

## Comentários a “Até quando emitiremos títulos de especialista para médicos sem residência médica?”

### *Comments on “Until when will we grant specialist titles to doctors without medical residency?”*

RODRIGO CARIRI CHALEGRE DE ALMEIDA<sup>1,2</sup> ; FERNANDO ANTONIO MENEZES DA SILVA<sup>1</sup> .

**E**specialistas e especializações: a necessidade de um novo marco regulatório no Brasil

A iniciativa do Colégio Brasileiro de Cirurgiões em abrir espaço para o debate sobre a formação de especialistas no Brasil é não apenas oportuna, mas essencial. No editorial publicado no volume 51, Gerson Alves Pereira Jr. apresenta argumentos contundentes em favor da qualificação das provas de títulos de especialistas e razões para que os médicos se submetem a exames rigorosos<sup>1</sup>. Na seção de cartas ao editor, Francisco Arsego questiona o atual modelo e sugere que a prova seja aplicada exclusivamente aos concluintes dos programas de residência médica, defendendo que essa formação deve ser o único caminho para a especialização médica no Brasil<sup>2</sup>.

Os argumentos apresentados nos artigos refletem preocupações legítimas sobre o sistema de formação médica no Brasil. A residência médica, reconhecida globalmente como o padrão ouro para a formação de especialistas, é um modelo que proporciona um treinamento prático sob supervisão em ambientes certificados. Essa estrutura é fundamental para garantir que os profissionais adquiram não apenas conhecimento teórico, mas também habilidades essenciais, como gestão de crises, comunicação, colaboração e reflexão sobre a prática clínica.

Inicialmente, é importante destacar dois fatores que contribuíram para a origem deste modelo. O ensino superior e a pesquisa no Brasil começaram de forma tardia, o que gerou uma necessidade de reconhecimento do

mérito dos pioneiros. Devido às características da colonização portuguesa, o Brasil foi o último país das Américas a oferecer ensino superior. Trezentos e oito anos separam a chegada da primeira delegação portuguesa da criação dos primeiros cursos superiores. Durante mais de cento e vinte anos, esses cursos eram oferecidos apenas por faculdades isoladas, localizadas nos grandes centros coloniais, como Salvador, Recife e Rio de Janeiro.

As jovens universidades brasileiras surgiram a partir da fusão e federalização das antigas faculdades. O sistema nacional de incentivo à ciência e tecnologia, que inclui a pesquisa e a formação de professores de ensino superior, teve início com os ciclos de industrialização e urbanização da segunda metade do século XX. Esse fenômeno pode estar intrinsecamente relacionado às sucessivas rupturas da ordem democrática e aos períodos em que o país esteve sob regimes autoritários (República Velha – 1889-1930, Ditadura Vargas – 1930-1945, Ditadura Militar – 1964-1985)<sup>3</sup>.

Até 1808, ano em que foram criados os dois primeiros cursos de medicina no Brasil (em Salvador e no Rio de Janeiro), todos os médicos atuantes no país eram formados no exterior. O terceiro curso teve origem apenas 90 anos depois, em Porto Alegre. Neste período, a população brasileira aumentou de 4 milhões de habitantes em 1808 para 14 milhões em 18983. O atual marco regulatório do exercício profissional no Brasil foi constituído em um contexto de exceção. A Lei nº 4.769, que cria os con-

1 - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas - Recife - PE - Brasil

2 - Comissão Nacional de Residência Médica - Brasília - DF - Brasil

selhos profissionais, foi promulgada em 1965, e a Lei nº 6.932, que instituiu o regime de formação de especialistas por meio da residência médica, é de 1981.

Apesar de os primeiros programas de residência datarem de meados dos anos 1940, somente em 1977 foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica, que definiu a residência como modo de formação de especialistas por meio do treinamento em serviço. Por 169 anos, todos os médicos formados no Brasil eram generalistas e se tornavam especialistas pela prática e reputação, e não por titulação após treinamento específico. A implementação do modelo de formação de especialistas por meio da residência médica levantou questões relevantes: quem seriam os primeiros professores/preceptores? E o que fazer com os profissionais, de notório saber, que já atuavam como especialistas?

Sob essa perspectiva, a prova de título de especialista pode ser considerada uma estratégia que decorre do nosso entendimento sobre a formação técnica e científica de médicos, além de estar relacionada a esses dilemas históricos. No entanto, o contexto contemporâneo apresenta novos desafios. A ampliação do número de egressos das escolas médicas foi desvinculada de um planejamento adequado sobre as necessidades de especialidades e especialistas. Isso ocorre em um quadro de estagnação e diminuição da oferta de programas de residência médica em áreas essenciais para o funcionamento do SUS, combinado com a diminuição do interesse e da procura de médicos por esses programas e a possibilidade sempre presente de praticar medicina sem a continuidade da formação após a graduação.

O cenário é ainda mais complexo devido à rápida e acelerada produção de conhecimento científico na área da saúde, à reorganização das áreas de atuação e campos de conhecimento, às transformações no mundo do trabalho e à intensa mobilidade internacional de profissionais de saúde.

Observamos, no Brasil, o surgimento de um fenômeno de expansão desregulada de cursos de especialização lato sensu, ou outras formações de aperfeiçoamento profissional especializado (com duração inferior a 360 horas). Amparados em conceitos pedagógicos contemporâneos, como flexibilização curricular, centralidade no estudante, autonomia universitária, educação pelo trabalho e formação por competências, esses cursos se adaptam

mais rapidamente às necessidades do mercado e do sistema de saúde.

Essa adaptação se deve a um arcabouço educacional regulatório muito mais flexível que exige das instituições de ensino apenas o registro dos cursos ofertados para as especializações de lato sensu. Com a consolidação e democratização de ferramentas de ensino a distância, especialmente após a pandemia de COVID-19, multiplicaram-se as ofertas de cursos informais, disponibilizados em plataformas virtuais ou redes sociais.

Em um relatório parcial da Demografia Médica 2025, Scheffer et al. analisaram as especializações oferecidas aos médicos e registradas no Ministério da Educação. Ao todo, foram analisados 8.543 cursos oferecidos por 660 instituições, dos quais 2.148 (25%) são voltados apenas para médicos. As especialidades mais ofertadas são endocrinologia, dermatologia e psiquiatria. Notavelmente, 52,3% dos cursos são oferecidos na modalidade a distância ou semipresencial, com uma carga horária média de 507,63 horas e um custo médio de R\$ 15.782,36<sup>4</sup>. Com uma média de 31 vagas por curso, podemos estimar que 66.588 médicos estão cursando essas especializações, número que supera os 50.259 médicos em cursos de residência com vagas ocupadas (Fonte: SisCNRN, Ago/24).

Embora a busca dos médicos brasileiros por meios de se especializar, qualificar e atualizar aparente ser uma boa notícia, a migração do formato de especialização da residência para as especializações lato sensu é motivo de preocupação. A demografia médica revela uma diminuição na procura de médicos pelos programas de residência, um fenômeno que ainda não foi totalmente esclarecido. O número de residentes do primeiro ano em programas de acesso direto caiu de 15.499 em 2018 para 13.300 em 20225.

Apesar de muitos desses cursos já serem orientados por competências, o arcabouço regulatório restrito ao sistema educacional não oferece segurança quanto à avaliação dessas competências. Esta situação poderia representar um risco para as exigências do sistema de saúde brasileiro, tanto no componente público oficial quanto no subsistema complementar privado.

É fundamental considerar que, apesar da solidez e estabilidade da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, o sistema da residência médica também carece de um modelo avaliativo eficaz para programas ou residentes.

Embora os programas sejam avaliados pela CNRM para autorização de funcionamento, essa avaliação é revisada periodicamente e pode ser revogada mediante denúncia, mas não existe um sistema de avaliação institucional que permita às instituições proponentes e à sociedade conhecer a qualidade dos programas ou de seus egressos. Além disso, não há um sistema de avaliação dos residentes que possibilite acompanhar a aquisição de competências e oferecer segurança à sociedade quanto à proficiência dos especialistas formados.

O marco regulatório brasileiro para a formação de especialistas médicos não prevê um mecanismo de dimensionamento de necessidades sociais, tampouco mecanismos de regulação da oferta de vagas para especialidades ou áreas de atuação. Também não existem mecanismos de avaliação para certificação ou recertificação profissional. O título de referência, comumente denominado padrão ouro, que é a residência médica, não prevê avaliações formativas ou somativas estruturadas, nem avaliação final para autorização do exercício profissional ou reavaliação periódica. Este modelo é chamado de "time-based", onde basta que o profissional cumpra o tempo de estágio para obter a certificação.

É vital ressaltar que a formação de especialistas deve seguir um modelo estruturado com regulação atenta aos padrões de certificação e que promova a educação baseada em competências (CBME)<sup>7,8</sup>. Essa aborda-

gem assegurará a aquisição de habilidades práticas e um sistema de avaliação contínua que garanta a proficiência dos médicos em formação. Assim, a urgência em revisar o marco regulatório que rege a formação de especialistas no Brasil torna-se evidente. A definição clara de competências, alinhadas às necessidades do SUS, pode servir como um guia para a regulamentação, avaliação e certificação profissional.

Diante do contexto atual e das transformações que se anunciam com a incorporação da inteligência artificial no trabalho em saúde, é urgente visitar o marco regulatório que rege a formação e o exercício profissional no Brasil. Isso implica discutir e planejar, com base nas necessidades e demandas, o acesso e a cobertura do sistema de formação de especialistas, seu financiamento, o processo de avaliação institucional e educacional dos programas, e a avaliação contínua dos residentes, fundamentados em um modelo de dimensionamento de necessidades sociais.

Para a construção deste marco regulatório, o conceito de competências que atendem às necessidades da população/SUS é a chave que pode orientar o dimensionamento, a organização programática e sua avaliação, assim como a certificação profissional. A definição de competências pode também orientar a regulação das especializações, oferecendo parâmetros para autorização, avaliação de proficiência e certificação profissional.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira Júnior GA, Colleoni Neto R, Silva LE, Bahten LCV, Fernandes CE, Portari-Filho PE. Por que as Sociedades Médicas devem cada vez mais cuidar de suas provas de Título de Especialista e porque os profissionais médicos devem obtê-lo? *Rev. Col. Bras. Cir.* 2024;51:e20243750EDIT01. doi: 10.1590/0100-6991e-20243750EDIT01.
2. Oliveira, FA. Até quando emitiremos títulos de especialista para médicos sem residência médica? *Rev. Col. Bras. Cir.* 2024;51(1);e-20243782. doi: 10.1590/0100-6991e-20243782.
3. Almeida, RCC. Expansão e interiorização do ensino superior, e a formação médica para o SUS: o caso do curso de Medicina de Caruaru. 2022. 273 p.
4. Dias IWH, Scheffer MC, Dolci JE, Almeida CJ, Nicolosi M, Bufano MA, et al. Radar da Demografia Médica no Brasil. Informe Técnico Nº 4. Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu (PGLS) em especialidades médicas. Agosto /2024. 20 páginas.
5. Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP, AMB, 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
6. Aftab W, Khan M, Rego S, Chavan N, RahmanShepherd A, Sharma I, et al. Variations in regulations to control standards for training and licensing of physicians: a multi-country comparison. *Hum Resour Health.* 2021;19(1):91. doi: 10.1186/s12960-021-00629-5.

7. Huh J. The Proposal for Residency Educational Programs. Korean Med Educ Rev. 2018;20(3):135-140. doi: 10.17496/kmer.2018.20.3.135.
8. Campbell C, Hendry P, Delva D, Danilovich N, Kitto S. (2020). Implementing Competency-Based Medical Education in Family Medicine: A Scoping Review on Residency Programs and Family Practices in Canada and the United States. Fam Med. 2020;52(4):246-254. doi: 10.22454/FamMed.2020.594402.

Recebido em: 29/10/2024

Aceito para publicação em: 29/10/2024

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

**Endereço para correspondência:**

Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida

E-mail: rodrigocariri@gmail.com

