais, até questões nacionais e sobre as políticas de saúde. No entanto, durante a etapa de organização do material entendemos que a classificação primordial dos discursos divide-se entre as perspectivas negativas e as perspectivas positivas.

Em primeiro lugar vamos tratar dos temas negativos apontados pelos entrevistados, uma vez que alguns deles expressaram enfaticamente suas descrenças em relação ao funcionamento futuro dos PRMPS. O sentimento de desesperança foi expresso tanto de forma muito sintética, como a *“perspectiva é muito negra”* (6) ou *“com a extinção de residências históricas no estado a perspectiva não é boa”* (10), como de formas mais analíticas, como se vê nos extratos que seguem:

*“Não sou muito otimista, mas acho que deveria continuar formando e com poucas vagas para entrar os que realmente querem esta área. Acho necessário, porque daqui a pouco não teremos este profissional e em certas situações é necessário que seja o médico e o seu conhecimento específico, mas com a estrutura que esta aí, não vejo uma boa perspectiva”* (8)

*“Difícilmente, a gente vai ter uma expansão da residência em preventiva, ter como já tivemos dez alunos por ano. (...) Eu acho que a perspectiva não é grande para alguém que termine o curso de graduação e se dedique à residência em medicina preventiva. Não*

*tenho perspectivas de ter uma expansão, ou uma retomada nesse sentido e não seria surpreendente até se parasse, deixasse de ter alunos e campo” (1)*

Outros coordenadores não foram enfáticos em mostrar suas perspectivas negativas, embora tenham pontuado temas variados, que explicitam problemas para projetar uma perspectiva favorável. Entre as dificuldades sinalizadas estão a *“questão do número de vagas pela rigidez da FUNDAP” (5)*, bem como a dedicação dos docentes na residência, pois estes *“vão mais para a pós-graduação estrito senso” (7)*, havendo uma competição muito grande propiciando o desmantelamento das residências. Especificamente em relação a este último tema, um coordenador, todavia, acredita haver uma melhora nos últimos anos da *“integração dos docentes com a residência [com] boas perspectivas, para o aperfeiçoamento do programa” (5)*.

Outro tema trazido por mais de um coordenador refere-se à falta de um padrão único ou currículo unificado dos programas, que atenda as necessidades tanto do mercado público como do privado. Outro coordenador, por sua vez, fez crítica severa à postura da ABRASCO nos últimos anos, pelo fato da Associação ter abandonado a residência, deixando-a em um vácuo de regulamentação. Este entrevistado afirmou que se sente *“muito sozinho para pensar o futuro da residência, pois não há espaço para refletir” (4)*, além de ter reclamado do processo de morte lenta a que foram submetidos os programas.

Em relação as perspectivas positivas, também, foram identificadas diferentes qualidades de respostas, com alguns coordenadores visualizando, por um lado, o futuro dos programas de uma maneira mais otimista e com potencial melhora pelo *“momento histórico, possível de fortalecer novamente essa residência.” (9)* Por outro lado, apontando o momento atual do sistema de saúde brasileiro como propício para o *“resgate da importância do médico sanitário, inclusive pela iniciativa privada.” (10)*, uma vez que *“a residência tem tradição na formação de recursos humanos para a Atenção básica, inclusive [formando] diversos secretários de Saúde, [há] mais de 20 anos.” (2)*

Alguns entrevistados assumiram a perspectiva positiva, embora tenham ciência das perdas ao longo das últimas décadas. Para eles o papel do especialista em Medicina Preventiva e Social no campo da saúde em geral esta

passando por uma redefinição, pois “o campo diversificou e não há uma carreira definida, sendo o grande empregador o sistema público, apesar de hoje existir inserção no mercado privado” (11). No entanto, crêem existir um grande potencial de revalorização deste profissional, sobretudo por que:

*“as organizações em saúde estão precisando muito de conhecimento em avaliação em saúde, vigilância e gestão. Não gestão hospitalar, mas gestão de sistema. Isso não é especialidade de ninguém. Todo mundo acha que se estudar um pouquinho manja. Essa área de informação em saúde e de capacitação técnica é uma área que tem crescido e precisa de gente especialista em produção e análise de informação em saúde, que é fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde. Tanto público como na saúde suplementar. A grande questão é valorizar o título de especialização nas secretarias municipais e estaduais e garantir que tenha gente que domine essa tecnologia.(...) Sou mais otimista” (6)*

*“Com a amplificação do modelo de Vigilância em Saúde, eu creio que a perspectiva profissional, dessa residência, com esse perfil, com formação bem sólida em atividades em vigilância, tende a aumentar. Talvez uma tendência dessa residência, seria como existem já alguns modelos, tornar-se uma residência interdisciplinar, como a própria Vigilância em Saúde, eu creio que é uma opção para o médico, mas não só para o médico e sim para a equipe de saúde como um todo”. (9)*

Embora tenhamos adotado a classificação entre boas e más perspectivas um tema assumiu importante centralidade neste debate e, por isso, optamos por desenvolvê-lo separadamente dos demais. Trata-se da relação entre a Residência em Medicina Preventiva e Social e a Residência em Saúde da Família e a política do Programa de Saúde da família (PSF). O Ministério da Saúde vem dando grande ênfase na expansão de ações que consolidem as redes locais de saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF) é uma destas estratégias, que toma as Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada do Sistema, num esforço de resolver a maior parte dos problemas da população local. O PSF se baseia na promoção da saúde e na prevenção da doença, além de tratar as doenças mais comuns tanto para recuperação quanto para reabilitação. A organização do PSF se dá em equipes multiprofissionais, que promove a adscrição do território e de sua população; com o princípio fundamental da atenção humanizada, que se inicia com o acolhimento, que significa: receber bem e dar respostas às necessidades

de saúde da população. Por isso, a Residência de Saúde da Família forma médicos para atuarem nas áreas básicas, com capacidade clínica de resolver os principais problemas e agravos da população.

Alguns coordenadores vêem a relação entre RMPS e RMF como bastante positiva e acreditam que a integração e consolidação de algumas estratégias do PSF trarão valorização dos programas destinados a formação do médico sanitário, assim, “o PSF pode ser um filão para as residências de Preventiva e Social” (2). Um entrevistado destaca que no mercado de trabalho haverá lugar para o profissional médico generalista, formado com ênfase maior na gerência do sistema público de saúde.

*“Eu vejo que é o momento que as perspectivas vão abrir-se para os profissionais que atuam na Vigilância em Saúde e Epidemiológica, ou no planejamento, implantação e implementação de políticas públicas, especialmente pela expansão das Estratégias da Saúde da Família,”(9)*

No entanto, outros coordenadores têm uma perspectiva negativa da relação entre RMPS e RMF, pois acreditam que estas últimas prejudicam o futuro dos PRMPS, sobretudo com a pressão que o mercado de trabalho aberto pelo PSF, com altos salários e a falta de exigência de especialização, exerce. Em outras palavras, acreditam que a Residência de Medicina Preventiva e Social está aos poucos sendo “engolida” pela Residência de Medicina de Família, como se pode identificar nos extratos que seguem:

*“A Medicina Preventiva e Social perdeu muito espaço para a Medicina de Família e Comunidade, no confronto do mercado de trabalho e residência médica. Com a abertura de um grande número de vagas para o PSF, quem tem vocação para aquilo que a gente ministra aqui, vai direto para o emprego e ganha cinco vezes mais. Não se exige nenhum pré-requisito para o emprego e o fato de ter um título em Medicina Preventiva não qualifica em nada a mais” (6)*

*“A emergência da estratégia do PSF mais atrapalhou do que ajudou, porque o PSF paga muito mais do que a Bolsa de Residência” (4)*

Um último argumento apresenta perspectiva bastante crítica em relação ao PSF e mostra um questionamento contundente em relação as Residências de Saúde da Família, pois as identifica como “*muito voltada à assistência individual*”, mantendo, portanto, a visão reducionista do modelo biomédico. Além disto, qualifica-as como não capacitadas a preparar “*o profissional para a gestão, nem mesmo da atenção básica*” (4), contrariando princípios básicos do campo da saúde desde os anos de 1970.

## 6. Conclusões

Durante o curso de Ciências Sociais para médicos residentes de primeiro e segundo anos no DMPS/FCM/Unicamp foi estimulado que observassem temas de interesse para pesquisa e, processualmente, a relação inversa entre o número de profissionais médicos sanitaristas com formação e os números do sistema de saúde foi sendo identificado como tema prioritário. Em seguida, foi escrito um projeto de pesquisa, pelo grupo formado por três residentes e um docente do curso, para ser apresentado ao *Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo*<sup>12</sup>, para integrar o conjunto de projetos apoiados por ele. Assim, foi elaborado este trabalho com o fim de compreender os fundamentos de uma contradição do campo da saúde brasileiro, empiricamente observado, em relação ao crescimento do Sistema Único de Saúde e o enxugamento dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social, na última década.

Este projeto foi estruturado como um Estudo de Caso sobre os Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social, ativos e com residentes no Brasil. No total foram investigadas 11 diferentes instituições, as quais poderiam ser estudadas como casos individuais, mas a opção foi aglutiná-las, para construir uma única análise ou a análise do caso dos PRMPS brasileiros.

A metodologia adotada no projeto foi quantitativa e qualitativa, dividida em duas partes: a primeira, de caráter quantitativo, previa o envio de questionário semi-estruturado por meio eletrônico aos coordenadores dos PRMPS ativos e com residentes no Brasil, e a segunda, de caráter qualitativo, previa a realização de visitas às instituições de origem dos coordenadores, para a realização de entrevista em profundidade. A segunda etapa foi prevista para solucionar problema comum de não retorno do instrumento de pesquisa preenchido, observado, entre outras experiências, no último levantamento dos PRMPS realizado na década de 1980<sup>1</sup>. Após o início dos trabalhos de campo houve mudança na metodologia, pois dos 11 questionários enviados eletronicamente para os coordenadores dos programas nenhum foi devolvido, por isso decidiu-se fazer contato telefônico e realizar a entrevista com o instrumento remetido. Durante os trabalhos telefônicos observou-se que parte do instrumento original, com questões abertas, não obteve informação adequada, tornando-se decisivo o

seu uso durante as entrevistas em profundidade. Após a realização de análises parciais com as informações quantificáveis foram realizadas as visitas as instituições participantes da pesquisa e as entrevistas. Considera-se que a metodologia da pesquisa foi bem sucedida, pois apenas um coordenador não respondeu ao questionário semi-estruturado da Fase I e todos os 11 coordenadores concederam-nos entrevistas.

Para propiciar maior visibilidade das diferenças entre os programas analisados construímos uma tipologia a partir da abordagem teórico-prática desenvolvida ao longo da residência. A construção de uma tipologia para os programas de RMPS é um exercício complexo, em razão da multiplicidade de variáveis possíveis de serem utilizadas para a construção e caracterização de tipos. Para que não pareça uma simples redução, explica-se que a opção pela categoria que levou à tipologia deveu-se a sua importância na organização da maior parte das outras atividades dos cursos. Em outras palavras, as abordagens teóricas e práticas adotadas deixam ver os princípios organizadores e os fins de cada programa de residência.

Fundamentalmente, identificamos três tipos de abordagem teórico-prática nas RMPS, a saber: a generalista em Saúde Coletiva, com oito dos programas; a centrada na Epidemiologia; com um programa; e outra centrada na Saúde Comunitária, também, com um programa.

O primeiro tipo de programa toma a Saúde Coletiva como princípio organizador da sua abordagem teórica e local de desenvolvimento de práticas, mas praticamente cada residência é única, devido o fato de a perspectiva coletiva ser formada por diferentes disciplinas e não haver uma padronização da dimensão teórica e prática ofertadas pelos cursos. Assim, a estratégia adotada pelos programas é a de declarar uma abordagem geral em Saúde Coletiva e centrar ênfase nas perspectivas “teórica” específicas, como: Saúde Ocupacional, Atenção Primária, Educação em Saúde, Gestão de Sistema Local e na linha de pesquisa do docente. De acordo com a ênfase teórica ou disciplinar adotada pelo curso define-se, também, os locais de prática, que podem ser: hospital, unidades de atenção primária, centro de saúde escola, secretaria municipal, distritos de saúde, e órgãos específicos de vigilância e gerenciamento de dados em



diferentes níveis de gestão. O quadro que segue mostra os programas do tipo identificado como generalista em Saúde Coletiva.

**Quadro 15 – Programas do Tipo Generalista em Saúde Coletiva**

<b>Instituições</b>	<b>Característica R1</b>	<b>Característica R2</b>	<b>Ênfase predominante</b>	<b>Cenário de pratica predominante</b>
<b>UFBA</b>	Abordagem geral da saúde coletiva	Abordagem geral da saúde coletiva	Atenção Primária,	Atenção primária e gestão do sistema local de saúde
<b>UFF</b>	Abordagem geral da saúde coletiva	Concentração em Planej e Gerência, Epi e Mét Quanti, Saúde Ambiental Saúde do Trabalhador	Área de escolha do residente	Diferentes níveis de atenção e de gestão no sistema municipal, estadual e federal de saúde.
<b>UFPB</b>	Abordagem geral da saúde coletiva	Educação em Saúde e desenvolvimento de RH.	Educação em Saúde	Atenção primária e gestão do sistema local de saúde.
<b>UNICAMP</b>	Abordagem geral da saúde coletiva e na atenção primária e saúde do trabalhador	Concentração em Distrito de Saúde e Hospital	Gestão de sistema local	Atenção primária e gestão do sistema local de saúde.
<b>USP</b>	Abordagem geral da saúde coletiva	Concentração de acordo com a linha de pesquisa docente	Linha de pesquisa docente	<i>Centro de Saúde Escola</i>
<b>UPE</b>	Abordagem geral da saúde coletiva	Abordagem geral da saúde coletiva	Gestão de sistema local	Atenção primária e gestão do sistema local de saúde
<b>IAMSPE</b>	Abordagem geral da saúde coletiva	Concentração em saúde ocupacional	Saúde Ocupacional	Hospital
<b>FMABC</b>	Abordagem geral da saúde coletiva, gestão e saúde ocupacional	Concentração de acordo com a linha de pesquisa docente	Linha de pesquisa docente	gestão do sistema local de saúde.

Os tipos centrados na perspectiva teórico-prática da Epidemiologia e da Saúde Comunitária estão detalhados nos Quadros 16 e 17, nos quais se pode observar a mesma relação direta entre a ênfase teórico-disciplinar e a definição

do local de prática. Talvez, a diferença fundamental entre estes dois e a maior parte dos demais programas é que estes declaram sua ênfase imediata, enquanto aqueles, em princípio optam por se apresentar de forma mais geral, ainda que, também, promovam reduções.

**Quadro 16 – Programa do Tipo com Ênfase em Epidemiologia**

Instituições	Característica R1	Característica R2	Ênfase predominante	Cenário de pratica predominante
<b>HSE-RJ</b>	Abordagem restrita a epidemiologia hospitalar	Abordagem restrita a epidemiologia hospitalar	Epidemiologia e prática em hospital	Hospital

**Quadro 17 – Programa do Tipo com Ênfase em Saúde Comunitária**

Instituições	Característica R1	Característica R2	Ênfase predominante	Cenário de pratica predominante
<b>UFPEL</b>	Abordagem da saúde coletiva com ênfase na prestação de serviços básicos de saúde.	Abordagem da saúde coletiva com ênfase na prestação de serviços básicos de saúde	Atenção Primária	Centro de Saúde

De maneira geral, os 11 programas apresentam pontos em comum, mas com estruturas bastante distintas, refletindo as dificuldades de definir o perfil do profissional de Saúde Coletiva, em relação às necessidades do campo da saúde. Relativamente aos docentes, notam-se a participação de um total de 95 docentes no consolidado de todas as residências, entretanto, como um dos programas não respondeu ao questionário e outros não informaram dados sobre os preceptores e demais docentes é possível estimar que o número real seja pouco maior.

Apesar da RMPS se constituir em uma residência na interface com outras áreas, logo com marcada característica de multi-profissionalidade, há a preponderância de médicos tanto entre coordenadores, quanto entre preceptores e outros docentes. Registra-se que há poucos docentes com outras formações e que, por exemplo, existe apenas um com formação em psicologia, um economista e nenhum representante da área de administração.

Já em relação ao perfil de pós-graduação dos profissionais envolvidos com a RMPS observou-se melhora em comparação com a realidade da década de 1980. Atualmente, 65 docentes (69,4%) apresentam no mínimo doutorado, enquanto anteriormente o índice observado foi de 18,9%.<sup>1</sup>

No tocante ao regime de trabalho, também houve avanços, ainda que menos significativos, pois o número de docentes em dedicação exclusiva (n=44) evoluiu de 16% para 46,3%, enquanto que o número de docentes que trabalham em regime de 20 horas ou menos (n=20) se reduziu de 60% para 22,1%.

Entretanto, outros números são menos animadores. Apesar da quantidade total de horas dedicadas às instituições ter aumentado em função da maior presença de professores em regimes de dedicação exclusiva ou 40 horas semanais, essa maior carga horária não parece ter revertido em favor dos PRMPS, uma vez que a mediana de horas dedicadas à Residência variou de 14,0 entre os coordenadores a 10,0 entre os demais docentes.

Os resultados confirmam a nossa percepção empírica de redução progressiva dos residentes nos PRMPS. O número de vagas para residentes, no período dos últimos cinco anos (2002-2006), sofreu uma redução de 8% do total de vagas credenciadas para o R1 e R2, bem como declínio progressivo no número de vagas disponibilizadas com bolsas para o R1, resultando em uma redução de quase 20% do total. Em relação ao preenchimento das vagas no período, por outro lado, houve relativa estabilidade em relação aos R1 e R2, com número de residentes sempre inferiores ao de vagas disponibilizadas com bolsas.

Duas tendências, em relação aos PRMPS, identificadas nos últimos cinco anos devem ser destacadas: a primeira que mostra concentração de programas na região Sudeste e em instituições estaduais, na contramão das políticas de interiorização dos profissionais da saúde no Brasil; e a segunda que mostra uma relativa estabilidade nos últimos 5 anos em relação ao preenchimento de vagas por ano, em torno de 20.

Ao longo da Parte II do projeto, com a realização das entrevistas em profundidade, a heterogeneidade dos programas ficou mais evidente, quando as respostas de alguns coordenadores não apenas divergiam, como verdadeiramente se opunham em relação as: a) Competências e Habilidades Fundamentais do Profissional de Saúde Coletiva; b) Modalidades de Formação

em Saúde Coletiva; c) Transformações e Investimentos Necessários aos PRMPS e d) Perspectivas da RMPS no Campo da Saúde.

A partir das divergências e oposições dos coordenadores compreende-se o contexto atual de carências dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil. A primeira falta é de uma definição das competências e habilidades do médico que realiza esta modalidade de especialização, como existe em outros países como, por exemplo, nos Estados Unidos<sup>8</sup>. A segunda é a falta de uma regulação profissional que defina os pré-requisitos, os direitos e deveres do especialista em Saúde Coletiva, passando inclusive pela revisão da tradicional alcunha de “sanitarista” e pela redefinição de cargos públicos específicos. A terceira é a crescente competição propiciada por meios de formação mais rápida desse especialista, tais como os *Master of Business and Administration* (MBA), os Mestrados Profissionalizantes e os cursos de extensão de curta duração. A quarta é o abandono da discussão sobre as RMPS por parte dos órgãos governamentais de regulação, CNRM/MEC e SGTES/MS, e da entidade representativa da pós-graduação em saúde coletiva (ABRASCO).

Cruzando os elementos anteriores com fatos ocorridos no campo da saúde na última década, como o fechamento de PRMPS tradicionais e importantes, como da Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e da Universidade Federal da Paraíba, e a expansão do Programa de Saúde da Família, pode-se inferir que a RMPS definiu por falta de uma política nacional, que apontasse as prioridades em relação aos conteúdos teóricos e práticos do especialista em Saúde Coletiva. Mais, ainda, pode-se inferir dois possíveis cenários para os próximos anos: o primeiro de crescimento dos RMPS pela associação com o PSF, sobretudo pelo fato de deixar patente a diferença das habilidades e competências destes dois tipos de profissionais, sobretudo em relação à gerência do sistema de saúde. O segundo cenário é de extinção dos PRMPS, por definhamento por inanição, esquecendo seu papel histórico no movimento de Reforma Sanitária, da criação e implantação do SUS, atribuindo suas funções a cursos de menor envergadura e pontuais, para necessidades específicas do sistema, e cursos de maior profundidade, para a formação da “inteligentzia” da Saúde Coletiva.

## 7. Referências Bibliográficas

1. CAMPOS, F. E.; GIRARDI, S. N. Caracterização dos Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social no Brasil. In: ABRASCO. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil – vol. 3*. Rio de Janeiro, 1984.
2. BUSS, P. M. A experiência do programa de apoio às residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR MS/MP/SP). In: ABRASCO. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil – vol. 1*. Rio de Janeiro, 1982.
3. NUNES, E. D. A Medicina Social no Brasil, um estudo de sua trajetória. In: ABRASCO. *Estudos de Saúde Coletiva – vol. 5*. Rio de Janeiro, 1988.
4. ELIAS, P. E.; MARSIGLIA, R.; GONÇALVES, R. B. Contribuições para o debate sobre Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil. In: ABRASCO. *Estudos de Saúde Coletiva – vol. 5*. Rio de Janeiro, 1988.
5. SCHRAIBER, L. B. A Residência e a organização social da prática médica. In: ABRASCO. *Estudos de Saúde Coletiva – vol. 5*. Rio de Janeiro, 1988.
6. ELIAS, P. E. Regulamentação da Residência Médica: entre as Técnicas Pedagógicas e as Políticas de Saúde. In: ABRASCO. *Estudos de Saúde Coletiva – vol. 5*. Rio de Janeiro, 1988.
7. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. A especialidade médica no campo da saúde coletiva. In: UNICAMP. *Relatório Final do Seminário Nacional de Residência Médica*. Campinas, 1999.
8. LANE, D.S. et al. Core competencies for Preventive Residents Version 2.0. *American Journal of Preventive Medicine*, 1999; 16 (4)
9. Dicionário Houaiss. Disponível em <http://noticias.uol.com.br/educacao/>, acessado em 20/05/07
10. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/> - acessado em outubro de 2006
11. BARROS, N.F Campos, *Habitus e um Conjunto de Práticas Alternativas e Complementares*. Apresentação na Mesa “Ensino nas Ciências da Saúde”, no Seminário “Ciências Sociais na Saúde Coletiva: um habitus no campo”. 9 e 10/Novembro/ 2006. DMPS/FCM/UNICAMP
12. Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo. Disponível em <http://www.observarhsp.org.br/>, acessado em maio de 2007.

13. GARCIA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Organização Pan-americana da Saúde. Washington, D.C., 1972.
14. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. RESOLUÇÃO. CNRM Nº. 02/2006, de 17 de maio de 2006. *Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências*. Brasília, D.F., 2006.
15. FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na Educação Médica & Residência Médica no Brasil*. Editora Hucitec. Rede Unida. São Paulo, 1998.

## **Anexo 1**

**Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP  
Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Medicina Preventiva e Social**

### **Projeto de Pesquisa:**

**Re-Characterização das Residências de Medicina Preventiva e Social**

**Entrevista nº:**

**Data da entrevista:**

**Hora:**

**Nome do Entrevistado:**

**Instituição:**

**Unidade Federativa:**

**Estrutura administrativa:**

**Ano de criação do programa:**

**Número de docentes envolvidos com a residência:**

**Número de demais envolvidos com a residência sem vínculo docente:**

**Nome do Entrevistador:**

**Observações e comentários:**





Nome	Form	Pós-graduação	Área de Pós-graduação	Regime de trabalho	Horas Resid.	Atividades exercidas com a residência
------	------	---------------	-----------------------	--------------------	--------------	---------------------------------------

**Caracterização do corpo docente:**

	C	A	PD	D	M	E	EE	CS	AC	PA	SO	O – qual	DE	40	20	>	AT	STP	ACA	SS	/	
Coordenador																						
Preceptor																						
Demais docentes																						
Demais não docentes																						

**Legenda tabela**

**Form: formação em nível de graduação**

**Pós-graduação:** C – concluída, A – em andamento, PD - Pós-doutorado, D - Doutorado, M - mestrado, E - especialização

**Área de pós-graduação:** EE - epidemiologia e estatística, CS - ciências sociais, AC - área clínica, PA - planejamento e administração, SO - saúde ocupacional, O - outra

**Regime de trabalho:** DE - dedicação exclusiva, 40 - 40 horas, 20 - 20 horas, > - menos de 20 horas

**Horas Resid.:** Horas semanais dedicadas às atividades com a residência

**Atividades exercidas na residência:** AT - aula teórica, STP - supervisão teórico – prática, ACA - atividade clínica-ambulatorial, SS - supervisão em serviço, AP - atividade de pesquisa

**Caracterização do corpo docente**

ANO	R1					R2					R3				
	VC	VDB	VP	DES	FON	VC	VDB	VO	DES	FON	VB	VDB	VP	DES	FON
2006															
2005															
2004															
2003															
2002															

**Legenda tabela**

**VC** – Vagas credenciadas

**VDB** – Vagas disponibilizadas com bolsa

**VP** – Vagas preenchidas

**DES** – Desistências

**FON** – Fontes de Financiamento

### Caracterização dos programas de ensino das residências médicas (R1)

#### Atividades de treinamento em serviço

Locais de estágio	Carga horária	Atividades desenvolvidas

#### Módulos teóricos

Campo conhecimento	Disciplina	Carga horária

## Caracterização dos programas de ensino das residências médicas (R2)

### Atividades de treinamento em serviço

Locais de estágio	Carga horária	Atividades desenvolvidas

### Módulos teóricos

Campo conhecimento	Disciplina	Carga horária

### Caracterização dos programas de ensino das residências médicas (R3)

Atividades de treinamento em serviço

Locais de estágio	Carga horária	Atividades desenvolvidas

Módulos teóricos

Campo conhecimento	Disciplina	Carga horária

- **Observações ou comentários – preencher na capa**

## Anexo 2 – Roteiro de Entrevistas

### Entrevista com os coordenadores dos Programas de RMPS

#### A. História da Residência

- Como foi o processo de criação da residência?
- A residência era estruturada de maneira diferente do que é hoje?
- Os objetivos da formação são os mesmos de antes?
- Como tem sido a inserção das ciências sociais e da análise institucional no programa pedagógico?
- Como se deu, historicamente, a relação da residência com o departamento e com instituição?
- Como se deu, historicamente, a relação da residência com os serviços públicos de saúde da sua cidade?
- Como se deu, historicamente, a relação da residência com a graduação (se houver)?
- Como se caracterizou, historicamente, a procura por essa residência?

#### B. Perspectivas

- Que perspectiva você vê para as residências de medicina preventiva e social?
- Quais são as transformações necessárias?
- Quais são os investimentos necessários?
- Que competências e habilidades deve ter o médico sanitário quando formado?
- Que perspectivas de trabalho você vê para esse profissional?
- Que campos de atuação você vê para esse profissional?
- Qual o melhor modo de formá-lo? Por meio da residência ou outro tipo de formação?





# Re-caracterização dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil

Esteves, RJF<sup>\*1</sup>; Massuda A<sup>2</sup>; Morita, M<sup>1</sup>; Guimarães, VL<sup>1</sup>; Barros, NF<sup>3</sup>

## 1. Introdução

A Residência de Medicina Preventiva e Social (RMPS) nasce com a implantação dos departamentos de Medicina Preventiva no Brasil a partir da influência da medicina preventiva, medicina social e saúde pública. O primeiro programa é criado em 1962, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto<sup>1</sup>. Na década de 1970, houve um ligeiro aumento do número. Entretanto, em 1977, a oferta limitava-se a não mais que 20 vagas.

O período entre 1979 e 1981 é decisivo na história das RMPS. Estudos realizados pelo INAMPS estimaram a necessidade de 1800 profissionais com formação em Medicina Preventiva e Social para atuar nas áreas de gestão, planejamento e epidemiologia. Todavia, o número de vagas nas RMPS não passava de 40. Crouse-estudo o PAR MS/MP/SP – Programa de Apoio às Residências de Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública<sup>2</sup>, promovendo o aumento do número de vagas para 130 em 1980 e, em seguida, 187 em 1981.

No início da década de 1980, assistiu-se a uma ruptura entre a Residência em Medicina Geral e Comunitária e a RMPS. Essa última incorporou como campo de treinamento e intervenção os serviços de saúde, dentro de uma perspectiva de entendimento do coletivo como campo articulado de práticas socialmente estruturadas e ainda no plano do entendimento das determinações sociais do processo saúde/doença.

A década de 1990 foi marcada pelo crescimento das residências em Medicina Geral e Comunitária ou de Saúde da Família, estimulados pela implementação do Programa de Saúde da Família. Por outro lado, observou-se uma progressiva redução no número de vagas e bolsas dos programas de RMPS, acompanhada do fechamento de vários deles.

Não obstante o paradoxo entre o aumento da demanda por profissionais gestores para o SUS e o declínio das RMPS, não há registros na literatura mais recente sobre trabalhos que visem elucidar a natureza desse fenômeno e suas aparentes contradições. Os últimos estudos datam de 1988<sup>3</sup>. Nem mesmo a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) tem se dedicado sobre o tema. Tampouco parece ser esta uma preocupação do ensino governamental, que ao renovar em 2006 a regulamentação das RMPS, manteve-a no mesmo formato original de 1981, sem qualquer adaptação às novas realidades de saúde materializadas a partir da construção do SUS.

Em face da marcante redução do número de Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social (PRMPS), bem como da quantidade de residentes matriculados nas instituições que os promovem, faz-se imperativo investigar as eventuais causas deste declínio.

## 2. Objetivos

- Re-caracterizar os Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social, ativos e com residentes no Brasil;
- Identificar o número de docentes e residentes participantes, o conteúdo programático, os cenários de prática e a metodologia pedagógica dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social brasileiros;
- Discutir esta modalidade de especialização frente aos atuais desafios do campo da saúde.

## 3. Material e Métodos

Foi realizada *pesquisa com dados secundários*, obtidos a partir da caracterização dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social (PRMPS) do Brasil, realizada na década de 1980, e por meio das publicações da Comissão Nacional de Residência Médica datadas de 2005 até o presente momento.

Em seguida, foi realizada *pesquisa com dados primários*, por correio eletrônico, obtidos a partir do envio de questionários aos coordenadores dos PRMPS ativos e com residentes, utilizando-se instrumento semi-estruturado, abordando a quantidade de docentes e residentes participantes, o conteúdo programático, os cenários de prática e a metodologia pedagógica. Por fim, foram analisados os dados obtidos utilizando-se metodologia quantitativa e qualitativa, a partir de diversos referenciais teóricos.

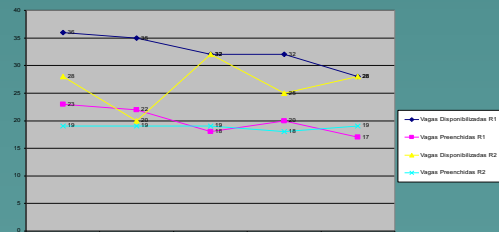
## 4. Resultados

De 11 instituições com RMPS em atividade, quatro são programas de universidades federais (UFBA, UFPEL, UFF, UFPA), seis universidades e serviços estaduais (UNICAMP, IAMSPE, USP, UNESP, HSE-RJ e UPE) e uma faculdade privada (FMABC). Destas, 8 responderam ao questionário. Não responderam até o momento: UFRJ, HSE-RJ e UNESP. A região Sudeste concentra quatro destes programas e a região Nordeste conta com três programas em atividade.

### 4.1 Residentes

Analisando as vagas de residentes, observou-se um declínio progressivo no número de bolsas ofertadas para o primeiro ano de residência e uma grande variabilidade para o R2. Também se observou um declínio no número de vagas preenchidas, conforme gráfico abaixo.

**Vagas de Médicos Residentes**



### 4.2 Coordenadores

Do total, 7 são médicos e 1 é cientista social. Todos concluíram pós-graduação, sendo 1 (12,5%) com pós-doutorado, 4 (50%) com doutorado, 2 (25%) com mestrado e 1 (12,5%) com especialização. Quanto ao regime de trabalho, 3 (37,5%) têm dedicação exclusiva, 3 (37,5%) são 40 horas/semana e 2 (25%) são menos de 20 horas/semana. Quanto às horas dedicadas à residência, a média foi de 20 horas (mediana: 16; desvio-padrão: 14,6).

### 4.3 Preceptores

Dos 8 programas analisados, 4 informaram ter também preceptores em seus programas, sendo todos médicos e com pós-graduação concluída: 2 (50%) com mestrado, 1 (25%) com doutorado e 1 (25%) com especialização. Quanto ao regime de trabalho, 2 (50%) têm jornada de 40 horas/semana e 2 (50%) de 20 horas/semana. Quanto às horas dedicadas à residência, a média foi de 15,7 horas (mediana: 15,0; desvio-padrão: 8,0).

### 4.4 Demais docentes

No total dos 8 programas, 53 (94,0%) são médicos, 1 (1,8%) é economista, 1 (1,8%) é cientista social e 1 (1,8%) é assistente social. Quanto à pós-graduação: a média de pós-doutorado foi de 2,0 (mediana: 1,0; desvio-padrão: 2,7), a média de doutorado foi de 2,2 (mediana: 2,5; desvio-padrão: 3,1), a média de mestrado foi de 1,3 (mediana: 1,0; desvio-padrão: 1,0), a média de especialização foi de 1,0 (mediana: 0,5; desvio-padrão: 1,2). Quanto ao regime de trabalho, a média de docentes em dedicação exclusiva foi de 4,2 (mediana: 3,0; desvio-padrão: 4,8), em 40 horas/semana foi de 3,2 (mediana: 1,0; desvio-padrão: 5,1), em 20 horas/semana foi de 1,5 (mediana: 0,5; desvio-padrão: 2,0) e apenas 1 docente em menos de 20 horas/semana. Quanto às horas dedicadas à residência, a média foi de 7,7 horas (mediana: 7,5; desvio-padrão: 3,4).

1 – R2 de Medicina Preventiva e Social do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp  
 2 – R3 de Medicina Preventiva e Social do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp  
 3 – Professor de Ciências Sociais do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp

\* Contato: esteves@igal.com

### 4.5 Locais de estágio

Observou-se que seis programas mantêm o Centro de Saúde (CS) como local de estágio no primeiro ano de residência, sendo dois deles em Centros de Saúde Escola, e somente a UFPEL mantém, também, no segundo ano. Nas secretarias municipais de saúde, distritos de saúde e hospitais públicos cinco instituições possuem estágios distribuídos entre o R1 e R2. E, em seguida, quanto residências têm estágio em serviços públicos em saúde do trabalhador. Outros estágios citados foram: Empresas (2), a Direção Regional de Saúde (1), ambulatório privado (1), hospital privado (1) e atividades de iniciação/pesquisa na Universidade (1).

**CS:** Do total de 8 programas de RMPS, 6 têm o CS como local de estágio no R1, 2 programas (FMABC e IAMSPE) não. Os que têm desenvolvem as seguintes atividades:

Atividades assistenciais	6
Gestão e planejamento	5
Educação em Saúde	4
Vigilância	3
Programação em saúde	2
Prevenção e promoção	1

No R2, apenas 2 programas mantêm o CS como local de estágio (UFPE e UFPA). Ressalta-se que pelas respostas dos coordenadores, não há diferenças significativas nas atividades desenvolvidas tanto no R1 como no R2 no CS. Na UFPE, nos 2 anos do programa, os residentes só passam apenas pelo CS. Atividades desenvolvidas pelos R2 no CS, são as seguintes:

Atividades assistenciais	2
Educação em Saúde	2
Gestão e planejamento	1
Prevenção e promoção	1
Programação em saúde	1
Vigilância	1

**DISTRITOS:** No R1, somente a USP e UFPA delegaram o distrito sanitário como local de estágio. No primeiro, os residentes desenvolvem atividades de pesquisa e no segundo, gestão e planejamento, educação em saúde, programação em saúde e supervisão e apoio institucional aos serviços de saúde. No R2, somente os residentes da UNICAMP passam pelo distrito e desenvolvem atividades de gestão e planejamento, educação em saúde, análise de dados epidemiológicos e acompanhamento de vigilância hospitalar.

**SMS:** No R1, 4 programas com as seguintes atividades:

USP	Vigilância
ABC	Gestão e planejamento
IAMSPE	Vigilância
UFBA	Gestão e planejamento
	Vigilância
	Supervisão e apoio institucional aos serviços saúde
	Regulação de serviços de saúde

No R2, 3 programas com as seguintes atividades:

UFPA	Gestão e planejamento
	Apoio institucionais aos serviços saúde
IAMSPE	Educação em Saúde
UNICAMP	Gestão e planejamento

**HOSPITAL:** No R1, 5 programas com as seguintes atividades:

USP	Visita aos setores assistenciais e administrativos
	Vigilância
ABC	Gestão e planejamento
UFPA	Vigilância
IAMSPE	Gestão e planejamento
	Saúde do trabalhador
	Vigilância
UFPE	Atividades assistenciais

No R2, 3 programas com as seguintes atividades:

UFPA	Saúde do trabalhador
UFPE	Atividades assistenciais
UNICAMP	Gestão e planejamento

**S.E.S.:** Único a passar é a IAMSPE, desenvolvendo atividades de vigilância, programação em saúde no R1.

**Outros estágios:** UNICAMP – Estágio optativo de 2 meses. USP e FMABC – R2 optativo

## 5. Conclusões

A característica que mais se destacou entre os 8 programas analisados é a sua grande heterogeneidade, como pode ser inferido pela diversidade de campos de estágio e tempos de inserção em cada um deles. Tal discrepância é ainda mais acentuada no segundo ano de Residência.

Conforme apontado na introdução, os resultados confirmam a tendência de redução progressiva do total de bolsas disponibilizadas para os Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social, sobretudo para o primeiro ano. Observa-se ainda uma concentração de programas na região Sudeste e em instituições estaduais. Por outro lado, não parece ser verdadeiro o suposto declínio no número de vagas preenchidas, que tem apresentado relativa estabilidade nos últimos 3 anos, preenchendo em torno de 20 vagas por ano.

Relativamente aos docentes, notam-se alguns dados interessantes. Apesar de se constituir em uma residência médica na interface com outras áreas afins, a já esperada preponderância de médicos nos programas se confirma, tanto entre coordenadores, quanto entre preceptores e outros docentes. Há poucos docentes com outras formações. As áreas de administração e psicologia, por exemplo, não têm nenhum representante. Já o perfil de pós-graduação indica melhoras em relação à década de 1980. Hoje 43 docentes (76,8%) apresentam doutorado, enquanto que anteriormente o índice observado era de 18,9%. No tocante ao regime de trabalho, também houve avanços, ainda que menos significativos. O número de docentes em dedicação exclusiva evoluiu de 16% para 44%, enquanto que o número de docentes que trabalham em regime de 20 horas ou menos se reduziu de 60% para 18%.

Entretanto, outros números são menos animadores. Apesar da quantidade total de horas dedicadas às instituições ter aumentado, isto não parece ter revertido em favor dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social. Tal hipótese pode ser aventada analisando-se a mediana de horas dedicadas à Residência, que variou de 16,0 entre os coordenadores a 7,5 entre os demais docentes. Cabe indagar que importância tem tido a Residência na agenda dos docentes que dela participam.

Para tanto, torna-se imprescindível o aprofundamento desta investigação para abranger aspectos mais qualitativos, o que deverá ser levado adiante em um segundo momento desta pesquisa.

## 6. Referências Bibliográficas

- CAMPOS, F. E.; GIRARDI, S. N. Caracterização dos Programas de Residência de Medicina Preventiva e Social no Brasil. In: ABRASCO. *Estudo de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil – vol. 3*. Rio de Janeiro, 1984.
- BUSS, P. M. A experiência do programa de apoio às residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR MS/MP/SP). In: ABRASCO. *Estudo de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil – vol. 1*. Rio de Janeiro, 1982.
- NUNES, E. D. A Medicina Social no Brasil, um estudo de sua trajetória. In: ABRASCO. *Estudo de Saúde Coletiva – vol. 5*. Rio de Janeiro, 1988.
- ELIAS, P. E.; MARSGLIA, R.; GONGALVES, R. B. Contribuições para o debate sobre Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil. In: ABRASCO. *Estudo de Saúde Coletiva – vol. 5*. Rio de Janeiro, 1988.
- SCHRAIBER, L. B. A Residência e a organização social da prática médica. In: ABRASCO. *Estudo de Saúde Coletiva – vol. 5*. Rio de Janeiro, 1988.
- ELIAS, P. E. Regulamentação da Residência Médica: entre as Técnicas Pedagógicas e as Políticas de Saúde. In: ABRASCO. *Estudo de Saúde Coletiva – vol. 5*. Rio de Janeiro, 1988.

# **A (DES)ESTRUTURA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL NO BRASIL**

AUTORES: Adriano MASSUDA; Roberto J. F. ESTEVES; Viviane L. GUIMARÃES; Mitsuyoshi MORITA; Nelson Filice DE BARROS.

INSTITUIÇÃO: Departamento de Medicina Preventiva e Social / Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

ENDEREÇO: Rua Tessália de Camargo, s/n  
Cidade Universitária “Zeferino Vaz”  
UNICAMP  
Campinas – SP 13083-970 Brasil

## **Eixo A - Saúde Coletiva Hoje: a prática, o debate teórico e o debate político**

### **A.3 - Formação e ensino de profissionais de saúde;**

**INTRODUÇÃO:** O declínio do número de residentes e programas de Residência em Medicina Preventiva e Social (RMPS) constitui-se num paradoxo diante do aumento da necessidade de especialistas em saúde coletiva após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). As causas desse processo são múltiplas e complexas, no entanto, a análise de como estão estruturados os programas remanescentes dessas Residências pode fornecer subsídios para a compreensão desse fenômeno. **OBJETIVO:** Analisar como estavam estruturados os programas de RMPS ativos e com residentes no Brasil em 2006. **METODOLOGIA:** Foram enviados questionários para todas as coordenações de programas de RMPS ativos e com residentes no ano de 2006, por meio de correio eletrônico, em que constavam itens relativos ao processo de formação nos dois anos da Residência, R1 e R2, e no ano opcional, R3. Os questionários deveriam ser preenchidos pelos responsáveis, coordenador e/ou preceptor, dos programas e retornados ao grupo de pesquisa. **RESULTADOS:** Dos onze programas de RMPS ativos e com residentes, dez preencheram o questionário. A análise comparativa evidenciou poucas semelhanças e grandes diferenças entre os programas analisados. Observou-se grande heterogeneidade de cenários em que os residentes realizam suas práticas, do tempo de estágio e de práticas realizadas pelos residentes em cenários comuns. Havia ainda diferenças na complementação teórica oferecida pelos programas, bem como na organização dos dois anos da Residência. Dos programas analisados, apenas dois tinham residentes inscritos no ano opcional, R3, observando-se também que são programas diferentes. **CONCLUSÃO:** O grau de diferenças encontrado entre os programas de RMPS existentes evidencia a ausência de diretrizes. Isto, por sua vez, pode estar comprometendo a adequação desses programas às necessidades apresentadas pelo SUS. Infere-se que esse fenômeno resulta do descaso com a formação *latu sensu* em saúde coletiva dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, assim como da Comissão Nacional de Residência Médica e dos gestores públicos na área da saúde. Ambos vêm eximindo-se de formular políticas que incentivem a qualificação da formação na área da saúde coletiva através da RMPS, sendo esta uma das possíveis razões para o processo de extinção pelo qual estão passando essas Residências.

## **TITLE: PREVENTIVE MEDICINE RESIDENCIES IN BRAZIL: A FADING LIGHT**

**AUTHORS:** Roberto J. F. ESTEVES; Viviane L. GUIMARÃES, Adriano MASSUDA; Mitsuyoshi MORITA; Nelson Filice DE BARROS.

**INSTITUTION:** Department of Preventive and Social Medicine / Faculty of Medical Sciences / State University of Campinas (UNICAMP)

**ADDRESS:** Rua Tessália de Camargo, s/n  
Cidade Universitária “Zeferino Vaz”  
UNICAMP  
Campinas – SP 13083-970 Brazil

**INTRODUCTION:** Born out of the Preventive Medicine theoretical spur in the late 1960s and later expanded in the mid 1980s, the Preventive and Social Medicine Residencies in Brazil have long shown a record of outstanding alumni, many of which have taken active roles in the design and implementation of the Brazilian National Health System, called SUS (Sistema Único de Saúde). Nevertheless, a steep decline on the number of Programs and Medical Residents has been noticed in the late 1990s. On the other hand, this movement has happened in parallel with the expansion of SUS and its ever-increasing need for new specialists in the field of Public Health. **OBJECTIVE:** Analyze the apparent paradox between the increase demand for Public Health specialists and the decline of the Preventive and Social Medicine Residencies in Brazil. **METHODS:** Semi-structured depth interviews with the coordinators of the ten Preventive and Social Medicine Residencies active and with Medical Residents by the year 2006; and qualitative data analysis using the hermeneutics perspective. **RESULTS:** Many Residencies have been terminated in the last five years and the remaining ones are striving to survive with great difficulties. It also shows that the decreasing number of Medical Residents in those programs is a complex issue deriving from multiple causes, such as the decreasing interest of the newly graduated physicians in Brazil for the Preventive and Social Medicine Residencies, the lack of adequate professional regulation of the Public Health Specialist and the competition from shorter means of education. **CONCLUSION:** The remaining active Programs of Residency in Preventive and Social Medicine are on the verge of collapse and their coordinators understand that some policy has to be developed soon, mainly to rethink the roles and methods of educating specialists in Public Health, as well as the drawing of a comprehensive professional regulation.

Theme A.3: Health Professionals Education

Selection Criteria: 3 - According to the Scientific Committee