

A trajetória da residência de Enfermagem no Brasil¹

Gertrudes Teixeira Lopes²
Suely de Souza Baptista³

Resumo: O trabalho apresenta uma breve retrospectiva da história da Residência de Enfermagem no Brasil, de sua criação em 1961 aos dias atuais. Por isso, este estudo descreve a trajetória da Residência no país e sua relação com os momentos político-econômico-sociais, nos quais ocorreram as mudanças mais significativas e seus reflexos para o desenvolvimento dos Programas.

Palavras-chave: História da Enfermagem - Residência de Enfermagem.

Introdução

A residência de enfermagem, implantada no Brasil na década de 60, desenvolve ao longo dos anos, uma proposta de ensino/aprendizagem/trabalho que tem como objetivo capacitar enfermeiros para atender às demandas do trabalho em saúde em setores especializados.

Pensar hoje a residência de enfermagem em seus aspectos de especia-

lização/aperfeiçoamento significa discutir essa concepção de ensino a partir de alguns pontos importantes, quais sejam: para melhor compreensão da residência de enfermagem, torna-se necessário conhecer a sua origem e a concepção na qual foi criada; entender a residência como uma exigência do mercado de trabalho, foco central de sua existência e sua relação com o modelo político-econômico-social que perpassa a sociedade brasileira, especialmente a partir da

1 Este artigo constitui-se em um recorte da tese de doutorado defendida na Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, intitulada "Os desafios do cotidiano da residência de enfermagem do HUPE/UERJ".

2 Professora Adjunta do Deptº de Fundamentos de Enfermagem da FENF/EU RJ; Membro do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras); Pesquisadora do CNPq.

3 Profª Titular do Deptº de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ; Membro do Nuphebras; Pesquisadora do CNPq.



década de 50; e, refletir sobre a residência como uma modalidade de ensino que qualifica profissionais e que não possui uma legislação específica, mesmo considerando a crescente demanda de enfermeiros e o aumento do número de cursos.

Assim, o que pretendemos com este artigo, é trazer para a reflexão dos enfermeiros, essa modalidade de ensino/aprendizagem/trabalho, em seus aspectos histórico-sociais, por constituir-se em uma questão polêmica, pelas contradições que traz embutida em seus aspectos pedagógicos e legais, os quais não têm merecido das entidades de classe a devida atenção, apesar de estar consolidada, há mais de quatro décadas.

Portanto, este estudo tem como objetivo, refletir sobre a trajetória da residência de enfermagem, no contexto social do país, a partir do modelo médico e, sua relação com as políticas sociais e de saúde.

Historiando a residência de Enfermagem

Antecedentes

No final do século passado, surgiu, nos Estados Unidos, uma modalidade de ensino com o objetivo de permitir que os médicos recém-formados complementassem a sua formação teórica e prática. Essa modalidade exigia que os novos profissionais residissem nos

hospitais. Devido a esta circunstância, o treinamento passou a denominar-se "residência médica" (FERREIRA, 1984, p. 2).

O pioneiro desta iniciativa foi o cirurgião William Halsted⁴, americano, com forte influência germânica na sua formação cirúrgica. Em 1889, Halsted, ao assumir a chefia do Departamento de Cirurgia da John's Hopkins University, criou o sistema de residência médica, nomeando quatro ex-internos para trabalhar por um período de 4 a 6 anos, com atribuições e responsabilidades progressivas nas unidades de pré e pós-operatórios e na execução de cirurgias. Logo em seguida, no ano de 1890, no mesmo hospital, o médico William Osler passou a adotar a especialização em clínica médica, na modalidade de Residência, com o objetivo de aprimorar os conhecimentos dos médicos recém-formados (FERREIRA, op.cit. , p.2).

A partir dessas experiências pioneiras, o sistema de residência difundiu-se por todo o país, o que contribuiu para elevar o padrão técnico da assistência médica americana. Tal fato estimulou os responsáveis pela administração dos hospitais na busca de médicos ex-residentes para integrar os quadros clínicos e atuar em funções de chefia e de ensino. Em 1917, a Associação Médica Americana reconheceu a residência como curso de pós-graduação "latu sensu", sendo que o mesmo só foi credenciado 10 anos após (op. cit. , p.2).

Vale dizer que a Residência Médica foi consolidada definitivamente nos EUA em 1933, quando o certificado passou a ser uma exigência para que o mé-

⁴ Considera-se Halsted o Pai da Cirurgia Moderna.

dico pudesse exercer a profissão (MARTINS, 1994, p.6).

No Brasil, a residência médica foi criada em meados da década de 40, e se disseminou rapidamente por todo o país. Para melhor compreendermos a inserção do modelo da residência no Brasil, é importante que se faça uma breve retrospectiva da conjuntura sócio-econômico-política de nosso país, em particular da saúde. Com esse propósito, tomo como marco temporal a década de 50, porque ela constituiu o cenário de profundas mudanças relacionadas à política desenvolvimentista brasileira. Essas mudanças, geradas pelo impulso da industrialização, também produziram forte impacto na vida social e, por conseguinte, na saúde das populações.

Abordando essa problemática, Possas (1981, p.233-235) comenta que, na década de 50, com o incremento do processo de urbanização e a conseqüente migração para as cidades, a população viu-se segregada, intensificando-se o curso de sua massificação. À essa época, o Brasil passava por profundas mudanças no seu desenvolvimento, mas também enfrentava séria crise social. Os problemas de natureza econômico-sociais decorrentes dos baixos salários agravavam as condições precárias de saúde, acarretando, para o povo, incremento nas taxas de adoecimento. A estratégia de abordagem do problema foi ampliar o investimento na assistência médica individualizada.

Cordeiro (1979, p.724) lembra que, também nessa mesma década, houve um crescimento considerável dos investimentos estatais voltados para a construção de novos serviços públicos e acrescenta: *"A modernização e racionalização, na verdade, os suportes ide-*

ológicos das transformações capitalistas da medicina, que não significam apenas privatização no sentido de ampliar a prestação de serviço por particular mas, seu aspecto fundamental (...) é um processo de acumulação de capital".

Na verdade, esse período foi marcado por um movimento articulado pelas empresas médicas, indústrias farmacêuticas e de equipamentos que resultou num sistema de financiamento da assistência à saúde, agenciado pela Previdência Social.

Nessa mesma época, a Residência despontava como uma nova possibilidade de preparar os profissionais de saúde para atender às demandas da sociedade. Por isso, na década de 60, a Residência Médica teve uma grande ascensão quantitativa: os programas passaram de 34 para 209, ainda que não dispusessem de normas gerais para regulamentação do seu funcionamento. Em 1964, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em sua segunda reunião, teve como um dos temas oficiais a Residência Médica. O relatório final desse evento definiu a Residência como: *"... uma forma de ensino de pós-graduação, pelo qual o médico recém-formado no cumprimento de um programa específico deve aperfeiçoar-se no exercício da profissão trabalhando em regime de dedicação exclusiva* (FERREIRA, 1984, p.4).

O aumento do número de programas de Residência parece ter relação com as políticas traçadas para o setor saúde que, segundo Possas (1981, p.204), tiveram incremento a partir de 1960, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social e que se efetivou com a unificação dos Institutos de Pensões e

Aposentadorias em um único - Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967.

A partir desta decisão política, não se pode mais discutir as questões de saúde sem perceber a vinculação direta e estreita com o novo modelo previdenciário, que passou a congregiar três importantes órgãos: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto de Aposentadoria, Pensões e Assistência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), respectivamente responsáveis pela concessão de benefícios, pela administração financeira e pela assistência médica do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Dessa forma, o INAMPS torna-se hegemônico na prestação de serviços do setor saúde (POSAS, 1981, p. 81).

Além disso, o processo de especialização teve o seu maior incremento na década de 70, pois a nova orientação da Previdência Social concebia essa modalidade de atendimento como de maior eficiência e economia para as instituições de saúde (DADOS, 1995, p.6).

Cabe ressaltar que, na década de 70, com a grande expansão das escolas médicas, foram criados 479 novos programas de Residência em instituições não universitárias, especialmente nos hospitais particulares, no INAMPS e nos hospitais da rede municipal. Segundo Ferreira (1984, p.4), é curioso lembrar que, na década de 50, uma minoria fazia

Residência Médica e, no começo dos anos 70, a minoria ingressava no mercado de trabalho sem ter passado pela experiência de uma Residência, invertendo radicalmente os valores da formação generalista para especialista. Assim, na área médica, dentre os cursos de especialização, o programa mais requerido era a Residência, agregando metade dos médicos recém-formados, sendo a maioria deles alocados nos hospitais do INAMPS (op. cit. p.7). Como até 1977 a Residência Médica não havia sido regulamentada, foi encaminhada ao Presidente da República⁵ a Exposição de Motivos Interministerial nº 225, de 20 de julho de 1977, requerendo o reconhecimento do Programa em nível de pós-graduação. Após tramitação, que durou dois meses, a Residência Médica foi oficializada através do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 1977, p. 1).

Em 5 de fevereiro de 1978, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRN), com a finalidade de disciplinar o funcionamento dos diversos Cursos de Residência existentes no país. A Resolução nº 04/78 “*estabelece as normas gerais, os requisitos mínimos e a sistemática de credenciamento da Residência Médica*” (FERREIRA, 1984, p.3).

A questão das especialidades foi tão profundamente demarcada pelo mercado de trabalho que, em 1983, o número de programas já somava 1.006, distri-

5 A Exposição de Motivos, com base nas recomendações da Comissão de Ensino Médico, foi encaminhada ao então Presidente da República, General Ernesto Geisel, através do Conselho Federal de Educação.

6 Outras Resoluções emitidas pela Comissão trataram da regulamentação e institucionalização da Residência em todo país.



buídos em 158 instituições (BREGLIA, 1989, p.81).

Paralelamente a esse movimento da Residência Médica, o sistema de saúde adota, segundo Possas (1981, p. XIX), uma dicotomia na política sanitária brasileira, a partir da divisão de suas ações em dois organismos: o Ministério da Saúde, cuja função voltou-se para as medidas de intervenção coletiva, e a Previdência Social, que se direcionava para as medidas de alcance individual, com características assistenciais e curativas:

Para atender à demanda previdenciária, o novo paradigma da assistência à saúde - (“curativo”) tinha, como principal empregador, a emergente Previdência Social, aliás bem sucedida financeiramente. Neste particular, a década de 70 pode ser considerada como o grande apogeu da Previdência Social, e o grande mercado empregador, especialmente para a enfermagem brasileira.

Analizando essa situação, Cordeiro (1979, p.722) destaca que a decisão política de redução de gastos com a Saúde Pública e a definição de prioridades para a assistência médico-hospitalar de caráter curativo de alta sofisticação tecnológica não correspondiam ao quadro sanitário do país. Esse era fortemente marcado pela falta de resolutividade para as questões antigas, como as epidemias e as endemias, combinadas com a emergência de novos padrões de mortalidade urbana.

Barreira (1996, p.65) esclarece que, nessa época, “o setor saúde importa processos e produtos tecnológicos” para atender aos requisitos da moderna organização dos hospitais. Desenvolveram-se também métodos de treinamento e qualificação do pessoal, bem como a aquisição de medi-

camentos e equipamentos de última geração.

Assim, o mercado de trabalho médico, que se estruturou no modelo médico-industrial, passa ao assalariamento, ao mesmo tempo em que a oferta e absorção da força de trabalho passaram a ser cada vez mais competitivas (FIORI, 1984, p.24). Para o citado autor (op.cit., p.19), esse modelo médico-hospitalar lucrativo incorpora tecnologias avançadas e entrou na disputa pela produção de medicamentos e equipamentos. A consequência foi um novo direcionamento à política médica e concomitante aceleração da privatização e capitalização da medicina, com crescente concentração e centralização de recursos de toda espécie.

Nesta linha de pensamento, Almeida & Pêgo (1982, p.74) alertam para o fato de que as transformações produzidas na prática médica geraram um aumento crescente dos custos da prestação dos serviços médico-hospitalares. Em contrapartida, a política econômica do país impôs uma queda do poder aquisitivo da população, excluindo-a da possibilidade de ter acesso a esses serviços. Na verdade, essa política de saúde deixa a descoberto um contingente expressivo da sociedade, como comenta Ribeiro (1993, p.75): “Até a década de 70, a assistência médico-hospitalar era prestada pela Previdência Social, unicamente aos seus contribuintes e beneficiários diretos, deixando ao largo toda a população não incluída nas relações formais de emprego”.

Na concepção de Ribeiro (1993, p.76), talvez a privatização da assistência médico-hospitalar não fosse a meta principal dessa política do Estado, mas ela decorre do fortalecimento da acu-

mulação do capital privado, pois tal medida favoreceria a expansão do mercado de produtos industrializados da saúde, além de cobrir as próprias deficiências manifestadas pelo governo, através da Previdência.

Nesse modelo, atribuiu-se ao hospital, como centro de atendimento especializado, a posição centralizadora na prestação dos serviços de saúde. Opera-se aí uma profunda mudança no saber e na prática médica, que passou a apoiar-se na medicalização e na utilização de tecnologias sofisticadas para confirmação diagnóstica.

Até 1995, existiam no Brasil 80 escolas de medicina, que formavam anualmente 8000 médicos. Em 1991, existiam 1528 Programas de Residência no Brasil, com 11281 residentes matriculados; destes, 1005 programas e 7476 residentes concentravam-se na região sudeste, distribuídos nas diferentes áreas de especialização e nos diferentes anos da residência, os quais tendem a se prolongar na atualidade. Por outro lado, a Residência Médica oferece aproximadamente 3000 bolsas por ano⁷, correspondendo ao maior volume de bolsas concedidas pelo Ministério da Educação e Desporto (MEC) aos cursos de pós-graduação. Outro órgão responsável por um contingente elevado de residentes no país é a Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), que cobre uma cifra de mais de 2000 bolsistas (DADOS, 1995, p.10-11).

Assim é que a Residência Médica, no Brasil, passou a não significar somente a possibilidade de aprender fa-

zendo, ou seja, o momento da especialização, mas a adotar outro caráter, que é o adiamento da inserção de profissionais no mercado de trabalho.

Tal alternativa, equivocada e contraditória, possibilita ao médico residente receber uma bolsa, considerada como atrativo para os recém-graduados e que está *“acima da maioria dos salários oferecidos aos médicos que se encontram no mercado de trabalho”* (DADOS, 1995, p.8).

Quatro décadas após a sua implantação no Brasil, a Residência Médica tem o seu cenário modificado. Profundas mudanças ocorreram no decorrer desse tempo. Tolosa (1985, p.11), ao analisar os programas de Residência Médica em hospitais, atribui ao número elevado de graduados em medicina e o seu conseqüente despreparo a queda considerável que se observa no padrão do profissional e a conseqüente distorção dos ideais da Residência Médica, que se transformou em programas equivalentes a *“frente de trabalho”* ou agrupamento de *“bóias frias”*. Esta situação é comentada por Cordeiro (1979, p.726) que sublinha: *“A política de saúde, ao tempo em que concentra os equipamentos médico-hospitalares, concentra os recursos humanos, favorece a especialização como estratégia de sobrevivência dos profissionais de saúde dentro da crescente divisão do trabalho em saúde e deteriora a qualidade do ensino”*.

A análise de Tolosa (1985, p.12) destaca que o modelo clássico da Residência Médica: *“sofreu graves e violentas deformações, a ponto de ser*

7 O valor da bolsa corresponde a aproximadamente R\$ 1200, 00 por mês.

encarada como supletiva do curso de graduação, deficiente e, ainda, como emprego seguro para recém-formado”

O mesmo autor enfatiza que, com os recursos financeiros cada vez mais escassos para atender às demandas, o sistema de Residência Médica torna-se inviável, por ser *“onerosa, elitista e deficiente”*. Declara ainda que a atuação dos residentes nos hospitais universitários é fundamentalmente importante, principalmente se considerarmos o baixo nível de motivação do corpo clínico. No entanto, alerta que a falta de interesse e desmotivação do corpo clínico tem levado os residentes a constituírem um segundo corpo clínico, *“acarretando de um lado a má formação e do outro problemas no atendimento dos pacientes”*. O referido autor acrescenta que, nos hospitais não-universitários, há uma hipertrofia do corpo de residentes, que tendem a assumir as atividades do corpo clínico (TOLOSA, 1985, p.12).

Uma das contradições desse modelo de saúde é que a iniciativa privada tem como princípio a concorrência na prestação de serviços. No entanto, *“o Estado brasileiro atuou contrariando esse princípio”* e de modo paternalista absorveu toda a produção médico-hospitalar, sem ao menos preocupar-se com a qualidade e a quantidade do que estava adquirindo. Segundo Ribeiro (1993, p.77-78). *“A Previdência Social praticamente compradora exclusiva dos serviços, responsabilizava-se pela compra de toda a sua capacidade de produção (...) essa política licenciadora estimulou a construção e adaptação de prédios em hospitais, clínicas e serviços, sempre contratados com a intermediação de políticos, alguns deles com sabidos interesses econômicos no setor”*.

Essa medida, ao tempo em que expandiu a rede de serviços de saúde privada, estagnou a rede dos hospitais próprios do Estado. Segundo a análise de Tolosa (1985, p.13), na década de 40, a residência médica galgou o máximo de eficiência *“como mecanismo de capacitação profissional”*, mas, gradativamente, com a expansão das escolas médicas, foi perdendo a sua finalidade e sendo utilizada pelas instituições de saúde como estratégia para obter *“mão-de-obra barata”*. Outro fator importante, segundo o autor (op.cit., p.13), que contribuiu para descaracterizar e confundir ainda mais a Residência Médica, foi: *“a falta de mercado de trabalho para recém-formado induzindo movimentos sociais e políticos visando transformar os programas de Residência Médica em emprego necessário para conferir segurança e sobrevivência”*.

Tolosa (op.cit., p.13) acrescenta que é de fundamental importância que se analisem os fatores que influenciam o descrédito da Residência Médica e, a partir daí, reúnam-se esforços no sentido de melhorar o padrão técnico e científico das instituições de saúde, para que se promova o resgate da qualidade desse Programa.

A residência de enfermagem no Brasil

Foi no cenário da expansão da Residência Médica que surgiu no Brasil o primeiro Programa de Residência na área de Enfermagem. Esse Programa, criado em 1961 no Hospital Infantil do Morumbi da Legião Brasileira de Assistência - LBA, Seção de São Paulo, tinha como finalidade: o *“aperfeiçoamento em*

enfermagem pediátrica” (LIMA, 1979, p.14).

Diferente da Residência Médica, a Residência de Enfermagem teve uma evolução mais lenta e somente na década de 70, no bojo da expansão industrial, foi criado o segundo programa, na Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1973. Este foi pioneiro como “Curso”⁸ de Especialização, sob a forma de Residência, uma vez que foi desenvolvido na Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital-Escola em parceria com a Faculdade de Enfermagem da UFBA, tendo como objetivo *“especializar o enfermeiro na área médico-cirúrgica”* (op.cit.,p.15).

Segundo Viana (1995, p.39), a enfermagem acompanhando o modelo que se delineava na década de 70, ou seja, o perfil especialista do profissional médico. A autora citada declara que: *“A tendência à formação especializada na enfermagem brasileira teve seu início, historicamente, em função das demandas derivadas da problemática sócio-econômica do país e de saúde dos segmentos particularmente marginalizados da população, especialmente dos que viviam nos centros urbanos ...”*.

Dessa forma, enfatiza Viana (1995, p.39): *“O desenvolvimento científico e tecnológico, particularmente no que concerne à estruturação do hospital moderno e à atuação das especialidades médicas neste contexto, bem como o discurso tecnicista originário dos EEUU referente à qualificação profissional, também direcionaram a enfer-*

magem no sentido da formação e da especialização”.

Nesse movimento, de acompanhar as novas diretrizes do mercado de trabalho e a grande expansão da Residência Médica, na década de 70, foram criados sete cursos de Residência de Enfermagem nas seguintes instituições: Universidade Federal de Pernambuco (1974); Universidade Federal Fluminense (1975); Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (1976); Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e Hospital Barros Barreto no Pará (1977); Universidade Federal da Paraíba e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1978) (LIMA, 1979, p.86).

Segundo a mesma autora, no final da década de 70, a Residência se apresentava como *“uma das mais recentes alternativas adotadas para o aperfeiçoamento do enfermeiro”*, carecendo, no entanto, de definições e regulamentação que pudessem garantir sua validação no quadro das especializações. A Residência, segundo a autora, além de propiciar a ampliação de práticas que não puderam ser vividas na graduação, possibilita a sedimentação dos conhecimentos experienciados e portanto caracteriza-se como uma iniciativa de qualificação dos enfermeiros recém-graduados (op.cit, p.86).

Assim foi-se afirmando e adquirindo espaço o discurso que dava suporte à ideologia da modernização da sociedade, pela vertente do desenvolvimento econômico. Neste cenário, a

8 A residência recebe o nome de “curso” quando o programa está vinculado a uma escola de nível e fundamenta-se na Resolução 14/77 do CFE que regulamenta a especialização no país. Assim, recebe a denominação de curso de especialização na modalidade de residência.

66

enfermagem passa por um processo de ajuste para adequar-se ao contexto.

Ao longo do tempo, destaca Lima (1979, p.86), a Residência vem construindo dialeticamente situações de avanços e retrocessos, no que concerne à sua regulamentação. Como exemplo há que considerar as discussões sobre a temática, pois que, conforme o ponto de vista da autora mencionada, essa é uma busca que os enfermeiros devem empreender para assegurar a qualificação de seus atores, de forma paralela à luta pela melhoria da assistência prestada à clientela.

Alcoforado et al (1978, p.340) são coerentes com as observações de Lima, quando afirmam que a Residência "*surge como estímulo ao desenvolvimento profissional do enfermeiro*", contribuindo, de um lado, para a especialização profissional e, do outro, para a melhoria na qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde e da assistência de enfermagem em particular.

Almeida & Oliveira (1975, p.29) conceituam a residência como "*um Programa de Pós-Graduação, com características de regime de dedicação exclusiva e permanência total do enfermeiro no campo de prática, com a finalidade de especializá-lo em dada área de conhecimento*".

Nas recomendações finais do Seminário sobre Residência de Enfermagem, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, em 1979, consta que as instituições deveriam passar a considerar a Residência de Enfermagem como uma modalidade de ensino de pós-graduação em nível de especialização, centrada em atividades práticas, atendendo os vários níveis de prevenção, integrando os aspectos de as-

sistência, administração e pesquisa. O mesmo Seminário recomendou ainda que o programa fosse desenvolvido em regime de tempo integral, com carga horária de 1.800 horas/ano e 40 horas semanais, integralizadas em atividades assistenciais práticas (70%) e estudo teórico e pesquisa (30%). Estas atividades deveriam ser supervisionadas continuamente por enfermeiros de comprovada capacidade técnica, didático-pedagógica e conduta ética, qualificados, portanto, para assumir esta responsabilidade. Recomendou-se ainda cuidado com a proporcionalidade entre os enfermeiros encarregados da supervisão e orientação do trabalho e o quantitativo de residentes (ABEn, 1979, p. 121).

Além disso, o Seminário pôs em relevo a importância e a responsabilidade dos profissionais envolvidos no programa, quanto à avaliação, que deveria incluir: os conteúdos teórico-práticos; a resolatividade dos problemas de enfermagem junto ao cliente, família e comunidade; a realização de pesquisa científica; a criação de novos procedimentos de assistência de enfermagem, de tal modo que se pudesse conferir ao residente o título de especialista. Não obstante as recomendações deste Seminário, poucos têm sido os estudos que tratam da Residência de Enfermagem no Brasil, produzindo com isso uma lacuna no conhecimento sobre o desenvolvimento dos programas, a qualificação de profissionais que participam desta modalidade de treinamento e também sobre a inserção dos ex-residentes no mercado de trabalho.

Por outro lado, ao contrário da área médica, na maioria das vezes, a contratação de enfermeiros, pelas instituições de saúde, principalmente em se

tratando de concurso público, desconsidera o critério referente à área específica de formação, o que, de certa forma, constitui um desestímulo à especialização. Às instituições de saúde interessa admitir enfermeiros para os seus quadros de pessoal a partir das necessidades funcionais emergentes, sem, no entanto, levar em consideração as especificidades da área, nem a qualificação específica do profissional a ser admitido. Devido a essa prática institucional, é freqüente encontrarmos enfermeiros obstetras trabalhando em UTIs e vice-versa, confirmando a distorção presente na formação e absorção desses profissionais pelo mercado de trabalho.

Outro fato a destacar é que os períodos em que se realizam os concursos públicos para enfermeiros parecem concomitantes como incremento da evasão dos residentes de enfermagem dos Programas. O fenômeno é tão evidente que leva a supor que, na maioria das vezes, os acadêmicos permanecem na residência, aguardando a oportunidade para fazer concurso e assim conseguir emprego fixo e, portanto, estabilidade profissional (ANTUNES & PIMENTEL, 1992, 1).

Ainda no que se refere à regulamentação da Residência, cumpre destacar que, em 1994, a Comissão Permanente de Educação da ABEn Nacional realizou, durante o ENFNordeste, em Salvador/Ba, uma Oficina de Trabalho reabrindo a discussão sobre a Residência de Enfer-

magem no Brasil. Na oportunidade, a análise sobre as questões da residência se desenvolveram a partir de três pontos importante: - Análise das experiências ocorridas no campo da enfermagem brasileira que podem ser identificadas com a modalidade da residência; - Identificação dos impactos produzidos por estas experiências na organização dos serviços, no mercado de trabalho e na qualidade da assistência de enfermagem/saúde; - Análise do significado e pertinência do projeto de regulamentação da Residência em Enfermagem.

Ao final das discussões, os participantes dessa Oficina de Trabalho concluíram que a Residência envolve complexas interrelações que se expressam em três vertentes: - didático-pedagógica, com relação à qualificação do profissional; - trabalhista, relacionada à remuneração (bolsa) e jornada de trabalho; - e ao exercício profissional (ABEn, 1994, p.21).

Nessa mesma ocasião, pelo conteúdo do relatório final do 1º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem no Brasil, é clara a preocupação da categoria com relação à residência de enfermagem, particularmente, quando reflete sobre a conclusão que assinala “a falta de discussão e definição das Residências de Enfermagem e o surgimento de residências em serviços sem vinculação com instituições formadoras” (ABEn - 1º SENADEn, 1994, p.22)⁹.

9 Promovido pela ABEn Nacional, Seção Rio de Janeiro, e Fórum de Diretores de Escolas de Enfermagem do Rio de Janeiro, foi realizado no Rio de Janeiro, no período de 02 a 06 de maio de 1994, e teve como tema central “Diretrizes para Educação em Enfermagem”.

No 3º SENADEn¹⁰, os enfermeiros voltaram a discutir questões referentes à Residência de Enfermagem e desta vez a ênfase recaiu na tentativa de articulá-la aos cursos de pós-graduação “*lato sensu*”. Entre outros assuntos, foi estabelecido o perfil do profissional especialista como sendo um “*enfermeiro capacitado para atuar em áreas específicas da profissão, desenvolvendo instrumentais de trabalho, novas tecnologias e atendendo as demandas de saúde emergentes*” (ABEn - Relatório Final, 1998, p.10).

No Rio de Janeiro, existiam, à época da coleta de dados para esta pesquisa, quatro Programas de Residência¹¹, implementados nas seguintes instituições: Instituto Fernandes Figueira (IFF)/FIOCRUZ; Instituto Nacional do Câncer (INCA)/M.S.; Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)/UERJ e mais recentemente foi criado o programa da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP)/UNI-RIO¹², que mantém convênio com o Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) do Ministério da Marinha. Esses programas eram desenvolvidos em dois

anos e se apresentavam com características próprias no que se refere, dentre outros aspectos, à carga horária e às atividades didático-pedagógicas. Em relação à carga horária, o programa de residência do INCA totaliza 3840 horas e exige de seus residentes o cumprimento de uma carga horária semanal de 40 horas.

Os demais programas estipulavam 60 horas de trabalho semanal e tinham as seguintes cargas horárias totais: IFF - 4440 h; HUPE - 5760 h; EEAP e conveniados - 5580 h. Enquanto que a carga horária prática é cumprida integralmente por todos os programas, apenas alguns desenvolvem integralmente as atividades teóricas previstas. Todos os programas exigem a elaboração de um trabalho de pesquisa como parte do conjunto das atividades teóricas e alguns incluíam na proposta o desenvolvimento de atividades de extensão. Paralelamente, em face dessas discrepâncias, o relatório final do Fórum de Diretores de Escolas de Enfermagem do Rio de Janeiro¹³, além de apresentar as diversas características de desenvolvimento dos Programas de Residência do Município, apontou algumas distorções, as quais devem constituir-se uma vez

10 Promovido pela ABEn Nacional e Seção Rio de Janeiro, realizado no Rio de Janeiro, no período de 23 a 26 de março de 1998, contou com o apoio do Fórum de Diretores de Escolas de Enfermagem do Rio de Janeiro e teve como tema central “As diretrizes para a Educação em Enfermagem no contexto de LDB” – Lei nº 9394/96 e o Edital 4/98-SESU/MEC.

11 Dados obtidos durante o Fórum de Diretores de Escolas de Enfermagem do Rio de Janeiro, que teve como tema central a “Residência de Enfermagem”, realizado no Rio de Janeiro, no dia 02 de dezembro de 1996.

12 O programa da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNI-RIO foi criado através dos Convênios nºs 14/95, 36/95 e 37/95 entre a UNI-RIO, SES/RJ, SMS/RJ e MS, e foi implementado em 1996.

13 Em abril de 1997, o Fórum de Diretores de Escolas de Enfermagem, preocupado com a situação da superior residência no Estado, realizou uma Mesa Redonda para discutir o desenvolvimento dos programas. Na oportunidade, participaram representantes de instituições de ensino e de saúde, que fizeram explanação sobre os programas.



mais em alvo das discussões dos enfermeiros em geral e, em particular, dos responsáveis e integrantes dos programas. Dentre elas, o referido relatório destaca: a carga horária excessiva que o residente tem que cumprir, a apropriação indevida de sua força de trabalho pelas instituições de saúde; e a inadequação do processo de avaliação.

Os participantes do evento discutiram também a questão da regulamentação da residência, defendendo sua caracterização como pós-graduação "*lato sensu*" e recomendaram à Associação Brasileira de Enfermagem, ao Conselho Federal de Enfermagem e à Federação Nacional dos Enfermeiros que realizem uma análise do Projeto de Lei nº 2264, de 1966, do Deputado Paulo Rocha, que se encontra tramitando no Congresso Nacional, visando o seu aprimoramento. Consideraram ainda que se faz necessário e urgente que os preceptores participem de processos de educação continuada, para que possam melhor orientar os residentes, e que as instituições façam uma revisão de seus quantitativos de enfermeiros, no sentido de viabilizar uma supervisão mais efetiva dos mesmos.

Considerações finais

Como vimos, a Residência de Enfermagem, criada no Brasil na década de 60, a partir do modelo médico, ao longo de suas quatro décadas de existência vem recebendo forte influência do modelo econômico vigente no país; ampliou-se e vem se consolidando por iniciativas isoladas de universidades e

hospitais públicos e privados, apesar de não ter sido ainda regulamentada.

A regulamentação dos Programas de Residência como cursos de pós-graduação "*lato sensu*" constitui questão polêmica e um grande desafio a ser enfrentado pela categoria, considerando-se sobremaneira: a ampliação dos Programas em todo o território nacional; a crescente demanda de candidatos, principalmente de enfermeiros recém-graduados que não tiveram acesso ao mercado de trabalho, o qual apresenta-se cada vez mais competitivo e exigente; e a apropriação da força de trabalho dos enfermeiros-residentes, para atender as demandas do trabalho de enfermagem nas instituições de saúde.

Quanto aos aspectos pedagógicos, acreditamos na urgência de se pensar um Programa que leve em consideração as articulações necessárias entre os conteúdos teóricos e as experiências práticas, no sentido de que o mesmo melhor se adeque às reais necessidades da clientela e também dos diversos profissionais que o integram.

The History of Nursing Internship in Brazil

Abstract: This paper presents a brief retrospect of the Nursing internship history in Brazil, since its creation (1961) to date. Therefore, it describes the history of Nursing internship in the country and its relations with the social, political and economic contexts, in which occurred the most significant changes as well as their consequences for the development of the programs.

Keywords: History of Nursing - Nursing Internship

La trayectoria de la Residencia de Enfermería en Brasil

Resumen: El trabajo presenta una breve retrospectiva de la historia de la Residencia de Enfermería en Brasil, desde su creación en 1961 hasta estos días. Por eso, este estudio describe la trayectoria de la Residencia en el país y sus relaciones con los momentos políticos, económicos y sociales, en los cuales, ocurrieron los cambios más significativos y sus reflejos para el desarrollo de los programas.

Palabras claves: Historia de Enfermería - Residencia de Enfermería

Referências bibliográficas

1. ALCOFORADO, L.M.M. et al. Residência de enfermagem um processo de ensino ou de trabalho? Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.31, n.3, 1978, p. 340-356.
2. ALMEIDA, M.H., OLIVEIRA, C. Curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica sob a forma de residência: relato de experiência do 1º ano. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 28, 1975, p. 88-97.
3. ALMEIDA, C.M., PÊGO, R.A. Organização dos serviços de saúde. In: Saúde e Trabalho no Brasil. IBASE. Petrópolis: Vozes, p. 63-79. 1982.
4. ANTUNES, H.S., PIMENTEL, E.S. Avaliação da evasão da residência de enfermagem. Rio de Janeiro, 1992. Mimeo.
5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Recomendações do seminário sobre residência em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 32, 1979, p. 121-125.
6. _____. Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem, 1, 1994. Rio de Janeiro: ABEn, 1994. 43p. Documento final.
7. _____. Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem, 3, 1998. Rio de Janeiro: ABEn, 1998. 11p. Relatório final.
8. _____. Diretrizes para a residência de enfermagem no Brasil. Salvador, 1994. Relatório parcial.

9. BARREIRA, I. de A. A enfermeira ananéri no país do futuro. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996. 380 p.
10. BREGLIA, V.L.A. A comunicação da informática na residência médica. Rio de Janeiro: UFRJ, 1989. Dissertação (Mestrado) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1989.
11. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA SESU/MEC. Parecer n. 06/80 de 30 de janeiro de 1980.
12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Projeto de Lei n. 2264. Rio de Janeiro, 1996.
13. CORDEIRO, H.de A. A democratização da saúde. Boletim -UERJ. Rio de Janeiro: Departamento Cultural, n. 157, set./out., 1979.
14. ESPECIALIDADES MÉDICAS NO BRASIL. Dados. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/RADIS, n. 17, dez. 1995.
15. FERREIRA, H.B. A residência médica no Brasil. Residência Médica. Brasília, v.6, n. 1/2, jan./jun. 1984, p. 2-12.
16. FIORI, J.L. Introdução In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.). Saúde medicina no Brasil: contribuição para debate. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, p. 17-27, 1984.
17. LIMA, D. M. Residência de enfermagem: estudo exploratório. Rio de Janeiro: UFRJ, 1979. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1979.
18. MARTINS, L.A.N. Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. São Paulo: Ed. EMP, 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, 1994.
19. POSSAS, C. de A. Saúde e trabalho: a crise na previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 324 p.
20. RIBEIRO, H.P. O hospital: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993. 135 p.
21. TOLOSA, E.M.C. Residências em hospitais: residência médica. Revista Paulista de Hospitais. v. 33, n. 1/2, jan./fev. 1985, p. 11-14.
22. VIANA, L. de O. A formação do enfermeiro no Brasil e as especialidades: 1920-1970. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.