

Residência médica na área de cancerologia no Brasil: distribuição dos programas e da oferta de vagas por região em 2003*

Medical residency in cancerology in Brazil: distribution of programs and current offer of openings according to region in 2003

Marcelo Gurgel Carlos da Silva¹, Miren Maite Uribe Arregi²

Resumo

A Residência Médica (RM) é um tipo de instrução baseado em treinamento em serviço, para formação de especialistas. Este trabalho objetiva analisar e comparar a oferta de vagas de Residência Médica na área de cancerologia, no Brasil, em 2003, observando alguns aspectos relativos à concentração de recursos e à capacidade instalada da formação em oncologia, segundo macro-regiões. Há programas de RM, em áreas da oncologia, em 38 instituições do país. Na região Sudeste, estão 22 das instituições com programa de residência em alguma área ligada à oncologia; São Paulo tem maior representação com 42,1% das instituições; a região Sudeste mantém 58,3% dos programas, concentrando mais de dois terços das vagas, 265 (73,4%). Existe, em algumas regiões, um desequilíbrio entre as vagas ofertadas e as realmente ocupadas, com um descompasso entre o número de vagas ofertadas e a população da região, especialmente a do Sul, onde o excesso chega a 42%, sendo o déficit de vagas, no Nordeste, igual a 74,4%. Observou-se desigualdade, confirmada pelo teste de Spearman, ao comparar o número de vagas ofertadas, em cada região, com o número de casos novos e óbitos esperados de câncer. Concluindo, percebeu-se um forte desequilíbrio na distribuição de vagas, com uma grande concentração na região Sudeste, alcançando determinadas instituições. Outra questão evidenciada diz respeito à falta de preenchimento de vagas, na maioria dos programas. Chama-se atenção para a necessidade de uma avaliação da necessidade de recursos humanos na área, levando em consideração as necessidades da população e a distribuição desses.

Palavras-chave: Educação médica; Residência médica; Oncologia; Brasil.

* Trabalho realizado no Instituto do Câncer do Ceará/Hospital do Câncer.

¹ Doutor em Saúde Pública. Diretor de Ensino e Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará;

² Mestre em Saúde Pública. Médica-epidemiologista do Instituto do Câncer do Ceará.

Endereço para correspondência: Marcelo Gurgel Carlos da Silva - Instituto do Câncer do Ceará - Rua Papi Júnior, 1222 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CEP:60430-230 - E-mail: marcelo@hospcancer-icc.org.br

Abstract

Medical Residence (MR) is a type of on-service education, preparing specialists in distinct areas of the Medicine. This study aims to analyze and to compare the offer of vacancies in MR in the area of Cancerology in Brazil in 2003, observing aspects related to the concentration of resources and facilities available for Oncology in each Brazilian macro-region. There are MR programs in areas of Oncology in 38 Brazilian institutions. In the Southeast, there are 22 institutions offering such programs; 42.1% of them are located in São Paulo. Institutions in the Southeast maintain 58.3% of the residence programs. The region also concentrates more than two thirds of the vacancies (265 or 73.4%). Vacancies are unevenly distributed throughout the country: in the South 42% of the vacancies remain unfilled while in the Northeast a deficit of up to 74.4% is observed. Comparing the number of vacancies offered in each region with the number of expected new cancer cases and deaths, a significant degree of inequality was observed and confirmed by the Spearman test. In conclusion, a large difference in the distribution of programs and vacancies may be observed, with a large concentration in the Southeast as well as in some institutions. Another question in evidence is the existence of unfilled vacancies in most of the programs. An evaluation of the demand and distribution of human resources is desirable, considering the actual needs of the population.

Key words: Medical education; Medical residence; Oncology; Brazil.

INTRODUÇÃO

A Residência Médica (RM) originou-se nos Estados Unidos, ainda no século XIX, como um curso de pós-graduação, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica. Tratava-se de um sistema de instrução baseado no ensino clínico e no aproveitamento da rede hospitalar para o ensino médico, na modalidade de treinamento em serviço, formando especialistas.^{1,2}

O princípio básico norteador dessa forma de ensino consiste em dedicação exclusiva, implicando o trabalho e envolvimento integral do profissional, em treinamento, com as atividades cotidianas do hospital em que estivesse sendo capacitado, passando o mesmo a residir no seu local de trabalho, como forma de propiciar a prática clínica.^{1,2,3}

No Brasil, as primeiras experiências de Residência Médica datam da década de 1940. O Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e o Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, foram os primeiros a implantar o programa de Residência Médica, em 1944 e 1948, respectivamente.^{1,2} Em 1962 foi instalado, por sua vez, o primeiro programa de Residência em Medicina Preventiva e Social, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em São Paulo.⁴

Na área da Cancerologia, os primeiros programas de RM foram os do Instituto Nacional de Câncer (INCA), criado em 1946, no Rio de Janeiro⁵, e do Hospital A.C. Camargo, este surgido concomitante ao próprio hospital, em São Paulo, em 1953.⁶

O primeiro curso de Cancerologia, ministrado no INCA, data de 1938. Foi, entretanto, somente em 1946, quando o INCA estava situado ainda nas dependências

do Hospital Gaffrée e Guinle, que se considera iniciado formalmente o ensino da Cancerologia nos moldes de Residência Médica. Segundo Oliveira⁵, os estudantes de Medicina apresentavam-se espontaneamente ao diretor do Serviço Nacional de Câncer, sendo em seguida encaminhados a determinado assistente ou instrutor, e admitidos para trabalhar no hospital.⁵

O período de treinamento era variado, durando alguns meses ou anos. Muitos estudantes deixavam o treinamento precocemente, devido à falta de recursos, pressão de seus locais de origem e absoluta carência de especialistas. A partir de 1954, o INCA se divide em seções especializadas, sendo o treinamento voltado para formar especialistas em distintas áreas da Cancerologia.⁵

Apenas em 1957, o INCA passa a funcionar na Praça Cruz Vermelha. Nesta ocasião, os residentes, médicos e estudantes passam a ser distribuídos pelas diversas seções de acordo com suas postulações futuras.

O processo de admissão para a RM, a partir de 1964, passa a constar de uma apresentação de credenciais e uma entrevista efetivada pela Coordenação da Residência Médica. O plano de estudo, nessa época, consistia de um período de estágio nas variadas unidades de apoio médico e a seguir, em caráter rotativo, os residentes cumpriam um rodízio pelas principais seções de cirurgia, até a conclusão do primeiro ano. O segundo ano era destinado à especialização.⁵

Gradativamente, foi aumentando o número de programas de Residência Médica, até que na década de 1970 ocorreu um grande avanço, culminando com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, em 1977, cuja finalidade seria disciplinar essa forma de capacitação.¹

Segundo Feuerwerker², a regulamentação da Residência Médica ocorreu através da Lei 6.932, promulgada em 07/06/1981. A partir dessa regulamentação, face às exigências para credenciamento, diminuíram os programas e, conseqüentemente, foi reduzido o número de vagas ofertadas, causando descontentamento entre os estudantes de medicina e médicos residentes, visto que a demanda continuava alta. Os programas voltaram a crescer nos anos subseqüentes, em virtude das necessidades apresentadas.

Muito embora a CNRM tenha procurado normatizar o funcionamento da Residência Médica, esta não cumpriu sua determinação, qual fosse a de privilegiar a criação de programas nas áreas básicas; ao contrário, ocorreu uma multiplicação dos programas nas outras especialidades.²

Embora vinculada ao Ministério da Educação e Cultura, a CNRM não deixa claro quais as oportunidades de aprendizado que teriam os residentes, nem a qualidade dos preceptores e supervisores, visto que muitos dos programas são desenvolvidos sem a mínima condição de funcionamento.²

Desde 1987, a CNRM criou as Comissões Estaduais de Residência Médica, sem contudo promover a sua operacionalização, por falta de redistribuição dos recursos financeiros, definição de suas atribuições e transferência de poder decisório.²

Na conformidade da Lei 6.932/81, que regulamentou a Residência Médica, esta é definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, aos quais é conferido título de especialista, sendo caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, que atuam como preceptores; a dedicação exclusiva foi posteriormente substituída pelo tempo integral, com o cumprimento de uma jornada de 60 horas/semana.

Apesar de todos esses percalços, a Residência Médica ainda continua sendo considerada a melhor forma de treinar o médico recém-formado.⁷

Os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que realizam tratamento oncológico no Brasil, são cadastrados pelo Ministério da Saúde como CACON - Centros de Alta Complexidade em Oncologia, Serviços Isolados de Quimioterapia ou de Radioterapia, compondo uma Rede de Atendimento em Oncologia.⁸ Os CACONs deveriam ser agregados em prol do esforço da preparação dos especialistas dos diferentes campos de atuação da cancerologia, haja vista serem considerados local importante para a formação de oncologistas e para o

treinamento complementar para outros programas de RM.

A publicação "Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer"⁸ vem sendo atualizada anualmente pelo INCA, desde 1995. Seu objetivo é subsidiar gestores e planejadores, na área da saúde, com informações atualizadas sobre casos novos e mortes por câncer. O Ministério da Saúde estima que, para 2003, em todo o Brasil, a ocorrência de 402.190 casos novos e 126.960 óbitos por câncer: para o sexo masculino, eram esperados 186.155 casos novos e 68.350 óbitos, enquanto que, para o feminino, a estimativa foi de 216.035 casos novos e 58.610 óbitos. Essas cifras são importantes para aquilatar a magnitude do problema do câncer e projetar a preparação de recursos humanos para a cobertura de serviços de atendimento oncológico no país.⁸

Esses dados respaldam o presente trabalho, cujo objetivo, como já foi dito, é analisar e comparar a oferta de vagas de Residência Médica na área de cancerologia, no Brasil, em 2003, observando alguns aspectos relativos à concentração de recursos e à capacidade instalada da formação em oncologia, segundo macro-regiões.

MATERIAL E MÉTODOS

Os dados sobre os programas de Residência Médica no Brasil foram obtidos por acesso eletrônico ao "site" do Ministério da Educação,⁹ que abriga a página da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), espelhando a situação dos programas cadastrados em setembro de 2003. Para cada instituição, foram colhidos informes sobre dependência administrativa (federal, estadual, municipal, etc.), município de localização e os programas existentes, na área de oncologia; de cada programa foram pinçados a oferta e preenchimento das vagas por ano da Residência (R1, R2, R3 etc.), a situação e o ano do término da validade do credenciamento. Foram retiradas do aludido "site", as várias denominações em uso na área de oncologia (cancerologia, oncologia, cancerologia clínica, cancerologia cirúrgica, cancerologia pediátrica), além da radioterapia, face à sua estreita vinculação com a cancerologia.

Os dados foram dispostos em planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel*, que foi também utilizado para ordenamento e apuração das variáveis de interesse e para a geração das taxas de ocupação, medidas pela relação percentual de vagas preenchidas/credenciadas. Os programas recentemente descredenciados pela CNRM e aqueles em diligência, para fins de credenciamento, nessa comissão, foram excluídos da análise dos resultados.

Para fins de análise da adequação da distribuição dos programas e das vagas, foram efetuadas comparações com outros parâmetros regionais, como capacidade instalada em CACONs, população, óbitos e casos esperados e médicos recém-graduados, levantados em bibliografia e "sites" específicos. Quando indicado, foi feito o teste estatístico pela correlação de Spearman, que melhor se ajusta à análise por postos.

RESULTADOS

Há programas de RM, em áreas da oncologia em 38 instituições do país. A região Sudeste, congrega 57,9% das instituições (22) com programa de residência em alguma área ligada à oncologia; a região Sul abriga 10 (26,3%), o Centro-Oeste, 3 (7,9%), o Nordeste, 2 (5,3%) e a região Norte, 1 (2,6%).

O Estado com maior representação é São Paulo, com 16 instituições (42,1%); seguem-se a ele o Rio Grande do Sul, com 5 (13,2%), e o Paraná e Minas Gerais, ambos com 4 (10,5%) (tab. 1). Cabe destacar que esta distribuição não reflete a distribuição das vagas.

Analisando a capacidade instalada, em termos de centros de alta complexidade em oncologia, observa-se que do total de CACONs (I, I+RT, II e III), em cada região, somente uma pequena parte oferece formação em oncologia, em nível de RM. No total, 20,9% das

instituições, com essa qualificação, oferecem algum programa de residência. Assim, no Centro-Oeste, são 20%; na região Norte, 50%; no Nordeste, 6,9%; no Sul, 24,4% e no Sudeste, 23,1%. A região Nordeste é a única que fica bem abaixo dos 20% da média nacional (tab. 2).

A distribuição dos programas, segundo dependência administrativa mostra, em primeiro lugar, as instituições federais, com 36,6% dos programas, com destaque para hospitais universitários e o Instituto Nacional de Câncer; as instituições filantrópicas vêm a seguir, quase no mesmo patamar em que se encontram as particulares, representando 26,5% e 26,1% dos programas, respectivamente. Em último lugar, as instituições estaduais assumem 10,6% dos programas (fig. 1).

Quando é analisada a distribuição dos programas de residência, por região e por unidade da federação, o desequilíbrio ainda é mais evidente. A região Sudeste mantém 58,3% dos programas, seguida pela região Sul, com 22,9%; a região Centro-Oeste posiciona-se em terceiro lugar, com 10,4%; o Nordeste vem logo a seguir, com 6,2% e, finalmente, a região Norte, com um único programa (que ainda não iniciou suas atividades) (fig. 1 e tab. 3).

A distribuição de vagas anuais por Estado e por Região mostra ainda um desequilíbrio ainda maior. Na região Norte, ainda não foi ofertada nenhuma vaga; no

Tabela 1 - Distribuição das instituições com programas de residência em Cancerologia (todas as áreas), segundo região e estado, no Brasil em 2003.

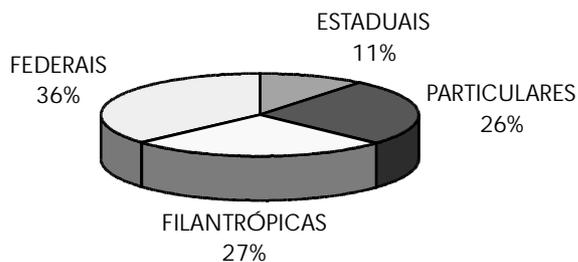
REGIÃO	ESTADO	Frequência por Estado		Frequência por Região	
		Frequência	%	Frequência	%
Norte	Amazonas	1	2,6	1	2,6
Nordeste	Ceará	1	2,6	2	5,3
	Pernambuco	1	2,6		
Sudeste	São Paulo	16	42,1	22	57,9
	Rio de Janeiro	2	5,3		
	Minas Gerais	4	10,5		
Sul	Paraná	4	10,5	10	26,3
	Santa Catarina	1	2,6		
	Rio Grande do Sul	5	13,2		
Centro-Oeste	Goiás	1	2,6	3	7,9
	Mato Grosso do Sul	1	2,6		
	Distrito Federal	1	2,6		
TOTAL		38	100,0	38	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs), segundo região, no Brasil em 2003.

REGIÃO	CACON I		CACON I + RT		CACON II - III		TOTAL	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
NORTE	-	-	-	-	2	11,1	2	1,2
Amazonas	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0
Pará	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0
NORDESTE	15	17,4	10	17,8	4	22,2	29	18,1
Alagoas	4	26,7	-	-	-	-	4	13,8
Bahia	2	20,0	-	-	-	-	3	10,3
Ceará	2	-	4	40,0	-	-	7	24,1
Maranhão	-	-	1	10,0	-	-	1	3,4
Paraíba	1	6,7	1	10,0	1	25,0	3	10,3
Piauí	-	-	-	-	2	50,0	2	6,8
Pernambuco	3	20,0	3	30,0	-	-	6	20,7
Rio Grande do Norte	-	-	-	-	1	25,0	1	3,4
Sergipe	1	6,7	1	10,0	-	-	2	6,8
SUDESTE	41	47,7	32	57,1	10	55,5	83	51,9
São Paulo	26	63,4	21	65,6	4	22,2	51	61,4
Rio de Janeiro	7	17,1	3	9,4	4	22,2	14	16,9
Minas Gerais	5	12,2	6	18,7	2	50,0	13	15,7
Espírito Santo	3	7,3	2	6,2	-	-	5	6,0
SUL	23	26,7	10	17,8	1	5,5	34	22,5
Paraná	6	26,1	2	-	1	5,5	9	21,2
Santa Catarina	4	17,4	3	-	-	-	7	26,5
Rio Grande do Sul	13	56,5	5	-	-	-	18	20,6
CENTRO-OESTE	7	8,1	4	7,1	1	5,5	12	52,9
Goiás	1	14,3	1	-	1	5,5	3	7,5
Mato Grosso	2	28,6	2	-	-	-	4	25,0
Mato Grosso do Sul	2	28,6	1	-	-	-	3	33,3
Distrito Federal	1	-	-	-	-	-	1	8,3
Tocantins	1	-	-	-	-	-	1	8,3
TOTAL	86	100,0	56	100,0	18	100,0	160	100,0

* CACON = Centro de Alta Complexidade em Oncologia

** CACON I + RT = Centro de Alta Complexidade em Oncologia com Radioterapia

**Figura 1** - Distribuição dos programas, segundo dependência administrativa.

Centro-Oeste, com cinco programas, o número de vagas é restrito a 20 (5,5%); o Nordeste conta com 26 vagas (7,2%); a região Sul disponibiliza 50 vagas (13,8%), enquanto a região Sudeste oferece mais de dois terços das vagas, 265 (73,4%) (tab. 3).

A tabela 3 mostra os profissionais participantes dos programas de residência em cada estado/região. A distribuição é similar às anteriores, com uma concentração na região Sudeste.

Existe, em algumas regiões, um desequilíbrio entre as vagas ofertadas e as realmente ocupadas. Este desequilíbrio é mais acentuado na região Nordeste, onde o percentual de vagas desocupadas é de 88,5%, em geral,

Tabela 3 - Distribuição de programas, vagas e residentes de oncologia (todas as áreas), segundo estado e região, no Brasil em 2003.

REGIÃO	UF	PROGRAMAS				VAGAS				RESIDENTES				OCUPAÇÃO	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	ESTADO (%)	REGIÃO (%)
NORTE	AM	1	2,1	1	2,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0
NORDESTE	CE	2	4,2	3	6,2	22	7,0	26	7,2	2	0,6	3	0,9	9,1	11,5
	PE	1	2,1			4	1,1			1	0,3			25,0	
SUDESTE	SP	20	41,7	28	58,3	159	44,0	265	73,4	148	43,5	246	72,3	93,1	92,8
	RJ	4	8,3			90	24,9			89	26,2			98,9	
	MG	4	8,3			16	4,4			9	2,6			56,2	
SUL	PR	5	10,4	11	22,9	24	6,6	50	13,8	24	7,0	50	14,7	100,0	100,0
	SC	1	2,1			4	1,1			4	1,2			100,0	
	RS	5	10,4			22	7,0			22	6,5			100,0	
CENTRO-OESTE	GO	3	6,2	5	10,4	14	3,9	20	5,5	15	4,4	19	5,6	107,1	95,0
	MS	1	2,1			2	0,5			2	0,6			100,0	
	DF	1	2,1			4	1,1			2	0,6			50,0	
TOTAL	-	48	100,0	48	100,0	361	100,0	361	100,0	340	100,0	318	100,0	-	-

Nota: VG = número de vagas autorizadas pela CNRM; RE = número de residentes em exercício.

chegando a 90,9%, no Ceará, fato explicável por ser um programa em implantação gradual. Outros estados com grande número de vagas livres são o Distrito Federal, com 50%, e Minas Gerais, com 43,8%. Por outro lado, Goiás mostra um superávit, com excesso de residentes em relação ao número de vagas (107,1%).

Em geral, à exceção da Oncologia Pediátrica, com um único programa no país, com apenas duas vagas, a utilização das vagas disponíveis é insuficiente, ou seja, sobram vagas na maioria dos programas. A região que apresenta um grau de adequação maior entre o número de vagas ofertadas e o número real de residentes, é a Centro-Oeste. A região Sul revela um desequilíbrio grande, com um número excessivo de residentes, em relação ao número de vagas ofertado. Já a região Nordeste utiliza apenas 11,5% das vagas disponíveis. No programa de Oncologia Clínica são utilizadas apenas 50% das vagas (são apenas 4); na Cancerologia, quase

uma quarta parte das vagas fica sem ocupação, enquanto na Oncologia Cirúrgica sobram 13% (tab. 4).

Realmente, há um desequilíbrio entre o número de vagas ofertado e a população da região, especialmente no Sul, onde chega a 42% o excesso do percentual de vagas quando relacionado com o percentual da população correspondente à região. No sentido contrário, o Nordeste mostra um desequilíbrio com déficit de vagas de 74,4% em relação ao peso da sua população, no total da população brasileira (tab. 5 e fig. 2). Relações similares são observadas ao comparar a população nas diferentes regiões e o número de formandos em medicina, tomando como referência os participantes no Exame Nacional de Cursos ("Provão") de 2001 (tab. 5).

Quando comparados esses dados, com o número estimado de casos novos, em câncer, o desequilíbrio é menor. No entanto, é de novo a região Sul a que mostra uma desigualdade maior entre o percentual de vagas

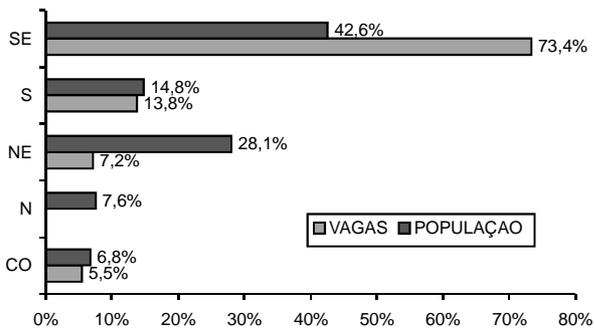
Tabela 4 - Distribuição do número de vagas, residentes e taxas de ocupação dos programas, segundo região, no Brasil em 2003.

PROGRAMA	REGIÃO														
	NORDESTE			SUL			SUDESTE			CENTRO-OESTE			TOTAL		
	VG	RE	%	VG	RE	%	VG	RE	%	VG	RE	%	VG	RE	%
Cancerologia	4	1	25,5	26	27	103,8	71	48	59,1	2	2	100,0	103	78	75,7
Oncologia	16	2	12,5	16	10	62,5	77	91	128,2	2	2	100,0	111	105	94,6
Oncologia cirúrgica	-	-	-	6	10	166,7	72	63	87,5	9	10	111,1	87	83	95,4
Oncologia clínica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2	50,0	4	2	50,0
Oncologia pediátrica	-	-	-	2	3	150,0	-	-	-	-	-	-	2	2	100,0
Radioterapia	6	-	-	-	-	-	45	44	97,8	3	3	100,0	54	47	87,0
TOTAL	26	3	11,5	50	50	100,0	265	246	90,6	20	19	73,1	361	318	88,1

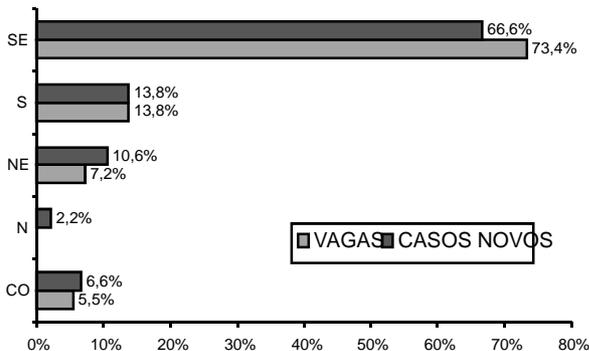
Nota: VG = número de vagas autorizadas pela CNRM; RE = número de residentes em exercício. Cancerologia e Oncologia são os nomes oficiais cadastrados dos programas.

Tabela 5 - Distribuição das vagas, população, estimativa de casos novos e óbitos por câncer, segundo região, no Brasil em 2003.

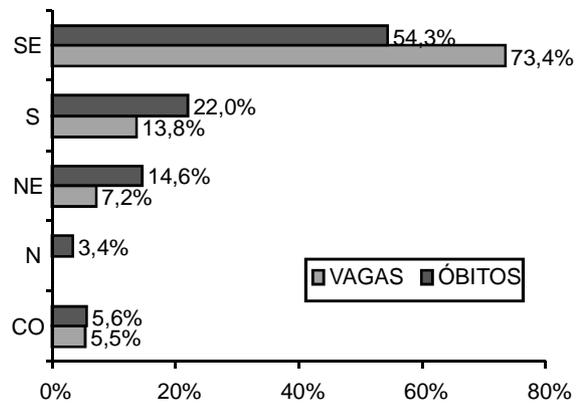
PARÂMETROS	REGIÃO	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	TOTAL
Vagas ofertadas	Frequência	-	26	50	265	20	361
	%	-	7,2	13,8	73,4	5,5	100,0
População da região	Frequência	12.900.704	47.741.711	25.107.616	72.412.411	11.636.728	169.799.170
	%	7,6	28,1	14,8	42,6	6,8	100,0
Casos novos esperados	Frequência	8.950	42.840	55.735	267.980	26.685	402.190
	%	2,2	10,6	13,8	66,6	6,6	100,0
Taxa de incidência	Taxa	64,81	86,80	214,06	212,30	216,65	227,38
Óbitos esperados	Frequência	4.380	18.560	27.895	68.990	7.135	126.960
	%	3,4	14,6	22,0	54,3	5,6	100,0
Taxa de mortalidade	Taxa	31,72	37,60	107,14	91,55	57,93	71,78
Participação no Provão 2001	Frequência	328	1.391	1.347	5.081	267	8.414
	%	3,9	16,5	16,0	60,4	3,2	100,0

**Figura 2** - Distribuição das vagas de residência em oncologia (qualquer um dos programas) e da população, segundo região, no Brasil em 2003.

ofertadas e o percentual de casos novos esperados, com um relativo excesso de vagas, com respeito aos casos esperados. Novamente, também é o Nordeste que apresenta um déficit de vagas em relação ao número de casos novos esperados (tab. 5 e fig. 3). Essa desigualdade foi confirmada através do teste de correlação de Spearman, com um valor de 0,3.

**Figura 3** - Distribuição das vagas de residência em oncologia (qualquer um dos programas) e do número estimado de casos novos, segundo região, no Brasil em 2003.

Em relação ao número esperado de óbitos, a região Sudeste mostrou uma desigualdade entre o percentual de vagas ofertadas e o percentual de óbitos esperados, com um excesso de vagas em relação aos óbitos esperados. O Nordeste, a região Sul e a região Norte apresentam um déficit de vagas em relação ao número de óbitos esperados (tab. 5 e fig. 4).

**Figura 4** - Distribuição das vagas de residência em oncologia (qualquer um dos programas) e do número estimado de óbitos, segundo região, no Brasil em 2003.

DISCUSSÃO

Os programas de Residência Médica experimentaram um grande crescimento, a partir da criação da Comissão Nacional de Residência Médica, no princípio da década de 1980. Em 1982, o número de especialistas produzidos pelos diversos programas registrados nos arquivos da CNMR, foi de 448; por outro lado, 10 anos depois a entidade credenciou 1.990

deles, revelando um aumento de 344%. Para o ano de 2003, a CNRM credenciou 20.458 vagas de R1, em 2.550 programas de Residência Médica de 415 Instituições de Saúde.⁹

Existem, no país, 38 instituições que congregam 48 programas de residência na área de Cancerologia, contabilizando 361 vagas. A distribuição desses programas é bastante desequilibrada, com uma grande concentração nas regiões Sul-Sudeste.

Os CACONs são a referência estabelecida para o tratamento do câncer. Para conseguir o credenciamento tiveram que demonstrar infra-estrutura, competência profissional e de processos. Se for considerado que todas as 38 instituições com RM de Cancerologia são CACONs, e estes somam 182, é pequeno o número (20,9%) com programa de residência implantado. Esse pode ser um indicativo da escassez de recursos humanos capacitados para formação, da falta de tradição e/ou interesse na formação de recursos humanos nesta área ou, inclusive da falta de consciência das autoridades, em relação à necessidade de profissionais nesta área, ou até do entendimento do câncer, como um problema de saúde pública. Tais instituições perdem uma oportunidade impar, já que o fato de sediar uma residência estimula a atualização constante dos profissionais envolvidos na docência, criando um ambiente aberto à curiosidade científica e à renovação técnica.

Chama atenção, também, a escassa participação das entidades filantrópicas, com somente cinco delas participando do processo de formação de profissionais de oncologia (três em São Paulo, uma em Goiás e uma no Ceará), as quais são responsáveis por nove programas. As entidades filantrópicas congregadas na Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFC) têm um papel histórico no combate ao câncer no Brasil, pelo que, deveriam, talvez, reconsiderar o seu papel na formação de profissionais.

O desequilíbrio observado na distribuição de programas e vagas, é coerente com o desequilíbrio no número de profissionais médicos, atuando nas diversas regiões brasileiras, onde o Sudeste concentra 59,4% dos profissionais médicos do país.¹⁰ Seria interessante comparar os dados sobre profissionais participantes dos programas de residência em cada estado/região, com distribuição similar às anteriores, com uma concentração na região Sudeste, com informações sobre a origem dos residentes. Provavelmente, a distribuição seria mais uniforme, com uma maior representação de profissionais do Norte e Nordeste do país que, tradicionalmente, completam sua formação nos estados do Sudeste, especialmente em São Paulo e Rio de Janeiro. Este fator

pode estar contribuindo para aumentar, ainda mais, o desequilíbrio na distribuição de profissionais médicos e a sua concentração nos estados do Sul-Sudeste. Tal acontece porque uma parte dos médicos norte-nordestinos que realizam suas residências, nessas regiões, permanece instalada ali, após a conclusão da sua formação. Confirma-se esse fato, quando se analisa a distribuição dos 1.559 cancerologistas do Brasil, em 1995, onde 19 atuavam na região Norte; 248, no Nordeste; 825, no Sudeste; 386, no Sul, e 81, no Centro-Oeste.¹¹

O desequilíbrio percebido entre as vagas ofertadas e as realmente ocupadas pode ter origem na falta de interesse, por parte dos profissionais, que não respondem às chamadas nos editais de residência, ou, por outro lado, está atrelado à cautela das instituições que, mesmo sendo cadastradas para um número maior de vagas, iniciam as suas residências com um número reduzido de vagas, adaptando gradualmente as suas rotinas, ao processo de formação. Isso é verdade, especialmente no caso das instituições novas, ou com novos programas de formação. A tradicional "migração" para os estados do Sul, especialmente de profissionais da região Nordeste, para instituições com programas já consagrados e reputados, nacionalmente, pode ser outro motivo para o não preenchimento de todas as vagas.

Deve ser destacado, aqui, que a qualidade das informações de base, sobre as quais são elaboradas as estimativas, pode estar contribuindo para a redução dos desequilíbrios na comparação com casos novos e óbitos esperados. Existem critérios bastante claros para o credenciamento de um programa de residência pela CNRM, mas o que não está evidente é se existe um planejamento, ao nível nacional, que leve em consideração as necessidades da população e que estabeleça programas de formação que respondam a essas necessidades, tal como ocorre em alguns países europeus, servindo de exemplo a Espanha, a Holanda e o Reino Unido.

As modificações da estrutura etária da população brasileira, fruto do aumento da esperança de vida e do declínio sistemático da fecundidade, alteraram, de modo substancial, o contingente de pessoas expostas a diferentes doenças: ao mesmo tempo em que se reduziu o peso relativo dos grupos populacionais sujeitos a gastroenterites, sarampo e outras doenças incidentes, sobretudo na infância, observou-se o aumento da importância dos grupos expostos a doenças crônico-degenerativas, determinando, entre outros aspectos, o crescimento da demanda por serviços de prevenção e tratamento.¹²

A importância das neoplasias malignas vem

crescendo no Brasil, provavelmente como resultado da combinação de vários fatores, tais como o aumento da expectativa de vida da população, a industrialização e a urbanização, a mudança nos hábitos de vida (principalmente o hábito de fumar), e a melhoria das condições sanitárias, ao longo deste século¹³.

Presume-se que o principal tipo de câncer a acometer a população brasileira será o câncer de pele não-melanoma (82.155 casos novos), seguido pelas neoplasias malignas da mama feminina (41.610 casos novos), próstata (35.240 casos novos), pulmão (22.085 casos novos) e estômago (20.640 casos novos).⁸

Frente à expansão do câncer e outras doenças crônico-degenerativas, no Brasil, cabe uma reflexão acerca da necessidade de formação de especialistas que possam responder a esta demanda crescente. Em 1995, os médicos residentes em cancerologia representavam somente 1,0% do total de residentes no país⁹; segundo pesquisa patrocinada pelo Conselho Federal de Medicina, em 2002, no Brasil, apenas 1% dos médicos declarou a cancerologia como especialidade principal, especialidade apontada por 0,7 % dentre os detentores de certificado de RM.¹⁴ A presença maior desses conteúdos, durante a graduação e a formação de profissionais especializados e com visão integradora, poderá contribuir, junto a outras estratégias, na prevenção e diagnóstico precoce das doenças crônicas e do câncer, em particular, no fomento de pesquisa local, nessas áreas, com desenvolvimento de protocolos e condutas adaptados às circunstâncias do sistema de saúde brasileiro e às peculiaridades dos seus pacientes, promovendo, assim, maiores chances de cura para esses pacientes, além de lhes assegurar uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu traçar o perfil da Residência Médica em Cancerologia, no Brasil, enfocando a oferta e a ocupação de vagas, dos programas credenciados junto à CNRM, analisando, ainda, diversas características desses programas, como local de realização, dependência administrativa e especialidade.

Notou-se um forte desequilíbrio na distribuição de vagas, com uma grande concentração na região Sudeste, e, especificamente, em determinadas instituições. Outra questão evidenciada foi a falta de preenchimento de vagas na maioria dos programas. Por conta disto, surgem alguns questionamentos: existe uma política nacional de formação de recursos humanos para oncologia, ou o "planejamento" é deixado na mão das instituições que desejam participar do processo? Chama-se atenção para

a necessidade de uma avaliação da necessidade de recursos humanos na área, que leve em consideração as necessidades da população e a sua distribuição.

REFERÊNCIAS

1. Machado JLM, Caldas AL Jr, Bortoncello NMF. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. *Interface Comum Saúde Educ.* 1997;1(1):147-56.
2. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica. São Paulo: Hucitec: Rede Unida; 1998.
3. Blaistein NM. La evaluación en las residencias medicas municipales: clinica pediátrica del Hospital Pedro de Elizalde. *Educ Méd Salud.* 1993;27(3):376-99.
4. Campos FE, Girardi SN. Caracterização dos programas de residência de medicina preventiva e social no Brasil. In: *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil.* Rio de Janeiro: Abrasco; 1984. p. 41-57.
5. Oliveira JAF. Avaliação no curso de residência médica do INCA, na área de cirurgia, no período de 1977 a 2001: uma análise qualitativa [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Superior de Estudos Pedagógicos; 2003.
6. Hospital do Câncer AC Camargo [homepage na Internet]. Hospital do câncer: pioneirismo em assistência, ensino e pesquisa. São Paulo; c2004 [citado em 7 out 2004]. Disponível em: <http://www.hcanc-org.br/smaux/eccb/crm1.html>
7. Mesquita W. Residência médica: em busca da qualidade. *Diálogo Méd.* 1999;14(7).
8. Instituto Nacional de Câncer [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2003 [citado em 15 set 2003]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003>
9. Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); Ministério da Educação. Resolução CNRM 05/2002 [citado em 15 set 2003]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/CNRM/consultaCNRM.asp>
10. Pierantoni CR, França T, Varella TC. Evolução da oferta de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: *Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 279-92.
11. Machado MH, coordenador. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
12. Carmo EH, Barreto M. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol Serv Saúde.* 2003;12(2):63-75.
13. Schwartzmann G, Martelette M. Câncer. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.837-54.
14. Caneiro MB, Gouveia VV, coordenadores. O médico e o seu trabalho. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.