

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

MÉDICO-SANITARISTA: AINDA UMA ESCOLHA DE CARREIRA?

**Cristiany da Silva Ávila
Mestrando**

**Maria Helena Machado
Orientador**

**Sérgio Tavares de Almeida Rego
Co-orientador**

**Rio de Janeiro
1998**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

MÉDICO-SANITARISTA: AINDA UMA ESCOLHA DE CARREIRA?

Cristiany da Silva Ávila

**Dissertação Apresentada ao Departamento de Administração e
Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública -
Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde Pública.**

**Rio de Janeiro
1998**

AGRADECIMENTOS

Depois de muitas idas e vindas, finalmente chegamos ao final deste trabalho. Mais do que responder a antigos questionamentos surgidos no início do meu caminho como sanitaria, este foi um período de amadurecimento profissional e pessoal.

Gostaria de agradecer ao Professor Sérgio Rego, que durante a elaboração do texto foi meu “anjo da guarda”, com sua calma e paciência. A Professora Maria Helena Machado, por todo rigor e crítica que me ajudou a compreender a seriedade que um pesquisador deve ter e, pela dedicação na finalização do trabalho.

Aos meus colegas da CONCURD, Anderson e Simone por me auxiliar na coleta de documentos, por serem solícitos nas horas difíceis e me trazerem alegria nos momentos de stress.

Para “turma” da farra e do chopp, meus amigos, que compreenderam o isolamento necessário. Aos meus vizinhos Lia e Maneca pela amizade por colocarem a minha disposição os recursos técnicos quando me faltaram. A minha amiga Mayumi, médica-sanitaria, que colaborou na revisão do trabalho e me fez valorizá-lo ainda mais.

A Secretaria Acadêmica da ENSP, em especial a Monireh e a Cecília pela simpatia e por disponibilizar os dados sobre o curso de residência e esclarecerem minha dúvidas quando necessitei.

A professora Maria Lúcia Pimentel coordenadora do internato de medicina da UFRJ, meu respeito e obrigado, pela receptividade e disponibilidade na fase de campo.

Aos amigos da residência, sanitaristas multiprofissionais, que foram a fonte de inspiração para realização deste trabalho e por se preocuparem constantemente com o andamento do mesmo. Aos companheiros do mestrado, pela amizade e pela experiência profissional e pessoal que me passaram durante esta trajetória.

A toda minha família, pelo apoio e por aguentar minha instabilidade de humor e isolamento.

A todos ex-professores, coordenadores e alunos da Residência da ENSP, que dedicaram-se a uma causa e que acreditaram e, creio eu, acreditam na importância do sanitarista na resolução dos problemas de saúde das coletividades, principalmente brasileira.

Por fim, a todo aqueles que participaram e valorizaram esta pesquisa, ou seja, aos que acreditaram no meu trabalho.

RESUMO

A especialidade do médico-sanitarista passou por inúmeras transformações ao longo de sua história. Atualmente insere-se na área de conhecimento denominada Saúde Coletiva e caracteriza-se por sua natureza multiprofissional e interdisciplinar.

No entanto, os dados empíricos que dispomos e analisamos apontam para uma perda significativa do interesse dos médicos recém-formados por esta carreira. Tornar-se médico-sanitarista e buscar espaço no mercado de trabalho como tal, deixaram de ser atrativo, tanto do ponto de vista econômico-financeiro, como do social e cultural, não representando mais uma verdadeira área de atuação profissional.

Os fatores mais recorrentes para esta perda de interesse refere-se, principalmente, às características adquiridas pela ocupação, baixos salários, perda de *status* no setor público, falta de incentivo na graduação, entre outras. O reconhecimento de uma prática profissional burocratizada, o afastamento da relação médico-paciente e a “multiprofissionalidade” são características marcantes da área e que, na opinião de estudantes, interferem negativamente na escolha da sua especialidade.

Embora a saúde pública tenha sofrido desprestígio como área de atuação profissional, para o jovem médico, ela tem ganhado importância como campo de conhecimento e de prática a serem incorporadas no cotidiano profissional. Isto indica uma tendência a ser explorada pela saúde coletiva para que seja redefinido o papel e as funções “modernas” que um médico-sanitarista deveria desempenhar.

ABSTRACT

The characteristics of the public health doctor have undergone numerous transformations during the course of the history of this profession. It is currently included under the scope of activity known as Collective Health and is characterized by its pluriprofessional and interdisciplinary nature.

However, empirical data available to us which we have analyzed, indicate a significant loss of interest on the part of recently-graduated doctors to pursue this career option. To become a public health doctor and seek openings in the current job market is no longer a viable option both from an economic/financial standpoint and for social and cultural reasons, and it is not considered a true area of professional activity any more.

The salient factors for this loss of interest are mainly related to the acquired characteristics of the profession, namely low salaries, loss of status in the public sector, lack of incentive at graduation, among others. The perceived view of a highly bureaucratic professional area, the distancing from the doctor-patient relationship and 'pluri-professionality' are marked characteristics of this area which, in the opinion of students, have a negative effect on selecting this area as a specialization option.

Although public health in general has suffered a loss of prestige as a professional area for young doctors, it has gained in importance as an area of knowledge and practices to be incorporated in daily professional life. This opens up an avenue of exploration for collective health as a means of redefining the role and the 'modern' functions that a public health doctor should strive towards.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO I ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA PROFISSÃO MÉDICA

- Definindo Profissões
- A Especificidade da Profissão Médica

CAPÍTULO II SAÚDE COLETIVA: UM NOVO CONCEITO PARA ANTIGAS QUESTÕES

- Aspectos Conceituais: Medicina Social, Preventiva, Comunitária, Saúde Pública e Saúde Coletiva
- Algumas Características do Médico- Sanitarista
- A Natureza da Prática Profissional

CAPÍTULO III OS MÉDICOS E A ESPECIALIZAÇÃO PARA O MERCADO DE TRABALHO

- A Necessidade de Especialização para os Serviços
- Residência Médica: A Especialização para os Serviços
- A Residência em Medicina Preventiva e Social

CAPÍTULO IV RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL: UMA MODALIDADE DE FORMAÇÃO EM QUESTÃO

- O Programa de Residência da ENSP

CAPÍTULO V ESPECIALIZAÇÃO: UMA ESCOLHA INEVITÁVEL

- Carreira Profissional: Uma Breve Abordagem
- Ser Médico-Sanitarista: Ainda Uma Opção ?
- Características Gerais dos Entrevistados
- As Razões de Uma Escolha Profissional
- O Momento da Escolha de Carreira: Que Fatores Considerar?
- As Perspectivas do Mercado de Trabalho
- Medicina Preventiva e Social: Por que Não?

CAPÍTULO VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos programas de residência em medicina preventiva e social segundo Brasil e Grandes Regiões - 1996

Tabela 2 - Distribuição de vagas dos programas de residência em medicina preventiva e social segundo Brasil e Grandes Regiões - 1996

Tabela 3 - Distribuição do preenchimento de vagas médicas do programa de residência em medicina preventiva e social segundo ano - ENSP - 1982 - 1996

Tabela 4 - Distribuição dos estudantes de medicina segundo profissão dos pais. UFRJ - 1996

Tabela 5 - Distribuição dos estudantes de medicina segundo grau de parentesco. UFRJ - 1996

Tabela 6 - Fatores que influenciam a escolha de especialidade dos estudantes de medicina. UFRJ - 1996

Tabela 7 - Perspectivas de inserção no mercado de trabalho dos estudantes de medicina. UFRJ - 1996

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Oferta e preenchimento de vagas médicas do programa de residência em medicina preventiva e social - ENSP - 1981-1996

Gráfico 2 - Oferta e preenchimento de vagas para outros profissionais de saúde do programa de residência em medicina preventiva e social - ENSP - 1981-1996

Gráfico 3 - Demanda e preenchimento de vagas médicas do programa de residência em medicina preventiva e social - ENSP - 1981, 1985, 1991, 1995 e 1996

Gráfico 4 - Demanda e preenchimento de vagas para outros profissionais de saúde do programa de residência em medicina preventiva e social - ENSP - 1981, 1985, 1991, 1995 e 1996

Gráfico 5 - Distribuição dos estudantes de medicina por sexo. UFRJ - 1996

Gráfico 6 - Distribuição dos estudantes de medicina por faixa etária. UFRJ - 1996

Gráfico 7 - Você tem parentes médicos?

Gráfico 8 - Distribuição das especialidades escolhidas pelos estudantes de medicina. UFRJ - 1996

QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das vagas nos programas de residência em medicina preventiva e social segundo instituição formadora - Brasil e Grandes Regiões - 1996

Quadro 2 - Distribuição da escolha de inserção no mercado de trabalho dos estudantes de medicina. UFRJ - 1996

Quadro 3 - Distribuição dos grupos de especialidades escolhidas pelos estudantes de medicina. UFRJ - 1996

Quadro 4 - Renda média por especialidades. Brasil - 1995

APRESENTAÇÃO

O trabalho que ora apresentamos é um estudo sobre a profissão médica, enfocando principalmente a especialidade daqueles denominados - médicos-sanitaristas. O enfoque recai para a formação tradicional - a Residência Médica.

Não foram poucos os estudos que abordaram esta questão. No entanto, o enfoque que adotamos privilegia a opinião dos estudantes de medicina a cerca da escolha ou não pela área de medicina sanitária como carreira profissional. Buscamos entender as razões que têm levado esses jovens aspirantes à medicina a não optarem por esta especialidade.

A discussão sobre a possível “crise da saúde pública” não é nova e remonta a idéia da baixa procura pelos programas de residência em medicina preventiva e social; o pouco apelo social que ela possui no meio estudantil; baixos salários oferecidos à estes especialistas em saúde pública e, especialmente, pela perda gradativa de médicos já especializados atuando neste campo profissional.

A medicina do final do século XX é uma atividade profissional com grande prestígio, enorme acúmulo de conhecimento e extenso e ilimitado mercado de serviços a oferecer a população. No entanto, esta medicina do final do século adotou um modelo voltado para a especialização, com a utilização de alta tecnologia e sofisticados recursos técnico-científicos. Neste cenário, a chamada **medicina sanitária** não responde a este novo desafio tecnológico. Seu foco de trabalho e ação estão muito mais voltados para os problemas que afetam a população como um todo, do que com as questões de cunho individual, especializado e eminentemente curativo. A medicina sanitária é por natureza, coletiva, plural (adota vários aportes teóricos de diversas áreas do conhecimento científico não biomédico) e acima de tudo, tem o caráter preventivo.

No capítulo I, abordamos o conceito de profissão, destacando alguns conceitos fundamentais para o seu desenvolvimento e conformação como tal. Seguimos mostrando, através das principais características sociológicas da profissão médica, como adquiriu um grande prestígio social. Enfocamos em especial, o processo de especialização e os efeitos sobre a profissão. Esta abordagem nos permitiu entender melhor a especialidade de “sanitarista” dentro da profissão médica.

No capítulo II, buscamos discutir alguns aspectos conceituais das correntes teóricas que estudaram as relações entre a medicina e as questões sociais. Com isso, foi possível reconstituir a evolução conceitual do campo de conhecimento da saúde coletiva. Nossa preocupação fundamental foi situar essa área de conhecimento em seus aspectos conceituais e históricos com especialidade do médico-sanitarista. Em um segundo momento, apresentamos suas principais características, vinculando-o às mudanças do próprio construto teórico da área.

O processo de especialização da medicina foi o tema do capítulo III. Mostramos como a dinâmica do mercado de trabalho em nossa sociedade demanda cada vez mais serviços especializados. Como afirmamos neste capítulo, a especialização desencadeou a erosão de algumas das características da profissão; para saúde pública, trouxe componentes supostamente ainda mais contundentes. As transformações nesta área de conhecimento, hoje delimitada pela saúde coletiva, permitiram a incorporação de outros profissionais aos cursos de especialização, inclusive aos programas de residência.

No Capítulo IV, analisamos o Curso de Residência da Escola Nacional de Saúde Pública a partir da década de 80. Para tal, tecemos um breve histórico do curso e seguimos com a apresentação do material empírico constatando que realmente houve um movimento de evasão do profissional médico, deste curso.

Buscamos, compreender e analisar os fatores que estariam provocando a diminuição da procura dos médicos pela carreira de sanitarista. Foi desenvolvida neste capítulo V, uma análise do material empírico que produzimos. Destacamos o tema “escolha de carreira profissional”, em especial no que se refere ao “estudante” de medicina. Situamos a posição desfavorável em que se encontra a especialidade do sanitarista, principalmente em relação às condições do mercado de trabalho, prestígio, remuneração, entre outras questões abordadas. Os dados empíricos evidenciam uma clara “retirada” do jovem médico deste campo de atuação. Mostramos ainda que as especialidades eleitas pelos estudantes como futura carreira profissional seguem uma tendência similar à pesquisa nacional dos médicos.

Mostramos no Capítulo VI, das considerações finais, o que a saúde pública cresceu e se expandiu como área de conhecimento necessária à prática médica, seja qual for. Por outro lado, a saúde pública como área de trabalho tende a sofrer uma visível e vertiginosa queda da procura. Apontamos também, neste capítulo, algumas notas de como vislumbramos o futuro desta especialidade.

Em anexo, seguem as considerações metodológicas do estudo, que descrevem a realização do estudo, formas de análise e limitações.

Por fim, reconhecendo a importância do papel do médico no contexto mais geral da Saúde Pública, esperamos que os resultados aqui apresentados possam subsidiar análises posteriores que permitam a redefinição do papel desse profissional no interior da saúde coletiva.

CAPÍTULO I

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA PROFISSÃO MÉDICA

Definindo Profissões

Embora as profissões tenham um passado pré-industrial, afirma Larson (1977:2), foi na sociedade moderna pós-revolucionária que elas encontraram um terreno fértil para seu desenvolvimento e proliferação. O conceito de profissão pode ser entendido quando da existência dos elementos considerados essenciais na concepção sociológica de profissão e do processo de profissionalização, tais como: saber específico (base cognitiva), mercado de trabalho, associação profissional e de elementos ideológicos tais como: código de ética profissional, ideal de serviço, entre outros. Portanto, profissão é aquela atividade profissional que detém um conhecimento específico, atua no mercado de trabalho de forma exclusiva, com enorme legitimidade junto à clientela que comprará seus serviços especializados.

O desenvolvimento de uma identidade profissional estrutura-se no momento em que associações são organizadas e, junto às universidades, criam mecanismos para o estabelecimento de sua posição frente a outras ocupações (Freidson, 1978:36). A regulamentação legal define o território profissional, onde se determinam limites de atuação do profissional impedindo a invasão de outras ocupações. Por outro lado, o código de ética irá criar as normas e regras da profissão, punindo aqueles que a infringirem, garantindo a qualidade do serviço, ou seja, a profissão estará auto-regulada técnica e eticamente.

De grande relevância analítica são os aspectos ideológicos de “servir a comunidade”. Denominado de **ideal de serviço**, refere-se aos princípios a serem seguidos pelos profissionais, ou seja, de servir à coletividade, de colocar os

interesses sociais acima daqueles corporativos. Na opinião de Rego (1994:17), a subordinação dos profissionais a estes princípios assegura uma maior autonomia e conquista da confiança da sociedade em seu trabalho, assim, "é a expressão da confiança do cliente no profissional. Para a confiança que o cliente expressa ao confiar seu corpo para ser curado, ou uma causa jurídica para ser defendida, espera-se que o profissional corresponda com atitudes em defesa dos interesses do cliente. Essa relação estará expressa no Código de Ética profissional, que expressará o ideal de serviço e definirá as punições para quem o violar".

O processo de reconhecimento social das profissões no mundo moderno ocorreu quando do estabelecimento de atributos técnicos e ideológicos. Primeiro, a competência profissional a ser legitimada por meio de treinamento padronizado e desenvolvido em escolas próprias, tornando-se possível distinguir profissões de meras ocupações. Segundo, a partir de um sólido conhecimento técnico, as profissões passaram a requerer e obter credibilidade social, e os clientes passaram a acreditar que aqueles profissionais sabem o que fazem.

A escola têm um papel fundamental no processo de profissionalização. Analisa Machado (1996) "é elaborado e sistematizado um corpo de conhecimento teórico e complexo, mas ao mesmo tempo prático e útil, a ser transmitido por escolas profissionais no curso de um aprendizado longo e, por vezes, difícil. Apesar de existirem variações quanto ao treinamento entre os projetos profissionais, a educação formal serve de base para a maioria das ocupações nas sociedades modernas" (p.26).

Na constituição das profissões modernas Larson (1977:4-15) destaca que o estabelecimento das elites profissionais, através da "educação de cavalheiros", já simbolizava a reivindicação por *status* social. A competência superior baseava-se na certificação da educação e o treinamento simbolizou uma nova etapa no profissionalismo. O monopólio de competência deveria existir para assegurar a qualidade do serviço; os provedores de serviço devem ser controlados de forma a

padronizar e assim identificar a “mercadoria” fornecida por eles. Por isso, a **base cognitiva** tornou-se crucial.

Nesse aspecto, destaca-se a constituição dos mercados profissionais nos quais as profissões estariam voltadas a um mercado competitivo visando a obtenção de monopólios profissionais e maiores oportunidades de obter renda. Uma vez estabelecida a base cognitiva devidamente certificada pela escola, as associações estariam regulando a competição e garantindo a credibilidade da clientela. “Assim, a reorganização moderna do trabalho profissional e do mercado de trabalho tenderam a encontrar credibilidade numa diferente e ampla base monopolista - a demanda para o controle exclusivo da perícia superior” (Larson, 1977:13).

Concomitantemente à credibilidade social da profissão, a **autonomia** apresenta-se como um importante atributo. Isto significa dizer que, o profissional exercerá a autoridade em seu campo de trabalho, poderá agir sem interferências de outros. É dada à profissão o direito de controlar o próprio trabalho, se auto-regular. Freidson (1978:60) focaliza a questão do poder das profissões e ressalta a questão da autonomia técnica como uma variável fundamental. “A autonomia sobre o caráter técnico de seu trabalho, portanto, lhe dá meios para ser um profissional ‘livre’, ainda quando dependa do Estado para estabelecer e sustentar sua autonomia”. Esta autonomia, que para o autor, é essencialmente técnica, possibilitará a obtenção da credibilidade da clientela e fornecerá vantagens na prática como por exemplo, definir as condições de trabalho. Fornecerá ademais a “autoridade profissional” tão fundamental ao desenvolvimento das profissões no mercado moderno. Concluem Machado et alii (1997:21): “utilizando o conceito de Starr (1991), podemos afirmar que uma profissão é uma ocupação auto-regulada, que exerce uma atividade especializada, fundamentada numa capacitação ou formação específica, com forte orientação para o ideal de servir à comunidade, norteadas por princípios ético-profissionais definidos por ela mesma. Portanto, a noção de profissão está intrinsecamente vinculada à idéia de uma atividade humana que, mediante conhecimento especializado, atua em determinado ‘fim social’. A auto-

regulação e a autonomia prevalecem nesta relação, e são estes dois elementos que permitem que a profissão tenha a 'autonomia' para recriar realidades”.

Segundo Starr (1991:23-28), a autoridade de uma profissão significa que o cliente é induzido a confiar, a obedecer voluntariamente. Ou seja, a autoridade não se impõe pela ação coercitiva ou por constrangimentos legais, embora estes mecanismos possam ser utilizados para assegurá-la. Assim, a autoridade incorpora duas fontes de controle efetivo: **legitimidade** e **dependência**. A primeira, descansa na aceitação por parte do subordinado de que deve-se obedecer. A legitimidade tem sua origem na competência superior. A segunda - a dependência - está baseada na previsão das conseqüências desagradáveis que terá se não obedecer, valendo-se de seus conhecimentos (base cognitiva) para persuadir o cliente. O domínio do conhecimento cria uma dependência, que uma vez tenha respondido às expectativas do cliente, leva à legitimidade diante da sociedade. Portanto, a autoridade médica pode ser diferente nos aspectos do social e do cultural, de acordo com suas características. A autoridade social pressupõe o controle da ação por meio da emissão de ordens, enquanto que a autoridade cultural permite a construção da realidade através da definição de fatos e valores.

Dessa forma, para que haja legitimação da autoridade profissional colocam-se três afirmações distintas: primeiro, que o conhecimento e a competência do profissional tenham sido validados por uma comunidade de pares; segundo, que esse saber e essa competência, validados consensualmente, tenham por base fundamentos racionais e científicos; terceiro, que o juízo e o conselho profissionais estejam orientados até um conjunto de valores essenciais, tal como a saúde para medicina. Estes aspectos da legitimidade correspondem aos atributos - profissionais, cognitivos e morais (Starr, 1991:30).

No caso da medicina, por exemplo, afirmam Machado et alii (1997:22): “quase sempre prevalece a opinião do médico. Da mesma forma, para que esta

autoridade seja exercida com toda sua força, é necessário que haja um alto grau de legitimidade dos dois lados - tanto do que manda quanto daquele que obedece. O sistema de dominação será tanto mais eficaz quanto maior sua legitimidade”.

A Especificidade da Profissão Médica

A profissão médica é uma profissão auto-regulada e com um enorme poder de negociação social. “Nenhuma outra profissão exercita este poder na escala em que fez a medicina, certamente porque nenhuma outra profissão se iguala a ela no grau de autonomia e auto-regulação”, afirma Machado (1996:32).

Atributo importante das profissões, a **base cognitiva** tornou-se fundamental para a medicina, ou seja, um corpo de conhecimento que possui uma natureza específica e complexa, restrita àqueles profissionais que foram devidamente treinados. A afirmação deste conhecimento foi possível, principalmente, a partir das descobertas no final do século XIX e início do século XX.

Os avanços das ciências médicas contribuíram para que a profissão adquirisse crédito social, na medida em que as práticas anteriores não possuíam uma eficácia que possibilitasse distinções significativas entre aqueles que praticavam medicina. “Enfim, podemos dizer que a unificação da base cognitiva produziu a unificação do saber, do conhecimento médico, padronizando tanto a produção de serviços (assistência médica) como os produtores (médicos) “ (Machado et alii, 1997:23).

De fundamental importância é o conhecimento técnico-científico de cada categoria profissional. De acordo com Machado (1996:39-40), “o saber profissional deve operar como uma espécie de caixa-preta que contém um conjunto de teorias e técnicas indecifráveis para leigos, mas ao mesmo tempo suficiente ‘visibilidade’ social para ser diferenciado dos vários saberes socialmente produzidos. Q

domínio e monopólio deste saber constituem o fundamento da autonomia das profissões e do seu prestígio social". Como observado anteriormente,, a base cognitiva da medicina também irá atuar na constituição da autoridade profissional, que é segundo Starr (1991), um conceito fundamental para entender a origem da soberania médica. Esta autoridade profissional se expressa de maneiras diversas. O médico, ao tratar do paciente, exerce autoridade cultural, pois aceita-se como válidas as interpretações que o médico emite sobre a realidade exposta, quase sempre sem a contestação por parte dos pacientes. Ao final da consulta, a emissão de conselhos a serem seguidos pelo paciente denota o uso de autoridade social, ou seja, há o controle da ação. No entanto, este aconselhamento poderá ser seguido ou não, o que dependerá da aceitação da autoridade social do médico.

Por outro lado, a autoridade social do médico, atua também sobre a equipe de saúde, ou seja, "a autoridade que os médicos exercem sobre as enfermeiras, técnicos e outros subordinados da hierarquia médica é primordialmente social; os médicos buscam regular seus atos. Da mesma maneira, quando dão instruções ou conselhos aos pacientes, estão exercendo também autoridade social", afirma Starr (1991:28).

Em relação a posição do médico frente a outros profissionais, cabe ressaltar que, mesmo, sob um sistema gerencial burocrático moderno, a autonomia técnica ainda predomina oferecendo vantagens na esfera prática. "Dada a exclusão e sua fundamental concessão de autonomia... e apesar de qualquer sistema formal administrativo imposto a profissão, a autonomia no controle de sua técnica lhe permite atender a muitos elementos deste sistema, mais além dos propósitos e ainda do reconhecimento de seus planejadores e chefes... a autonomia sob o caráter técnico de seu trabalho, por conseguinte, lhe dá meios para ser um profissional 'livre' ainda quando dependa do Estado para estabelecer e sustentar sua autonomia" (Freidson, 1978:59-60).

A medicina inclina-se para a autoridade. Seu conhecimento tem ostentado posição privilegiada na hierarquia do saber. O contato pessoal e íntimo com as pessoas, inspira confiança. Da mesma forma, as circunstâncias em que os indivíduos enfermos se encontram, induzem à aceitação das “recomendações médicas”. Afirma Starr (1991:18), “se aceita que seu poder existe unicamente em interesse pela saúde, o qual é quase sempre um valor inequívoco da importância que dão ao paciente e à sociedade... os médicos exercem sua autoridade sobre os pacientes, sobre seus companheiros de trabalho na atenção à saúde e ainda sobre as pessoas em geral, em questões situadas dentro, e às vezes fora de sua jurisdição”.

O uso da autoridade médica é de natureza legal e o poder de auto-regulação faz com que o médico detenha controle de sua ação prática, e confere a garantia de punição àqueles que violarem às regras profissionais. Estas garantias possibilitam a confiança da sociedade. Cria-se o crédito social, que segundo Machado (1996:42), “depende de sua capacidade de persuadir a sociedade de que ela dispõe de mecanismos que asseguram a manutenção de procedimentos técnicos validados pela comunidade profissional, e de que a autonomia que ela reivindica, ou que lhe foi concedida, não será usada de forma abusiva e prejudicial ao paciente e à sociedade geral”. Por exemplo, o Código de Ética Médica Brasileiro em seu Artigo 1º diz que: “a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza” (CFM, Resolução nº 1246/88).

Portanto, a consolidação desses atributos possibilitaram à medicina ser uma profissão de consulta, tendo uma demanda espontânea, assegurada por critérios que qualificam aqueles que a exercem com competência para definir livremente sua forma de trabalho para cura (Machado, 1996:31). Ou seja, sua demanda não deve ser forçada, deve ser voluntária à medida que adquira confiança _ “as profissões científicas dotas e eruditas podem conseguir seu monopólio sobre o trabalho simplesmente pela conjunção da associação profissional e o apoio

estatal. As profissões de consulta têm que passar pela prova da solução de problemas práticos proposto por sua clientela profana (leiga)” (Freidson, 1978:38).

No entanto, a medicina do século XX apresenta-se com problemas. Os avanços obtidos pela medicina nos aspectos técnico-científicos, imprimiram mudanças substantivas em algumas características sociológicas básicas que a compõe e, estariam inclusive, como aponta Machado (1996:vii-xiv), acarretando um processo de desprofissionalização da medicina, que segundo a autora, “fundamenta-se na perda do monopólio do conhecimento, da autoridade sob a clientela, da erosão da autonomia, da mesma forma que à crescente insatisfação do profissional com a introdução de avanços tecnológicos, os quais invadem áreas de saber e da prática até então exclusivas e monopolistas”. A profissão médica tem passado por um processo de transformação que evidencia a erosão de algumas destas características sociológicas acima expostas, colocando em risco seu monopólio e privilégios frente à sociedade (Machado, 1996).

Acompanhando um fenômeno mundial de especialização do processo de trabalho por domínio técnico-científico, a medicina acaba sofrendo efeitos nocivos desses avanços. Starr (1991), ao estudar o caso americano, chamou atenção para o fato do crescimento da ciência, ao invés de manter o *status quo*, acabar levando os médicos a dependerem cada vez mais de empregos em organizações. “A transição ao mercado econômico como instituição dominante na atenção aos enfermos - quer dizer, a conversão da atenção à saúde a mecanismos mercantis - tem sido um dos movimentos subjacentes mais importantes na transformação da medicina. Simultaneamente, adquiriu uma maior especialização do trabalho, uma distância emocional maior entre o enfermo e os responsáveis por sua atenção, e mudança de mulheres e homens como figuras dominantes na administração da saúde e atenção à doença” (p.37).

Todas essas transformações na profissão, levaram o médico a buscar novas formas de inserção no mercado de trabalho, valorizando determinados atos

médicos especializados. Nesse contexto, a especialidade do “médico-sanitarista” parece ter perdido sua importância e atratividade para a profissão médica. Esta situação envolve, não só as características intrínsecas da profissão, mas também, as mudanças conceituais e práticas na área de conhecimento onde insere-se a especialidade - a saúde coletiva. A seguir veremos algumas das mudanças conceituais da saúde coletiva, em sua evolução, e seu reflexo na constituição do perfil do médico-sanitarista.

CAPÍTULO II

SAÚDE COLETIVA: UM NOVO CONCEITO PARA ANTIGAS QUESTÕES

O termo Saúde Coletiva está associado, principalmente, à evolução dos cursos de pós-graduação na área, que incluiu os de *lato sensu* (especialização em saúde pública e residência em medicina preventiva) e de *strito sensu* (mestrado e doutorado em saúde pública, epidemiologia, medicina social e medicina preventiva). A utilização deste termo foi tratada em 1978, no I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva realizado em Salvador, Bahia e, na Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Organização Panamericana de Saúde e Associação Latinoamericana de Escolas de Saúde Pública realizada em Ribeirão Preto, São Paulo¹.

Porém, é com a criação de uma Associação para congregar os cursos de pós-graduação, que se estabelece o termo “saúde coletiva”. Cria-se, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) objetivando a organização da formação de pessoal em nível de pós-graduação. Além de incorporar profissionais de diferentes correntes - saúde pública, medicina preventiva e social - enfatizou toda uma reorientação teórico-metodológica e política em relação à saúde, tendo o “social” como objeto de análise.

Nesse trabalho, vamos utilizar o termo **saúde coletiva** sendo aquela área que estuda o processo saúde e doença na população em geral levando em conta toda complexidade, contrapondo os aspectos da medicina individual e incluindo em seu

¹ Muitas nomenclaturas foram empregadas ao longo do tempo buscando caracterizar um tipo de atividade específica na saúde - a medicina social. Essa “diversidade” conceitual deve ser tomada como um processo de grande dinamismo e complexidade, o que dificulta o aprofundamento de todos os aspectos teóricos a ela referido. Nossa preocupação, ficará no âmbito da conformação de uma especialidade - o médico-sanitarista - hoje inserida na área de conhecimento da saúde coletiva.

interior a medicina preventiva e social e a saúde pública, que embora oriundas de contextos históricos diversos, na atualidade podem considerar-se parte de uma área de conhecimento de caráter mais abrangente.

O Conselho Federal de Medicina, denomina de médico-sanitarista aquele que obtém o título de especialista em “medicina sanitária” através de um curso de residência médica ou de especialização na área.

Utilizando a classificação feita por Machado et alii (1997:27), a medicina sanitária estaria inserida naquelas consideradas “especialidades tecnológicas e/ou burocráticas”, definidas como áreas que “adotam regularmente a padronização no processo de trabalho, com alto controle burocrático. A relação médico-paciente, de natureza individual e intransferível, cede lugar à relação coletiva, na qual o objeto é quase sempre impessoal, referindo-se a populações, a coletividade ou até a um paciente de um colega que necessite de algum exame específico. São especialidades tipicamente urbanas, fruto de processos sociais mais avançados e voltados à pesquisa, diagnósticos laboratoriais, gerência, administração e planejamento em saúde, desenvolvidos em organizações complexas. Enquadram-se nesta modalidade, dentre outros, administradores hospitalares, epidemiologistas, sanitaristas, médicos do tráfego, patologistas e radiologistas”.

Aspectos Conceituais: Medicina Social, Preventiva, Comunitária, Saúde Pública e Saúde Coletiva

Sistematizar o surgimento dos conceitos anteriormente referidos é uma tarefa difícil, pois envolve diversos fatores de natureza política, econômica, social e ideológica, que estiveram historicamente subsidiando a construção de modelos explicativos para incorporação do social na medicina. Segundo Oliveira (1982:1), o primeiro passo é estabelecer a relação entre prática médica e o social. O estudo de tais idéias se inicia na Europa, basicamente, França, Inglaterra, Alemanha e Itália.

Na Europa pré-revolucionária, as idéias divulgadas não diferenciavam a ciência médica e as “questões sociais”, ou seja, a medicina deveria intervir na vida política e social do País apontando os obstáculos que impediam seu funcionamento normal. Nesse sentido, o papel da medicina seria político atribuindo, assim, a estes profissionais um papel de organizador do espaço social.

A introdução do conceito de medicina social é atribuída a Jules Guérin na Gazeta Médica de Paris no ano de 1848, que sob esta rubrica (medicina social) buscou sistematizar teorias e ações que até aquele momento haviam se voltado para as "relações entre a medicina e os assuntos públicos" (Nunes, 1980:174 e Oliveira, 1982:1). Enfatizou o papel do médico ao apresentar propostas de reforma na prática médica em 1848, abordando as seguintes questões: a saúde das pessoas passa a ser assunto de interesse político-social direto e a sociedade tem o dever de proteger e assegurar a saúde de seus membros; as condições econômicas e sociais tornam-se uma questão crucial para a saúde e a doença, portanto, tais condições devem ser estudadas cientificamente; os mecanismos e ações para promover a saúde e combater a doença são tanto preocupações sociais como médicas.

Numa visão crítica, Foucault (1979), mostra que o aparecimento da medicina científica não eleva o individual mas sim possibilita o conhecimento do corpo e do ambiente favorecendo seu controle, “o corpo é uma realidade bio-política”, afirma o autor. Mostra ademais, como os diferentes contextos econômicos políticos e sociais vão direcionar o modo de intervenção sobre a saúde e destaca três etapas na construção da medicina social: 1) a medicina de Estado alemão; 2) a medicina urbana francesa e, 3) a medicina da força de trabalho inglesa.

A medicina de Estado desenvolveu-se principalmente na Alemanha no início do século XVIII, sob a noção de *Staatswissenschaft* (ciência do Estado), de forma mais intensa do que na França e Inglaterra. Reconheceu-se que além dos recursos naturais e do estado de saúde da sua população, o bom funcionamento do

aparelho político era importante (Foucault, 1979:80-81). Tratava-se portanto de fornecer, através dos conhecimentos médicos, meios para evitar a desintegração social vivida pela sociedade naquele momento. Ao definir as concepções de Guérin sobre a medicina social, Donnangelo (1976:57) apontou: “a análise dos problemas sociais e de sua relação com a saúde e a doença; a determinação de medidas para promoção da saúde e prevenção de doenças; e finalmente a medicina como ‘terapia social’... nesse sentido, Guérin viu a medicina como a chave para os mais importantes assuntos de nosso período de regeneração, e a profissão médica como grupo mais adequado para utilizar este instrumento. Medicina e reforma social: é a politização do campo médico que se expressa na temática da medicina social e na incorporação da prática a projetos de reorganização coletiva”.

Segundo Nunes (1980:175), a medicina de Estado da Alemanha tinha como preocupação: “a análise das condições de vida da população, incluindo estudos demográficos; o levantamento de estatísticas vitais; a saúde materno-infantil, e os estudos das condições ambientais”. Para Foucault (1979:84) “a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada de medicina de Estado”. Enfim, a idéia básica da medicina estatal é a de supervisionar a saúde da população, cabendo ao médico esta ação policial (polícia médica²) e ao Estado a criação de um aparelho administrativo que regulamente as ações intervencionistas para garantir a saúde da população, construindo uma nação saudável.

Na França no final do século XVIII, a expressão “medicina social” surge com a urbanização, consistindo no registro de epidemias e na identificação de locais insalubres, etc. Tratava-se de organizar, como denomina Foucault (1979), o “corpo urbano” regido por um único poder, no momento em que a cidade torna-se um

² O termo polícia médica (*medizinichepolizei*) foi empregado pela primeira vez na Alemanha por Wolfgang Thomas Rau, em 1764.

centro mercantil, e habitada por uma população pobre que deveria ser afastada dos centros de negócios.

De acordo com Foucault (1979), a conjuntura histórica deste País trouxe a questão do território, que não formava uma unidade territorial homogênea, onde se pudesse exercer um único poder político. Assim existia, “um conjunto de poderes senhoriais detidos por leigos, pela Igreja, por comunidades religiosas e corporações, poderes estes com autonomia e jurisdição própria” (p.85). As razões para buscar constituir a cidade como unidade territorial foram muitas. Primeiro, por questões econômicas, já que esta se tornaria importante local para relações de mercado e produção, unificando as relações comerciais. Segundo por razões políticas, ou seja, aumentava o proletariado, e conseqüentemente cresciam as tensões políticas e as revoltas urbanas. Inicialmente, as tensões eram provenientes do campo, “pode-se dizer que até o século XVII, na Europa, o grande perigo vinha do campo... no momento das más colheitas ou dos impostos, impunham a foice e iam atacar os castelos ou as cidades” (p.86). Posteriormente, no final do século XVIII, a formação do proletariado forma a angústia diante da cidade, aflora o “medo urbano” que segundo Foucault (1979:87) trata-se “medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar”.

Como principais objetivos, a medicina urbana ocupou-se de: a) analisar os lugares urbanos e separar tudo que poderia causar doenças; b) criar os cemitérios nas periferias da cidade; c) afastar os matadouros; d) controlar a circulação urbana, abrindo avenidas para melhor circulação dos indivíduos, do ar e das águas; e) dotar as cidades de saneamento básico, com a instalação de esgotos sanitários e água para população. Esta visão da medicina social traz um novo olhar, ou seja, a

medicina deixa de ser apenas a medicina do corpo humano e passa ser a medicina do ambiente, das condições de vida, do espaço urbano.

Na Inglaterra, salientou-se a questão da pobreza e da Força de Trabalho como objeto da medicina social. Foucault (1979), assinala que no caso inglês, o pobre passa a ser alvo da medicina no segundo terço do século XIX. Criam-se, na Inglaterra em 1870, mecanismos legais de controle da população pobre - a Lei dos Pobres³ - ou seja, um aparato legislativo que garantisse essencialmente um controle da saúde e do corpo, para tornar as classes pobres aptas ao trabalho e menos nocivas às classes ricas.

Fruto do crescimento urbano, a segregação social vai acontecer também neste momento, que, “empurrava trabalhadores para as grandes concentrações de miséria, alijadas dos centros de governo e dos negócios, e das novas áreas residenciais da burguesia. No final do século XVIII, os conflitos urbanos tornam-se mais freqüentes em decorrência da presença, no espaço urbano, de uma população pobre que estava se proletarizando” (Nunes, 1980:178). A quarentena é um bom exemplo das medidas para controlar as doenças urbanas.

Deste modo, é possível dizer que a medicina social inglesa permitiu a criação de três sistemas médicos: 1) a medicina assistencial, destinada aos mais pobres; 2) a medicina administrativa, que cuidava de problemas gerais como a vacinação e as epidemias e, 3) a medicina privada destinada a quem podia pagá-la. Surge nesse momento o projeto sanitário, o sanitarismo ou reforma sanitária.

Tomando os casos da Alemanha, França e Inglaterra podemos dizer, que estes resumem a “preocupação médica”, daquela época, com as questões sociais, passando a ver o indivíduo não somente como um ser biológico, mas como

³ Esta Lei deveria dar assistência médica a população pobre. Garante a separação entre ricos e pobres através de um “cordão” sanitário no interior da cidade. Ampliada em 1875 dando origem aos sistemas *health service* e *health officers* com maior poder de controle sobre o corpo do indivíduo (Foucault, 1979:95-97 & Nunes, 1980:177-178).

indivíduo relacionado com fatores sociais, políticos e econômicos. No entanto, no final do século XIX, inicia-se um novo enfoque, o da institucionalização da medicina científica. Nunes (1980:184), identifica algumas características da medicina científica desenvolvida a partir do século XX: “1) um ataque maciço e efetivo sobre as doenças agudas através da imunização e do seu tratamento; 2) enfoque preponderante sobre a doença e perda do interesse por parte da profissão médica dos aspectos não biológicos da doença; 3) otimismo no qual parecia possível erradicar todas as doenças e, 4) reorganização fundamental do treinamento médico com a implantação dos princípios flexnerianos na educação médica”.

Durante o século XIX, ocorrem várias descobertas nas ciências médicas, proporcionando avanços na prática profissional, ou seja, oferecendo respostas cientificamente observáveis na cura de doenças ainda obscuras, tratadas de maneira empírica. Enfim, os avanços técnico-científicos produziram enormes ganhos no saber e na prática médicos, auxiliando na melhoria da assistência médica, de um modo geral.

Na década de 50, nos Estados Unidos, surgem as propostas de “cuidado integral” e dos “centros comunitários”. O primeiro visava discutir as inovações curriculares com a introdução de uma visão biopsicossocial na medicina, dando origem à medicina preventiva. O segundo, buscava a redução dos custos assistenciais, atingindo camadas da população sem acesso, através de uma medicina simplificada, representando assim, o aparecimento da medicina geral e comunitária.

No âmbito educacional, a medicina preventiva traduziu-se em disciplina de ensino, inicialmente nos Estados Unidos, difundindo-se mais tarde a outros países. Na América Latina, a difusão dessa proposta pode ser dimensionada a partir da realização dos seminários organizados pela Organização Panamericana de Saúde, em Viña Del Mar em 1955 no Chile e, em Tehuacán no ano de 1956 no México

que, procuraram formalizar um projeto através da introdução de disciplinas das ciências sociais, até então denominadas de “comportamento e da conduta”.

A medicina preventiva buscou ter uma ação política. Tratava-se de repensar o ensino médico, criticando a “biologização” dos conteúdos disciplinares. Constituíam-se em uma proposta de atenção integral do indivíduo e da família, com ênfase na formação biopsicossocial que, na prática, resultava em ações preventivas, curativas e de reabilitação. Propunha-se reordenar a prática médica formando um profissional com uma nova atitude, um novo perfil que considerasse o indivíduo de forma integral.

A partir destes eventos são criados os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva e Social no Brasil⁴, marcando assim um momento de conquista deste projeto. Ademais ocorre a inserção de outras disciplinas e temas como a epidemiologia e as ciências sociais, o planejamento a organização e administração de serviços e bioestatística no contexto da formação médica. A introdução dessas disciplinas buscava uma ruptura com a então, Higiene e Saúde Pública, na tentativa de delimitar um novo campo de atuação. Porém, nessa fase inicial, a medicina preventiva não dispunha ainda de um distinto construto teórico, na realidade, apresentava muito mais noções do que conceitos, posições e paradigmas em vez de teorias (Paim, 1982).

Franco & Nunes (1991:32) estabelecem algumas delimitações entre a medicina social e a medicina preventiva. Observam que a medicina preventiva caracterizou-se como “um movimento ideológico, que procurava transformar as representações sobre as práticas médicas sem pretender, contudo, ser um movimento político que realmente transformasse estas práticas. Desta forma, seu discurso mantinha uma relação de organicidade com um movimento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde... a

⁴ Cabe ressaltar, que em relação ao ensino da Saúde Pública no Brasil e a relação com a formação do médico, já existiam em 1918, os Departamentos de Higiene em São Paulo. Em 1924, foi criado o Instituto de Higiene, reconhecido em 1931 como Instituto de Higiene e Saúde

Medicina Social aparece em suas origens européias, como um movimento de modificação da medicina, ligada às próprias transformações na sociedade, ou assumindo somente a modificação da medicina através de sua transformação institucional. São exemplos do primeiro movimento França e Alemanha, na segunda metade do século XIX; e do segundo movimento, a Inglaterra, cem anos depois (1948), quando ocorre a criação do Sistema Nacional de Saúde”.

Durante a década de 70, iniciam-se críticas ao “preventivismo” em toda a América Latina. A razão para tal fato foi porque as inúmeras questões que fundamentavam o modelo não foram equacionadas, como: integração disciplinar, relação entre teoria e prática e, integração com os serviços de saúde. Além de despertar pouco interesse nos alunos, não conseguiu resolver os problemas de saúde existentes nas comunidades, como buscava o projeto.

A proposta da medicina comunitária ou saúde comunitária, também chamada de cuidados básicos em saúde, medicina simplificada, ou programa de extensão de cobertura e atenção primária, emerge nesta década. Baseava-se no modelo americano de prestação de serviços direcionados a camadas da população, anteriormente referido. Para Silva (1996:45), “esta proposta corresponde à solução oferecida pela Teoria Gerencialista de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em termos de cobertura; esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e de participação popular”. Belisário (1993) mostra que, inicialmente, a medicina comunitária era expressa nos Departamentos de Medicina Preventiva, através de programas de Integração Docente Assistencial, e posteriormente estabelece relações com instituições de serviço. De acordo com esta autora, o estabelecimento destas propostas constituiu um período racionalizador/modernizante para a saúde, ou seja, “baseava-se nas idéias difundidas pelos organismos internacionais, principalmente a Organização

Pan-americana de Saúde, que orientavam para programas de medicina comunitária e de extensão de cobertura” (p.87).

Ainda na década de 70, este projeto acaba sendo implementado. Afirma Belisário (1993:98): “assistiu-se à efetivação de projetos desenvolvidos dentro dessa proposta, representados pelo Projeto de Sistemas Integrados de Saúde do Norte de Minas e Caruaru e pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS)”. Estes projetos trouxeram para a prática médica a revalorização dos aspectos sociais da saúde. No entanto, na medida em que rearticulavam-se as dimensões teóricas e políticas dessas propostas, tornou-se cada vez mais clara a necessidade da incorporação de diversas disciplinas afins e a inclusão de outros profissionais na compreensão dos fatores sociais e sua relação com a saúde. Desta forma, na década de 80, estas abordagens resultaram numa área denominada Saúde Coletiva, que segundo Silva (1996), vai estabelecer-se a partir de dois eixos: um através da investigação teórica e o outro pela ação política, o que resultaria em um movimento sanitário.

Para as ciências médicas estas mudanças representaram o “rompimento” com um saber exclusivamente ligado ao ensino médico, e como aponta Belisário (1995), com as novas formas de conceber o coletivo. Este campo foi sendo entendido pela natureza interdisciplinar e multiprofissional de seu objeto, não se restringindo como área dominada exclusivamente pela ciência médica, possibilitando o reconhecimento da participação de outros profissionais e outras áreas de conhecimento. Para Belisário (1995:133), “o médico-sanitarista sempre foi um especialista singular em relação aos seus pares médicos. A despeito de ter, enquanto médico, cumprido todas as etapas do processo de profissionalização, ele incorpora, ao longo da evolução de sua especialidade, elementos que extrapolam os limites da profissão médica. São elementos que dizem respeito à natureza de seu objeto, ao corpo de conhecimento necessário ao desenvolvimento de suas ações, à forma de trabalho e ao local em que o trabalho se desenvolve”.

Algumas Características do Médico-Sanitarista

A formação do médico-sanitarista, como mostra Belisário (1995), passou por inúmeras mudanças, tanto no que concerne aos aspectos do conhecimento como da prática profissional. Era uma proposta que visava o rompimento do modelo de formação exclusivamente médico. Marcado pela interdisciplinaridade e multiprofissionalidade⁵; o médico-sanitarista acaba compartilhando este novo conhecimento com outros profissionais numa prática coletiva e multiprofissional.

O estudo realizado por Belisário (1995:134-135), mostra que “o médico-sanitarista, a princípio e por princípio, incorpora-se a uma organização. Essa incorporação, no entanto, se dá de forma intensa que ele parece, de certa forma, perder a referência de sua categoria profissional. Além do mais, ele atua em organizações de saúde que são quase sempre de natureza pública e burocrática, peculiar desta área”. A autora mostra também que, “o caráter público do atendimento impede que a clientela seja selecionada e que esses serviços sejam remunerados. Além disso, dependem muito mais do ambiente sociopolítico, o que implica em uma instabilidade permanente”.

Este novo tipo de relação de trabalho, embora também seja observado em outras áreas médicas, não favorece à autonomia da atividade médica, ao contrário, os dados de pesquisas recentes mostram o declínio da liberdade de ação do médico em seu local de trabalho. Para o médico-sanitarista, este fato é ainda mais acentuado, não só pela natureza do seu trabalho, quase sempre no setor público, como pela constituição do seu conhecimento, que extrapola os domínios das ciências médicas. Esta fragmentação da base cognitiva, fragmentando sua prática profissional para outros profissionais, promove um afastamento ainda maior das

⁵ Para saber melhor ver: Nunes (1995) onde o autor coloca que, no caso da saúde, a busca de ações integradas na prestação de serviços, ou associação da docência e serviço, ou a questão da interface entre o biológico e o social passa pelo campo genericamente denominado de relações interdisciplinares.

características constitutivas da profissão, ou seja, a autonomia técnica e o monopólio de competência e prática profissionais.

A Natureza da Prática Profissional

A dimensão das disciplinas que compõem a saúde coletiva possibilita diversas formas de atuação. Ao longo da história dessa especialidade, sua prática e ação profissional no mercado de trabalho se modificaram significativamente. O trabalho de Belisário (1993) mostra com procedência este perfil profissional nas diversas fases por que passou o médico-sanitarista.

A história das práticas sanitárias no Brasil guarda uma forte relação com os assuntos públicos. Até o final do século XIX, o combate às doenças pestilenciais foi uma atividade desenvolvida por médicos atuantes neste ofício. Cabe ressaltar, que naquela época, não existindo a especialidade, estes eram treinados em instituições européias como o Instituto Pasteur. A existência de epidemias no Brasil, motivou a criação do Instituto Soroterápico Municipal em 1900, centralizando as intervenções. Segundo Costa (1986:50), “quando eclodiu a epidemia de peste no Rio de Janeiro, após medidas de isolamento dos enfermos e desinfecção das respectivas moradias, nada pôde ser feito para o saneamento definitivo das habitações porque as autoridades federais, mesmo com toda a legislação nascida na República, tinham apenas a direção provisória dos serviços de defesa sanitária, não possuindo o direito de intervir na higiene das moradias. Para superar tal situação, em 1902, o diretor do Diretoria Geral de Saúde Pública, Nuno de Andrade, reivindicou ao presidente Campos Salles a transferência para o Estado central dos serviços de higiene na Capital Federal”.

Com as atividades centralizadas, as ações passaram a ter características intervencionistas. “Através de uma organização sanitária militarizada, isto é,

composta de brigadas de mata-mosquito, polícia e delegacias sanitárias, o Estado buscou produzir uma estrutura urbana melhor adequada ao momento de consolidação dos novos interesses financeiros, comerciais e industriais” (Costa, 1986:51). Este período foi marcado pelas reformas urbanas e controle sanitário que se estenderam até 1920, quando houve mudanças nas políticas públicas adotadas pelo governo. À frente destas ações estava o sanitarista Oswaldo Cruz.

Enfim, o Brasil do início do século, experimentou crises sociais que deram a este período uma característica peculiar: a primeira Grande Guerra Mundial e todas as suas conseqüências; a greve geral de 1917, em São Paulo; a epidemia de gripe espanhola que acometeu a população carioca em 1918, entre outros acontecimentos no País. Estes eventos possibilitaram a organização dos “interesses sanitários”, ainda que de forma incipiente.

Em 1918, surge um movimento sanitário de forte tendência nacionalista, com vistas à intervenção estatal na área da saúde - a Liga Pró-Saneamento do Brasil. Analisa Costa (1986:95) “a Liga Pró-Saneamento foi um movimento caracteristicamente nacionalista e se vinculou ao processo de mutação ideológica das classes médias urbanas do pós-guerra, assinalado por H.Trindade, em busca de espaço político e tentando elaborar um pensamento nacional autônomo para solucionar problemas brasileiros, sem recorrer aos modelos estrangeiros”. Um pouco mais tarde, cria-se em 1920, o Departamento Nacional de Saúde assumindo esta função nacional. Para os médicos-sanitaristas da época, este Departamento significou a abertura de um espaço dentro do aparelho estatal, importante tanto para este segmento médico, como para a profissão médica.

O reconhecimento da especialidade de médico-sanitarista ocorre com a criação do primeiro Curso de Higiene e Saúde Pública (Decreto 16.782 de 13/01/25), destinado a formação de médicos-sanitaristas, ministrado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, numa relação institucional com o Instituto Oswaldo

Cruz e Departamento Nacional de Saúde Pública. Posteriormente, inaugura-se o Instituto de Higiene na Faculdade de Medicina de São Paulo, considerado a primeira Escola de Saúde Pública do País⁶ (Labra et alii, 1988, Belisário, 1993, Nunes, 1994).

A atividade de sanitarista realça como especialidade médica num contexto mais amplo. Além disso, na década de 20, a Organização Panamericana de Saúde, investiu na área de administração sanitária que, sob a responsabilidade estatal, deveriam ser coordenados exclusivamente por médicos com especialização em higiene e saúde pública. Com isso, toma impulso a necessidade de criação de uma escola de saúde pública e o estabelecimento da carreira de sanitarista . Cabe destacar, que houve uma disputa entre os higienistas⁷ e clínicos para reconhecimento da especialidade, pois os higienistas reivindicavam um espaço diferenciado dentro do Departamento Nacional de Saúde Pública, onde também inseriam-se médicos clínicos. Os higienistas pretendiam restringir o trabalho dentro do Departamento somente àqueles que fossem especialistas, procuravam elevar seu *status* na medida em que houvesse promoções dos mesmos e, com o estabelecimento da dedicação exclusiva nos serviços públicos, o que atingia a prática “liberal” da categoria (Belisário, 1993:52).

De acordo com Oliveira (1995:50) os artigos 81, 82, 83 e 85 do Decreto que criou o curso, “estabeleceram as cadeiras que compunham o curso e o período de 12 meses para sua duração, a posse do diploma de médico como exigência para a matrícula e o direito ao diploma de higienista aos alunos aprovados para o exame. Aos higienistas diplomados ficou assegurado o direito à nomeação para os cargos federais de médico higienista, independentemente de concurso e com precedência sobre quaisquer outros”.

⁶ O Instituto tinha o ensino voltado para higiene rural, preparação de técnicos de laboratório, treinamento de educadoras e visitadoras sanitárias. Ofereceu seu primeiro Curso de Formação de Médicos-Sanitaristas entre 1929 e 1930, sendo posteriormente interrompido até 1937.

⁷ Eram assim chamados os médicos-sanitaristas egressos dos Cursos de Higiene e Saúde Pública, que vem de encontro ao tipo de prática sanitária desenvolvida nas primeiras décadas deste século.

Para o médico-sanitarista, até 1930, o que observa-se é a intensificação das ações de saúde pública com o combate de endemias e medidas de imunização e a sua afirmação como prática especializada, orientada ao combate de doenças de caráter coletivo. Isto foi expresso no incentivo à criação dos cursos de higiene e saúde pública com um papel importante junto ao Estado, principalmente no Departamento Nacional de Saúde Pública (Costa,1986). Segundo Belisário (1995:136), a primeira face do médico-sanitarista foi a **campanhista**, sob influência da medicina científica e do modelo americano, que preconizou uma nova postura em relação à higiene, às práticas e organização dos serviços, e que tinha como características o biologicismo, o cientificismo e a atitude modernizadora.

A manutenção do *status* diferenciado do sanitário junto ao Estado era reforçado, mesmo ainda sem a criação de uma escola própria em saúde pública. Em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde, que incorporou o Departamento Nacional de Saúde Pública, até então subordinado ao Ministério da Justiça. O modelo sanitário instituído a partir desse momento, revestiu-se de características centralizadoras, autoritárias e intervencionistas, com a prática baseada no controle de endemias e epidemias, afirmando-se como a face **campanhista**.

Uma nova fase inicia-se com o fim do Estado Novo, em meio a mudanças econômicas, sociais e políticas, que defendiam a indústria brasileira, o nacionalismo e o desenvolvimentismo, tendo o planejamento como eixo. Paralelo surge a face **desenvolvimentista** do movimento sanitário, criticando o campanhismo. Na opinião de Belisário (1995:137) “a abordagem dos problemas de saúde enfocava a questão econômica como fonte geradora da doença, apontava a necessidade do planejamento setorial, retomava a medicina como ciência social, incorporando ainda, de maneira tênue, a questão social”.

Durante este período, os médicos-sanitaristas começam a opor-se às estratégias sanitárias até então desenvolvidas, que eram baseadas no modelo médico científico tradicional biologicista, centrado no combate às epidemias. A crítica centrava-se em duas questões importantes: a determinação do alcance e a dimensão da saúde pública e a conformação de sua estrutura administrativa. Em relação à primeira, tratava-se de combater a idéia de que, solucionando o problema da doença a pobreza estaria automaticamente resolvida. A segunda questão relacionava-se a definição administrativa dos serviços sanitários. Para Braga & Goes e Paula (1981:61), “na metade de 1950 a ideologia desenvolvimentista coloca de outra forma a questão, invertendo os termos da relação saúde-pobreza, afirmando agora que o desenvolvimento econômico⁸ traria consigo, necessariamente, um melhor nível de saúde da população”. Estas medidas buscavam a consolidação do capitalismo industrial com o crescimento urbano, equacionando os recursos disponíveis para as políticas públicas, cada vez mais escassos, com a aplicação de modelos assistenciais que dessem conta da assistência para maior parte da população. O modelo enfatizou a concepção de saúde tecnocrática, baseada na racionalidade do planejamento.

A década de 50 representou mudanças importantes na saúde. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde a partir do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, que tomou para si as atribuições do Departamento Nacional de Saúde Pública (Belisário, 1993:68). Outro acontecimento importante para os sanitaristas naquela época foi a difusão latinoamericana do “preventivismo”, como já falamos, a partir dos seminários de Viña del Mar e Tehuacán, sob patrocínio da Organização Panamericana de Saúde, o que estimulou a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva. Cabe destacar, que a expressão maior do “preventivismo” vai ocorrer no final dos anos 60 e década de 70, conformando-se uma nova fase da especialidade no Brasil. Cria-se em 1954 a Escola Nacional de

⁸ Quanto a ênfase ao desenvolvimento econômico no Brasil, cabe destacar que este fez parte do pensamento desenvolvido pela Comissão Econômica para América Latina (Cepal), que na década de 50 enfatiza o crescimento econômico como sustentáculo do desenvolvimento social. Para saber melhor ver Rivera (1992).

Saúde Pública com sede no Rio de Janeiro. Para Labra et alii (1988:47) atendendo antigos anseios dos sanitaristas⁹, a Escola possibilitou “contar com um espaço de discussão político-ideológica autônomo em relação ao Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Isto permitiu, ademais, formar um quadro docente multidisciplinar próprio e introduzir mudanças cada vez mais rápidas e profundas nos conteúdos dos cursos ministrados, superando aos poucos o enfoque biologicista e administrativista ao incorporar marcos conceituais emergentes da medicina preventiva e que hoje convergem para um novo projeto, o da ‘Saúde Coletiva’”.

Por outro lado, na análise de Belisário (1995), a Escola Nacional de Saúde Pública contrariou, de certa maneira, os interesses dos médicos-sanitaristas, com a não exclusividade na formação de médicos. Assim, “a estratégia de formação de sanitaristas adotada pela ENSP foi de oferecer curso de saúde pública para categorias específicas (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos veterinários e engenheiros), além de cursos voltados para a formação de pessoal técnico. Os cursos ministrados pela ENSP vieram consolidar uma proposta de formação de especialistas, cuja meta era a preparação de técnicos e administradores de serviços de saúde. A atividade do sanitarismo, até então desempenhada predominantemente por médicos-sanitaristas, passou a ser exercida por especialistas de saúde pública egressos de outras categorias profissionais” (p.137).

Com a consolidação da medicina previdenciária a partir de 1967, privilegia-se, em todo País, a assistência médica individual de base hospitalar e privada, valorizando o predomínio da técnica no ato médico e estímulo à especialização. As ações de saúde pública, ficam restritas à ações coletivas nos moldes do campanhismo.

⁹ A Carta de Direitos dos Sanitaristas divulgada no II Congresso de Higiene, publicada em 1924 na Folha Médica, reivindicava a criação de uma Escola de Saúde Pública.

Durante o período de 1960 e 1970, segundo Belisário (1995), emerge a face **racionalizadora/modernizante** do sanitarismo que, através da incorporação dos preceitos da medicina comunitária, buscava-se resgatar para o Ministério da Saúde o papel de condutor das políticas de saúde. Esse modelo, embora adotasse temas das ciências sociais, baseava-se na racionalização das ações a grupos específicos da população, simplificação tecnológica, visando a redução dos custos com a saúde. A expressão dessa proposta política pode ser exemplificada com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), em agosto de 1976, com apoio da Organização Panamericana de Saúde. Como afirma Belisário (1995:140), “na década de 1970, os DMP conduziram um processo de revisão do modelo preventivista que havia sido introduzido no ensino médico, criticando o modelo tradicional de formação de médicos e de sanitaristas. Como resultado dessa discussão, um novo corpo de idéias ganhou força dentro dos DMP, conferindo às ciências sociais um papel relevante na análise das condições e problemas de saúde da população”.¹⁰

Nesta mesma época, a Escola Nacional de Saúde Pública, propôs, novas estratégias de formação, adotando enfaticamente o construto teórico das ciências sociais nos cursos. Em 1975, a ENSP decide descentralizar o curso de saúde pública, criando o Programa Nacional de Cursos Descentralizados de Saúde Pública, iniciado experimentalmente nos estados do Pará e Rio Grande do Sul, e em 1976 na Bahia e Pernambuco (CONCURD, 1990). Esta estratégia levou,

¹⁰ Este “novo corpo de conhecimento” abriu caminho para a criação de cursos específicos em saúde coletiva, formando assim especialistas no ramo. Surge, então, a face **médico social** do sanitarista.

Na pós-graduação ocorre um impulso, objetivando a formação de recursos humanos na área, com apoio financeiro do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, principalmente após 1979. Este financiamento estimulou a criação dos Programas de Residência em Medicina Geral e Comunitária, sendo os primeiros programas desenvolvidos em 1976, nos estados de Pernambuco e Rio Grande do Sul. A Residência em Medicina Preventiva e Social, criada 1962, teve os programas expandidos com abertura de novos cursos no País e maior oferta de bolsas de estudo. Segundo Campos & Girardi (1984:42) “o número de vagas oferecidas pelas Residências em Medicina Preventiva e Social evolui de 40 em 1979, para 130 em 1980, alcançando em 1981, 187 vagas, para chegar nos dias de hoje com cerca de 200 vagas”.

segundo Belisário (1995:140), “a multiplicação sem precedentes na formação de sanitaristas, possibilitando a entrada maciça de outros profissionais na área da Saúde Pública. Objetivava-se, com isso, a formação de um generalista capaz de abordar as questões mais rotineiras em Saúde Pública”, caracterizando a face **generalista**.

Com a década de 80, inaugura-se uma nova fase para o médico-sanitarista. O movimento sanitário mobilizou a sociedade em torno da Reforma Sanitária e teve como ponto central a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde que lançou bases para uma nova política de saúde¹¹ e conseqüentemente novas estratégias de formação de recursos humanos nesta área. Na análise de Belisário (1995:141), as propostas da VIII Conferência “conduziram a um projeto de mudanças no sistema de saúde que culminou na idéia de uma ampla Reforma Sanitária. Uma reforma que repercutiria nos planos políticos, jurídico e institucional, apresentando-se como uma alternativa à então vigente organização do sistema de saúde”.

Com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS - enfatiza-se a produção de gerentes em saúde coletiva, inaugurando-se a face **gerencial**, (Belisário, 1995). A formação de sanitaristas procura então atender a demanda do modelo assistencial não limitando-se a ações na rede básica de assistência. Torna-se necessário o desenvolvimento de habilidades em outras áreas específicas como: planejamento e administração, financiamento, controle e avaliação, capacitação de recursos humanos, vigilância epidemiológica e sanitária, saúde do trabalhador, sistema de informação em saúde, etc. Nesta fase gerencial, os sanitaristas deparam-se com um dilema importante: qual seria o perfil a ele atribuído, neste contexto de um sistema de saúde descentralizado. Unir teoria e prática será o grande desafio das instituições formadoras em saúde pública nesta época.

¹¹ De acordo com Silva (1996) esta nova política de saúde tinha como principais bases: a utilização do conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de cidadania, cabendo ao Estado sua promoção; a necessidade de controle social e das políticas sociais; a constituição e ampliação do orçamento social.

Enfim, o que vimos é que o médico-sanitarista, ao longo da história, modificou muito seu objeto, suas atividades e especialmente o mercado de serviços prestados. Tal fato vai se dar não só pela própria evolução do sistema de saúde, mas principalmente pela enorme mudança ocorrida na “visão” e “concepção” da saúde pública. Desta forma, alguns estudiosos acabam afirmando que o “médico-sanitarista” deixou de ser um profissional diferenciado na esfera estatal, tornando-se mais um, entre outros a produzir “saúde pública”. Na análise de Belisário (1995:143), “tendo sido o primeiro profissional a tornar-se sanitaria, devido às características de sua área de atuação, o médico foi paulatinamente compartilhando com outras categorias profissionais o saber, a prática e o mercado de trabalho da área. Isso faz com que o médico-sanitarista não possua, como os outros especialistas médicos, um corpo *esotérico* de conhecimento, um território exclusivo e uma sociedade de caráter nacional que o regule, aglutine e controle. Ele é um profissional *híbrido*, estranho aos interesses corporativos, sem identidade com seus pares” (p.145).

CAPÍTULO III

OS MÉDICOS E A ESPECIALIZAÇÃO PARA O MERCADO DE TRABALHO

A Necessidade de Especialização para os Serviços

A especialização do trabalho é uma característica da sociedade moderna. Surge como uma forma de garantir e aumentar a eficiência produtiva e está relacionada a divisão técnica do trabalho (Pereira, 1980; Machado et alii, 1995). No caso da medicina, a especialização acentua-se, principalmente, a partir do século XX, em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos no referente à apropriação, pelo produtor, dos instrumentos de trabalho (Donnangelo, 1975:53). A ampliação do saber e das técnicas dificultou o domínio da totalidade do conhecimento, por parte de um único profissional, levando, entre outras questões, à dependência entre pares e à fragmentação do saber médico. Segundo Oliveira (1995:20), “em face das transformações científicas e sociais, verificou-se uma tendência no sentido de qualificar e especializar pessoas, já que poucos profissionais podem desempenhar suas tarefas somente com a instrução obtida no sistema tradicional de ensino. A valorização da educação, anteriormente limitada ao âmbito do mundo acadêmico, passa a ser, em função das necessidades do setor produtivo, cada vez mais demandada pelas organizações”.

A especialização no Brasil tem início na década de 20 com os cursos de especialização em Higiene e Saúde Pública e, posteriormente, com a instituição das residências médicas na década de 40¹. No entanto, um grande impulso para

¹ O impulso da especialização médica terá força no início deste século. Por volta de 1908, constatou-se nos Estados Unidos, que a formação do médico estava inadequada. Assim, a American Medical Association e a Carnegie Foundation encarregam a John's Hopkins University de elaborar um relatório (Relatório Flexner) sobre a situação das escolas médicas norte-

a especialização médica no Brasil ocorre com a expansão dos serviços médicos especializados, estimulada pelo Instituto Nacional de Previdência Social a partir de 1970. Os serviços médicos tornaram-se cada vez mais especializados. Programas de residência médica, cursos de especialização foram criados em todo País, quase sempre financiados pela Previdência Social. “Pode-se-ia dizer que tal tipo de assistência levou à ampliação do número de especialistas, já que requer mais os serviços destes. Assim, tanto direta como indiretamente, o INPS, com sua política de saúde, teria reforçado a tendência à especialização” (Pereira, 1980:254).

O hospital, passa ser o *locus* da formação médica. No entanto, Pereira (1980) questiona a estrutura dos hospitais universitários que, ao estimularem um modelo tecnológico altamente especializado, estariam contribuindo para este processo. Desta forma, os estudantes tratariam de estudar preferencialmente de doenças raras, crônicas e degenerativas, que em sua maioria, demandam este nível de atenção em detrimento de outros tipos de enfermidades existentes no País, que poderiam ser solucionadas com uma prática médica de menor sofisticação. Consequentemente, o médico recém-formado estaria “despreparado” para atuar de forma adequada, principalmente, na rede pública de saúde.

Na verdade, o aluno acaba restringindo-se sua ação teórica e um ambiente onde as doenças e os problemas são “selecionados”, não permitindo que o aluno conheça e lide efetivamente com a realidade sanitária do Brasil. Rego (1994), discute o conteúdo das atividades dos estudantes nas práticas realizadas sob responsabilidade acadêmica e mostra que o estudante acaba tendo o papel de “observador privilegiado” mesmo em atendimentos ambulatoriais de hospitais universitários. Nestes estabelecimentos de ensino, os estudantes passaram a ter

americanas e canadenses. Como resultado, em 1910, a American Medical Association concluiu que muitas escolas estavam inadequadas e estabeleceu requisitos para seu funcionamento (Nunes, 1980; Cavert, 1976). Entre os requisitos, estavam a necessidade de conhecimentos científicos básicos, a prática clínica de base hospitalar e o estímulo à especialização.

pouca chance de aprender a prática médica cotidiana, limitando-se, muitas vezes, imprescindivelmente, a pouco mais do que procedimentos semióticos.

Donnangelo (1975:60), analisa um certo “impasse” que acaba ocorrendo na relação entre a instituição formadora e prestadora de serviços e os interesses sociais mais gerais. Surge, freqüentemente, a dúvida de que os interesses econômicos estariam moldando as tendências do mercado de trabalho ou que, as escolas estariam ajustando seus programas acadêmicos às necessidades econômicas de mercado. De acordo com Machado (1996:151), a especialização tem sido um mecanismo estratégico utilizado pela profissão para assegurar o controle de novos conhecimentos garantindo a autonomia do saber e o monopólio da prática profissional.

Por outro lado, esta “autonomia do saber” e “monopólio da prática” médicas, fomentam a pulverização da atividade médica, fazendo com que o profissional, perca assim a visão de totalidade do paciente em questão. Na opinião de Pereira (1980:257), “a atomização do trabalho médico pode levar também à atomização de responsabilidades, em parte porque a excessiva divisão técnica da profissão acentua a necessidade de serviços administrativos de apoio, com conseqüente realce da burocratização e possível impessoalização de relações”. Dessa forma, há uma clara erosão da autonomia profissional pois aumenta a dependência entre pares especialistas, com outros profissionais e com as próprias instituições de saúde, que acabam concentrando os equipamentos e infraestrutura necessários ao desenvolvimento de maioria das especialidades médicas, que requer, naturalmente, um ambiente sofisticado de trabalho. Assim, a especialização ao mesmo tempo que permite o acompanhamento dos avanços tecnológicos e ampliação dos conhecimentos, extrapola o monopólio do saber sobre um único profissional.

Como descreve Machado (1996:151), “se as mudanças na base cognitiva forem tão rápidas e fragmentárias, poderão tornar a *expertise* inacessível, pois levaria ao rompimento da hegemonia do conhecimento médico, dotado de soberania, autonomia e dominância em relação aos ‘saberes’ outros existentes na área da saúde”. Enfim, concluem Machado et alii (1995:6) “os avanços tecnológicos foram e têm sido grandes fomentadores do surgimento de novas especialidades e subespecializações, através de descobertas científicas sendo responsáveis também pela produção incessante de novos equipamentos e técnicas sofisticadas”. Para quem recebe a assistência médica a situação também é afetada, pois o cliente, tornou-se um dependente das instituições prestadoras e de seu aparato tecnológico.

Atualmente, o Brasil conta com sessenta e quatro especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. A obtenção do título de especialista, de um modo geral, pode ocorrer de várias maneiras: residências médicas, cursos de especialização, exame de títulos, entre outros. Analisam Machado et alii (1995:7): “não existe uniformidade na formação e credenciamento dos ‘especialistas’, assim como não identificamos um órgão ou entidade que, de fato, controle e coordene este segmento de formação profissional. As sociedades de especialistas exercem apenas um certo controle sobre seus associados, através do registro e do reconhecimento junto a órgãos daquela especialidade”.

Hoje, o ensino da pós-graduação, em geral, está dividido em dois níveis: o da *pós-graduação lato sensu* (cursos de especialização e aperfeiçoamento) e a *pós-graduação strito sensu* (mestrado e doutorado). Atribui-se à primeira, características profissionalizantes e maior relação com o mercado de trabalho e, à segunda um perfil acadêmico. Concordando com as argumentações de Oliveira (1995), o mestrado não deveria, na verdade, restringir-se a uma função meramente acadêmica, mas sim profissionalizante, ao abordar questões da práxis, não limitando-se apenas ao campo da especulação teórica.

Para o funcionamento dos cursos, há algumas determinações do Conselho Federal de Educação que devem ser seguidas, sendo mais flexíveis no caso da pós-graduação *lato sensu*². Os certificados emitidos pelos cursos de pós-graduação *lato sensu*, para serem válidos devem seguir as normas da Resolução 12/83 do Conselho Federal de Educação. Entretanto, para as Instituições de Ensino Superior há liberdade de estabelecer seus próprios critérios de funcionamento dos cursos sem pedir autorização ao próprio conselho, porém seu certificado não possui validade frente este órgão (Oliveira, 1995:35).

No caso da residência médica, admitem-se normas e controles próprios, mas as exigências e fiscalização ficam a cargo da Comissão Nacional de Residência Médica e de entidades profissionais. Os programas de residência são os mais importantes na formação de especialistas médicos. Segundo a pesquisa nacional dos médicos, 74,1% dos entrevistados tinha cursado o programa de residência³ e no estado do Rio de Janeiro, 67,6%. Entre os cursos de pós-graduação *lato e strito sensu*, a residência também foi o curso mais referido Machado et alii (1996).

Ao discutir os efeitos da especialização, mais do que apontar as conseqüências como boas ou más, pretende-se subsidiar a análise de uma especialidade em particular: a do médico-sanitarista. Se para a categoria médica em geral, a especialização desencadeou a erosão de algumas das características da profissão, para a saúde pública trouxe componentes supostamente ainda mais contundentes. As transformações nesta área de conhecimento, hoje delimitada pela saúde coletiva, permitiram a incorporação de outros profissionais aos cursos de especialização, inclusive aos programas de residência.

² Como em nosso trabalho vamos centrar a análise no curso de especialização *lato sensu*, não estenderemos as colocações sobre os demais.

³ Estão incluídos os programas reconhecidos ou não pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Residência Médica: A Especialização para os Serviços

A residência médica, surge na última década do século XIX, em Baltimore, Estados Unidos, através do clínico William Osler. Nesta época as técnicas cirúrgicas começavam a evoluir, e com isso, demandou-se um maior treinamento de futuros cirurgiões para que houvesse um mínimo de segurança para os pacientes. “Esse tipo de treinamento respondia à demanda de aquisição de conhecimentos, métodos e técnicas cada vez mais complexos, sob supervisão de profissionais mais experientes, garantindo, assim, a segurança dos doentes envolvidos no processo de aprendizado” (Bevilacqua et alii, 1992:127).

No ano de 1879, em John`s Hopkins Hospital, inicia-se uma programação destinada ao treinamento após a graduação, visando a especialização, conhecida mais tarde como **residência médica**. Para Elias (1987), o termo **residência**, “está ligado ao fato de que os participantes deste tipo de programação deveriam residir na instituição onde se desenvolveria o programa como requisito básico para o desenvolvimento da proposta de treinamento. A idéia básica era que o ‘residente’ deveria estar à disposição do hospital em tempo integral, praticamente à beira do leito, para acompanhar a evolução dos doentes internamente. A residência aparece, portanto, como forma de adestramento profissional dirigido à especialização, com ênfase no treinamento em serviço hospitalar” (p:1). No Brasil, iniciou-se na década de 40 no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, influenciado pelo modelo de americano.

Como se sabe, o ensino médico brasileiro seguia, até a década de 40, o modelo francês centrado na teoria (cátedras), quando nos meios universitários e nas associações de profissionais médicos, discutia-se a formação especializada do médico e, o modelo americano passou a ser pauta, mostrando uma inflexão nas posturas até então colocadas. Segundo Elias (1987:2) “numerosos profissionais graduados nas escolas médicas brasileiras buscavam aperfeiçoamento profissional

em hospitais e universidades americanas, seja através de estágios em serviços renomados, com o da Clínica Mayo, seja cursando residência médica”.

Para melhor compreensão da história da residência médica no Brasil, adotamos a periodização proposta por Elias (1987)⁴. Um primeiro período, que vai do seu início até a década de 60, quando ocorre a implementação e solidificação dos programas, sendo oferecidos em hospitais públicos vinculados à universidades e faculdades públicas gradualmente pelas diversas regiões do País. Dissemina a idéia do treinamento profissional hospitalar na educação médica, inclusive nesta época concebe-se o internato hospitalar obrigatório, à nível de graduação, em 1969 pelo Conselho Federal de Educação. Observa-se também a organização dos serviços com vistas a modernização das instituições. Nesse período a especialização já merece destaque, tendo a residência como curso de excelência na área médica.

O segundo período, tem início em meados da década de 60 e estende-se até o começo da década de 70, quando há uma expansão significativa nos programas, relacionados ao aumento do número de vagas e a difusão do curso. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social em 1967 é estimulada a especialização da assistência médica, e financia-se a abertura de mais programas, inclusive na rede hospitalar privada, como já mencionamos anteriormente. Ao mesmo tempo que estes serviços privados elegiam a especialização como prioridade, também criavam residências que muitas vezes deixavam a desejar no aspecto pedagógico caracterizando o curso muito mais como uma prestação direta de serviço, o que se tornará mais intenso a partir da década de 80.

A década de 70, marca o terceiro período da história da residência médica quando manifestam-se as tendências do período anterior, ampliando-se os programas aos pequenos hospitais e clínicas privados. Isto traz um problema para os cursos de

⁴ Para mais críticas ver Paulo Eduardo Elias. Residência Médica no Brasil - a institucionalização da ambivalência (1987), que trata deste assunto de forma bastante aprofundada.

residência que passa a predominar a prestação de serviço em detrimento do treinamento em serviço. Segundo Elias (1987:12), “o projeto pedagógico da Residência Médica, anteriormente circunscrito ao aprimoramento do adestramento médico, passa ser dominado pelos compromissos da instituição na prestação de serviços. Nestas circunstâncias, o residente passa a ser muito mais um profissional que presta serviços do que um profissional em fase de aprimoramento e capacitação em serviço vistas à especialização.”⁵

O último período, refere-se a década de 80, caracterizado por uma série de resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica, estabelecendo os requisitos mínimos para o credenciamento dos programas, admitindo-se o uso da expressão “residência médica”⁶ somente para programas credenciados pela referida comissão.

Em 1991, o Brasil possuía 1.528 programas de residência somando 11.281 residentes matriculados, sendo que destes, 2.167 vinculados às instituições particulares. A distribuição regional dos cursos acompanha a tendência dos médicos a atuarem nos mercados urbanos (capitais das regiões sul e sudeste). Para o ano de 1992, a distribuição dos programas era de 65% para Região Sudeste e apenas 1% para Região Norte (Machado et alii, 1995).

⁵ Em 1977 a residência médica passou a ser regulamentada, no país, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica, através do Decreto Lei nº 80.281/77, no âmbito dos assuntos universitários do Ministério da Educação e Cultura, com funções principais de normatizar, credenciar e fiscalizar os programas de residência médica no País. Em termos conceituais a residência é reconhecida como: “uma modalidade de pós-graduação para profissionais médicos; sob forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação profissional” (Brasil, DOU. Decreto nº 80.281 de 05/09/77). Nesse momento ficam definidas cinco grandes áreas de especialização: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia e medicina preventiva e social.

⁶ A Lei nº6932 que dispõe sobre a atividade do médico residente.

A Residência em Medicina Preventiva e Social

A residência em medicina preventiva e social tem início em 1962 na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, seguida de outros programas durante a década de 70.⁷. “A Residência, enquanto modalidade de pós-graduação, terá importância muito reduzida no conjunto da produção de especialistas em Saúde Coletiva até os finais da década de 60. A parte as limitações impostas pela dinâmica das forças hegemônicas de práticas de saúde vigentes, a Medicina Preventiva, por um lado, não dispunha de marcos teóricos suficientemente delimitados que lhe possibilitasse o desenvolvimento qualitativo e, por outro lado, o número de egressos dos programas existentes na época era praticamente inexpressivo... se limitavam a reprodução de seus próprios futuros quadros docentes” Campos & Girardi (1984:41).

Ressalta-se que a residência em medicina preventiva e social vai sofrer reflexos das mudanças que estavam ocorrendo nos programas de residência médica como um todo. Um bom exemplo foi sua inclusão, em 1977 (Resolução nº 80.281 de 5/9/77), dentro das cinco áreas preferenciais de especialização médica selecionadas pela Comissão Nacional de Residência Médica, posteriormente regulamentada em 1979 (Resolução nº 08 de 15/10/79). Segundo Campos & Girardi (1984:42), “o triênio 79/81 terá importância decisiva para os rumos do movimento da saúde coletiva no país. Nestes anos, ocorreram eventos que tiveram profunda significação sobre as Residências. Tendo como pano de fundo a crise econômica que começa a se instalar, e muito particularmente a crise da previdência social, a vertente ‘modernizadora’ ou ‘racionalizadora’ representada pela Saúde Coletiva começa à vir a cena com mais frequência”.

⁷ Até então a formação de recursos humanos em saúde pública limitava-se à Escola Nacional de Saúde Pública e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Campos & Girardi (1984:41).

Dois fatos foram fundamentais para a expansão dos cursos: primeiro, o financiamento do INAMPS, incentivando a criação de novos cursos. Segundo, a implantação do Programa de Apoio as Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública, criado em 1980, como resultado de entendimentos entre INAMPS, a Associação Brasileira de Educação Médica e a FIOCRUZ. Este programa, tinha como proposta fundamental: “incrementar o adestramento à nível de pós-graduação, sob forma de Residência, de profissionais de saúde para atuarem em cuidados primários de saúde do país, através de treinamento intensivo em serviço, em áreas de prática resultantes de projetos de integração docente-assistencial” (Buss, 1982:56).

No contexto acadêmico, a discussão voltava-se para a construção da área da “saúde coletiva”. No entanto, a orientação política implementada como, por exemplo, programas assistenciais, assemelhava-se à saúde comunitária, que trazia em seu bojo, outra lógica. A proposta da medicina geral e comunitária, enfatizava a atenção médica centrada nos cuidados primários à saúde, representando a vertente racionalizadora dos serviços de saúde. Parece haver uma disparidade entre o início de uma proposta acadêmica (saúde coletiva) e o que na verdade tentava implementar como política em nível de serviços de saúde.

Quanto aos cursos de residência, ressalta-se, que a Resolução 08/79 contemplava duas vertentes: a medicina preventiva e a medicina geral e comunitária. A primeira correspondia ao preventivismo americano tal como concebido na América Latina. A segunda, referia-se ao modelo racionalizador de organização dos serviços de saúde, além de uma outra tendência sinalizada como “teórico-crítica”, que buscava estudar os determinante dos problemas de saúde da população e da organização das práticas de saúde (Paim, 1986).

A divisão dessas duas vertentes foi pauta, no ano de 1981, do I Fórum de Residência em Medicina Preventiva e Social⁸, no qual os coordenadores dos

⁸ Este Fórum foi realizado pela ABRASCO em julho de 1981.

programas encaminharam várias propostas para o curso. Porém, dois meses após esta reunião, o INAMPS, principal financiador, expõe aos coordenadores dos programas, que a formação nestas áreas, não interessava mais, a Previdência, da forma como estava sendo encaminhada. O perfil profissional demandado pelo INAMPS era aquele do médico de família americano, que recebia apoio de organizações internacionais, da Federação Panamericana de Faculdades, Escolas de Medicina e da própria Associação Brasileira de Escolas Médicas (Paim, 1986). Buscava-se com isto, fazer uma forte pressão junto às instituições acadêmicas para que fossem formados especialistas em medicina geral e comunitária. O mecanismo de pressão utilizado naquela época pelo INAMPS, foi de corte de financiamento para os programas de residência que não estivessem voltados aos seus interesses.

No entanto, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, passa defender claramente o modelo da medicina preventiva. Como resultado de toda esta polêmica a Comissão Nacional de Residência Médica decide pela criação de duas residências distintas: a medicina preventiva e social, que teve revogada a resolução n° 08/79, passando a dispor de resolução própria (Resolução 16/81), ficando a medicina geral e comunitária disposta pela Resolução n° 07/81⁹.

⁹ A denominação da especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina é a de “medicina sanitária”. A última relação de especialidades de 1978 (Resolução n° 878/78 do CFM), incluía a medicina preventiva e a medicina geral e comunitária. No entanto, em 1989 o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução n° 1.288/89, passa considerar, entre outras, como especialidade médica, todas as especialidades reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica. Assim, a medicina geral e comunitária separa-se e a medicina preventiva e social passa a ser representada através da especialidade “medicina sanitária”.

Dessa forma, seguindo as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica (nº 07/81 e 16/81), a medicina preventiva e medicina geral e comunitária passam a ter os seguintes princípios básicos:

Medicina Preventiva e Social
<p>a) planejar, organizar e administrar serviços de saúde;</p> <p>b) executar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação a nível primário, de modo contínuo, como integrante da equipe de saúde;</p> <p>c) encaminhar, quando necessário, problemas de saúde a serviços especializados, mantendo a continuidade no atendimento;</p> <p>d) conhecer e utilizar métodos e técnicas de educação e participação comunitária em saúde;</p> <p>e) desenvolver programas de preparação e utilização de recursos humanos em saúde;</p> <p>f) analisar criticamente as características dos processos geradores dos problemas de saúde, suas relações com a organização social (incluindo as instituições de saúde) e as alternativas de solução (Resolução nº 16/81 - CNRM).</p>
Medicina Geral e Comunitária
<p>A resolução nº 07/81, em seu artigo 5º diz: “o médico geral e comunitário, formado nos programas de residência médica, deve ter como características básicas a prestação de cuidados primários de saúde, com ênfase no grupo materno-infantil, dentro do conceito de atendimento integrado à família, atendimento a patologias ambulatoriais simples, controle das doenças infecto-contagiosas, educação em saúde e atendimento às carências alimentares, incluindo programas de suplementação e correção das deficiências nutricionais”.</p>

(continuação)

As atividades de assistência médica , compreendidas como cuidados básicos de saúde, incluem:

- a) prestar assistência a gestação normal, identificando diferentes níveis de risco;**
- b) diagnosticar e tratar as afecções mais freqüentes do ciclo gravídico-puerperal;**
- c) assistir ao parto;**
- d) assistir ao puerpério;**
- e) fornecer cuidados ao recém-nascido normal e executar práticas de reanimação;**
- f) atender e acompanhar a evolução de uma criança normal;**
- g) diagnosticar e tratar as afecções mais freqüentes na idade adulta;**
- h) diagnosticar e tratar as afecções mais freqüentes na infância e adolescência;**
- i) reconhecer e fornecer os primeiros cuidados a afecções graves e urgentes;**
- j) examinar e constatar anormalidades em abreugrafias, raio x simples, bem como exames laboratoriais relacionados com complexidade de sua atividade clínica;**
- l) lidar com distúrbios psicológicos mais comuns, encaminhando corretamente para assistência psicológica ou psiquiátrica os pacientes que dela necessitarem;**
- m) diagnosticar patologia cirúrgica freqüente e indicar corretamente a execução de internação cirúrgica;**
- n) executar pequena cirurgia;**
- o) encaminhar para serviços adequados, pacientes que necessitem de procedimentos diagnóstico e/ou terapêuticos especializados;**
- p) orientar o pré e pós-operatório das intervenções mais simples;**
- q) diagnosticar e tratar os problemas referentes à saúde ocupacional, referindo-se as condições de trabalho e a legislação sobre acidentes e sugerindo, quando necessário, programas para manutenção da saúde do trabalhador.**

Favorável a um projeto de “saúde pública” mais amplo, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva manifesta-se, no II Fórum Sobre Residência em Medicina Preventiva e Social, realizado em 1983, a adesão ao “projeto da saúde coletiva”. No relatório final afirma “as alternativas político-institucionais que, em decorrência, vem se apresentando, marcam, de forma mais ou menos clara, as formulações subsequentes reestruturações dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social... o próprio processo de constituição do objeto da Saúde Coletiva vem tornando cada vez mais precisos os contornos do campo do saber e a fundamentação dos programas de ensino, tanto a nível do repertório conceitual, como àqueles referentes a execução das práticas” (ABRASCO, 1984:191-202)

Outro aspecto que merece atenção, são as diferenças existentes entre a medicina familiar e a medicina geral e comunitária, utilizadas equivocadamente como sinônimos. Em 1986, há a ruptura da proposta da medicina familiar na ocasião do I Congresso Brasileiro de Medicina Geral e Comunitária na medida em que se entende a primeira como uma especialidade que “centra a atuação no núcleo familiar, que constitui seu objeto de trabalho e, embora em alguns momentos suas técnicas sejam confluentes com a prática da Medicina Geral e Comunitária, mantém uma tendência nitidamente privatizante, atuando de forma conservadora no campo social, por apresentar uma compreensão restrita do macrosistema, que se distancia da Medicina Geral e Comunitária... tornando seus objetivos divergentes” (Bordin & Silva, 1988:25).

Nos casos da medicina preventiva e social e da medicina geral e comunitária, as diferenças surgem não só no campo teórico, mas como propostas políticas distintas de redirecionamento das ações de saúde que trabalham dentro de um “olhar” voltado as práticas sociais, sendo possível identificar pontos convergentes, quando trata-se de focar as ações por áreas específicas da saúde, como por exemplo a assistência através de programas para diferentes grupos da população (gineco-obstetrícia, pediatria, imunizações, idoso, etc.). No entanto, observa-se que a

medicina preventiva e a medicina comunitária divergem na prática. Em outras palavras, a medicina preventiva ao longo de sua história profissional, vai se distanciando da prática clínica, em oposição a medicina comunitária. Mantém-se com os princípios de atendimento direto à população.

Frente à essas novas mudanças de papéis e função na saúde, os programas de residência sofrem diversas modificações na tentativa de adequar seus conteúdos teóricos e didáticos e delimitar a esfera de atuação do médico-sanitarista. Além disso, enfrentam a questão da oferta e demanda do mercado de trabalho, além do financiamento dos programas por agências públicas. Desta forma, os “sanitaristas” passam a ter que conviver com problemas tanto de mercado como de financiamento de sua formação. Com a adesão à saúde coletiva, os programas de residência em medicina preventiva e social passam a ter dificuldades para, definir um “perfil” de formação e treinamento em serviços de acordo com um típico programa de residência médica. Na verdade, o que estava ocorrendo era uma clara dificuldade teórica e prática em demarcar as competências e habilidades de um médico-sanitarista. E mais, a “saúde coletiva”, assim denominada mais amplamente, passa a ter dificuldades crescentes em definir-se como especialidade médica. Sendo assim, o programa de residência médica torna-se um anacronismo.

Em 1992, a FUNDAP realiza, em São Paulo, um seminário nacional com objetivo de estabelecer competências mínimas para os programas de residência em medicina preventiva e social. Este seminário foi organizado a partir da constatação da grande heterogeneidade e indefinição quanto aos objetivos no treinamento do médico. Assim foram analisados os programas de residência em medicina preventiva e social no período de 1988 a 1991 (FUNDAP, 1992). Foram consultados vinte e três programas que estavam em funcionamento no início de 1991. Responderam ao questionário, sete programas do estado de São

Paulo e dez dos demais estados¹⁰. Os dados sobre demanda e oferta de vagas só foram preenchidos por onze programas (64,7%). A análise para este período destaca-se que entre 1990 e 1991 há uma redução, em todo país, do número de vagas nos programas com a extinção do INAMPS, ocasionando até o fechamento de alguns programas. Quanto ao número de médicos inscritos, houve a relativização dos dados pois poderiam estar inscritos em mais de um programa. Mesmo relevando este fato, foram identificadas vagas ociosas em todo período estudado, sendo que o ano de 1990 apresentou o maior percentual (38,7%) (p.14-26).

A distribuição dos programas¹¹ de residência em medicina preventiva e social acompanha a tendência dos programas de residência como um todo. Conforme apontado por Machado et alii (1997:70), as residências concentram-se em regiões onde a economia brasileira tem o maior PIB: ou seja, as Regiões Sul e Sudeste, que detêm 78,9% dos programas de residência do País, predominantemente de natureza pública. Hoje no Brasil existem 25 programas de residência em medicina preventiva e social (Tabela 1), sendo que quase 70% destes estão localizados na Região Sudeste. A Tabela 2 mostra o número de vagas e reforça ainda mais a enorme concentração na Região Sudeste, ou seja, das 139 vagas existentes no ano de 1996, 76,3% estavam localizadas nesta região¹².

¹⁰ São Paulo (Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Medicina USP, Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, Faculdade de Medicina de Marília, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde - PROHASA e, Universidade de Campinas - UNICAMP), outros estados (Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde do Ceará, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal de Pelotas e Universidade Federal Fluminense).

¹¹ Face a reestruturação nacional dos programas de residência em medicina preventiva e social pode ser que a realidade seja outra, ou seja, é possível que algumas residências tenham fechado, como não foi objetivo de nossa investigação estes dados foram utilizados em seu formato original.

¹² Para mais detalhes, ver o Quadro 1, em anexo deste capítulo.

Tabela 1 - Distribuição dos programas de residência em medicina preventiva e social segundo Brasil e Grandes Regiões - 1996

Brasil e Grandes Regiões*	Número de Programas	
	v.abs.	(%)
Norte	1	4,0
Nordeste	4	16,0
Sudeste	17	68,0
Sul	3	12,0
Brasil	25	100,0

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica - 1996.
 (*) Não foi referido nenhum programa na Região Centro-Oeste.

Tabela 2 - Distribuição de vagas dos programas de residência em medicina preventiva e social segundo Brasil e Grandes Regiões - 1996

Brasil e Grandes Regiões*	Número de Vagas	
	v.abs.	(%)
Norte	7	5,0
Nordeste	11	7,9
Sudeste	106	76,3
Sul	15	10,8
Brasil	139	100

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica - 1996.
 (*) Não foi referido nenhum programa na Região Centro-Oeste.

O trabalho realizado por Campos & Girardi (1984) sobre a caracterização dos programas de residência em medicina preventiva e social no Brasil, mostra que, no período de 1978 a 1983, 73% dos egressos inseriram no mercado de trabalho em atividades de saúde coletiva¹³. Destes, a maioria vinculou-se à rede de serviços, sendo que apenas 11,1% vincularam-se às instituições de ensino e 3% seguiram nos cursos *strito sensu*. O setor privado teve um papel reduzido na absorção destes profissionais, e do setor público, os serviços estaduais tiveram maior importância que os federais e municipais. Os egressos que vincularam-se a instituições de ensino, foram predominantemente no setor público.

No entanto, ocorre hoje uma baixa procura de jovens médicos para os programas de residência em medicina preventiva e social. Belisário (1993:150) mostra que tem havido “uma persistente ociosidade de vagas nas residências em medicina preventiva e social nos últimos quatro anos. Essa ociosidade é um ponto importante a ser analisado nesse momento. Fala-se de uma ociosidade presente nos programas de Residência Médica, os quais, em sua maioria, só a médicos são oferecidos”. Baixos salários, o fim da exclusividade da carreira de sanitário na administração pública, desprestígio das atividades desenvolvidas, são algumas das causas que têm levado a que médicos recém-formados não busquem esta especialidade como área de trabalho.

Um outro ponto polêmico nos programas de residência em medicina preventiva tem sido a questão da multiprofissionalidade da área de conhecimento. O II Fórum Nacional Sobre Residências em Medicina Preventiva e Social realizado em Minas Gerais em 1983, recomendou¹⁴ a inclusão de outros profissionais de saúde ao programa de residência: “diante do reconhecimento de que os Cursos de Especialização sob a forma de residência são a mais consagrada modalidade de

¹³ Considerou-se: docência em áreas de medicina preventiva, administração e planejamento de serviços, epidemiologia, vigilância epidemiológica, investigação em saúde, saúde ocupacional e ambiental, educação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

¹⁴ Cabe ressaltar, que as recomendações aqui dispostas referem-se ao documento elaborado pelo Grupo de Trabalho Constituído pela ABRASCO a partir do II Fórum de Residência em

pós-graduação na área de saúde, sugere-se que não sejam exclusividade da categoria médica. No caso da residência em medicina preventiva e social, cujo campo de conhecimento são os serviços de saúde, recomenda-se a multiprofissionalidade e a sua articulação com tais serviços, enquanto campo de práticas e sustentáculos de sua expansão” (ABRASCO, 1984:109). Nos parece que incorporar novos profissionais e áreas de conhecimento distintas da ciência médica não resultou em situação positiva, como esperado, para os médicos nem para saúde coletiva. Com isto, não queremos dizer que não tenha sido importante, a incorporação da multiprofissionalidade, ao contrário. No entanto, essa “nova definição de campo” produziu, na verdade, uma “indefinição” de um perfil para o sanitarista e a categoria médica, principalmente, ficou sem clareza de suas atividades, além de perder seu papel central no sistema de saúde. Assim o que temos, é uma visível retirada dos médicos da saúde coletiva. Como veremos a seguir, esta crise refletirá brutalmente na estrutura e no funcionamento das residências em todo País.

Quadro 1 - Distribuição das vagas nos programas de residência em medicina preventiva e social segundo instituição formadora - Brasil e Grandes Regiões - 1996

Brasil e Grandes Regiões	Nº de Vagas			Total de Vagas
	R1	R2	R3	
NORTE	5	2	0	7
Faculdade de Medicina de Manaus/AM	5	2	0	7
NORDESTE	7	4	0	11
Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde.	2	0	0	2
Faculdade de Ciências Médicas. Recife/PE.	1	0	0	1
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.	0	0	0	0
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.	4	4	0	8
SUDESTE	52	47	7	106
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.	3	6	2	11
Escola Nacional de Saúde Pública/RJ.	6	6	0	12
Hospital de Clínicas de Teresópolis/RJ.	0	0	0	0
Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro/RJ.	6	6	0	12
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Rio de Janeiro - UFRJ/RJ.	1	1	0	2
Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ/RJ.	2	0	0	2
Hospital Universitário Antonio Pedro - UFF/RJ.	4	4	0	8
Associação Hospital de Cotia/SP.	0	0	0	0
Escola Paulista de Medicina/SP.	5	5	0	10
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP/SP.	0	0	0	0
Faculdade de Medicina da USP/SP.	13	13	2	28
Faculdade de Medicina de Marília/SP	2	2	1	5
Faculdade de Medicina de Santo Amaro/SP.	0	0	0	0
Hospital do Servidor Público de São Paulo/SP.	0	0	0	0
Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo/SP.	0	1	0	1
Hospital da Faculdade de Medicina de Botucatu/SP.	4	1	2	7
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP.	6	2	0	8
SUL	9	6	0	15
Fundação Universidade Estadual de Londrina/PR	2	0	0	2
Fundação Universidade Federal de Pelotas/RS	5	4	0	7
Hospital das Clínicas de Porto Alegre/RS	2	2	0	4
BRASIL	73	59	7	139

FONTE: Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e do Desporto/DF, 1996.

CAPÍTULO IV

RESIDÊNCIA EM MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL: UMA MODALIDADE DE FORMAÇÃO EM QUESTÃO

O Programa de Residência da ENSP

Buscando compreender melhor a situação que se encontram os programas de residência em medicina preventiva e social no País, vamos analisar no interior do trabalho, o que ocorreu nesta última década com o programa de residência da Escola Nacional de Saúde Pública.

A residência em medicina preventiva e social da Escola Nacional de Saúde Pública foi criada em 1979¹, como evolução do Treinamento Avançado em Serviço - TAS², (curso criado em 1976 para formação de recursos humanos na FIOCRUZ). O programa de residência da ENSP teve um papel fundamental no desenvolvimento dos demais programas na área, tendo sua experiência servido de base para que a Comissão Nacional de Residência Médica elaborasse as normas adotadas na Resolução 16/81. Também impulsionou, quando o INAMPS passou a ser o principal financiador dos programas a partir de 1980, a criação do Programa de Apoio às Residências em Medicina Preventiva e Social. Até o ano de 1990, o programa de residência da ENSP recebeu financiamento de bolsas

¹ Em 1982 o programa de residência da ENSP foi credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica pelo 1º Termo Aditivo do Parecer 11/82, em 20 de novembro de 1982 e depois pelo Termo Aditivo de 20 de setembro de 1983.

² O Treinamento Avançado em Serviço era de um programa de treinamento com duração máxima de dois anos, em regime de tempo integral, para graduados diversos. Podia ser realizado nas seguintes áreas de concentração: microbiologia, virologia, bioquímica, patologia, parasitologia, imunologia, hanseníase, **saúde pública**, epidemiologia e saúde materno-infantil. “O TAS e a Residência em Medicina Preventiva e Social se definem como mecanismos de capacitação básica de pessoal profissional de nível universitário para atuação em Saúde

de estudo do INAMPS³. Em 1991, o INAMPS⁴, deixa de financiar o curso, passando para a FIOCRUZ esta responsabilidade.

Desta forma, 1992 estabelece-se um convênio entre a ENSP e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, recuperando assim as vagas suprimidas. Além disso, o programa passou a buscar uma maior integração com os serviços de saúde diante do processo de municipalização. A partir de 1995, o programa de residência é incorporado ao curso básico de saúde pública oferecido pela escola⁵. No entanto, esta fusão não resultou numa estratégia de manutenção do programa de residência, ao contrário, no ano seguinte houve a última seleção para turma de 1997, extinguindo-se então o programa de residência em medicina preventiva e social da ENSP.

Antes de analisar a oferta e preenchimento de “vagas médicas” e para os “outros profissionais de saúde” de 1981 a 1996 (Gráficos 1 e 2), é preciso esclarecer os dados para o ano de 1981. Neste ano, há um número superior de matriculados em relação as vagas ofertadas para outros profissionais de saúde. Isto ocorreu porque neste ano, foram oferecidas, pelo INAMPS, dez vagas médicas e cinco para outros profissionais de saúde, e seis vagas pela FIOCRUZ, a serem distribuídas entre todos os candidatos. Também cabe ressaltar, que no ano de 1985, o INAMPS abriu 13 vagas para candidatos da área de saúde, o que dificulta nossa análise separando os resultados entre os médicos os outros profissionais de saúde.

Pública, vinculados a atividades centradas em serviços de saúde” (ENSP-PEPPE/FIOCRUZ, Boletim, n.2-3, fevereiro/março de 1979, p.3).

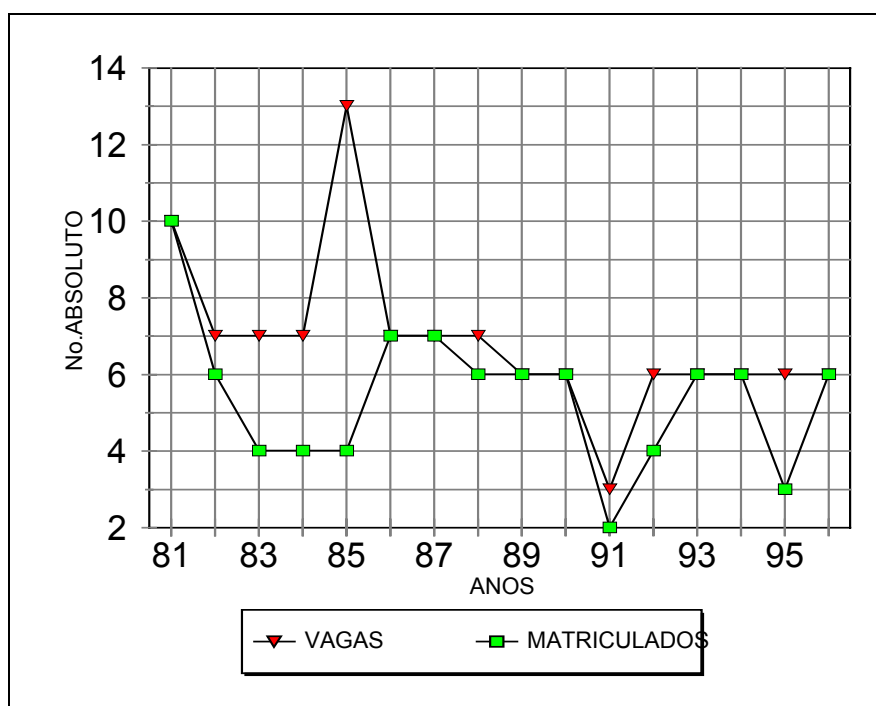
³ No ano de 1981 o INAMPS financiava bolsas para alunos médicos e para outros profissionais de saúde, no entanto, no ano seguinte, passa assegurar as bolsas somente para os médicos. Em 1985 oferece novamente treze vagas para candidatos da área de saúde, retornando, em 1986, a oferecê-las somente aos médicos.

⁴ Com a extinção do INAMPS em 1990 e, evidentemente, o fim de sua função de órgão financiador e coordenador deste processo, novas alianças e novos arranjos políticos tiveram que se estruturar.

⁵ Inicialmente estes dois cursos passaram a ter o mesmo bloco teórico, ou seja, durante o primeiro ano os alunos cursavam a mesma grade curricular. O curso básico de saúde pública era então concluído ao final de um ano, enquanto que os alunos do programa de residência

Quando analisamos o preenchimento de vagas médicas no programa de residência da ENSP, verificamos que houve ociosidade de vagas nos anos de 1982, 1983, 1984, 1988, 1991, 1992 e 1995. O Gráfico 1, mostra uma certa oscilação entre o número de vagas ofertadas e o número de médicos matriculados.

Gráfico 1 - Oferta e preenchimento de vagas médicas do programa de residência em medicina preventiva e social - ENSP - 1981-1996



Fonte: Secretaria Acadêmica da ENSP e FESP.

Na Tabela 3, o percentual de vagas ociosas chegou a limites preocupantes. Por exemplo, nos anos de 1983, 1984, os percentuais foram de 42,9 % e nos anos

seguiam durante mais um ano para realização das práticas em serviço e a finalização da carga horária referente à residência médica.

de 1991 e 1992 foram de 33,3%. Ainda mais grave é o resultado obtido no ano de 1995, quando apenas 50% das vagas foram preenchidas.

Tabela 3 - Distribuição do preenchimento de vagas médicas do programa de residência em medicina preventiva e social segundo ano- ENSP - 1982 - 1996

Anos*	Vagas Oferecidas v.abs.	Alunos Matriculados v.abs.	Vagas Preenchidas (%)	Vagas Ociosas (%)	Total (%)
82	7	6	85,7	14,3	100,0
83	7	4	57,1	42,9	100,0
84	7	4	57,1	42,9	100,0
86	7	7	100,0	0,0	100,0
87	7	7	100,0	0,0	100,0
88	7	6	85,7	14,3	100,0
89	6	6	100,0	0,0	100,0
90	6	6	100,0	0,0	100,0
91	3	2	66,7	33,3	100,0
92	6	4	66,7	33,3	100,0
93	6	6	100,0	0,0	100,0
94	6	6	100,0	0,0	100,0
95	6	3	50,0	50,0	100,0
96	6	6	100,0	0,0	100,0
Total	87	73			

Fonte: Secretaria Acadêmica/ENSP

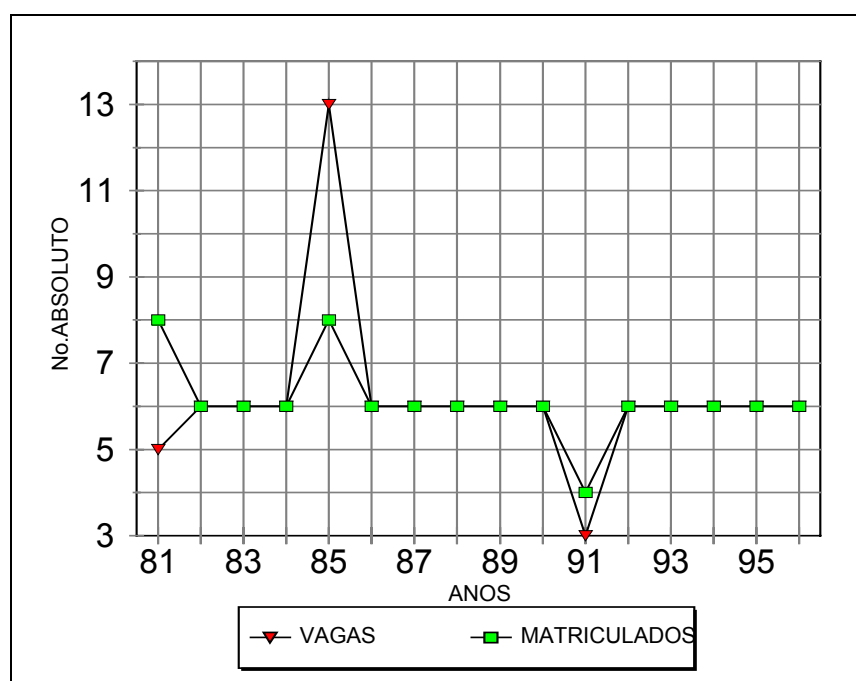
(*) Os anos de 1981 e 1985 foram excluídos pois ofereciam vagas para todos os candidatos (médicos e outros profissionais de saúde)

Estes resultados podem servir de explicação para as transformações sofridas pelo programa de residência da ENSP, principalmente, a partir de 1995. A ENSP, embora seja considerada uma instituição de excelência na formação de

sanitaristas, começa a sofrer reflexos de uma “crise” mais ampla das residências em medicina preventiva no Brasil.

Em relação aos outros profissionais de saúde, não vai ocorrer este problema, ao contrário, algumas das vagas médicas “ociosas” foram remanejadas para este⁶ outro segmento profissional, mostrando assim, uma clara mudança no perfil dos profissionais que buscam fazer saúde pública (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Oferta e preenchimento de vagas para outros profissionais de saúde do programa de residência em medicina preventiva e social - ENSP - 1981-1996



Fonte: Secretaria Acadêmica da ENSP e FESP.

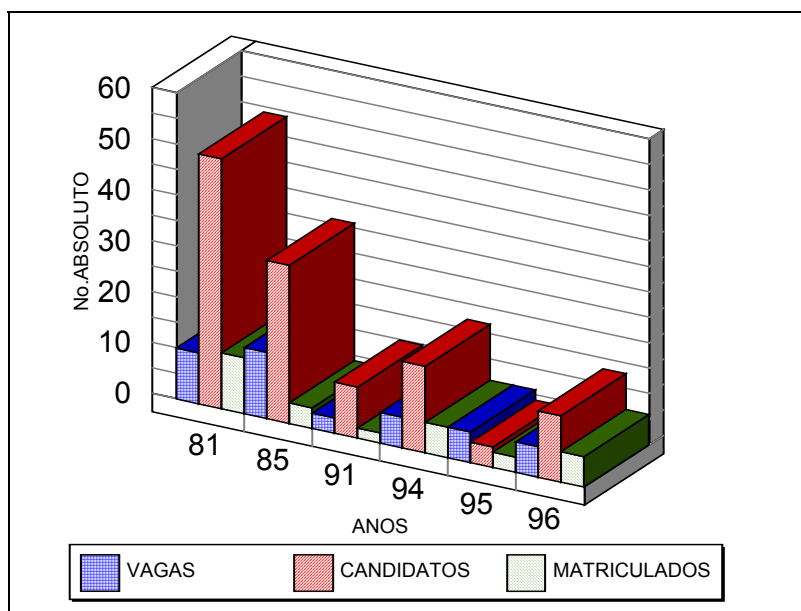
⁶ Como exemplo, em 1991, houve a desistência de um médico aprovado, que teve sua vaga transferida para outro profissional. Os médicos matriculados concluíram apenas o primeiro ano do curso. O médico formado nesta turma, pertencia a UFRJ, mediante convênio com a FIOCRUZ.

É importante salientar que o concurso da residência em medicina preventiva e social da ENSP possuía dois critérios seletivos, um para médicos e um para outros profissionais de saúde. Assim, o concurso médico sempre constou de uma prova de “residência médica” segundo as normas da Comissão Nacional de Residência Médica. Como este concurso ficou a cargo do INAMPS até 1988 e posteriormente a cargo da Fundação Escola do Ensino Público - FESP/RJ, não foi possível disponibilizar o número de médicos inscritos pelo INAMPS, exceto aqueles anos que constavam nos arquivos da ENSP. No caso da FESP/RJ, somente alguns anos foram encontrados em seus arquivos⁷.

Do ponto de vista da demanda pelo programa de residência, podemos tirar algumas análises. A primeira é que há uma clara perda de interesse do jovem médico pelo programa de residência em medicina preventiva e social. Isto pode ser verificado no Gráfico 3, que mostra um surpreendente decréscimo no fluxo de candidatos por ano, o que também ocorre com o número matriculados, de certa forma, justificando a ociosidade de vagas médicas descritas anteriormente.

⁷ Como não foi possível ter acesso a todas as informações sobre as inscrições de candidatos médicos em todo período estudado, nos Gráficos 2 e 3, analisamos apenas os anos de 1981, 1985, 1991, 1995 e 1996. Para efeito comparativo padronizou-se estes anos para os outros profissionais de saúde, embora disponha dos dados para todo período.

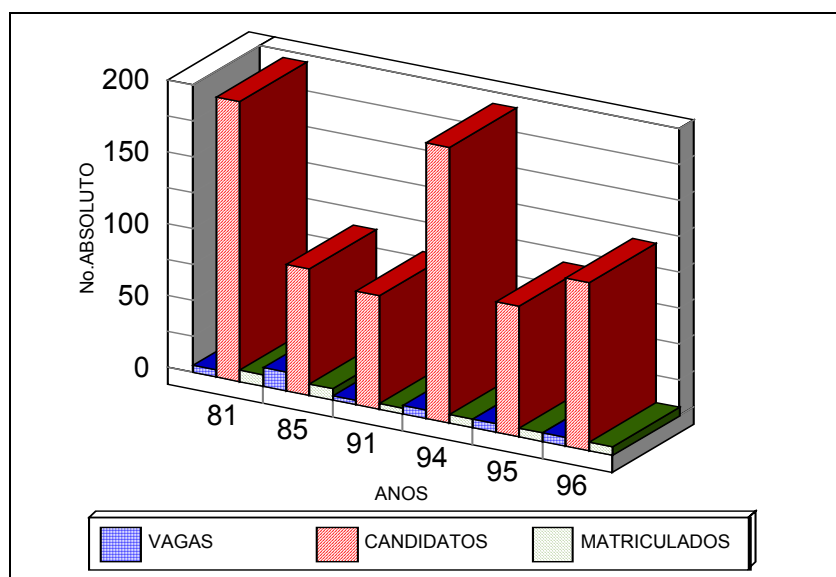
Gráfico 3 - Demanda e preenchimento de vagas médicas do programa de residência em medicina preventiva e social - ENSP - 1981, 1985, 1991, 1995 e 1996



Fonte: Secretaria Acadêmica da ENSP e FESP.

Corroborando com nossas argumentações, o Gráfico 4 aponta para um comportamento oposto para os “outros profissionais de saúde”, que apresentaram sempre um número superior de candidatos em relação aos médicos. Mesmo diante destes resultados, já verificamos uma queda desses candidatos nos anos de 1995 e 1996.

Gráfico 4 - Demanda e preenchimento de vagas para outros profissionais de saúde do programa de residência em medicina preventiva e social - ENSP - 1981, 1985, 1991, 1995 e 1996



Fonte: Secretaria Acadêmica da ENSP e FESP.

Enfim, o que podemos concluir é que o programa de residência da ENSP sofreu uma clara perda de interesse por parte de sua clientela, principalmente, a médica, o que acreditamos ter contribuído para sua extinção. Na verdade, médicos e outros profissionais de saúde em geral já não possuem tanto interesse em se especializar nesta área. Como veremos no capítulo seguinte, o trabalho de campo realizado buscou entender quais são os interesses dos jovens médicos, quanto as suas preferências profissionais e, o que pensam a cerca da medicina preventiva.

CAPÍTULO V

ESPECIALIZAÇÃO: UMA ESCOLHA INEVITÁVEL

Carreira Profissional: Uma Breve Abordagem

Como nos referimos anteriormente, a sociedade moderna tornou-se profissionalizada e especializada. Kendall & Selvin (1957), na década de 50, já estudavam as razões que conformavam a decisão de estudantes de medicina em tornar-se especialista. Estes autores, ao avaliarem a opinião dos alunos em diferentes períodos da graduação, observaram que, ao longo do curso, o desejo de especializar-se era crescente e, o tipo de internato escolhido (rotativo ou eletivo)¹ também indicava a opção futura do aluno. A explicação é a seguinte: nos primeiros anos, os estudantes ainda não possuem uma idéia clara dos seus interesses e talentos e, igualmente, desconhecem o treinamento especializado para avaliá-lo. Na medida em que estes passam a ter maior contato com o exacto de conhecimento e da medicina, percebem a dificuldade do domínio amplo de conhecimento, com o forte sentimento de limitação. Os estudantes reconhecem o fato e sentem a necessidade de especializarem-se (Kendall & Selvin, 1957:161-162).

Outro trabalho sobre escolha de carreira foi realizado por Zuckerman (1978), que estudou os componentes do padrão de carreira na medicina, atribuindo variáveis consideradas estruturais: tipo de escola, padrão acadêmico, tipo de internato, residência e, tipo de hospital onde é desenvolvida a prática. As demais variáveis descritas por Zuckerman (1978:453-458) são: as sociodemográficas e de personalidade, na sua avaliação são importantes para

¹ o internato rotativo significa a passagem obrigatória pelas áreas principais da medicina e, o eletivo, significa a seleção de uma dessas áreas para o desenvolvimento do internato.

avaliar o início do processo de formação do médico, mas têm a desvantagem de excluir o processo de socialização dentro da escola e a sua influência na escolha de carreira. Nesse sentido, o autor destaca a importância da escola e o hospital, pois estariam expressando a organização social da prática médica, levando a resultados esperados no referente as carreiras, moldadas durante a passagem do aluno através dessas instituições. Estes resultados, segundo Zuckerman, também podem sofrer influência de combinações entre certas condições como, por exemplo, a situação da estrutura ocupacional (mercado), determinando certas linhas de carreira.

Frenk (1978), sugere uma classificação de fatores que influenciam a escolha de carreira profissional, segundo duas perspectivas: **a perspectiva sociológica e a econômica.**

Na **perspectiva sociológica**, o autor identifica três proposições explicativas. A primeira, centra-se na teoria da mobilidade social, na qual a origem social do aluno teria um efeito direto em sua preferência de carreira, podendo também direcioná-lo a escalas na estratificação da prática médica. Isto poderia refletir a distância que alunos de diferentes classes sociais teriam de determinadas especialidades. Assim, estudantes de classes mais elevadas tornariam-se especialistas, ao passo que os de classe mais baixa tornariam-se generalistas (*general practitioners*). A segunda, representada pela teoria da socialização do adulto, afirma que a escolha da carreira seria, primeiramente, uma função do processo de socialização do adulto, desenvolvido na escola médica e no hospital. Estas organizações teriam como meta a socialização dos estudantes, preparando-os para a pós-graduação e para o mercado de trabalho “esta tradição trata a educação médica como um sistema relativamente fechado, onde estudantes são expostos a uma série de influências que não somente inculcam

seus valores da profissão, mas também determinam o tipo de carreira que eles irão escolher” (Frenk, 1978:53).

A terceira abordagem explicativa é identificada como hipótese da tábula rasa, que contrapõe a teoria da mobilidade social, porém assemelha-se à teoria da socialização do adulto. Essa corrente prediz que a origem social não afetará a preferência de carreira, desde que a escola médica tenha um poder institucional tal que apague influências prévias. Assim, não importa se os alunos, ao entrarem na escola médica apresentam um perfil heterogêneo, pois, ao término do curso, os resultados serão homogêneos. Uma vez na escola médica, os estudantes “esqueceriam” sua origem social e iniciariam a socialização para tornar-se resocializado como médico, adquirindo valores, comportamentos, etc., próprios da profissão.

Na perspectiva sociológica, a teoria da socialização do adulto atua dentro do sistema de educação médica junto aos fatores que fazem parte desse sistema como, por exemplo, o modelo pedagógico utilizado. Embora reconhecido, o mercado de trabalho é relegado a uma condição secundária e exterior ao processo ocorrido no interior da escola e do hospital. Assim, esta perspectiva visualiza a escolha de carreira médica apenas sob uma ótica - a socialização do adulto -, não relacionando-a com outros possíveis fatores, na opção futura do médico. As variáveis, mesmo de natureza sociológica, como características pessoais de estudantes, são pouco exploradas nas suas relações com o sistema educacional.

O processo de socialização médica reconhece nas instituições de ensino (escola e hospitais), elementos institucionais cruciais na “transformação” do aluno em um profissional. O que os autores discutem sobre o processo de escolha de especialidades, é que, durante este período as tendências em torno da especialidade também são moldadas. A especialização, seria, até certo ponto, uma consequência inevitável, porém a ênfase atribuída a estas instituições neste processo deve ser relativizada, ou seja, não deve ser tomada como absoluta.

“Nada mais lógico que os que estão se preparando para exercer a profissão necessitem se inteirar e adotar tais valores para que possam adaptar-se ao conjunto de princípios e normas expressos pelo Código de Ética da categoria. É claro igualmente, que esse processo não deve ser considerado como absoluto, mensurável por algum teste que definiria um resultado final” (Rego, 1994:32).

A **perspectiva econômica** traz uma nova visão em relação à graduação médica, pois a orientação da escolha de carreira poderia estar respondendo às demandas do mercado de trabalho. O primeiro fator de escolha não seria o processo de socialização interno que ocorre no hospital e na escola, mas sim as condições externas do mercado de trabalho. No entanto, reconhece-se que o sistema educacional integra o mercado médico por representar uma fonte de novos profissionais. Esta perspectiva tenta determinar o impacto de ambas perspectivas (sociológica e econômica) na demanda por diferentes tipos de especialistas. Desta forma, a influência do processo de socialização do médico durante a graduação seria quase inquestionável na decisão da futura carreira. No entanto, considera questões de caráter econômico relativos à especialidade. Nesse sentido, o mercado de trabalho seria um fator importante para a definição da especialidade.

A vocação² também é um fator que merece destaque no tocante à escolha da especialidade. Relaciona-se à capacidade e aos interesses pessoais que moldariam uma “auto-imagem do profissional”. Sayeg (1987) estudou as aptidões profissionais de estudantes e, no caso da medicina, reconhece a escola como *locus* onde conformam-se as atitudes e comportamentos próprios da profissão. Assim, não atribui à vocação aspecto principal na conformação da escolha do médico. Identifica alguns fatores considerados importantes neste processo. O **modismo**, que seria a adaptação de modelos estruturais e de políticas educacionais de países desenvolvidos, para aqueles com demandas diferentes da

² Em latim, *vocatione*, significa convite, chamada, escolha, predestinação, talento, tendência, o processo de escolha vocacional dependeria de aspectos psicológicos do indivíduo.

nação importada. A **influência de docentes**, que levaria os estudantes a criarem expectativas futuras de sucesso em torno das tendências, títulos e especialidades de seus professores, modificação que se faria ao longo do processo de socialização do aluno. O **ambiente da pós-graduação**, ou seja, ao longo da graduação o aluno é tentado a “especializar-se” e a escolher precocemente sua especialidade. O **ambiente tecnológico**, acaba criando a necessidade de novos especialistas. O apelo social reforça nos estudantes, através de divulgação científica, a imagem de uma medicina tecnológica. Para Sayeg (1987:75), “a decisão do estudante de medicina faz-se quase sempre no ambiente escolar, sob influência de variáveis que intervêm simultaneamente. Esta decisão depende do grau de amadurecimento alcançado pelo jovem e por isso não pode ser definitiva. Condicionam sua decisão, além do autoconceito, que é fundamental, as influências psicológicas paternas, as imagens de professores, as oportunidades de mercado de trabalho, os modismos, os ambientes social, profissional e tecnológico, o ‘*status*’”. Assim, a vocação seria tratada como um fator intrínseco do aluno. Esta auto-imagem transformaria-se no decorrer de sua socialização, na medida em que fosse sofrendo intervenção de outras variáveis relacionadas ao sistema educacional. Nesse sentido, seria um equívoco crer que o processo de socialização, deva ser concebido como a única influência na moldagem profissional do estudante.

A questão do gênero também deve considerada no processo de escolha da especialidade. Segundo Machado (1996), o fenômeno da feminilização não ocorreu homoganeamente em todas as especialidades, ficando centradas, as mulheres, em poucas áreas de atuação. Além disso, “se é verdade que as mulheres têm assumido crescentemente postos de trabalho - e isso é visto como ‘progresso’ feminino -, também é correto afirmar que essa ‘emancipação’ no mundo do trabalho não está se dando em condições favoráveis a elas... a) as mulheres optam por um único emprego; b) detêm rendimentos inferiores aos homens; c) têm jornadas de trabalho menores; d) exercem menos o trabalho autônomo - consultório particular, etc.” (Machado, 1996:138).

Desta forma, podemos selecionar os principais fatores que influenciam a escolha de especialidades médicas: a) fatores decorrentes do sistema de educação médica, modelo universitário, tipo de hospital e tipo de internato; b) relações pessoais durante a formação, influência de professores, colegas, entre outros; c) influências familiares; d) mercado de trabalho profissional (possibilidade de retorno financeiro e *status*) e, e) vocação; f) gênero.

Ser Médico-Sanitarista: Ainda Uma Opção?

Tomando nosso estudo empírico realizado, com estudantes dos últimos períodos do curso de medicina, especificamente da UFRJ, vamos encontrar evidências empíricas de uma visível perda de interesse pela especialização em medicina preventiva. Poucos são aqueles concluintes de medicina que se interessam pela área.

No Brasil, a diminuição da participação dos médicos nos cursos de formação de sanitaristas vem ocorrendo ao longo destes últimos anos, principalmente, a partir da década de 80. Se a proporção de médicos matriculados no curso de especialização em saúde pública da ENSP no período de 1975-1980 era de 50,3%, este percentual caiu para 27,9% entre 1987-1992, ao contrário de outros profissionais de saúde que apresentam maiores percentuais de matrícula no curso (Belisário, 1993). Como vimos no capítulo anterior este fenômeno também ocorre no curso de residência em medicina preventiva desta instituição, assim como em todo País.

Estudos internacionais mostram que o baixo interesse destes profissionais pela área não ocorre só no Brasil. Uma pesquisa foi conduzida por Gensheimer et alii (1994) na Harvard University School of Public Health, a partir da constatação que

poucos médicos estavam se especializando em medicina preventiva ou suas subespecialidades. Embora tenha sido realizado em uma única instituição, o estudo indicou que um maior contato prévio com a área, e mais informações sobre a saúde pública são de suma importância para a sua decisão de seguir esta carreira. Fincher et alii (1994)³, investigaram os fatores que influenciam os estudantes de medicina a optarem por programas de residência em assistência primária (*primary care*)⁴ ou especialidades de assistência não primária (*nonprimary care*), ao observar que a escolha da primeira encontra-se em declínio nos Estados Unidos. Foram selecionadas variáveis chamadas de intrínsecas ou individuais referentes aos alunos e, variáveis externas (oportunidade de maior remuneração, estilo de vida) e acadêmicas. Os resultados mostraram, por exemplo, que o prestígio da especialidade, retorno financeiro, estilo de vida durante a residência e, opinião de outros estudantes, estão associados a escolha de especialidades de assistência não primária. Aqueles que desejaram manter em aberto a oportunidade de realizar outras subespecializações ou ser generalista (*general internist, general pediatrician or family practitioner*) optaram por seguir a carreira na assistência primária.

Embora a natureza das especialidades que os autores chamam de “assistência primária” não seja aplicável no Brasil, é possível identificar os fatores que influenciam na escolha da especialidade. Assim, aquelas especialidades que oferecem melhores oportunidades de mercado de trabalho, melhor estilo de vida, estão associadas a escolha de especialização em áreas mais rentáveis dentro da medicina. Embora os estudantes de medicina sofram inúmeras influências, a questão do mercado de trabalho aparece como um fator importante no momento da sua decisão de carreira.

³ No caso da literatura internacional, é comum tratar a “medicina preventiva”, “saúde pública” como parte de um grupo de especialidades básicas na maioria de caráter ambulatorial (*ambulatory care*). Nesse sentido, faz-se necessária a distinção quando nos referimos ao Brasil pois, as áreas chamadas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia geral e medicina preventiva) apresentam grande demanda pelos médicos recém-formados exceto, a medicina preventiva.

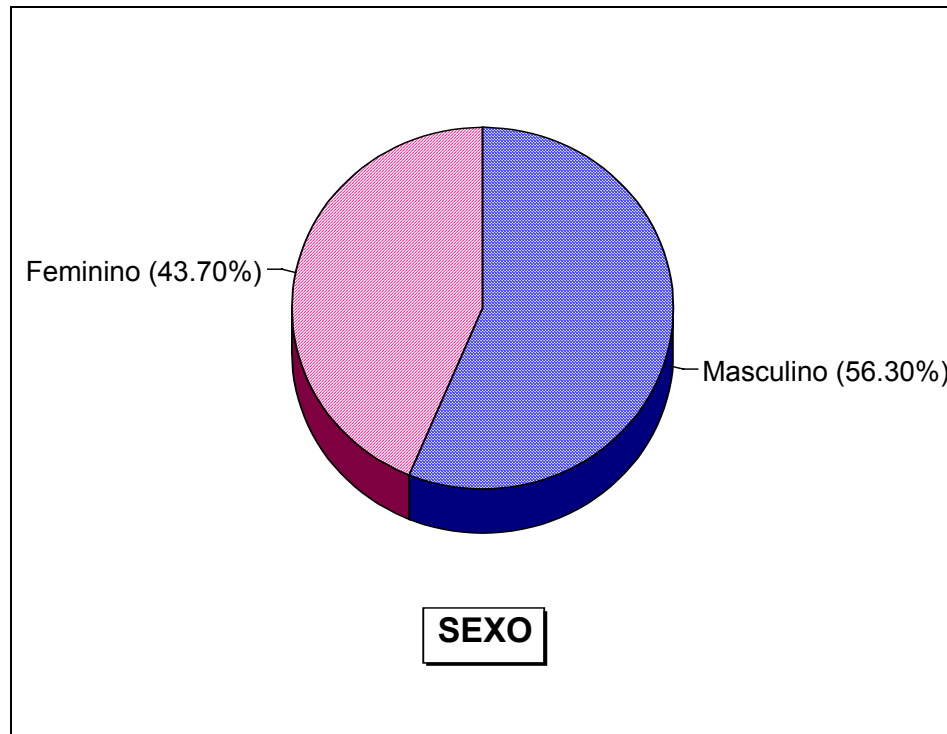
Características Gerais dos Entrevistados

Mesmo sendo reduzido o grupo de estudantes entrevistados, não só pelo fato de estarmos tratando de apenas uma escola de medicina no estado do Rio de Janeiro, como pelo fato de termos selecionado somente estudantes dos dois últimos períodos, os dados que ora apresentamos mostram semelhanças com aqueles pesquisados e analisados por Machado et alii (1997). Evidenciam o processo de urbanização, com maciça concentração de estudantes originários da própria capital; evidenciam também um franco processo de feminilização e de maior escolaridade de seus pais, por exemplo, como mostramos a seguir.

O fenômeno da feminilização da profissão médica começa ocorrer, no Brasil, a partir dos anos 70. Na década de 70, o contingente de médicas era de apenas 11%, na década seguinte eleva-se para 22% e, 33% nos anos 90, Machado et alii (1997). Este estudo vai evidenciar ainda mais tal processo de feminilização, em se tratando de jovens estudantes. O Gráfico 5, mostra, esse processo de feminilização que passa a profissão médica, quando acusa a presença de 43,7% de mulheres estudando medicina.

Gráfico 5 - Distribuição dos estudantes de medicina por sexo. UFRJ - 1996

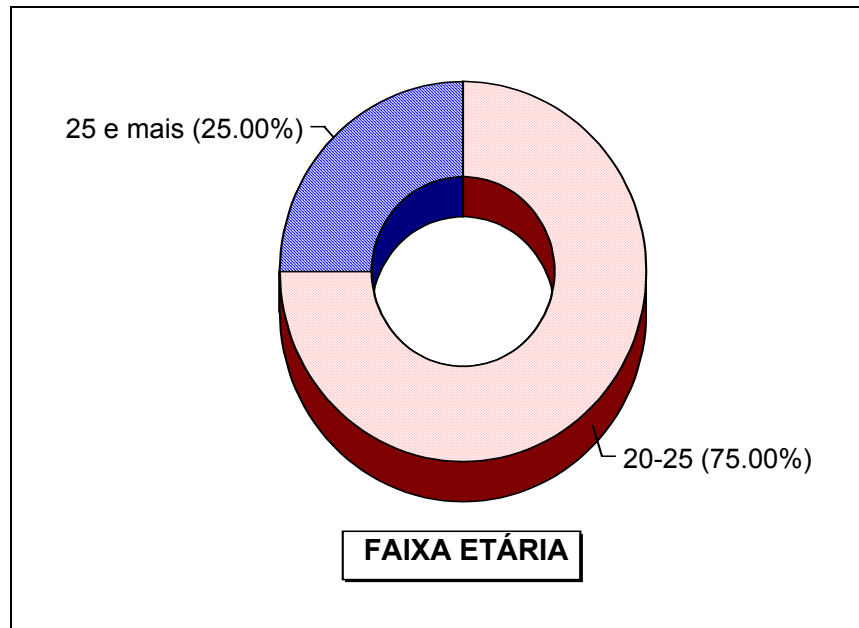
⁴ Foram considerados como assistência primária neste trabalho: medicina interna, medicina familiar e pediatria.



Como era de se esperar, a maioria dos estudantes tem entre 20 e 25 anos de idade, (Gráfico 6). Embora não tenha se ocupado de estudantes de medicina, a pesquisa sobre o “Perfil dos Médicos no Brasil” mostra o incremento de jovens médicos no mercado de trabalho, o que é explicado pelo “crescente incremento de novas escolas, que, conseqüentemente, aumenta o número de jovens médicos no mercado de trabalho, fornece um elemento novo na caracterização da profissão: o ‘rejuvenescimento do contingente médico’. A pesquisa reafirma que 70% dos médicos têm menos de 45 anos de idade” Machado et alii (1997:45).

Gráfico 6 - Distribuição dos estudantes de medicina por faixa etária.

UFRJ - 1996



Quanto a profissão paterna, observamos que quase 60% destes têm atividade profissional de nível universitário, sendo que 25% são médicos. Apesar da atividade “do lar” representar 34,4% das mães dos estudantes, os dados apontam para um crescimento de mães que possuem profissão de nível superior, tendo registrado 6,3% de médicas, como pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos estudantes de medicina segundo profissão dos pais. UFRJ - 1996

Profissão do Pai	v.abs.	(%)
Médico	8	25,0
Engenheiro	8	25,0
Professor	3	9,4
Comerciante	3	9,4
Outros*	10	31,2
Total	32	100,0
Profissão da Mãe	v.abs.	(%)
Do lar	11	34,4
Professora	13	40,7
Médica	2	6,3
Bióloga	2	6,3
Outras**	4	12,5
Total	32	100

(*) Corresponde a: aposentado, bancário, industrial, executivo, químico industrial, microempresário, administrador, farmacêutico, bioquímico e comerciário.

(**) Corresponde a: aposentada: odontóloga, economista e vendedora.

Os dados da Tabela 4, mostram a importância da profissão dos pais quanto a elevação da escolaridade destes e o registro de linhagem médica - médicos filhos de médicos. O Gráfico 7 e a Tabela 5, nos apresentam também os dados referentes a “linhagem médica”, evidenciando um forte laço familiar entre os estudantes de medicina e a atividade profissional (médica) de seus familiares. Mostram ademais, que há um significativo número de parentes médicos especialmente aqueles relacionados a tios e primos.

Gráfico 7 - Você tem parentes médicos?

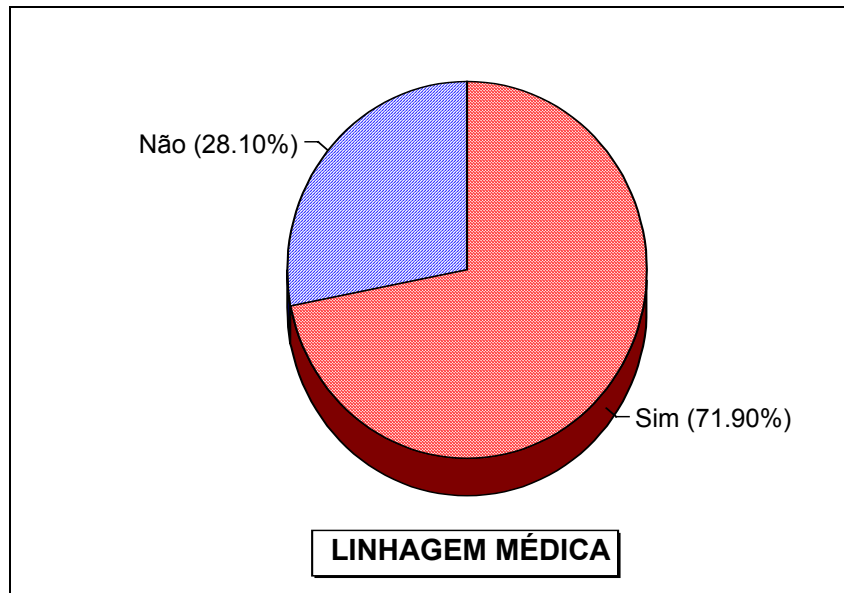


Tabela 5 - Distribuição dos estudantes de medicina segundo grau de parentesco. UFRJ - 1996

Grau de Parentesco	v.abs.	(%)
Pais	8	20,0
Irmão	5	12,5
Tio	13	32,5
Primo	11	27,5
Avós	3	7,5
Total	40	100,0

Obs. Aceitou-se mais de uma resposta.

A pesquisa nacional dos médicos também aponta para esta situação de parentesco. O que significa dizer que “seguir a profissão de um membro da família também é uma situação relativamente recente na história. Entretanto, este aspecto familiar reforça a característica de artesanato da profissão e o acentuado prestígio que ela adquiriu... quase a metade dos médicos declararam ter parentes médicos, destacando-se primos (30%), irmãos (27%), tios (13%), pais (10%) e filhos (6%)” Machado et alii (1997:34).

As Razões de Uma Escolha Profissional

Como já falamos, a tendência a especialização verificada nos estudos recentes sobre profissão médica e formação profissional, é confirmada nesse estudo, quando os estudantes afirmam o propósito de tornar-se especialistas. A modalidade de pós-graduação sugerida, é a residência médica. Se é verdade que a totalidade dos estudantes confirmam o interesse em especializar-se através do programa de residência médica, é verdade também a significativa presença de outras modalidades de pós-graduação sugeridas. Encontramos um terço dos entrevistados interessados em realizarem algum programa de pós-graduação *strito sensu*, qual seja, mestrado ou doutorado. Este dado é muito relevante pois anuncia, como apontam Machado et alii (1997) uma tipologia de profissionalização médica - aqueles que aspiram obter o título de mestre e/ou doutor em medicina. “A prática da pesquisa não se dá, de forma sistemática, na universidades e muito menos no âmbito dos serviços. Os dados da pesquisa apontam para pirâmide educacional muito acentuada, fazendo uma clara divisão entre aqueles que possuem especialização *lato sensu* e os que têm pós-graduação *strito sensu*, conformando o seguinte quadro: dos médicos graduados 74,1% fizeram curso de residência; 40,7% têm curso de especialização; apenas 7,7% atingiram o grau de mestre; e 3,7% conseguiram obter o título de doutor” (p.61). No entanto, afirma : “mesmo assumindo que a medicina seja uma atividade profissional de serviços, não exigindo, de quem a pratica nível de especialização *strito sensu* para atuar no

mercado de trabalho, os dados sugerem um baixo investimento na produção de Ciência e Tecnologia (C&T). Tal fato não seria grave se a medicina não fosse uma área do conhecimento que exige uma renovação permanente desse saber para sua aplicação na prática cotidiana do trabalho”(p.63).

Poderíamos dizer, que a residência médica como modalidade principal de formação do médico não é mais uma realidade para esta geração de jovens médicos. Estes aspiram novas modalidades de acesso profissional, novas fronteiras de mercado de trabalho. Tornarem-se mestres e doutores deixou de ser uma aspiração exclusivamente acadêmica. Médicos que atuam nos serviços especializados tendem a optar por estas novas modalidades de alta formação profissional, até então, de exclusiva escolha acadêmica.

O Momento da Escolha de Carreira: Que Fatores Considerar?

Neste momento, vamos expor os resultados empíricos sobre os principais fatores apontados, pelos estudantes entrevistados, como mais relevantes para escolha da especialização futura. É importante ressaltar que as variáveis aqui apresentadas foram classificadas pelos estudantes segundo “grau de importância” que eles atribuíram à elas. Foram definidas como : **importante, neutra, pouco importante, não importante**, de acordo com o modelo utilizado por Fincher et alii (1993 e 1994).

Variável	Escore
IMPORTANTE	1-2
NEUTRO	3
POUCO IMPORTANTE	4
NÃO IMPORTANTE	5

A “vocação”, na escala de influência, foi a que recebeu o maior percentual de **importância** (75%) quando comparada as outras variáveis (Tabela 6). Como descrito anteriormente, a vocação relaciona-se com a auto-imagem que o aluno tem como profissional, suas aptidões e habilidades. A construção dessa “imagem profissional” pode ainda estar sendo relacionada a dos professores e familiares, principalmente, pelo fato do grupo apresentar, em maioria, linhagem médica. O conjunto de variáveis composto por “família, professores e colegas” não atingiram percentuais de **importância** elevados quando comparados à vocação (21,9%; 15,6%; 18,8% respectivamente). No entanto, ao compará-las entre si, observamos que todos aqueles que atribuíram **importância** aos “familiares, professores e colegas” também o fizeram para vocação.

Tabela 6 - Fatores que influenciam a escolha de especialidade dos estudantes de medicina. UFRJ - 1996

Variável	Importante	Neutra	Pouco importante	Não importante	Ignorado	Total
•Vocação	75,0	21,9	0,0	0,0	3,1	100,0
• <i>Status</i>	28,1	25,0	12,5	18,8	15,6	100,0
•Possibilidade de retorno financeiro melhor	46,9	34,4	6,3	6,3	6,3	100,0
•Influência familiar	21,9	18,8	9,4	34,4	15,6	100,0
•Influência de professores	15,6	21,9	21,9	25,0	15,6	100,0
•Influência de colegas médicos e/ou estudantes	18,8	25,0	12,5	31,3	12,5	100,0
•Mercado de trabalho satisfatório	46,9	21,9	9,4	15,6	6,3	100,0
•Complexidade técnica menor	3,1	18,8	9,4	50,0	18,8	100,0
•Complexidade técnica maior	21,9	37,5	3,1	21,9	15,6	100,0
•Menor concorrência na prova(maior número de vagas)	0,0	21,9	6,3	53,1	18,8	100,0
•Maior controle de carga horária de trabalho	18,8	18,8	15,6	34,4	12,5	100,0
•Mais tempo para dedicação a vida pessoal e família	21,9	15,6	12,5	40,6	9,4	100,0
•Maior relação médico-paciente	59,4	15,6	6,3	9,4	9,4	100,0
•Menor relação médico-paciente	3,1	12,5	15,6	50,0	18,8	100,0
•Possibilidade realizar outras subespecializações na área	50,0	21,9	3,1	12,5	12,5	100,0

Ainda observando a Tabela 6, constata-se as variáveis “retorno financeiro” e “mercado de trabalho” alcançaram índices elevados, ou seja, 49,9%. Ganhar bem e preocupar-se com as condições do mercado de trabalho são variáveis que estão na ordem do dia dos estudantes de medicina. Podemos afirmar que existe uma correlação entre vocação, mercado de trabalho e retorno financeiro. Segundo Fincher et alii (1994:416) a aspiração de retorno financeiro associado a escolha de especialidades de assistência não primária não é um fato surpreendente “a menos que haja o entendimento do descontentamento entre os médicos e até que a dramática disparidade de remuneração entre especialistas e generalistas seja corrigida, é pouco provável que somente intervenções educacionais incrementem a proporção de generalistas”.

Por outro lado, a escolha de uma especialidade que permita a “possibilidade de realizar outras subespecializações” obteve 50% em grau de importância no momento da escolha. Esta possibilidade de manter aberta as oportunidades frente ao mercado de trabalho é muito comum. No estudo de Fincher et alii (1994), a escolha de áreas médicas básicas (assistência primária), foi fortemente influenciado pela manutenção em aberto das opções de carreira. Donnangelo (1975:60-68), já apontava esta tendência entre médicos recém-formados, que optavam por especialidades mais gerais na perspectiva de realizarem outras subespecialidades, representando um estágio inicial para a progressiva diferenciação deste mercado.

Analisa Machado (1996:32) “a competitividade é uma característica proeminente da medicina e traduz-se nas constantes descobertas e inovações técnico-científicas, o que leva, conseqüentemente, à necessidade permanente de reciclagem e de educação continuada de quem pratica o ofício”. A incorporação dos avanços médicos tornaram-se importantes, até mesmo para aqueles que se mantêm na especialidade, pois permitem a manutenção e fortalecimento de sua autonomia técnica e credibilidade no mercado de trabalho.

Outro grupo de variáveis importantes: “complexidade técnica menor” e “complexidade técnica maior”, “ maior controle de carga horária de trabalho” e “mais tempo para dedicação a vida pessoal e família”, que remete a discussão sobre a escolha da especialidade e o tipo de processo de trabalho a que o médico está submetido. Médicos hoje tendem a conciliar mais fortemente as necessidades profissionais e os interesses particulares. O desgaste profissional é um fenômeno apontado pela pesquisa nacional dos médicos, ou seja, 74% consideraram-se desgastados com a profissão. O multiemprego e o excessivo número de plantões têm contribuído para esta situação. Mesmo não tendo sido analisado em nosso estudo, um dos entrevistados relatou preocupação nesse sentido.

A relação médico-paciente é uma variável importante da profissão médica. Em nosso trabalho, o valor atribuído a esta variável como “**importante**” na escolha da especialidade foi de 59,4%. Para um estudante, sua decisão foi devida a :

“meu interesse pela área e pela especialidade, é a valorização da relação médico-paciente” (estudante do 12º período, masculino, 24 anos, pretende ser clínico e geriatra).

Entretanto, algumas especialidades médicas não apresentam essa característica como traço fundamental na prática, o que foi reconhecido pelos entrevistados. Os alunos que julgaram a maior relação médico-paciente como “não importante”, foram aqueles que pretendem seguir cirurgia geral, neurocirurgia e radiologia. Em concordância com a classificação de Machado et alii (1997), estas especialidades enquadram-se nas “especialidades técnico-cirúrgicas ou de habilidades”, nas quais o médico lida diretamente com o paciente, porém, não de maneira direta e cotidiana, mas sim burocratizada, padronizada e quase sempre programada.

Os dados de nosso estudo, sugerem uma confluência também com aqueles analisados por Machado et alii (1997), quando refere-se a um novo perfil médico: "...enfim, a revolução tecnológica do final do século XX tem provocado mudanças significativas tanto nos saberes como nas práticas da profissão médica ...alterando não só a dinâmica interna da profissão como, e especialmente, a nova visão social que a sociedade passa produzir sobre os médicos em geral" (p.30).

As Perspectivas do Mercado de Trabalho

Acompanhando as perspectivas e a realidade do mercado de trabalho, o estudo mostra que a maioria dos estudantes tem como "futuro profissional" atuar nas três esferas do mercado, ou seja, consultório, setor público e privado (43,8%). Em destaque tem-se a modalidade de "consultório" que aparece nas diversas combinações possíveis de atividade profissional (Tabela 7).

Tabela 7 - Perspectivas de inserção no mercado de trabalho dos estudantes de medicina. UFRJ - 1996

Tipo de Atividade	Nº Respostas	(%)
Público	1	3,1
Privado	0	0,0
Consultório	1	3,1
Ensino/Pesquisa	0	0,0
Consultório+ Privado	4	12,5
Consultório+ Público	2	6,3
Consultório+	14	43,8
Privado+Público		
Ensino/Pesquisa+ Público	4	12,5
Ensino/Pesquisa+ Privado	5	15,6
Setor Público+ Privado	1	3,1
Total	32	100,0

A preferência por atividades hospitalares foi também percebido como de fundamental importância, como pode ser visto no Quadro 2. Nos chama atenção o fato de haver raríssimos casos onde o estudante faz opção por uma única forma de inserção. De um modo geral, o estudante já vislumbra um mercado de trabalho no qual ele terá que enfrentar a concorrência, as condições adversas do mercado, obrigando-o a conformar sua jornada de trabalho semanal com vários vínculos (quase sempre 3 ou 4 atividades). O multiemprego já é uma realidade introjetada naquele que ainda está sob formação.

**Quadro 2 - Distribuição da escolha de inserção no mercado de trabalho dos
estudantes de medicina. UFRJ - 1996**

REGISTRO*	PUBUBS	PUHOSP	PUUBSHOSP	PRHOSP	PRCONS	PRCONSHOSP	PUBPRI	ENSPES	TOTAL DE OPÇÕES
1		X				X	X	X	4
2	X	X				X	X		4
3					X				1
4			X					X	2
5			X			X	X		3
6		X							1
7		X			X		X		3
8		X				X	X	X	4
9		X				X	X		3
10	X					X	X	X	4
11					X			X	2
12						X		X	2
13	X					X	X		3
14			X			X	X		3
15						X			1
16		X						X	2
17		X				X	X	X	4
18						X			1
19							X	X	2
20	X				X		X	X	4
21						X			1
22		X				X	X	X	4
23							X		1
24		X					X	X	3
25		X				X	X		3
26		X				X	X		3
27					X		X		2
28		X				X	X		3
29						X	X		2
30						X	X		2
31	X		X		X		X		4
32		X				X	X		3

* Corresponde a cada questionário respondido.

- PUBUBS = Instituição Pública - Unidade Básica de Saúde
- PUHOSP = Instituição Pública - Hospital
- PUUBSHOSP = Instituição Pública - Unidade Básica de Saúde+Hospital
- PRHOSP = Instituição Privada - Hospital
- PRCONS = Instituição Privada - Consultório
- PRCONSHOSP = Instituição Privada - Consultório+Hospital
- PUBPRI = Instituição Pública+ Instituição Privada
- ENSPES = Ensino e Pesquisa

Frenk (1978) em seu estudo mostra que 78% dos estudantes de medicina no México privilegiam o hospital como modalidade institucional para seu trabalho. No estudo de Fajardo-Dolci et alii (1995:33) esta tendência também foi verificada, ou seja, “a maioria dos alunos consideram que o melhor lugar é um hospital geral, tanto em consulta externa como na hospitalização e, em segundo lugar a comunidade”.

Por outro lado, cabe ressaltar que a forma de atuação “exclusiva” no consultório foi pouco expressa pelos estudantes. No Rio de Janeiro, Machado et alii (1996:22) mostraram que 66,5% dos médicos exercem atividade em consultório, porém, 60,5% dependem de convênios, medicina de grupo, cooperativas, entre outros, para manter seus consultórios em funcionamento. Este quadro constitui uma nova configuração socioeconômica das chamadas profissões liberais, das quais a medicina faz parte. Segundo Machado (1996:140), “de um modo geral, os médicos brasileiros têm trabalhado mais, ou seja, de acordo com os dados sobre a década de 1980, publicados pelo IBGE, quase 50% já apresentavam jornadas extensas, de mais de 50 horas semanais, além de atuarem em três ou quatro locais diferentes, evidentemente em distintas condições, formas e situação de trabalho. A atividade tipicamente liberal - consultório - mostra-se reduzida, e, quando exercida, em condições muito desfavoráveis. A opção de manter o consultório ‘aberto’ à espera de clientela particular tem se tornado insustentável para maioria dos médicos. A solução é admitir a inclusão de nova modalidade de clientela: a clientela conveniada”.

Medicina Preventiva e Social: Por que Não?

Segundo Machado et alii (1997:26) “estudos sociológicos mostram que os avanços tecnológicos têm contribuído fortemente para o surgimento de novas especialidades e subespecialidades. Até há alguns anos, a sociedade não contava com médicos especializados em unidades intensivas, em diagnósticos de imagens (ultra-sonografia, ressonância magnética, mamografia, entre outros) ou mesmo com o desenvolvimento da oftalmologia, que se transformou numa atividade altamente tecnicada. Da mesma forma, com o desenvolvimento dos diagnósticos das doenças do coração, por exemplo, várias especialidades passaram a vigorar no quadro dos serviços altamente especializados oferecidos ao consumidor, tais como exames coronários específicos que detectam preventivamente inúmeros problemas cardíacos, eliminando, inclusive, procedimentos cirúrgicos”. Os autores analisam ademais que é “significativo o número de especialidades que demandam procedimentos cirúrgicos: 29 das 64 especialidades reconhecidas. Chamam igualmente atenção as especialidades do Grupo 4, conformando-se, por um lado, naquelas consideradas ‘auxiliares’ ao diagnóstico e ao ato médico - seja cirúrgico ou clínico -, ou, por outro lado, reforçando e explicitando a institucionalização da saúde (burocratização), como no caso dos administradores hospitalares, por exemplo” (p.29).

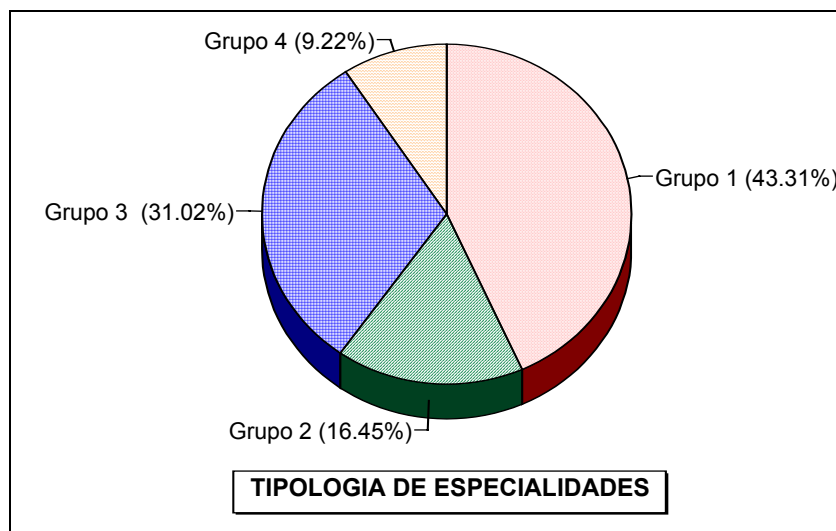
No estudo que realizamos, não são poucos os estudantes que expressam o sentimento de que tornar-se médico-sanitarista, deixou de ser uma inserção profissional atrativa, ainda mais, para os recém-formados. O Quadro 3 demonstra a opção dos estudantes por especialidades que lidam com equipamentos e com habilidades cirúrgicas. Mesmo aqueles que optaram pelo grupo de especialidades “cognitivas”, em boa parte esta opção refere-se a primeira, básica, que fundamentaria sua atuação em subáreas de especialidades. Nos referimos a clínica médica e pediatria, por exemplo. O Gráfico 8 retrata a preferência dos estudantes por especialidades do grupo 1 - cognitivas - representando 43,3% e, do grupo 3 - intermediárias - com 31%.

Quadro 3 - Distribuição dos grupos de especialidades escolhidas pelos estudantes de medicina. UFRJ - 1996

Grupo de Especialidades*	v.abs.	Especialidades
1-COGNITIVAS	14	pediatria (6), psiquiatria (2), medicina geral e comunitária (1), endocrinologia (2), pneumologia (1), cardiologia (1) e clínica médica (1)
2- TÉCNICO-CIRÚRGICAS E DE HABILIDADES	5	cirurgia geral (3) e neurocirurgia (2)
3- INTERMEDIÁRIAS	10	anestesiologia (2), gastroenterologia (1) e hematologia (1)
4- TECNOLÓGICAS E/OU BUROCRÁTICAS	3	3- medicina preventiva (1) e radiologia (2)
TOTAL	32	

(*)Quadro construído a partir da tipologia de Machado et alii (1997:26-27).

Gráfico 8 - Distribuição das especialidades escolhidas pelos estudantes de medicina. UFRJ - 1996



Obs. Os grupos de especialidades correspondem respectivamente: grupo 1= cognitivas; grupo 2= técnico-cirúrgicas e de habilidades; grupo 3= intermediárias; grupo 4= tecnológicas e/ou burocráticas.

A dificuldade e as condições desfavoráveis do médico-sanitarista (quase exclusivamente funcionário público), promovem uma visão negativa na escolha por esta carreira. De um modo geral, o estudante rejeita esta opção:

“Eu, ser sanitarista? me desculpe se você é, mas enquanto eu estiver ‘são’ nunca serei. Eu não quero morrer de fome” (estudante do 12º período, masculino).

Além disso, o estudante, não vê na carreira de sanitarista a possibilidade de um “futuro promissor”. Este tipo de opinião é salientada quando indagados se escolheriam a medicina preventiva como especialidade. A resposta foi:

“Não, única e exclusivamente devido à pouca seriedade com que ela é encarada e pelo pouco retorno financeiro e pessoal decorrente deste pouco caso” (estudante do 12º período, masculino, 24 anos, pretende ser clínico, geriatra e oncologista).

“Não, o retorno financeiro é ruim e é uma especialidade que é pouco valorizada no país” (estudante do 12º período, masculino, 23 anos, pretende ser ginecologista e obstetra).

O estudo de Belisário (1995) aponta para estes percalços. Ao analisar a conjuntura pós-Reforma Sanitária, a autora expõe a preocupação com a reorientação da política de desenvolvimento de recursos humanos apresentada pela Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde em 1986. Quanto aos profissionais de saúde assinala que “esses profissionais deveriam ser alvo de uma política que valorizasse seu trabalho e que permitisse sua ascensão profissional, sua dedicação ao serviço público e sua integração à equipe. Quanto ao médico-sanitarista, nenhum papel específico na condução e implementação das políticas de saúde lhe foi atribuído” (Belisário, 1995:142).

O mercado de trabalho do médico-sanitarista, caracterizado principalmente pela inserção nas instituições públicas, oferece, de modo geral, baixos salários, conferindo assim, menor *status* em comparação às demais especialidades médicas. Assim, sendo as questões referentes ao mercado de trabalho e retorno financeiro, importantes na definição da especialidade a ser seguida, justifica-se a baixa procura.

Quadro 4 - Renda média por especialidades. Brasil - 1995

Especialidade principal	Renda Média (em dólares)
Endoscopia digestiva	4.518,9
Cirurgia cardiovascular	4.425,7
Radiologia	4.373,7
Proctologia	3.718,5
Otorrinolaringologia	3.677,8
Patologia	3.612,7
Cirurgia plástica	3.603,4
Hematologia	3.581,0
Ortopedia e Traumatologia	3.456,8
Oftalmologia	3.446,0
Urologia	3.428,8
Anestesiologia	3.389,1
Cirurgia cardiovascular	3.256,4
Cirurgia vascular	3.199,8
Neurocirurgia	3.198,7
Endocrinologia e Metabolia	3.056,9
Cardiologia	3.041,3
Psiquiatria	3.022,4
Gastroenterologia	3.013,8
Patologia clínica	3.009,8
Cirurgia geral	3.008,5
Cirurgia pediátrica	2.981,0
Dermatologia	2.976,3
Terapia intensiva	2.890,0
Cirurgia torácica	2.838,0
Gineco-Obstetrícia	2.824,1
Nefrologia	2.760,6
Homeopatia	2.599,2
Medicina do trabalho	2.597,6

Quadro 4 - Renda média por especialidades. Brasil - 1995 (continuação)

Neurologia	2.570,9
Reumatologia	2.528,8
Infectologia	2.520,1
Administração hospitalar	2.488,8
Cancerologia	2.439,1
Neurologia pediátrica	2.405,6
Cirurgia de mão	2.439,8
Pneumologia	2.302,4
Eletroencefalografia	2.266,4
Medicina interna	2.247,9
Pediatria	2.163,7
Medicina geral e comunitária	2.103,1
Citopatologia	2.038,6
Medicina sanitária	1.917,6
Outras*	3.217,3

* Inclui todas as especialidades com menos de 500 médicos.
 Fonte: Pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil", FIOCRUZ/CFM.
 Quadro extraído de Machado et alii (1997:145-146).

O Quadro acima mostra claramente a média salarial baixíssima do médico-sanitarista, representando o 43º lugar entre as especialidades no referente a renda, ou seja, aqueles especialistas em saúde pública têm renda média mensal de menos de 2.000 dólares.

A associação ao setor público e a uma rotina burocratizada é, na verdade, um ponto desfavorável no imaginário social do estudante de medicina.

“Atua principalmente nos órgãos públicos, para estabelecer planos, campanhas que possam agir prevenindo a instalação de doenças infecto-contagiosas, também em campanhas que ajudem a detecção precoce de determinados cânceres” (estudante do 12º período, feminino, 23 anos, pretende ser radiologista).

Embora a diminuição da autonomia seja um fenômeno constatado para profissão como um todo, no caso do médico-sanitarista, a situação torna-se ainda mais acentuada. Por estar a maioria vinculada às instituições públicas, as opções de mercado de trabalho os remetem a uma maior dependência do setor. O trabalho em organização é uma identificação automática e a rejeição ao trabalho torna-se uma consequência. Indagados sobre a possibilidade de cursar medicina preventiva, os estudantes respondem:

“Não, porque as especializações em preventiva são totalmente burocráticas com o médico se trancando numa sala com um computador e não mais clinicando. Também é uma forma de perda de contato com a realidade” (estudante do 12º período, masculino, 24 anos, pretende ser clínico e médico comunitário).

“Não. Gosto da relação médico paciente, que quase não existe na preventiva, o trabalho é muito “burocrático” (estudante do 12º período, masculino, 21 anos, e pretende ser pediatra e imunologista).

A preferência pela relação médico-paciente elimina a chance da escolha pela saúde pública, que é identificada por eles, como uma especialidade distante do modelo tradicional - médico-paciente.

“Não. Não tenho vocação para pesquisa. Gosto de atuar clinicamente e realizar procedimentos” (estudante do 12º período, feminino, 24 anos, pretende ser anesthesiologista).

Belisário (1995:143) destaca outro traço importante adquirido pela especialidade, a multiprofissionalidade, ou seja, “a saúde coletiva, por sua natureza social e pública, se afasta progressivamente dos interesses do corporativismo médico, e o médico-sanitarista, enquanto profissional, perde aos poucos a posição de direção técnica no processo, o domínio da especialidade e do mercado de trabalho. O avanço de tais acontecimentos, transforma a saúde pública, de uma especialidade médica em uma ocupação multiprofissional”.

Com certa facilidade, os entrevistados conseguem distinguir o trabalho do “sanitarista” do “comunitarista”, apesar de ambos - saúde pública e medicina geral e comunitária - terem atuação semelhantes do ponto de vista de atenção a população. Os “comunitaristas” são mais identificados como médicos clínicos, que se assemelham à atividade médica típica. Ao contrário, os “sanitaristas”, são identificados como aqueles que adotam cotidianamente procedimentos, atitudes e comportamentos profissionais “atípicos” à profissão médica, ou seja, a clínica e a cirurgia. Os depoimentos são esclarecedores quando são indagados sobre a existência de diferenças entre a medicina preventiva e social e a medicina geral e comunitária.

“A medicina preventiva atua mais na análise de padrões e parâmetros epidemiológicos de saúde na comunidade, enquanto a medicina geral e comunitária tem o objetivo mais assistencial” (estudante do 12º período, masculino, 24 anos, pretende ser cardiologista).

“Apesar de ambas serem importantes a medicina geral e comunitária traz benefício para um pequeno número de pessoas, enquanto a preventiva o traz para uma população. Além disso, a medicina preventiva fica muito longe da clínica médica como ciência, sendo assim menos atrativa” (estudante do 12º período, masculino, 25 anos, pretende ser proctologista).

“Não sei dizer, mas acho que a medicina comunitária é mais clínica e a preventiva planeja mais e não clínica, sem relação direta com o paciente” (estudante do 12º período, feminino, 24 anos, pretende ser ginecologista e obstetra).

Segundo Zuckerman (1978:454-455), diferentes opções de carreira resultam de diferentes padrões de treinamento, assistido em diferentes escolas médicas que guiam os estudantes até diferentes tipos de internato e residências. Genshemeier et alii (1994) demonstraram que uma experiência prévia em saúde pública foi um fator importante na decisão de obter treinamento formal (pós-graduação) em saúde pública. A importância da área de conhecimento é uma realidade, apesar de não ser uma área preferencial de atuação profissional.

“É necessário termos profissionais especializados nesta área como em qualquer outra, já que é uma área complexa e a nossa formação geral nesta área na graduação é fraca” (estudante do 12º período, feminino, 23 anos, pretende ser ginecologista e obstetra).

O baixo investimento feito pelos docentes sanitaristas reflete na baixa procura pela área. Os depoimentos abaixo enfatizam a reduzida importância que a área tem dentro das escolas médicas. O resultado acaba sendo o desinteresse do jovem estudante.

“Acho que não fui suficientemente ‘seduzido’ pela área no meu curso e considero uma deficiência do pessoal da medicina preventiva não conseguir passar para os alunos, pelo menos, a importância da disciplina” (estudante do 12º período, masculino, 24 anos, pretende ser psiquiatra).

“Não gosto da prática e do dia a dia do médico especializado em medicina preventiva. Acredito que muito se deve também a minha formação na universidade que praticamente ignora esta especialidade” (estudante do 12º período, masculino, 23 anos, pretende ser neurocirurgião).

As outras atividades citadas compunham o campo da epidemiologia e estatística, planejamento e gestão, educação em saúde e pesquisa. Apesar de terem identificado “deficiências” no desenvolvimento da disciplina de medicina preventiva na escola médica os depoimentos, mostraram uma boa noção das atividades desenvolvidas pela especialidade. A incorporação do “social” no cotidiano médico é uma realidade, mesmo que esta seja, ainda, muito tênue. Assim, a área é identificada com:

“Previne doenças nas populações através de campanhas de saúde pública como por exemplo, as de vacinação em massa e de educação como a AIDS” (estudante do 11º período, masculino, 25 anos, pretende ser anestesologista).

“Pesquisa, ensino (nível superior), trabalho em instituições primárias de saúde com formação de grupos, principalmente, para doenças crônicas” (estudante do 12º período, feminino, 23 anos, pretende ser ginecologista e obstetra).

“Ele atua em diversos setores tais como: políticas de saúde, epidemiologia, medicina do trabalho. Podendo trabalhar na área de pesquisa ou não, no setor privado ou público” (estudante do 11º período, feminino, 23 anos, pretende ser sanitarista).

“Estudos de prevalência e incidência de doenças e seus fatores de risco, etc.; avaliação de doenças de notificação e conduta frente ao surgimento de epidemias/surtos; medidas de controle frente as doenças endêmicas prevalentes, etc.” (estudante do 12º período, feminino, 23 anos, pretende ser endocrinologista).

Um dado importante no estudo, foi a correlação que os estudantes fazem entre o mercado de trabalho, escolha profissional e a importância da temática “saúde pública” no cenário da assistência médica brasileira, quando indagados sobre a sua importância.

“Sim, principalmente em países como o Brasil onde a maior parte dos problemas que atingem a população seriam facilmente preveníveis com medidas eficientes à nível preventivo” (estudante do 12º período, masculino, 23 anos, pretende ser neurocirurgião).

“Sim, porque a medicina preventiva atua na base da saúde, isto é, uma ação primária de profilaxia e controle que diminuiria uma ação secundária de tratamento” (estudante do 12º período, feminino, 26 anos, pretende ser gastroenterologista).

“Sim, pois atua na área de prevenção de doenças e que em última instância barateia o custo da saúde pública, além de colocar o profissional de saúde pública mais em contato com os problemas sociais e econômicos, tornando-o responsável pela promoção, e não pela recuperação da saúde” (estudante do 12º período, masculino, 24 anos, pretende ser clínico geral, geriatra e oncologista).

No entanto, não fariam a especialidade como opção profissional.

Sim, (mas eu não faria). Os maiores problemas de saúde são resolvidos com prevenção” (estudante do 11º período, feminino, 22 anos, pretende ser pediatra).

Enfim, o que podemos extrair destes depoimentos é que a chamada “medicina sanitária” é na verdade uma área que, em boa parte, os estudantes têm algum

conhecimento e julgam de grande relevância social o conhecimento dela oriundo. No entanto, sua aceitação como escolha profissional decai brutalmente quando associado às condições objetivas que esta é desenvolvida.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse trabalho, mostramos o distanciamento do médico da carreira de sanitarista. Vimos como este fato reflete fundamentalmente na principal via de especialização - a Residência Médica. Os dados apontam para uma visível queda na procura por essa área. Poderíamos dizer até que, do ponto de vista da profissão médica, a área da medicina preventiva e social estaria se "desprofissionalizando" (Machado, 1996). Estaria deixando de ser polo de atração de novos profissionais médicos, não só pelos salários não competitivos que o mercado oferece, mas principalmente, pela perda na autonomia profissional, prestígio e *status* profissionais, pela perda da hegemonia técnica no processo de trabalho, ou seja, a profissão médica estaria claramente se afastando deste campo de trabalho.

O processo de divisão social do trabalho médico, representado pelo fenômeno da especialização é um fato reconhecido. Os avanços nas ciências médicas ocorridos no final do século XIX e durante este século têm contribuído para isto. Paralelamente, a profissão vem experimentando transformações no saber e na prática, provocando a "erosão" de algumas de suas características fundamentais: autonomia técnica e econômica; confiança e disponibilidade na relação médico-paciente; prestígio social e poder cultural, entre outras. A estrutura do mercado de trabalho médico tem se tornado cada vez mais especializada, tendendo a se definir por certos padrões altamente tecnológicos. O surgimento de especialidades e subespecialidades na medicina é um reflexo desta nova ordem. Esse mercado de trabalho gera mecanismos competitivos e

inclina jovens médicos para a escolha de especialidades que geram e empregam tecnologias de ponta.

A área da medicina sanitária, ao seu modo, também aderiu às mudanças de mercado, subdividindo-se em áreas específicas como a gerência, o planejamento, a epidemiologia, as políticas públicas em saúde, entre outras. Na verdade, o “conhecimento sanitário” deixou de ser um conhecimento exclusivamente biomédico e tornou-se um conhecimento cada vez mais voltado ao construto das ciências sociais - leia-se sociologia, ciência política, economia, psicologia, etc.

A área de saber e da prática profissionais extrapolaram os limites da própria profissão, incorporando outros profissionais, fragmentando assim saber e prática. Desta forma, tornar-se médico-sanitarista passou a ser uma área de disputa interprofissional. O mercado de trabalho deixou de ser reserva de monopólio da prática médica. Em palavras mais fortes, poderíamos dizer que a profissão médica não reconhece essa área de “multiprofissionalidade” como área médica, o que enfraquece em muito a capacidade de absorção de novos médicos para essa prática profissional.

Para os estudantes entrevistados, embora também considerem os aspectos vocacionais, as condições do mercado de trabalho médico apresentam-se como fator de fundamental importância no momento da decisão de carreira. Da mesma forma, a relação médico-paciente mostra-se de grande importância, assim como a natureza do processo de trabalho, pois preocupam-se em ter tempo disponível para dedicar-se a vida pessoal e a família, evitando assim, no futuro, maior desgaste profissional. Em outras palavras, as motivações que levam os estudantes de medicina a optarem por uma ou outra especialidade representam na verdade um “construto sociológico” das características básicas da profissão médica: vocação, condições de trabalho - leia-se rendimentos

altos, atividade liberal, etc. - relação médico-paciente (relação eu-tu), autonomia, entre outros. Como sabemos, tais características estão distantes da prática do sanitarista.

Por outro lado, as perspectivas de inserção no mercado de trabalho indicou que os estudantes não pretendem ter um único vínculo empregatício e tem no hospital, seu ambiente principal de atuação. Tal dado reforça ainda mais o que acabamos de afirmar acima.

As especialidades preferidas pelos estudantes confirmam a preocupação com o mercado de trabalho ao optarem por aquelas que oferecem melhores condições de trabalho e maior retorno financeiro. Nesse sentido, a medicina sanitária (médico-sanitarista) está inserida no grupo de especialidades denominado "tecnológicas e/ou burocrática", que no Brasil, é pouco demandado, além de deter a menor renda quando comparada as outras especialidades médicas. O reflexo dessa situação também contribui para que o médico-sanitarista adquira uma posição desvalorizada, com baixo *status*, frente a outras especialidades médicas.

Diante disso, é possível afirmar que as características da medicina sanitária, principalmente a posição ocupada na estrutura do mercado de trabalho estão refletindo na escolha dessa especialidade pelo grupo estudado.

"Não, pouca possibilidade de retorno financeiro" (estudante do 11º período, masculino, 22 anos e pretende ser oftalmologista).

No entanto, a percepção dos alunos sobre a medicina preventiva, demonstrou que há um reconhecimento de sua importância no entendimento e prevenção de males da população. Afirmam os estudantes:

“Muitas doenças podem ser evitadas com a prevenção” (estudante do 11º período, feminino, 25 anos, pretende ser pediatra).

“Porque é a base de todo sistema de saúde” (estudante do 12º período, masculino, 24 anos, pretende ser psiquiatra).

“Pois com ela (a medicina sanitária) pode-se alcançar uma qualidade maior no serviço de saúde e com menores custos para o governo” (estudante do 12º período, feminino, 24 anos, pretende ser endocrinologista).

Enfim, o que podemos concluir com este nosso estudo pontual, comparando a outros estudos mais aprofundados realizados recentemente (Belisário, 1993; Gensheimeier, 1994; Fincher, 1994; Machado et alii, 1997), é que a medicina sanitária perdeu importância enquanto especialidade médica para os estudantes, principalmente, devido as características impostas pelo mercado de trabalho. Diante disso, a principal modalidade de formação médica - a Residência Médica - sofreu o reflexo dessa situação expresso na queda da procura médica pelos cursos. Nesse sentido, torna-se necessária também a discussão sobre os mecanismos de formação que mais se adaptem a área da Saúde Coletiva.

Apesar dessas constatações, a saúde coletiva adquiriu importância para o médico como campo de conhecimento e prática a serem incorporadas no cotidiano profissional. Esta pode ser um tendência da categoria em relação a área da saúde coletiva que merece ser melhor explorada, pois, a participação deste profissional foi e será de crucial importância no direcionamento das políticas de saúde no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

ABRASCO, 1982. I Fórum sobre Residência em Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, Rio de Janeiro.

ABRASCO, 1984. II Fórum de Residência em Medicina Preventiva e Social - Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, v.3., Rio de Janeiro.

BELISÁRIO, Soraya Almeida, 1993. Médico-Sanitarista: as muitas faces de uma ocupação. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BELISÁRIO, Soraya de Almeida, 1995. As múltiplas faces do médico-sanitarista. In: Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica (Machado, M. H. org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BEVILACQUA, R.G.; SAMPAIO, S.A.P. & AZEVEDO, A. C., 1992. Situação de trabalho de médicos egressos de programas de residência médica no estado de São Paulo. *Revista da Assistência Médica no Brasil*, 38(3):127-137.

BOLETIM. ENSP - PEPPE/FIOCRUZ, 1979. pp.26, v.2, n. 2/3, fevereiro e março.

BORDIN, Ronaldo & SILVA, Jacqueline Oliveira, 1988. Medicina Geral Comunitária: Novos Rumos?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 12(1):1-40.

BRAGA, J.C. de S. & GOES E PAULA, S., 1981. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: CEBES-HUCITEC.

BRASIL. Diário Oficial da União. Decreto nº80.281. Seção I - Parte 1, 06 de setembro de 1977.

BUSS, Paulo Marchiori, 1982. A experiência do Programa de apoio às Residências em Medicina Preventiva e Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, Rio de Janeiro: ABRASCO.

CAMPOS, Francisco Eduardo & GIRARDI, Sábado Nicolau, 1984. Caracterização dos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social no Brasil. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, v. 3., pp. 41-57, Rio de Janeiro: ABRASCO.

CAVERT, H. Mead, 1976. La Situación Actual de la Educación Médica y las Necesidades de la Sociedad. Simposio General Sobre Medicina General/Familiar y Comunitaria, pp. 18-32, México D.F: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1990. Resolução nº1246/88. Código de Ética Médica. p.28, Capítulo XIII, Artigo 135 (Publicidade e Trabalhos Científicos), 2º edição.

COSTA, Nilson do Rosário, 1986. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Petrópolis Vozes.

DONNANGELO, Maria Cecília F., 1975. Medicina e Sociedade. O Médico e Seu Mercado de Trabalho. São Paulo: Pioneira.

DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz, 1976. Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades.

ELIAS, Paulo Eduardo M., 1987. Residência Médica no Brasil - A institucionalização da ambivalência. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.

FAJARDO-DOLCI, Gérman E.; LAGUNA-GARCÍA, José; LÉON-CASTANEDA, Eugênia P. de L. & GUTIÉRREZ, Héctor, 1995. Selección de La Carrera y Perspectivas de Desarrollo Profesional en Estudiantes de Medicina. *Revista de Salud Pública de México*, v.37, n.1:31-36.

FINCHER, Ruth-Marie E. & LEWIS, L.A., 1993. Development of a specialty choice questionnaire. *Medical Education*, 27:446-451.

FINCHER, Ruth-Marie E. et alii., 1994. Why Students Choose a Primary Care or Nonprimary Care Career. *The American Journal of Medicine*, v.97: 410-417.

CONCURD, 1990. IX Seminário Nacional dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública, o ensino descentralizado da saúde pública no contexto da municipalização: dilemas e perspectivas (Relatório Final). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

CONCURD, 1991. X Seminário Nacional de Avaliação e Perspectivas da Coordenação Nacional dos Cursos Descentralizados A perspectiva institucional da rede de formação em saúde coletiva no Brasil (Relatório final). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

FOUCAULT, Michel, 1979. O Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*, (Machado, R. org.), Rio de Janeiro: Graal.

FRANCO, Saul A. & NUNES, Everardo D., 1991. Trayectoria de la Medicina Social en América Latina. Elementos para su Configuración. In: *Debates em Medicina Social*. Washington D.C.: OPS/ALAMES, (*Série Desarrollo de Recursos Humanos n.92*).

FREIDSON, Eliot, 1978. La Profesión Médica. Un Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado, (Tradução de Maria Isabel Hirsch). Barcelona: Ediciones Península.

FRENK, Julio, 1978. Social Origin, Professional Socialización, and Labor Market Dynamics: The determinants of career preferences among medical interns in México. In: *Perspectivas en Salud Publica*. v.4, México: Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Publica.

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (FUNDAP), 1992. Requisitos mínimos de um Programa de Residência Médica: competências em Medicina Preventiva e Social, pp.41, (Documentos de Trabalho n.63), São Paulo.

GENSHEIMEIER, Kathleen F; READ, Jennifer S. & MANN, Jonathan M., 1994. Physicians and Medical Students: factors affecting entry into public health, *American Journal of Preventive Medicine*, v.10, n.4: 238-239.

GONÇALVES, Ricardo Bruno M., 1994. Tecnologia do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. In: Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde, características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde em São Paulo, pp. 125-257, São Paulo: HUCITEC-ABRASCO.

KENDALL, Patrícia L. & SELVIN, Hanan C., 1957. Tendencies Toward Specialization in Medical Training. In: The Students Physicians, Introductory Studies in The Sociology of Medical Education, pp. 153-174, (Merton, R.), Cambridge, Massachussetts: Harvard University Press.

LABRA. Maria E.; STRALEN, Cornelis van & SCOCHI, Maria J., 1988. A especialização em Saúde Pública no Brasil no período de 1982-1986. In: Estudos de Saúde Coletiva, v. 5., pp.47-96, Rio de Janeiro: ABRASCO.

LARSON, Magali Sarfatti, 1977. The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis. Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.

MACHADO, Maria Helena et alii, 1995. Especialidades Médicas no Brasil. *Dados*, n.17, Rio de Janeiro: RADIS/ENSP/FIOCRUZ.

MACHADO, Maria Helena, 1996. Os Médicos e sua Prática Profissional: As Metamorfoses de uma Profissão. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.

MACHADO, Maria Helena et alii, 1996. Perfil dos Médicos no Brasil. Médicos em Número (Relatório Final), v. I e VI, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD.

MACHADO, Maria Helena et alii, 1997. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

NUNES, Everardo Duarte, 1980. Medicina Social: origens e desenvolvimento. *Revista de Cultura Vozes*, n.3: 173-188.

NUNES, Everardo Duarte, 1995. A questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In: Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva (Canesqui, A. M. org.), São Paulo:HUCITEC.

NUNES, Everardo Duarte, 1996. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.1, n.1:55-69.

NUNES, Tânia Celeste M, 1994. A evolução da rede de pós-graduação em saúde coletiva no Brasil. pp.19, *Mimeo*.

OLIVEIRA, Carlos Roberto, 1982. Medicina e Estado, origem e desenvolvimento da medicina social no Brasil: Bahia: 1866-1896. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, Fátima Bayma de, 1995. Pós Graduação, Educação e Mercado de Trabalho (*Coleção magistério: formação e trabalho pedagógico*). São Paulo: Papirus Editora.

PAIM, Jairnilson S., 1982. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino da saúde coletiva. In: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, pp.5-17, Rio de Janeiro: ABRASCO.

PAIM, Jairnilson S., 1986. Saúde Crises e Reformas (*Coleção Monográfica Reitor Miguel Calmon*), n.2, Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia.

PEREIRA, José Carlos, 1980. Sobre a tendência à especialização na medicina. *Educación Médica y Salud*, v.14, n.3:252-261.

REGO, Sérgio Tavares de A., 1994. A Prática na Formação Médica: O Estágio Extracurricular. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RIVERA, Francisco Javier U. (org.), 1992. Planejamento e Programação em Saúde. Um Enfoque Estratégico. São Paulo: Cortez Editora.

SAYEG, Mário, 1987. A formação do médico generalista e a medicina especializada. In: Textos de Apoio: Planejamento I, Recursos Humanos em Saúde (Médici, A. C. org.), Rio de Janeiro: PEC/ENSP/FIOCRUZ.

SILVA JR, Alúcio G., 1996. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

STARR, Paul, 1991. La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América (Tradução de Agustín Bárcena). México: Fondo de Cultura Económica.

ZUCKERMAN, Howard S., 1978. Structural Factors as Determinants Of Career Patterns in Medicine. *Journal of Medical Education*, v.53:453-463.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O estudo que desenvolvemos teve o caráter exploratório e de cunho qualitativo, enfocando uma Escola Médica no Rio de Janeiro, especificamente aqueles estudantes em fase de conclusão de curso, ou seja, 11^o e 12^o períodos acadêmicos.

Buscando entender as razões que têm levado a uma perda significativa de interesse dos recém-formados pelos Programas de Residência em Medicina Preventiva e Social (saúde pública), entrevistamos 32 estudantes, utilizando um questionário contendo perguntas abertas, semi-abertas e fechadas.

Em anexo, apresentamos o questionário que contém quatro partes: 1) Identificação; 2) Graduação; 3) Pós-graduação; 4) Questões referentes a escolha profissional.

A pesquisa de campo foi realizada no final do ano de 1996 com estudantes de medicina que desenvolviam atividades acadêmicas no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Procedemos a escolha dos estudantes que estivessem fazendo o internato rotativo e não daqueles que encontravam-se no internato eletivo, evitando assim a possível influência da área escolhida no internato rotativo¹.

Na aplicação do questionário buscamos agregar todas as informações relevantes que os entrevistados ofereciam, tais como: comportamento destes durante a

¹ ¹ o internato rotativo corresponde a passagem obrigatória pelas clínicas básicas (clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e cirurgia geral) durante doze semanas em cada uma, ao final realiza-se uma prova e há passagem ao internato eletivo onde o aluno opta por uma dessas áreas básicas para cursar até o término do curso. Tem duração de vinte a vinte duas semanas, tendo ao final uma prova de avaliação.

entrevista, comentários paralelos que surgiam sobre o tema da escolha profissional, etc..

Subsidiando nosso estudo empírico, analisamos dados referentes aos programas de residência em medicina preventiva e social existentes no país, fazendo assim um paralelo entre estes e o Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social da Escola Nacional de Saúde Pública. Utilizando os dados dos arquivos da Secretaria Acadêmica da ENSP e sendo esta, um programa de caráter multiprofissional, pudemos traçar comparações entre as ofertas de candidatos e de vagas no programa destinados exclusivamente à médicos e as demais, voltadas aos outros profissionais de saúde.

Paralelo a isso, fizemos uma revisão da literatura pertinente ao tema objetivando subsidiar nossas a análise.

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ESTUDO SOBRE A ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA PREVENTIVA**

DATA DA COLETA DE DADOS ____/____/____

REGISTRO N° ()

1-IDENTIFICAÇÃO

1.1-SEXO () 1- MASCULINO 2- FEMININO

1.2- IDADE() 1.3-NATURALIDADE ()UF

1.4-LOCAL DE RESIDÊNCIA ATUAL UF()

A- () FIXA B- () TEMPORÁRIA

1.5-PROFISSÃO DO PAI_____

1.6-PROFISSÃO DA MÃE_____

1.7-PARENTES MÉDICOS:

()NÃO

()PAIS

()IRMÃO

()TIO

()PRIMO

()AVÓS

2-GRADUAÇÃO

2.1-ANO DE INGRESSO NA GRADUAÇÃO () 2.2-PERÍODO ATUAL ()

2.3- INTERNATO ROTATIVO

()CLÍNICA MÉDICA

()GINECO-OBSTETRÍCIA

()PEDIATRIA

()CLÍNICA CIRÚRGICA

2.4-INTERNATO ELETIVO

- () CLÍNICA MÉDICA
 () GINECO-OBSTETRÍCIA
 () PEDIATRIA
 () CLÍNICA CIRÚRGICA

3- PÓS-GRADUAÇÃO

3.1- VOCÊ PRETENDE FAZER ALGUMA ESPECIALIZAÇÃO, COMO POR EXEMPLO:

- () RESIDÊNCIA MÉDICA
 () CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
 () MESTRADO
 () NÃO SABE

ÁREA(S): _____

4.0- O QUE FAZ VOCÊ ESCOLHER ESTA ÁREA PARA SE ESPECIALIZAR?

ATRIBUIR VALORES AOS ITENS DE ACORDO COM A MAIOR OU MENOR IMPORTÂNCIA DE INFLUÊNCIA NA SUA DECISÃO:

1 muito importante 2 importante 3 neutro 4 pouco importante 5 não importante

- () VOCAÇÃO
 () STATUS
 () POSSIBILIDADE DE RETORNO FINANCEIRO MELHOR
 () INFLUÊNCIA FAMILIAR
 () INFLUÊNCIA DE PROFESSORES
 () INFLUÊNCIA DE COLEGAS MÉDICOS E/OU ESTUDANTES
 () MERCADO DE TRABALHO SATISFATÓRIO
 () COMPLEXIDADE TÉCNICA MENOR
 () COMPLEXIDADE TÉCNICA MAIOR
 () MENOR CONCORRÊNCIA NA PROVA(MAIOR Nº VAGAS DISPONÍVEIS)
 () MAIOR CONTROLE DA CARGA HORÁRIA DE TRABALHO

- () MAIS TEMPO PARA DEDICAÇÃO A VIDA PESSOAL E A FAMÍLIA
- () MAIOR RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE
- () MENOR RELAÇÃO COM O PACIENTE E MAIS COM AS TECNOLOGIAS
- () POSSIBILIDADE DE REALIZAR OUTRAS SUBESPECIALIZAÇÕES NA ÁREA

OUTRAS _____

-

4.1- (PARA QUEM NÃO QUER SE ESPECIALIZAR...)HA ALGUM MOTIVO PARA ESTA DECISÃO?

-

-

-

-

5.0- APÓS TERMINAR A FACULDADE, ONDE VOCÊ GOSTARIA DE TRABALHAR?

- () INSTITUIÇÃO PÚBLICA (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE)
- () INSTITUIÇÃO PÚBLICA (HOSPITAL)
- () INSTITUIÇÃO PÚBLICA (UNID.BÁSICA+HOSPITAL)
- () INSTITUIÇÃO PRIVADA (HOSPITAL)
- () INSTITUIÇÃO PRIVADA (CONSULTÓRIO)
- () INSTITUIÇÃO PRIVADA (CONSULTÓRIO+HOSPITAL)
- () SETOR PÚBLICO+SETOR PRIVADO
- () ENSINO E PESQUISA
- () PRETENDE CONTINUAR PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU-SENSU*

(MESTRADO e DOUTORADO)

() NÃO SABE

() OUTROS _____

6.0- A MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

6.1- VOCÊ ACHA QUE A MEDICINA PREVENTIVA É UMA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO IMPORTANTE PARA MEDICINA, PORQUE?

-

-

-

-

-

6.2- VOCÊ SE ESPECIALIZARIA EM PREVENTIVA? SIM OU NÃO E PORQUE ?

-

-

-

-

-

6.3 - NA SUA OPINIÃO QUAIS SÃO AS ATIVIDADES EXERCIDAS POR UM MÉDICO QUE SE ESPECIALIZA EM MEDICINA PREVENTIVA?

-

-

-

-

6.4 - VOCÊ ACHA QUE EXISTE ALGUMA DIFERENÇA ENTRE A MEDICINA PREVENTIVA E A MEDICINA GERAL E COMUNITÁRIA? QUAL(IS)?

-

-

-

-