

**José Carlos de Souza Lima**

**A Residência Médica: articulações entre a prática e o ensino**

**Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Maria Campos**

**Rio de Janeiro  
2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E  
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

---

L732 Lima, José Carlos de Souza.

A Residência médica: articulações entre a prática e o ensino / José Carlos de Souza  
Lima. – 2008.  
185f.

Orientadora: Anna Maria Campos.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Residentes (Medicina) – Teses. 2. Médicos – Treinamento – Teses. 3. Medicina – Estudo e ensino (Superior) – Teses. 4. Clínica médica – Estudo e ensino (Superior) – Teses. I. Campos, Anna Maria. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 61:3781

---

Dedico esse trabalho a

Rochelle Gabbay, minha mulher.

Elza e João, meus pais.

Pedro, Antônio, Graziella e Fábio, nossos  
filhos.

## **Agradecimentos**

A Anna Maria Campos pela acolhida, carinho e orientação segura durante toda a caminhada.

Aos professores da área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialmente a professora Célia Regina Pierantoni, pelos anos de fraterna convivência e aprendizado.

Ao professor Roberto Parada, leitor atento, pelas inúmeras sugestões.

A professora Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso pela leitura do projeto e pelas críticas pertinentes.

Aos colegas do curso pelas discussões e contribuições.

Aos amigos e fiéis companheiros de todas as horas Susana e Claude Wullaume, Mônica Jung, Jorge Luís Bigú do Amaral e Tânia França.

A Rochelle Gabbay pelo incentivo, discussão e revisão dos textos.

Aos companheiros da Comissão Estadual de Residência Médica pela confiança e estímulo.

A Valéria Dias Mattos pela disponibilidade, paciência e competência na digitação e organização dentro do modelo da UERJ e a preciosa ajuda de Marita Dias de Castro.

A Nair de Souza e Severina Pedro de Moraes que mantiveram minha casa em ordem.

## RESUMO

O objetivo desta tese de doutorado é o estudo da residência médica e de suas articulações com o campo educacional e o da saúde. Propõe-se uma análise histórico - dialética, tomando como ponto de partida a articulação da medicina e da educação na estrutura social. Parte-se da concepção segundo a qual a prática e o saber no campo educacional e na saúde estão ligados à transformação histórica do processo de produção econômica. Essa compreensão remete à chamada determinação em última instância: a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina e da educação na estrutura social. Para compreender a peculiaridades do ensino e da residência médica no Brasil faz-se uma caracterização da assistência médica, sobretudo do papel assumido pelo Estado na configuração do campo: primeiro, a adoção de um sistema em que compete ao Estado a responsabilidade pela universalização da atenção básica, através de serviços próprios ou em parceria com organizações não governamentais; segundo, a atenção especializada, com maior incorporação tecnológica, seria prestada pelo setor privado, mediante incentivos concedidos pelo Estado. Dessa divisão, resulta, no desenho atual, ao invés de um único sistema, a conformação de dois ou mais sistemas de saúde, em que a segmentação da assistência implica em práticas diferenciadas. O efeito desta divisão no mercado de trabalho repercute na escola e na residência médicas. A residência, em particular, por suas características de treinamento em serviço, responde diretamente aos condicionantes do mundo do trabalho, reproduzindo o modelo de prática hegemônica.

Palavras-chave: residência médica; educação e prática médica; recursos humanos; treinamento em serviço.

## **ABSTRACT**

The purpose of this doctoral thesis is the survey of medical residency and its connections with education and health. A historical-dialectical analysis is presented addressing the medicine/education interrelationship in the social structure. The starting point is the assertion that the practice and knowledge in the fields of education and health are related to the historical transformation of the economic production process. This understanding refers us to the so-called last resort determination: i.e. the economic structure determines where and how medicine and education are interlinked within the social structure. The health care system is described here in order to understand the aspects of medical teaching and residency in Brazil, especially regarding the role played by the State in the configuration thereof: to begin with, the adoption of a system in which the State is responsible for providing basic health care on a universal basis through its own health services, or in partnership with non-governmental organizations; secondly, specialized health care services requiring further technological breakthrough would be provided by the private sector, using State incentives. The bottom line of this division is today's design: instead of a unique system, two or more health care systems coexist, where the resulting segmentation brings about different practices. The effects of such labor market segmentation are felt in medical school and residency programs. It can be concluded that medical residency in particular, due to its on-site training features, responds in a consistent way to the labor environment conditions, replicating the practice-hegemony model.

Key words: medical residency; education and medical practice; human resources; on-service training.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO 1 – Marco teórico – conceitual: considerações sobre a articulação da medicina e da educação na estrutura social.....	12
CAPÍTULO 2 - Educação e prática médica.....	24
2.1 Educação e reprodução social.....	25
2.2 Origens da pedagogia médica.....	48
CAPÍTULO 3 – Prática médica e estrutura social.....	59
3.1 A medicina na sociedade capitalista.....	59
3.2 A conformação do setor saúde no Brasil.....	75
3.2.1 Os marcos jurídicos do sistema.....	75
3.2.2 A globalização e o neoliberalismo.....	83
3.2.3 Seguridade versus seguro social.....	85
3.2.4 O Banco Mundial e a saúde.....	87
3.2.5 O SUS institucional e o SUS real.....	93
3.2.6 O mercado de trabalho em saúde.....	95
CAPÍTULO 4 – A residência médica.....	103
4.1 Origem histórica.....	104
4.2 O hospital é a escola.....	108
4.3 A reforma Flexner.....	111
CAPÍTULO 5 - A residência médica no Brasil.....	119
5.1 O primeiro período (1947/48 a 1977/78): os primeiros programas e a luta pela regulamentação.....	120
5.2 O segundo período (1977/78 a 2007/08): o decreto e a institucionalização da residência médica.....	137
5.3 Desenho atual do sistema.....	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	166
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173



## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo estudar alguns aspectos da implantação e do desenvolvimento da residência médica no Brasil. Procura acompanhar sua evolução histórica desde os anos de 1940, em que os primeiros programas foram implantados, suas origens e articulações com a educação e a prática da medicina.

A residência médica é definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* para profissionais médicos com a finalidade de especialização. É reconhecida pela própria categoria profissional como a melhor forma de adquirir conhecimentos, habilidade e experiência numa determinada especialidade. Embora existam outras formas de especialização, a residência é considerada a mais completa e abrangente, sendo conhecida como o padrão-ouro da formação profissional.

A característica mais marcante da residência é o treinamento em serviço, articulando ensino e trabalho, aprendizado e treinamento profissional. Destarte, comporta simultânea e indissolúvelmente aspectos da educação e do mundo do trabalho, tornando-se relevante no conjunto das atividades relacionadas à própria assistência médica.

Considerando que a residência médica é a principal forma de especialização profissional, alcançando cerca de 70% dos formandos em medicina, deduz-se daí que ela constitui importante etapa do processo de profissionalização, e em porta de entrada para o mercado de trabalho. Assim, a residência contribui para a construção de um modelo para a conformação ideológica, ética e da identidade

profissional dos médicos brasileiros. Nesse sentido, seu estudo se reveste da maior importância e é elemento decisivo para elucidar não apenas aspectos técnicos e sociais da formação profissional, mas também permitir abordar, a partir de um ângulo privilegiado, o setor saúde e suas políticas.

Resulta dessa interface, educação e serviço, a relevância da residência tanto para o setor educacional, quanto para a rede de prestação de serviços de saúde. Para o primeiro, converte-se numa extensão freqüente e quase sempre necessária, dada a patente falta de terminalidade do curso de medicina; para o segundo, o médico residente é um especialista ainda em formação, mas médico, e integrado à força de trabalho nas instituições mantenedoras de programas.

A relevância desse estudo é a contribuição que a compreensão da residência médica e de seus determinantes pode oferecer para o aperfeiçoamento ou as transformações na educação e na assistência médica. Além disso, acredita-se que o estudo ora apresentado venha suprir uma lacuna: se, tanto a educação quanto a assistência médica são objeto de inúmeros estudos e pesquisas, gozando de fortuna crítica apreciável, a residência carece de produção teórica compatível com a importância que tem assumido para os médicos, para o sistema de saúde e para a população brasileira. De fato, consultando a bibliografia da área, verifica-se que as indicações sobre a formação e a educação são muitas e variadas quando se referem à escola médica, seja em relação aos aspectos pedagógicos, seja quanto ao currículo ou até sobre a organização institucional. No que tange à residência, todavia, as fontes são escassas e, em geral, centradas em programas específicos, descuidando-se dos aspectos mais gerais, do próprio significado e da inserção dessa forma de pós - graduação nas instituições e nas políticas públicas de educação e saúde.

Antes de apresentar a estruturação desse trabalho, é relevante informar que o tema escolhido está intimamente ligado ao meu percurso profissional desde que me formei em medicina, em 1976, na Universidade Federal de Juiz de Fora, e vim para o Rio de Janeiro em busca de almejada especialização em psiquiatria. Foi meu primeiro contato com a especialização e com a modalidade de treinamento em serviço que caracterizam a residência médica.

Mais tarde, no Mestrado em Medicina Social no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), a articulação entre saúde e educação foi o tema de minha dissertação de conclusão de curso em 1983: *Educação e prática médica - os movimentos de educação médica na América Latina*.

Desde então, posso afirmar que não me afastei dessa temática. Seja como professor universitário, seja como coordenador de residência médica do Instituto Philippe Pinel, seja como coordenador de residência do antigo INAMPS no Rio de Janeiro, as relações entre educação e prática médica, serviços de saúde e formação profissional sempre foram objetos de trabalho e de reflexão.

Em 1988, participei, junto com os coordenadores de todos os programas de residência e representantes das entidades médicas, da fundação da Comissão Estadual de Residência Médica do Rio de Janeiro (CEREMERJ), da qual a professora Célia Pierentoni foi a primeira presidente. Posteriormente, tive a honra de sucedê-la em mandato que se renovou pela confiança dos demais coordenadores e representantes até o início de 2008, quando me afastei para assumir a Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em Brasília.

Frequentemente, quando se elabora uma tese depois de tão longo percurso, como o que sucintamente delineei acima, ela acaba adquirindo o sentido de uma espécie de testemunho, de reafirmação ou de revisão de certos princípios,

de elaboração fundada num modo de ver e interpretar uma realidade da qual se fez ou se faz parte.

Nesta tese, não se trata de uma pesquisa adrede preparada para servir aos propósitos acadêmicos, mas, ao contrário, de algo vivo, matéria pulsante, fruto da minha reflexão sobre as atividades que venho desenvolvendo nessa área.

Dividida em cinco capítulos, a tese foi elaborada com a estrutura descrita a seguir:

O capítulo 1 apresenta o marco teórico e as referências que fundamentam esse estudo. Sublinham-se, sobretudo, as relações existentes entre prática e ensino médico, lançando-se mão dos modelos teóricos explicativos de Garcia (1972) e Andrade (1978), entre outros.

O capítulo 2 trata das relações entre a educação e as práticas médicas. Com o recurso a vários autores, faz-se um exame das linhas teóricas que analisam as relações entre educação e estrutural social, principalmente a partir da emergência do capitalismo. Com base nesse enquadramento teórico, busca-se o significado histórico da medicina e de sua prática pedagógica nos diversos modos de produção social.

No capítulo 3, privilegia-se a articulação entre a prática médica e a estrutura social, articulação cujo significado é tomado como determinante do ensino e dos saberes médicos. As características da forma de organização dos serviços médicos no Brasil, sua influência na conformação do mercado de trabalho e sua capacidade de indução sobre a formação e a residência são temas desenvolvidos nesse capítulo.

No capítulo 4, a origem e a constituição do modelo de residência médica são temas de discussão e análise. Levantam-se alguns aspectos históricos que permitem compreender como esse processo secular de especialização profissional está enraizado na própria organização da prática e da assistência médica no mundo Ocidental.

No capítulo 5, apresenta-se um panorama dos 60 anos de residência médica no Brasil, com ênfase na conformação atual do sistema.

Por fim, à guisa de conclusão, são feitas algumas considerações acerca da residência médica e de suas tendências atuais.

## CAPÍTULO I

### **Marco teórico – conceitual: considerações sobre a articulação da medicina e da educação na estrutura social**

A elaboração de um modelo explicativo que dê conta da educação médica e de seus determinantes é o objetivo desse capítulo. Parte-se do pressuposto de que a educação não é um processo autônomo, mas guarda relação com as formações sociais nas quais está estruturada. O marco teórico que orienta a análise tem como referências maiores Juan César García (1972, 1974, 1989) e Jorge de Andrade (1978,1979).

Embora esses autores não tratem, especificamente, da residência médica, o modelo explicativo que propõem se aplica a todo o processo educacional, e talvez com maior pertinência a um processo que se desenvolve no e pelo trabalho, na própria rede de prestação de serviços médicos.

Na obra *La educación médica en la América Latina* (1972), García adota uma abordagem teórica que permitiu analisar a educação médica como um processo histórico subordinado à estrutura economicamente predominante na sociedade onde se desenvolve. Esse tipo de abordagem representou uma ruptura com as orientações teóricas então em voga, e que se dividiam entre duas correntes:

- a corrente das relações humanas: atribuía caráter determinante às relações que se estabelecem entre as pessoas no processo de ensino. Segundo

essa corrente, a melhoria das relações humanas facilitaria o processo de aprendizagem. Os padrões de comunicação entre professor e aluno constituiriam os temas de estudo e as áreas nas quais deveriam concentrar-se as ações para melhorar a educação médica (BRIDGE, 1965);

- o a corrente funcionalista: corrente teórica das mais importantes nas ciências sociais, teve marcante influência na elaboração de modelos explicativos na área da saúde, principalmente até os anos de 1970, quando o enfoque estruturalista, como o de García, passou a lançar luz sobre suas insuficiências. Na abordagem funcionalista, em que o conceito de sistema é central, e aparecem conceitos correlatos como de integração, adaptação e marginalidade, o papel do doente e do médico ajustam-se de uma forma harmônica, graças a uma série de orientações valorativas compartilhadas, que possibilitam e evitam o conflito (PARSONS, 1951).

As críticas dos autores estruturalistas apontavam para a dificuldade do funcionalismo de explicar processos de ruptura e de mudança, ao colocar ênfase em fatores que colaboram para a manutenção do *status quo*. A prática médica seria considerada um mecanismo do sistema social orientado para o controle dos desvios, sendo a doença uma das formas institucionalizadas de desvio. Para Bunge (1959), a insuficiência básica dessa teoria residiria em seu desconhecimento do caráter produtivo da determinação. Além disso, ela reduziria a importância da determinação, ao diluí-la em esquemas de multicausalidade e de interdependência, em que uma infinidade de fatores está em pé de igualdade, sem nenhuma hierarquia.

No trabalho *Las ciencias sociales en medicina* (1989), García insistiu em sua crítica ao enfoque funcionalista aplicado à saúde, afirmando que ele representaria uma percepção conservadora e uma descrição formalista dos problemas médicos. Ao conceber a saúde como um valor, uma função e um serviço

com vida autônoma dentro da sociedade, o funcionalismo impediria a apreensão das relações dinâmicas e dialéticas com as outras instâncias do processo social. Dessa crítica, surge a proposição de um modelo de análise para a superação do funcionalismo, que leve em conta os seguintes pontos:

1. a localização da medicina na estrutura social: busca-se a superação do funcionalismo, a qual se atribui a impossibilidade de reconhecer a existência dessa articulação de uma forma dinâmica e histórica. Garcia propõe um esquema teórico que seja capaz de levar em conta as peculiaridades da inserção da medicina em países periféricos e de inserção subalterna na ordem capitalista internacional;

2. a influência da estrutura social na produção e na distribuição da doença;

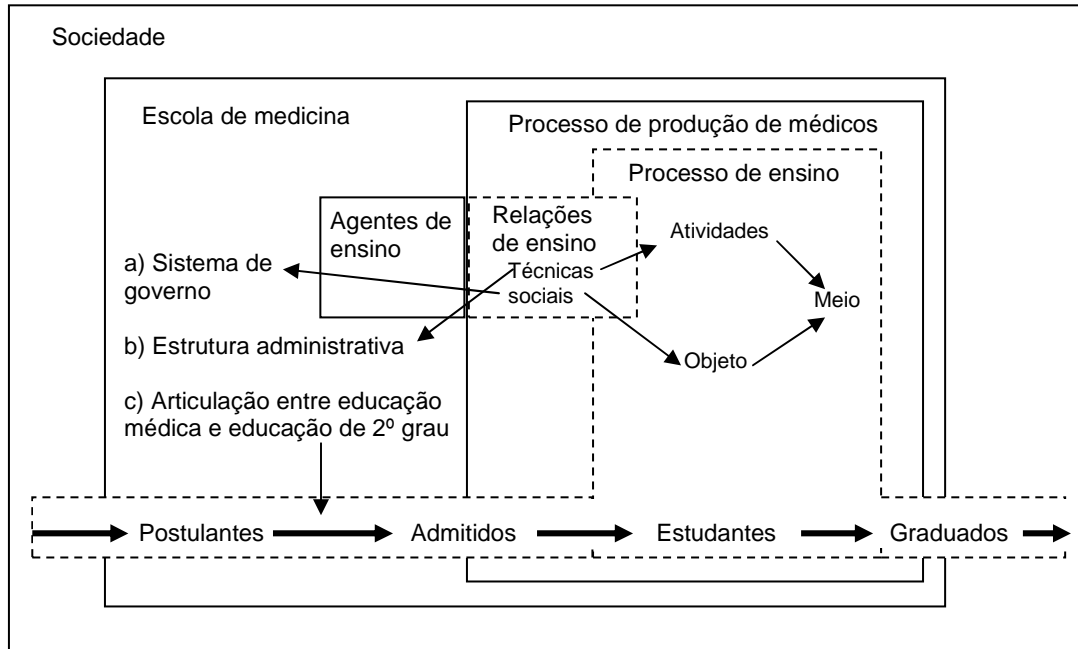
3. análise da estrutura interna da produção de serviços médicos; e

4. a relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico.

Para García (1972), a educação médica, entendida como processo de produção de médicos, constitui-se de dois componentes inseparáveis: o processo de ensino e as relações de ensino.



**Figura 1** – Esquema do marco teórico da educação médica.



Fonte: García (1972, p. 9)

O processo de ensino pode ser definido como o conjunto de etapas sucessivas que envolvem atividades, meios, conteúdos e objetivos na transformação do estudante em médico.

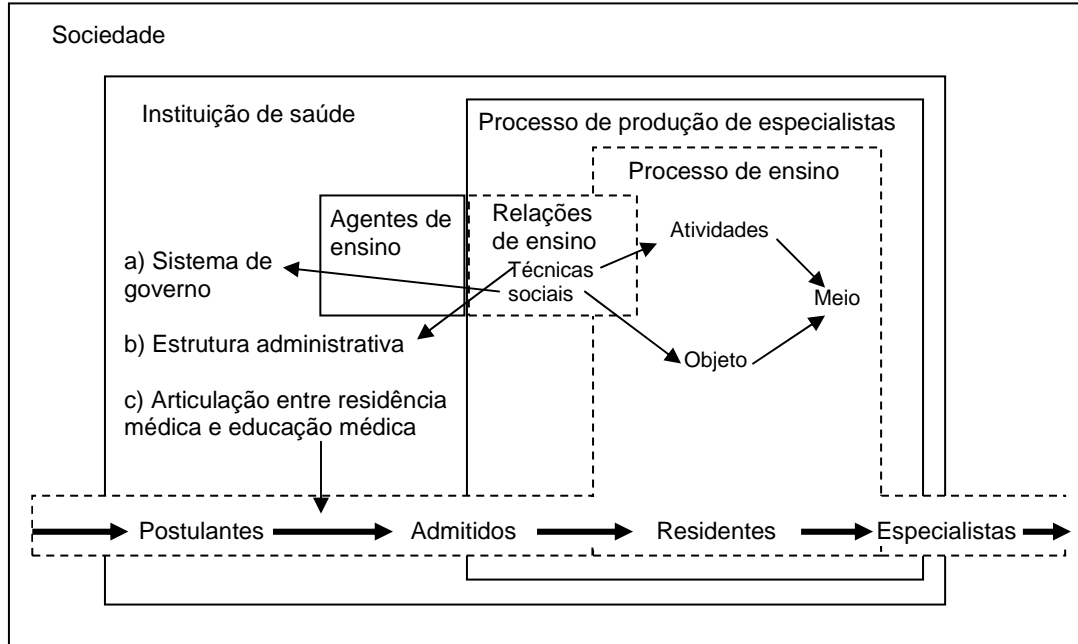
As relações de ensino são as conexões ou vínculos que se estabelecem entre os participantes do processo de produção de médicos e são resultantes do papel que desempenham no ensino. Essas relações são de dois tipos: entre os agentes e o processo de ensino; entre os próprios agentes. O primeiro tipo configura o que se denominam relações técnicas e o segundo, relações sociais.

Os agentes de ensino são pessoas que, ao participar da educação médica, ocupam determinadas posições variáveis conforme o modo de produção de

médicos. Na escola médica, o professor universitário é o mais característico dos agentes de ensino.

Na residência médica, contudo, na qual o hospital ou a instituição de saúde é a escola, o agente de ensino é o supervisor ou chefe de clínica, não necessariamente um professor universitário. Na adaptação que se propõe do modelo de García (Figura 2), a escola é substituída pela instituição de saúde ou hospital, o processo de produção de médicos pelo de especialistas, a articulação entre educação médica e de segundo grau por formação médica e residência médica e os postulantes não são estudantes, mas médicos que buscam a especialização.

**Figura 2** - Esquema do marco teórico da residência médica



O estudante de medicina é substituído no modelo acima pelo residente, mas sobre este último pode ser afirmado o que disse García sobre aquele: ele é, a um só tempo, objeto e sujeito do processo de especialização.

García chama a atenção sobre o impacto que a organização da assistência exerce sobre o processo de formação de pessoal da área da saúde, principalmente através da estrutura do mercado de trabalho e das condições que circunscrevem a prática profissional. Para o autor, a escola médica tem um efeito de dominância sobre a formação das outras profissões da saúde (GARCÍA, 1972).

Considerando a residência médica como um processo ainda mais direta e inextrincavelmente ligado à prática; que se desenvolve na rede de saúde; que sua positividade e seus avatares decorrem dessa intimidade, então parece possível supor que essa modalidade de pós-graduação vai refletir o modelo médico hegemônico. Como o treinamento em serviço, a residência é especialização profissional mediante o exercício intensivo, repetitivo e prolongado da prática estabelecida na rede de saúde.

A prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica. Este determina como ocorre com todos os demais componentes da sociedade, a importância, o lugar e a forma da medicina na estrutura social. Não se trata de um esquema mecânico, de causalidade simples, mas de tipo estrutural: a determinação em última instância. Esta consiste em abertura de espaços fora do alcance do econômico, isto é, permite uma relativa autonomia do objeto (no caso, a prática da medicina) possibilitando a entrada em jogo de novas causas e novos efeitos. Um desses efeitos são as relações de força estabelecidas entre os distintos grupos sociais (por exemplo, o da indústria farmacêutica) e o Estado em torno de demandas relativas à problemática da saúde.

Para García, fica claro que é ilusória a concepção segundo a qual a medicina poderia gozar de plena autonomia e se colocar no mesmo nível de outros

subsistemas sociais, tais como o econômico, o político, o educacional, podendo a tarefa de transformação de a sociedade começar por qualquer um deles.

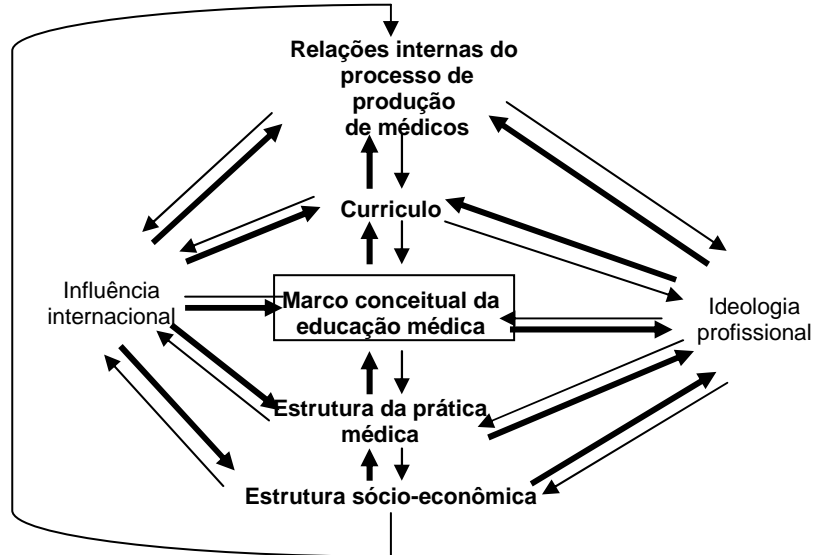
A partir de sua concepção informada pelo materialismo dialético, García percebe a medicina como um conjunto de práticas e de saberes específicos, que se realiza em sua relação com a totalidade social e com cada uma das instâncias que a integram e que consistem em: uma estrutura econômica, composta de forças produtivas e relações de produção, e uma superestrutura, que compreende uma instância jurídico-política e uma ideológica.

O segundo autor, anteriormente mencionado, cujos estudos sustentam o marco teórico no qual essa tese se inscreve, é Jorge de Andrade. Seu trabalho, realizado com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e publicado sob a forma de artigos em quatro números da revista *Educación Médica y Salud*, entre os anos 1978 e 1979, tornou-se uma referência no estudo da educação médica.

O autor desenha um amplo painel da educação médica na América Latina, tomando como objeto de análise publicações sobre o tema, em especial relacionadas com eventos nacionais e internacionais, no período de 1950 a 1975 (ANDRADE, 1978, 1979).

Na primeira parte do trabalho, Andrade apresenta a fundamentação teórica e metodológica, e propõe que o marco conceitual da educação medica encontra-se no centro de uma intrincada rede de relações e resulta da interação entre os diversos elementos que dela participam, dentre os quais se destacam, por sua importância: a estrutura social, econômica e da prática médica em cada país; o currículo; as relações internas do processo de produção de médicos, a ideologia dominante no âmbito profissional e a estrutura de poder internacional (Figura 3).

**Figura 3** - Relações externas do marco conceitual da educação médica em países dependentes



Nota: As linhas mais grossas assinalam a direção da influência dominante Fonte: Andrade (1978)

Fonte: Andrade (1978).

Um conceito importante apresentado nessa primeira parte é o de Um conceito importante apresentado no primeiro artigo é o de conteúdos conceituais fundamentais, que, para Andrade, são transmitidos por meio de qualquer sistema de ensino.

Trata-se de um conjunto de noções que se evidenciam através da prática profissional em um campo determinado de atividade. No caso particular da educação médica, a tendência dos formandos em fazerem-se especialistas em lugar de generalistas; a dedicar maior atenção aos problemas de saúde individual do que à saúde coletiva, às ações curativas em lugar das de prevenção; a dar maior valor aos aspectos puramente biológicos em detrimento dos fatores psicológicos e sociais que participam da gênese da doença, enfim, todos são elementos que constituem o que esse autor denomina marco conceitual (ANDRADE, 1978, p.6).

As propostas ou experiências de mudanças no ensino trazem, implícita ou explicitamente, esses conteúdos conceituais fundamentais, que se manifestam na prática concreta de seus agentes, mais além dos discursos, das descrições teóricas ou das declarações de intenções, geralmente peças de retórica com forte componente de idealização.

Toda análise, para Andrade, deve colocar ênfase no tipo de relações internas que caracteriza cada situação, as circunstâncias de tempo e lugar nas quais se produzem e nas relações com o resto do processo de produção e distribuição de médicos e de pessoal de saúde. Uma hipótese fundamental do autor é que os alunos percebem, de maneira consciente ou inconsciente, os paradigmas propostos e adotam-nos ou os rejeitam, na medida em que reforçam ou entram em conflito com o resto da estrutura e com o papel que desempenham ou desejam desempenhar nela.

Essa hipótese talvez permita concluir que uma experiência de ensino sem correspondência com a realidade da rede de serviços de saúde ou sem sintonia com o que se passa no mercado de trabalho, tende a perder força e a não se multiplicar, restringindo seu âmbito de influência. Canguilhem (1978) expressa, com clareza, as relações existentes entre prática e ensino: “a reforma da medicina como teoria se baseia (...) na reforma da medicina como prática” (p, 209).

Para Andrade, as limitações e obstáculos enfrentados pelas diversas tentativas de mudanças na educação médica se deveriam a duas razões principais: primeiro, pela fraqueza conceitual das propostas reformistas e, segundo, por não terem dado conta da complexidade da realidade social na qual foram experimentadas.

A prática médica é, ela própria, revestida de tal complexidade que haveria de discernir os elementos que a definem, a saber: seu objeto, seu propósito e seus agentes. Esses elementos são historicamente determinados e a maneira de concebê-los varia conforme a estrutura sócio-econômica considerada.

Quanto ao objeto da medicina, isto é, aquilo sobre o qual atua, pode-ser o homem singular ou o coletivo. A ação médica pode visar indivíduos ou coletividades enfermas que demandam alívio ou cura, ou aqueles que simplesmente querem preservar a saúde.

Um bom exemplo da diversidade de objetos pode ser tomado na história do exercício profissional e na organização da medicina na América Latina. Até os anos de 1930, os países do continente adotaram um modelo econômico agro-exportador de desenvolvimento, que entrou em colapso com a depressão que se seguiu à crise do café no período. Este modelo caracterizava-se, sobretudo, pelo alto peso relativo do setor externo das economias primário-exportadoras. As exportações de produtos primários constituíam a principal fonte de receita desses países e as importações atendiam parte apreciável da demanda interna. As indústrias eram incipientes e a força de trabalho urbana era pequena e pouco qualificada. Nesse modelo, a medicina se desenvolveu em duas direções, tomando objetos de intervenção diversos: de um lado, a medicina curativa, de exercício liberal, e cuja reprodução era função da escola médica. Atendia a elite dominante, constituindo a população em geral um campo de experimentação, demonstração e treinamento realizado nas escolas e Casas de Misericórdia, mas desprovido de qualquer significado econômico. De outro lado, exibindo fundamental importância para esse modelo de desenvolvimento, estava a chamada saúde pública, encarregada da manutenção das condições de salubridade das cidades e zonas

produtivas, especialmente portuárias, vitais para a dinâmica do modelo exportador (LIMA, 1983).

O propósito da medicina pode ser conservar a saúde, curar a doença, aliviar o sofrimento ou qualquer dessas combinações. Quando o processo histórico da divisão do trabalho fez com que a medicina se convertesse em atividade especializada, a produção de bens e a realização do capital vieram se somar aos propósitos anteriores.

Os agentes da medicina são aqueles que a praticam, personagens que têm variado através dos tempos.

A importância atribuída à educação, em especial à formação profissional orienta pesquisas, alimenta representações e justifica discursos e medidas políticas. O foco é posto, em geral, na inserção no mercado de trabalho e, dentro desse campo, no termo competência. Este termo, rico de ambigüidades, carrega-se de significações novas, é investido de funções múltiplas e impõe-se nas esferas da escola e do emprego, inspirando propostas de reforma do ensino e da formação profissional.

A formação é objeto de uma negociação no mercado de trabalho e desencadeia um debate sobre o nível ou a adequação ao mercado de trabalho ou às necessidades sociais. É difundida na crença de que mudanças no interior da educação são condições necessárias e suficientes para torná-las adequadas.

Na concepção de García e de Andrade, na qual se fundamenta este trabalho, na educação ocorre um processo de reprodução através da transmissão de conhecimentos - ensino do saber - elaboração de um sistema de valores dominantes.



No ensino do saber, a educação realiza a reprodução de saberes específicos, produtos da divisão técnica do trabalho em um determinado modo de produção. Na transmissão da ideologia dominante - ideologia da classe dominante - a educação realiza a organização do consenso ideológico. A educação reproduz assim os dois aspectos da divisão o trabalho: divisão técnica e divisão social.

Nas formações sociais capitalistas cria-se a imagem de que a educação deveria ser adequada às necessidades do conjunto da sociedade, mascarando a realidade de uma sociedade dividida, em que as necessidades devem ser tomadas por referência às classes sociais. Não há como generalizá-las como necessidades do conjunto da sociedade (GARCÍA, 1972).

As contradições geradas pelas lutas de classes são transfiguradas em inadequações da educação, que se traduzem por insatisfação quanto ao conteúdo e às práticas educacionais. A reforma da escola ou do processo educacional, entendido como processo autônomo em relação ao modo de produção, resolveria a questão. É o que Saviani (1984) chamou de teoria não – crítica.

A tese da inadequação, contestada quando aplicada à educação em geral, revela-se, ela própria, inadequada em relação à residência médica. Considerando que a residência se define e se realiza enquanto treinamento em serviço, sua organização, seus conteúdos e suas práticas se moldam sobre a rede de serviços de saúde. Como processo de aprender fazendo, sob supervisão, a residência traz essa marca de origem, reproduzindo as práticas e ideologias dominantes.

## CAPÍTULO 2

### Educação e prática médica

A questão da educação deve ser tomada com base no seu significado nas formações sociais onde se articula. Nesse sentido, pode ser entendida não só em sua dimensão restrita, a educação escolar, mas também numa dimensão mais ampla, ou seja, como processo de socialização que se realiza primariamente na família, e tem prosseguimento na igreja, na escola, no trabalho, no lazer etc.

O processo educativo é assim social e historicamente determinado. Nas formações sociais capitalistas suas funções são, por um lado, a reprodução das múltiplas habilitações sem as quais a economia não se pode desenvolver e, por outro, a produção e reprodução da estrutura de valores, princípios formativos das consciências e padrões de comportamento dos diversos grupos sociais. Contribui deste modo para a formação de quadros e elaboração de métodos para um controle político. Essa divisão em funções ou momentos do processo educativo - a de reprodução e transmissão de um saber e a de reprodução e difusão ideológica - não deve obscurecer o caráter indissociável e sempre presente dos dois aspectos, com substancialidade do caráter técnico e social da divisão do trabalho.

Em relação à educação médica, há que se tomar como referência para seu estudo não só as formações sociais onde se desenvolve, mas também as práticas médicas que, ao mesmo tempo, informam e reproduzem e, através das quais, a estrutura social sobredetermina o ensino. Este está assim determinado pela

formação social e, mais imediatamente pelas práticas médicas vigentes - indispensáveis se quer apreender o significado mais amplo do processo educativo.

É importante destacar para a educação médica a observação feita para a educação em geral: não se reduzir à escola, embora tenha nesta um lugar estratégico. A educação médica tem como processo educativo fundamental as próprias práticas médicas, através das quais, qualifica tecnicamente e inculca os valores e concepções dominantes. A escola é apenas um momento - fundamental, é verdade - do processo educativo, cuja maior ou menor importância só pode ser analisada por referência à sua contribuição efetiva para a reprodução das relações sociais.

## **2.1 – Educação e reprodução social**

A história da educação, cujos antecedentes se encontram em um processo que se desenvolve desde a antiguidade, só registra a constituição de um sistema de ensino formal a partir do final da Idade Média. O Ocidente assiste então à derrocada da antiga formação social feudal e ao aparecimento, ainda embrionário, da sociedade capitalista. O sistema de ensino constitui-se então a partir da universidade medieval, possibilitando pela primeira vez o controle jurídico sobre o produto do ensino - através do diploma - e a especialização de um corpo de professores, homogêneo e permanente, regulado na sua formação, recrutamento e carreira pela organização escolar. Estes passam a reivindicar sua pretensão ao monopólio legítimo e reconhecido do saber legitimado (VAZ, 1966).

O conhecimento da evolução histórica do sistema de ensino por referência às formações sociais onde se articula tem o efeito de desfazer as duas representações ideológicas mais comuns sobre a escola. Estas podem ser assim resumidas:

- (i) a ideia de que a constituição do sistema de ensino resultou do progresso irresistível da humanidade, da cultura, da civilização;
- (ii) o mito de que a escola ou as práticas escolares sempre existiram porque correspondem a uma necessidade universal do funcionamento das sociedades humanas.

Essas representações ideológicas têm por resultado mascarar o caráter histórico - e, logo, contingente - da formação social capitalista, onde a escola assumiu um papel de dominância na estrutura educacional, induzindo ao aprisionamento no mito da eternidade do sistema escolar e na impossibilidade política de transformação social<sup>1</sup>.

Cada modo de produção social tem suas formas próprias de realização educacional. Da mesma forma que os conteúdos e práticas educacionais, também a estrutura educacional é própria e determinada pelo modo de produção social. Se nas sociedades capitalistas a forma de organização predominante é a escolar, nas comunidades primitivas a educação se dava em organizações integradas ao meio social global, o que se poderia chamar de “ensino para a vida e por meio da vida”. Por isso, Paracelso definia: “aprender é a nossa vida mesma; aprendemos desde a juventude até a velhice, na verdade até as vésperas da morte” (MÉSZÁROS, 1981, p.181).

---

<sup>1</sup> As representações ideológicas burguesas sobre a função social da escola foram apreciadas criticamente por autores de orientações diversas, como Gramsci, Althusser, Bourdieu, entre outros, cujas contribuições são indicadas mais adiante.

Ponce (1957), analisando o desenvolvimento histórico da educação, identifica duas grandes transformações: a primeira, quando a sociedade primitiva perde sua homogeneidade e se estratifica; a segunda, quando a burguesia substitui a nobreza feudal. Com a primeira transformação, a educação ganha sua especificidade, inalterada até hoje, de reproduzir a estrutura social estratificada. Com a ascensão da burguesia essa função geral se mantém, mudando apenas os valores, processos e objetivos técnicos a serem transmitidos e alcançados.

O processo que levou a escola a assumir a feição de corpo separado da vida social, do mundo da produção, se dá quando, ainda no interior das comunidades primitivas, assiste-se desaparecer a crença na universalidade de interesses e valores, e reconhece-se a existência de interesses distintos e progressivamente antagônicos. Com isso, diversifica-se o processo educativo, até então único e exercido de forma espontânea, na medida em que inexistia uma instituição específica. Se, antes, integral, no sentido em que a todos os membros da comunidade se disponibilizava o conhecimento comum, com a diversificação do processo educativo relaciona-se aos conteúdos e valores inicialmente referidos à incipiente divisão social e técnica do trabalho. Ou seja, o processo educativo, até então único e indissociável da vida produtiva, porquanto inexistia qualquer divisão entre trabalho manual e intelectual, sofre uma partição:

A desigualdade econômica entre os organizadores - cada vez mais exploradores - e os executores - cada vez mais explorados - trouxe, necessariamente, a desigualdade das educações respectivas. As famílias dirigentes que organizavam a produção social e retinham em suas mãos a distribuição e a defesa organizaram e distribuíram também, de acordo com seus interesses, não apenas os produtos, mas também os rituais, as crenças e as técnicas que os membros da tribo deviam receber.(...) Nos primeiros tempos de comunidade primitiva, qualquer um podia ser, momentaneamente, juiz e chefe, mas, agora que a estrutura social começava a complicar-se, certos conhecimentos passaram a ser requeridos para o desempenho de determinadas funções, conhecimentos esses que os seus detentores

começaram a apreciar como fonte de domínio. (...) Para os que nada tinham, cabia o saber do vulgo; para os afortunados o saber da iniciação. As cerimônias de iniciação constituem o primeiro esboço de um processo educativo diferenciado, que, por isso mesmo, já não era espontâneo mas coercitivo. Elas representam o rudimento do que mais tarde viria a ser a escola a serviço de uma classe. (Ibid., p.24-5)

Assim, o processo educativo não diferenciado, cujo conteúdo era patrimônio indiviso de todos, se transforma em processo diferenciado, embora ainda inseparável do meio social, mas com especificidades por referência aos grupos – dirigentes e dirigidos – a que se destinava.

A consolidação das relações sociais de dominação/subordinação se dá com base na divisão social e técnica do trabalho entre os membros da comunidade. A incipiente divisão técnica do trabalho passa a ser subordinada à hierarquização social do trabalhador. O que antes significava tão somente uma diversificação técnica, sem hierarquia de subordinação, passa a significar divisão social dos trabalhadores. A educação diferencial resulta e, ao mesmo tempo, reforça essa divisão.

Com a emergência do capitalismo esse processo ganha a forma como hoje o reconhecemos. No modo de produção capitalista, a posse dos meios de produção fica concentrada nas mãos de uma classe social, a burguesia, enquanto ao trabalhador, despojado desses meios, resta vender sua força de trabalho ao capitalista, em troca de salário. A organização capitalista do processo do trabalho amplia a divisão do trabalho e leva ao desenvolvimento das técnicas e instrumentos de trabalho. Como elemento dinamizador desse processo tem-se a introdução do trabalho coletivo, subordinado ao capital, que permite o parcelamento do processo de trabalho, aumentando a produtividade e a mais valia auferida. Marx assinala que a “cooperação capitalista”, isto é, o emprego simultâneo de numerosos trabalhadores assalariados, constitui o ponto de partida da produção capitalista:

Este ponto de partida marca a existência do próprio capital. Se o modo de produção capitalista se apresenta como necessidade histórica de transformar o processo de trabalho num processo social, essa forma social do processo de trabalho se revela um método empregado pelo capital para ampliar a força produtiva do trabalho e daí tirar mais lucro (MARX, 1968, p.384).

O fundamental no modo de produção capitalista é, portanto, a separação do ponto de vista da propriedade entre trabalho produtivo e meios de produção. O trabalhador só dispõe de sua força de trabalho, enquanto o capitalista detém os meios de produção, o controle do processo e o produto do trabalho. No capitalismo, as relações sociais de produção se definem por dois traços: a separação entre capital e trabalho; a exploração do trabalho pelo capital.

Como resultado do parcelamento do processo de trabalho surge o trabalho manual parcial. A introdução da maquinaria e o desenvolvimento da indústria implicam, para o trabalhador, não só a perda do controle sobre o processo de trabalho, mas também a alienação de seu saber.

A habilidade especializada e restrita do trabalhador individual, despojado, que lida com a máquina, desaparece como uma quantidade infinitesimal diante da ciência, das imensas forças naturais e da massa de trabalho social, incorporados ao sistema de máquinas e formando com ele o poder do patrão. (Ibid., p.389)

O trabalhador parcial se converte em peça de uma engrenagem cuja operação, controle e objetivos lhe são totalmente alheios. O saber ou as habilidades acumulados são absorvidos pelo capital e aparecem progressivamente como sua propriedade:

O camponês e o artesão independentes desenvolvem, embora modestamente, os conhecimentos, a sagacidade e a vontade, como o selvagem que exerce as artes de guerra apurando sua astúcia pessoal. No período manufatureiro, essas faculdades passam a ser exigidas apenas pela oficina em seu conjunto. As forças intelectuais de produção só se desenvolvem num sentido, por ficarem inibidas em relação a tudo que não se enquadre em sua unilateralidade. O que perdem os trabalhadores parciais, concentra-se no capital que se confronta com eles. A divisão manufatureira do trabalho opõe-lhes as forças intelectuais do processo material de produção como de outrem e como poder que os domina. Esse processo de dissociação

(...) desenvolve-se na manufatura, que mutila o trabalhador reduzindo-o a uma fração de si mesmo, e completa-se na indústria moderna, que faz da ciência uma força produtiva independente de trabalho, recrutando-a para servir ao capital. (Ibid., p.413).

Com o desenvolvimento das forças produtivas, se acentua o parcelamento do trabalho, a especialização do trabalhador e a diversificação dos instrumentos de trabalho, ocorrendo também grande desenvolvimento científico e tecnológico<sup>2</sup>. (VASCONI, 1974, p.29-30). Como resultado desse processo cristaliza-se a separação entre trabalho manual e trabalho intelectual: “produtores e transmissores de conhecimentos e os produtores diretos de bens (mercadorias)” (Ibid., p.29).

A partir de então se tem que o trabalho intelectual e seus agentes, encarregados das funções de controle e supervisão da produção, bem como da produção de conhecimentos técnico-científicos, situam-se na estrutura social em posição hierarquicamente superior ao trabalho manual. Não se quer dizer que os trabalhadores intelectuais detenham o controle dos objetivos ou do produto do trabalho. Dado que o controle continua sendo exercido pelo capital, configura-se uma extensão da alienação do trabalhador manual. À alienação dos trabalhadores manuais na produção de mercadorias concretas passou a corresponder uma nova alienação dos trabalhadores não diretos na produção de mercadorias abstratas ou culturais. (MARGLIN, S. *et al*).

A subordinação/desvalorização do trabalho manual ao intelectual fornece o substrato necessário à legitimação do exercício do poder sob o capitalismo. A educação escolar ganha suas especificidades nesse modo de produção social, contribuindo para a imposição de um consenso ideológico. Para isso, a escola deve

---

<sup>2</sup> Nas palavras de Vasconi: “Para o capital torna-se essencial chegar a conhecer, com o maior rigor possível, como se comporta a natureza e o conhecer suas leis. De outro lado, requer a invenção de procedimentos que permitam utilizá-la. Por isto, necessariamente, impulsiona o desenvolvimento científico e tecnológico”.



apresentar uma imagem de unificação de estruturas e uniformidade dos conteúdos e práticas para o conjunto da sociedade, garantindo sua legitimidade por essa aparência de cientificidade, isenção e neutralidade em relação às classes sociais.

Bourdieu e Passeron vêem a educação como forma de reprodução social, operando um mecanismo de violência simbólica. O fio condutor de análise procedida por esses autores passa pela compreensão das relações entre o sistema de ensino e a estrutura das relações entre as classes sociais, ponto central de sua teoria do sistema de ensino<sup>3</sup>. Através do conceito de violência simbólica, os autores rompem com todas as concepções espontaneístas da ação pedagógica como ação não violenta e recalçam a unidade teórica de todas as ações caracterizadas pelo duplo arbitrário da imposição simbólica. Nesse sentido, a primeira proposição desses autores é a de que “toda ação pedagógica é objetivamente uma violência simbólica enquanto imposição, por um poder arbitrário, de um arbitrário cultural”. (p,20). Consideram que a ação pedagógica visa a reproduzir o arbitrário cultural compatível com a dominação de classe. Viria, assim, contribuir para a reprodução da formação social entendida como sistema de relações de força entre as classes sociais.

Enquanto a ação pedagógica *lato sensu* se desenvolve em toda a vida social (educação difusa, familiar etc.), no *stricto sensu* se exerce nos quadros de um sistema institucionalizado de ensino: a ação pedagógica escolar. Esta inculca o elenco de significações que as relações de força entre as classes sociais colocam como dominantes. Estas significações expressam, ainda que de maneira mediata, os interesses objetivos (materiais e simbólicos) da classe dominante.

---

<sup>3</sup> Ver: *A economia das trocas simbólicas*, São Paulo: Perspectiva, 1974 e *Questões de Sociologia*, Rio de Janeiro: Marco Zero Ltda, 1983.

Para Bourdieu e Passeron toda ação pedagógica tem como condição de seu exercício eficaz e da previsibilidade (homogeneidade) de seus efeitos desenvolver em condições institucionais de homogeneidade e por meio de agentes dotados de uma formação homogênea. Isto supõe, também, a constituição de um corpo de intelectuais reconhecidos e legitimados: a autoridade pedagógica. Esta se reveste de um poder arbitrário: legitima ideologicamente a imposição de um arbitrário cultural e obscurece a apreensão das relações de força que a estabelece.

Ao colocar as relações de força como fundamento (velado) de toda ação pedagógica, Bourdieu e Passeron reconhecem a relação permanente de conflito ou de concorrência no interior da sociedade.

Isso implica, evidentemente, em que o peso das representações de legitimidade nas relações de força entre as classes sociais é historicamente variável. Desempenha papel importante aqui a imagem de independência e isenção que todo sistema de ensino reivindica, e que lhe possibilita obter, tanto daqueles que consagra como dos que exclui, certo grau de adesão à legitimidade da consagração ou da exclusão. A Escola capitalista apresenta-se com o ideal de democratização da cultura, de equalização das oportunidades e gera os mitos do dom, da aptidão e do valor natural para justificar a eliminação dos menos favorecidos socialmente.

A imposição de um arbitrário cultural revela-se como a legitimação de um saber-fazer de classes, que produz um *habitus*<sup>4</sup> de classe e, ao mesmo tempo e no mesmo ato, desqualifica/nega o saber-fazer próprios dos dominados:

Um dos efeitos menos percebidos da escolaridade obrigatória consiste no fato de que ela consegue obter das classes dominadas um reconhecimento do saber e do saber-fazer legítimos (por exemplo, em matéria de direito, de medicina, de técnica, de entretenimento ou de arte), levando consigo a desvalorização do

---

<sup>4</sup> Uma interessante discussão sobre esse conceito acha-se no livro de Bourdieu, *Questões de Sociologia, op., cit.*

saber e do saber-fazer que elas efetivamente dominam (por exemplo, direito consuetudinário, medicina doméstica, técnicas artesanais, língua e artes populares ou ainda, tudo o que veicula a 'escola buissonnière de feitiçaria e do pastor', segundo a expressão de Michelet), e estabelecendo assim um mercado para as produções materiais e sobretudo simbólicas, cujos meios de produção (a começar pelos estudos superiores) são o quase monopólio das classes dominantes (por exemplo, diagnóstico médico, conselho jurídico, indústria cultural, etc.).(BOURDIEU & PASSERON , 1975, p.53).

As análises de Bourdieu e Passeron, embora partindo de uma visão histórica da sociedade e do homem, parecem insuficientes para explicar a crescente valorização da Escola dentro do processo de desenvolvimento das sociedades capitalistas. Essa valorização da educação, como fator estratégico de desenvolvimento, decorre do fato de que suas funções não se reduzem à reprodução cultural e social das relações sociais. A educação assume também a função de reprodução da força de trabalho.

Em Bourdieu e Passeron (1975) esse último aspecto é mencionado, embora pouco enfatizado. No entanto, é valorizado nas análises empreendidas pela Economia da Educação, que tem em Theodore Schultz um de seus ideólogos.

Diferentemente das análises de Bourdieu e Passeron, que enfocavam a reprodução social e cultural, Schultz (1971) se propõe a pensar a educação como fator de desenvolvimento econômico. Partindo da constatação empírica da alta correlação entre crescimento econômico e níveis educacionais de um povo, formula sua tese: os investimentos em educação para qualificação da população ativa obtêm alto retorno a médio e longo prazos, propiciando uma escalada no desenvolvimento econômico.

A partir de Schultz assiste-se à incorporação de termos (recursos humanos, capital humano) e ao aparecimento de uma nova disciplina, a Economia da Educação e a uma nova prática emergente: o Planejamento Educacional. Esses

passam a orientar as decisões de muitos governos sob a justificativa ideológica de que o investimento a todos beneficia. Sob esse foco, a educação só é considerada investimento quando prepara os indivíduos para o trabalho. Ao proporcionar maior qualificação da força de trabalho beneficiaria tanto o indivíduo quanto o Estado: aquele sob a forma de melhores salários e este devido ao incremento da atividade econômica.

Entre as décadas de 1970 e 1980, o capitalismo sofre importante reestruturação: a rigidez do fordismo e sua linha de montagem são paulatinamente substituídas pelo novo modelo de produção, baseados na flexibilidade e em redes. À produção de bens de consumo e de bens duráveis vem se somar, com mais importância, a produção de serviços pessoais, comerciais, educacionais.

O chamado estado-nação é agora responsável por difundir nova lógica de mercado. Suas diretrizes são formuladas em esferas que ultrapassam os Estados: as agências ou instituições supranacionais, tais como, o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Banco Mundial, ou, até mesmo, os blocos regionais, como a União Européia. Essas instituições, com seu poderio econômico e mediante suas linhas de financiamento adrede dirigidas para projetos previamente aprovados, ditam aos países periféricos as normas das políticas educativas que praticam. Criticando essa tendência, Paiva (1995) assim se expressa:

A racionalização do investimento educacional nos países capitalistas foi fortemente criticada à esquerda como forma de 'subsumir a educação e seus produtos aos desígnios do capital'. Ao invés de visar à educação integral de todos os homens, estaria dirigida a formar o 'capital humano' que seria utilizado no desenvolvimento capitalista (p.70).

A crítica da autora põe em foco a emergência de um novo cenário no mundo do trabalho, desencadeada pelo setor mais moderno da economia. Este supõe e provoca novas formas sociais de “inclusão excludente”, ensejando o aparecimento de uma força de trabalho qualificada, mas excluída em função de estratégias competitivas das empresas. Os princípios do trabalho “taylorizado”, que serviu de mote à crítica marxista tradicional, parecem não mais dar conta das discussões num mundo cada vez mais sofisticado tecnologicamente e cambiante. As transformações, cada vez mais vertiginosas, afetam os trabalhadores, tanto no exercício de suas funções, quanto nas condições de empregabilidade exigidas pelo mercado de trabalho em geral.

Para Schultz (1971), a estreita relação entre a qualificação da força de trabalho e o crescimento econômico é evidente, na medida em que a aquisição de conhecimentos leva ao aumento de produtividade, à elevação da renda e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da sociedade como um todo. Os trabalhadores transformam-se em capitalistas na medida em que, ao investirem na aquisição de conhecimentos, tornam-se proprietários de capacidades economicamente valiosas.

Sob essa ótica, a qualificação, vista como fator de desenvolvimento econômico, explica as diferenças na formação de renda pessoal e da produtividade como frutos do nível de educação adquirida pelo indivíduo. Ao permitir a aquisição de saberes específicos e o aperfeiçoamento de habilidades necessárias à qualificação para o trabalho, se estabeleceria um vínculo direto entre educação, produtividade e acumulação desse capital adquirido na escola.

A teoria do capital humano, tal como proposta por Schultz, destaca a valorização e promoção social do trabalhador pela via da qualificação profissional; a

concepção da educação como investimento e atendimento às necessidades do desenvolvimento econômico; e também as práticas de integração escola-empresa como necessidade de qualificar recursos humanos para atender às demandas do mercado de trabalho. Para Schultz, tais medidas imprimiriam racionalidade ao investimento em educação. Ao mesmo tempo assegurariam a oferta de uma força de trabalho de acordo com as demandas sociais e econômicas.

No Brasil, as idéias de Schultz tiveram larga difusão e grande influência. Coerente com a associação linear entre investimentos em qualificação da força de trabalho e aumento de renda individual e social, as ações na educação buscavam a maneira mais eficaz de conferir um número determinado de diplomas em áreas de conhecimento e/ou profissões, de acordo com projeções de demanda.

Assim, enfatizava-se a obtenção de qualificações formais, cujo retorno era antecipado pela relação custo-benefício. O mercado de trabalho, por seu turno, recrutava força de trabalho diplomada, valorizando sobretudo os certificados de conclusão. Isto levou as instituições de formação profissional a adequarem suas atividades às demandas do mercado, daí resultando que a elaboração de currículos com base em análises ocupacionais a partir do levantamento das seguintes questões: o que se faz? como se faz? com que e onde se faz? Dessa perspectiva, considerava-se que os objetivos educacionais haviam sido atingidos quando o aluno dominava o “fazer” de uma determinada profissão, ou seja, quando fosse capaz de reproduzir um trabalho prescrito com a máxima exatidão.

A difusão da teoria do capital humano no Brasil não se deu sem resistência, produzindo-se duras críticas à concepção economicista da educação. Uma das críticas mais contundentes partiu de Frigotto (1984), que defendia a noção de educação como um campo de luta que se estende às diferentes esferas da vida

social, referido aos interesses de classe. A partir de uma abordagem marxista, Frigotto apontava a economia burguesa na origem da segmentação e da fragmentação, como estratégicas da subordinação dos processos educativos ao capital. Para esse autor, tais processos subtraíam da educação seu caráter histórico, reduzindo-a a mero “fator de desenvolvimento” (p. 47).

Rossi (1978), outro crítico acerbo da perspectiva economicista da educação, contesta o postulado de Schultz, segundo o qual todos os trabalhadores seriam capitalistas em potencial, enquanto portadores de um fator de produção básico, de um capital específico, representado pela sua força de trabalho e pelo conhecimento. Segundo Rossi, o conceito de capital humano introduz uma mistificação ideológica ao fazer crer que esse novo tipo de capital estaria acessível a qualquer trabalhador que se dispusesse a estudar.

Todavia, mesmo no interior da crítica à teoria do capital humano, houve quem nela reconhecesse um passo importante para entender que o sistema educacional não se limita a selecionar e classificar os indivíduos, uma vez que a escolarização efetivamente aumenta a produtividade. Este é o ponto de vista de Bowles e Gintis (1976) que, no entanto, não deixaram de observar que a referida teoria exclui a importância dos conceitos de classe para as explicações do mercado de trabalho.

Com a recente reestruturação do sistema capitalista, caracterizado pela globalização, predomínio do capital financeiro, bem como a reestruturação produtiva com o esgotamento das formas rígidas do trabalho taylorizado, a flexibilização do trabalho etc., a teoria do capital humano necessitou ser redimensionada. A nova Economia da Educação, embora não deixe de lado a preocupação em medir diferenciais de salário por nível educacional como taxa de retorno, preocupa-se mais

com o retorno do investimento em educação, que se expressa no incremento de qualificações possibilitado pelo conhecimento.

No entanto, como tem observado criticamente Freitag (1980), a tese do retorno individual e social do investimento realizado pelo Estado se desmascara como a taxa de mais valia que não beneficia uma entidade abstrata como a nação, nem tampouco o trabalhador, mas sim o empresário capitalista que empregou a força do trabalho. O que é apresentado como benefício nacional se revela, primeiramente, como benefício para as empresas privadas e, apenas secundariamente, para parcelas das classes média e alta, tecnocratas e intelectuais, cooptados na categoria de dirigentes ou técnicos pelo modelo capitalista. Ao mesmo tempo, a empresa capitalista, além de se beneficiar por uma força de trabalho mais qualificada, fica liberada do ônus representado pelo gasto, que passa a ser assumido pelo Estado.

A importância assumida pela corrente da Economia da Educação mostra-se evidente na própria importância que se passa atribuir à educação, tratada como força propulsora de desenvolvimento. Ao procurar adequar o sistema escolar à estrutura produtiva, a educação torna-se funcional para o sistema capitalista e reconhecida como fator de reforço na reprodução da força de trabalho, sob a cobertura ideológica do desenvolvimento e crescimento continuado da economia.

Para uma crítica mais abrangente da educação nas sociedades capitalistas, capaz de integrar os vários aspectos da divulgação da ideologia dominante, de reprodução das relações de classe e de reforço direto da própria base material, que possibilita a reprodução da força de trabalho, se recorrerá, em linhas gerais, as análises realizadas por Marx (1968, 1980, 2004) Engels (1980), Althusser (1976), Poulantzas (1973), Establet (1973), Gramsci (1968, 1978) e Mészáros (1981).



Esses autores não analisam o sistema escolar isoladamente, mas tentam apreender as funções e o significado da Escola. Através de análise crítica da sociedade capitalista, inscrevem-se na tradição inaugurada por Marx em que a concepção de educação está articulada com o horizonte das relações sócio-econômicas de cada período histórico.

Para Marx, a essência do homem é o conjunto das relações sociais. A humanização do ser biológico só se dá dentro da sociedade e pela sociedade. Assim, o homem não é algo dado, mas, ao contrário, é processo. Torna-se homem a partir de duas condições básicas: a) ele produz-se a si mesmo e, ao fazê-lo, se determina como um ser em transformação, como o ser de práxis; e b) essa transformação só pode ter lugar na história.

O que distingue o ser humano dos outros animais, conforme Marx, é o fato de, em dado momento da história, começar a produzir os seus próprios meios de existência. O que o ser humano é coincide com “o que” e “como” ele produz. Ao contrário de Hegel, para quem a consciência determina a vida concreta, e real, em Marx é a vida concreta e real que determina a consciência.

Embora Marx não tenha formulado uma teoria da educação, pode-se deduzir, a partir dessas breves considerações, que a compreensão do processo educativo requer, como condição, que se compreenda o processo pelo qual os seres humanos produzem sua existência, isto é, o processo produtivo, o mundo do trabalho e o âmbito de suas relações. Para essa análise é preciso recorrer à situação da divisão do trabalho. Esta é suposta conduzir a diferentes interesses inevitavelmente conflitantes.

Uma mudança decisiva na divisão do trabalho ocorreu em consequência do advento da propriedade privada: a divisão entre trabalho manual e trabalho

intelectual. Essa divisão se desdobra em outras dicotomias, tais como gozo e trabalho, produção e consumo, miséria e opulência. Dessas dicotomias surgem conflitos de interesses: o individual versus o coletivo, o público versus privado. Para Marx, a possibilidade de esses elementos não entrarem em oposição residiria unicamente na superação da divisão do trabalho. (MARX e ENGELS, 1980).

Na perspectiva marxista, sob a economia capitalista perde-se o caráter edificante e humanizante do trabalho, enquanto espaço onde o indivíduo se constrói na inter-relação com os demais indivíduos. A vida torna-se simples meio de vida, uma vez que o ser humano passa a constituir uma força de trabalho vendida aos proprietários dos meios de produção como garantia da sua sobrevivência. Em consequência, tem-se o aparecimento do que Marx denominou alienação, isto é, o trabalho que o ser humano realiza produz objetos que não lhe pertencem. O trabalho torna-se cada vez mais alheio ao trabalhador. Em *Manuscritos Econômico - Filosóficos* (2004), Marx afirma que a superação da propriedade privada significa a emancipação plena de todos os sentidos e qualidades humanos.

A educação na sociedade capitalista é, segundo Marx e Engels, um elemento de manutenção da hierarquia social. Essa função corresponde ao que Gramsci (1978) chamará “hegemonia ideológica da ordem burguesa”. A igualdade política é algo meramente formal e não passa de ilusão, visto que a desigualdade social é concreta.

No pensamento marxista, a educação em geral e, mais especificamente a escola, constituem-se em territórios de confrontação ideológica, onde, de um lado, estão as forças da ordem e seu viés legitimador da desigualdade e, de outro, as forças que lutam por emprestar à educação um viés libertador, de questionamento da hierarquia de classes, de superação da alienação social (FREIRE, 2004). Nessa

perspectiva, celebrizada pelos estudos de Paulo Freire, o ensino aparece como instrumento para o conhecimento e também para a transformação da sociedade e do mundo. Este seria o potencial e o carácter revolucionário da educação.

Uma das possibilidades que se abre quando se toma o viés proposto por Paulo Freire, seguindo as indicações marxistas, é a superação da alienação e a promoção da emancipação humana mediante a integração entre ensino e trabalho. Seria essa integração a via para se sair da alienação e reunir o homem com a sociedade. O carácter integral da educação superaria os erros de um idealismo artificial e de uma abstração falsa.

Althusser (1976), pela primeira vez colocou a Escola como aparelho ideológico de classe, localizado na interseção da infra-estrutura e dos aparelhos ideológicos e repressivos do Estado. Atribui à Escola a função de qualificação da força de trabalho e, ao mesmo tempo, a de inculcação dos valores e idéias dominantes. Tais funções nada mais são que legitimadoras da estrutura de classe.

Para Althusser, seguido por Establet, a Escola se constitui no aparelho ideológico dominante na sociedade capitalista. Ocupa o lugar de dominância que outrora pertencera à Igreja na sociedade feudal, quando esta concentrava não apenas funções religiosas, senão também, de informação, escolaridade e de cultura. Na sociedade capitalista, a Escola se constitui em lugar privilegiado de transmissão de técnicas, conhecimentos, cultura e, ao mesmo tempo, de regras que implicam o respeito à divisão social e técnica do trabalho. A esse respeito assinalou Althusser em *post-script* ao seu citado trabalho:

Em verdade não existe, salvo na ideologia da classe dominante, 'uma divisão técnica' do trabalho: toda organização 'técnica' do trabalho é a forma e a máscara de uma divisão e uma organização sociais (de classe) do trabalho. A reprodução das relações de

produção só pode ser, portanto, uma empresa de classe. (ALTHUSSER, 1976, pp. 122-3).

Poulantzas discorda de Althusser - e também de Bourdieu e Passeron - quanto à posição de dominância da Escola sobre outros aparelhos ideológicos, nas sociedades capitalistas. Acredita que em diferentes conjunturas essa posição de dominância pode vir a ser ocupada sucessivamente por diversos aparelhos. Adverte para o fato de que nem a Escola nem os demais aparelhos criam a divisão em classes, embora “(..) contribuam para esta divisão, e, assim, para sua reprodução ampliada” (POULANTZAS, 1973, p.129).

A função de inculcação da ideologia dominante (de tal forma que os indivíduos fiquem sujeitados no seu interior a suas representações e a suas práticas) é acompanhada, simultaneamente, de inculcação dos elementos e efeitos das ideologias emergentes. Na contradição que se estabelece, esses dois elementos se condicionam mutuamente: o êxito do recalçamento e da sujeição condiciona a inculcação e vice-versa. A luta político-ideológica que se estabelece em consequência obriga as classes dominantes ao uso adicional, mas permanente, de práticas repressivas. Como nos demais aparelhos, repressão e persuasão se complementam e coexistem lado a lado.

Tanto Establet quanto Poulantzas criticam as teses de Bourdieu e Passeron considerando-as “escolarcêntricas”, ao superestimar o papel da Escola e esquecer o aparelho econômico na reprodução das relações sociais e na distribuição dos sujeitos. Discordam de Bourdieu e Passeron quando colocam como causa da desigualdade na Escola fatores como: o estilo da educação na primeira infância, o nível cultural da família, as condições materiais de existência, o ethos de classe etc. Consideram que a explicação proposta por esses autores é regressiva, cronológica e reduz as classes sociais às propriedades sociais de cada indivíduo.

Entendem que o curso cronológico família – escola primária – ginásio só existe do ponto de vista do indivíduo e que, na realidade, pré-existem ao próprio indivíduo;coexistem simultaneamente e mantêm relações necessárias e tais que não se pode compreender o que ocorre num dos aparelhos sem se referir a todos os outros. (ESTABLET, 1973).

Da mesma forma que a família não é anterior à Escola, já que continua a exercer sua influência durante o período de escolarização, esta também continua exercendo sua influência durante as atividades sócio-econômicas dos agentes. À ênfase dada por Bourdieu e Passeron ao par causal família-escola, Establet e Poulantzas propõem considerar, de maneira mais abrangente, uma série de relações entre aparelhos, que mergulha suas raízes na luta de classes e na etapa histórica do desenvolvimento da formação social considerada.

Os estudos de Althusser - e também de todos os autores que nessa linha tomam a Escola como Aparelho Ideológico de Estado - sublinham a importância estratégica da educação como instrumento de dominação de classe mas não ressaltam, dialeticamente, sua importância como instrumento de emancipação das classes historicamente emergentes. Não por outra razão, tangido pelas críticas à conceituação dos Aparelhos como instrumentos da classe dominante, Althusser no *post-script* tenta resgatar a dimensão de conflito: “Quem diz luta de classe da classe dominante diz resistência, rebelião e luta de classe da classe dominada”. (ALTHUSSER, 1976, p. 124).

No entanto, essa ressalva, feita posteriormente, não modifica o sentido mais global das formulações althusserianas. Uma das maiores dificuldades dessas formulações está em que, ao eleger o Estado – e com isto as práticas e concepções

dominantes<sup>5</sup> - como foco central de sua análise, não dá conta das contra-ideologias e das práticas sociais alternativas, germens de possíveis transformações, que têm seu berço na sociedade civil.

Dos autores que pensam a educação na sociedade capitalista, Gramsci seria, sem dúvida, quem tem visão mais abrangente e dialética, fornecendo valiosos elementos para se pensar a questão dentro de uma perspectiva de transformação social<sup>6</sup>.

Gramsci foi um pensador<sup>7</sup> preocupado não só em descrever e precisar o funcionamento das instituições e da estrutura capitalista mas, também, identificar nas suas contradições as forças novas que permitiriam sua transformação. Por considerar a vida processo de aprendizagem, colocou ênfase especial na prática política e nas teorizações que dela decorrem, como instrumento de luta. Assim, buscou traduzir a experiência dos homens em permanente ação pedagógica. Não ignorava a ideologia como forma de conhecimento, mas entendia o distanciamento da ideologia dominante e a promoção de uma nova concepção do mundo como necessários para conscientização da situação histórica de classe dos dominados.

Para se compreender o pensamento de Gramsci e nele situar corretamente a questão da educação, faz-se necessária uma leitura não restritiva, ou seja, capaz de integrar a questão pedagógica, a dos intelectuais e a cultura no

---

<sup>5</sup> En efecto, el mecanismo general de la ideología, tal como lo describe Althusser, no deja mucho lugar para pensar teóricamente el papel de las ideologías dominadas ou revolucionarias; y solo parece exhibir um modo de funcionamiento intemporal del que está ausente toda perspectiva de transformación social. Así, por ejemplo, la concepción abstracta e indiferenciada de la ideología como relación imaginaria, cuya única alternativa posible parece ser la ciencia no permite establecer una diferencia cualitativa entre ideologías dominantes y dominadas, con sus modos de funcionamiento, orientación y eficacias específicamente diferenciados, y con sus relaciones con la ciencia también diferenciadas. (GIMÉNEZ, G., 1978, pp. 69-70).

<sup>6</sup> As considerações que se seguem estão baseadas nas obras de Gramsci anteriormente citadas e em: Portelli, H. Gramsci e o Bloco Histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977; Pamplona, M. A.V. A questão escolar e a Hegemonia como relação pedagógica in: Educação e Política: Gramsci e o Problema da Hegemonia. *Cadernos do CEDES*, n.3, s/d.

<sup>7</sup> Essa designação é de fato parcial, e por isso mesmo pobre, para quem teve em sua intensa prática política a base e a razão de suas formulações teóricas. Poder-se-ia dizer que Gramsci viveu ele próprio essa unidade contraditória entre teoria e prática..

conjunto das idéias do autor. É fundamental no quadro de referência o entendimento do papel do Estado em suas múltiplas manifestações e práticas, em especial aquelas referentes à sociedade civil. Isto impõe o tratamento dos aparelhos de hegemonia nas suas relações com as determinações de classe e com a base histórica que os definem em momentos dados, e no vínculo desses aparelhos com uma dada relação de forças na sociedade.

Gramsci toma como inseparáveis as funções coercitivas e econômicas do Estado em seu papel adaptador-educador, articulando a estrutura da produção e o nível ideológico, o Estado e as relações de classe. Essa articulação é mediada, necessariamente, pelo complexo campo das superestruturas, através das quais a classe dominante domina e obtém o consentimento ativo dos dominados. Nessa tarefa do exercício da hegemonia, inserido no contexto da luta de classes, assumem papel de relevo as camadas e forças historicamente criadas e suas relações com o Estado e as classes fundamentais (burguesia e proletariado). Esta é a questão dos intelectuais e da cultura na análise gramsciana.

Para situar essa questão no pensamento de Gramsci, deve-se destacar dois de seus conceitos fundamentais:

- bloco histórico, que traduz a verdade contraditória entre natureza e espírito, entre estrutura e superestrutura, entre forças materiais e ideologia; e

- hegemonia, que remete às relações entre as classes fundamentais da sociedade, no sentido de direção cultural e política.

A expressão da hegemonia passa pelos diferentes momentos das relações de forças entre as classes sociais. Não se restringe à esfera cultural, embora dela não prescindia, pois, como pensava Gramsci, a hegemonia é também

econômica, nasce da fábrica. Se os homens tomam consciência dos conflitos nas relações de produção, no nível da ideologia, deve existir uma relação necessária entre esta e a economia, entre a superestrutura e a estrutura produtiva. Trata-se de uma relação dialética entre os dois elementos do bloco histórico: supõe ao mesmo tempo uma correspondência e uma autonomia<sup>8</sup>.

As concepções expressas acima revelam o simplismo mecanicista daqueles que parecem ver a ideologia como expressão imediata da estrutura (“Teoria do reflexo”). Tem aquela uma relativa autonomia, sendo seu interesse principal o da formação de consciências, de uma vontade coletiva, orientada para a conservação ou, ao contrário, para a formação de um novo aparelho estatal e a transformação da sociedade. A emancipação ideológica não se realiza com um paralelismo e uma simultaneidade ao ritmo das transformações da estrutura econômica: uma parte a precede, outra a sucede. São ritmos diferentes. Daí decorre a importância do reconhecimento das organizações privadas da sociedade civil: a Igreja, o Sindicato, a Escola, etc.

Desse modo, o eixo fundamental sobre o qual se assenta a questão educacional está representado pela articulação que faz Gramsci da questão pedagógica com a da hegemonia. Afirma então que

Toda relação de hegemonia é necessariamente uma relação pedagógica e se verifica não só no interior de uma nação, entre as diversas forças que a compõem, mas em todo o campo internacional e mundial, entre complexos de civilizações nacionais e continentais. (apud PAMPLONA, pp.131-32).

---

<sup>8</sup> A complexidade das relações entre a estrutura e superestrutura já fora reconhecida por Engels, conforme se pode constatar em algumas passagens muito citadas desse autor. Afirmar a consistência própria da superestrutura implica não só reconhecimento de ritmos diferenciais, mas também na “ação de retorno” sobre a estrutura “(...) se bem que as condições materiais de vida são o “*primum agens*”, isto não impede que a esfera ideológica reaja secundária” (Engels, T. “carta a K. Schmidt”, pp. 490-91 outubro de 1890 in: *Obras escogidas* em dos tomos. México, 1980). Em outra ocasião, Engels especifica um pouco mais essa ação: “a situação econômica é a base, porém os diversos fatores da superestrutura que sobre ela se levanta (...) exercem também sua influência sobre o curso das lutas históricas e determinam, predominantemente, em muitos casos, sua forma. É um jogo mútuo de ações e reações entre todos esses fatores”. (Engels, T. “carta a J. Bloch”, de 21 de setembro de 1890, in: *Obras escogidas* em dos tomos. p. 492. México, 1980).



Com a emergência de uma nova etapa do desenvolvimento capitalista, o capitalismo monopolista, o significado das instituições e da ideologia, sua forma de articulação na totalidade social dos países dependentes, passa a ser referido ao sistema capitalista internacional. Os Estados nacionais passam a se desenvolver segundo ritmo, parâmetros e limites determinados em grande parte pelas necessidades globais do sistema.

Mészáros (2005) assinala que pensar a sociedade tendo como parâmetro o ser humano exige a superação da lógica desumanizadora do capital, que tem no individualismo, no lucro e na competição os seus fundamentos.

A educação, para Mészáros, deve ser pensada como processo: ela deve ser continuada, permanente, ou não é educação. Esse autor defende a existência de práticas educacionais que permitam a educadores e alunos trabalharem as mudanças necessárias para a construção de uma sociedade na qual o capital não invada e controle o tempo-espaço dos sujeitos, pois o que as classes dominantes impõem é uma educação para o trabalho alienante, com o objetivo de manter a estrutura de dominação. Mészáros contrapõe a isso a educação libertadora cuja função seria transformar o trabalhador em um agente político que pensa, age e usa a palavra como arma para transformar a realidade.

Situada a questão educacional por referência às formações sociais capitalistas, aborda-se a seguir a educação médica, sua constituição histórica e o conteúdo de sua prática pedagógica.

## 2.2 – Origens da pedagogia médica

Como já foi referido para a educação em geral, a educação médica é uma prática pedagógica historicamente determinada, associando formas e valores ao modo de produção social no qual se articula. Está determinada pela forma como se estrutura a sociedade e pelo lugar nela reservado para a prática médica.

Para melhor situar a medicina e sua prática pedagógica no capitalismo, faremos uma breve resenha sobre a forma que assumiu nos modos de produção anteriores<sup>9</sup>.

Na antiguidade ocidental, as classes dominantes mantinham um verdadeiro culto ao corpo, presente nas artes, nos esportes, na filosofia e religião. A medicina, tanto em seus aspectos teóricos quanto práticos, comparecia como suprema técnica do corpo, desempenhando a função de controle, estudo e desenvolvimento muscular e estético. O equilíbrio, a beleza, a hígidez e a reta proporção foram para os hipocráticos signos de saúde. Não havia contradição entre a medicina interna e a cirurgia: o médico grego era uma espécie de artesão-intelectual e sua técnica era empregada tanto para curar uma febre quanto para reduzir uma fratura.

Na sociedade feudal, a medicina estava estreitamente ligada à instância religiosa. As relações de produção tinham como base a propriedade do senhor feudal. O camponês não era escravo, mas devia trabalhar gratuitamente para o

---

<sup>9</sup> As considerações que se seguem estão baseadas em: Garcia, J. C. *La educación médica em la América Latina*. OPS-OMS. Washington: Publ. Científica 225, 1972; Foucault, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977; Nogueira, P. *Medicina Interna Cirurgia: a formação social da prática médica*. Dissertação de Mestrado. IMS-UERJ. 1977.

proprietário da terra. Essa não correspondência entre relações de propriedade jurídica e de posse efetiva obrigava a intervenção de fatores extra-econômicos para assegurar o direito do senhor feudal de dispor dos produtos do trabalho do servo. A relação entre esses era predominante política e a ideologia religiosa assumia um caráter de dominância na estrutura social.

No período histórico em apreço, com o avanço do processo de divisão social e técnica do trabalho, separando trabalho intelectual e trabalho manual, a medicina e a cirurgia se distinguiram e foram ocupar espaços sociais diferenciados. Desenvolveram distintos graus de saber, habilitação e prestígio social, bem como tomaram objetos de intervenção diversos.

A cirurgia, por suas características mecânicas e de manipulação sobre o corpo, foi identificada com o trabalho manual. Tanto no conjunto da vida social, quanto no âmbito dos serviços médicos urbanos, os cirurgiões não ostentavam o mesmo prestígio desfrutado pelos médicos ou físicos, colocando-se em posição socialmente inferior.

O trabalho do físico era considerado de natureza “espiritual”, superior, não instrumental, donde advinha seu grande prestígio social, o que o colocava no mesmo nível dos outros intelectuais, como os advogados, os padres, etc., atuando como elemento ideológico de regulação entre os estamentos da sociedade.

A caracterização do trabalho do físico como trabalho intelectual chegou a tal ponto que a própria noção de trabalho foi afastada de sua prática, sendo progressivamente afastados todos os aspectos instrumentais que ainda persistiam, como por exemplo, a manipulação de ervas e poções medicamentosas, ensejando então o aparecimento de outra personagem diferenciado: o boticário.

Condizendo com a hierarquia teológica que consagrava a supremacia da alma sobre o corpo, atmosfera ideológica que impregnou toda a vida social na Idade Média, o trabalho do físico tinha como decorrência lógica um estatuto superior. Dirigido para as doenças internas – objeto oculto, invisível – adquiria um caráter místico e religioso, em oposição ao caráter instrumental do trabalho do cirurgião, dirigido para a cura e reparo dos danos corporais, objeto natural, visível. A doença, objeto de intervenção do físico, era concebida como uma essência, uma natureza autônoma em relação ao corpo, este último concebido como uma estrutura através da qual a natureza daquela se mostrava.

Convém observar, no entanto, que o cuidado médico - uma obrigação religiosa, uma caridade - não era atenção médica. A enfermidade - concebida como forma de participação na “graça” de Deus - deveria ser sofrida e todas as ações desenvolvidas para inibi-la eram consideradas como ciência pagã. O trabalho do físico tinha um caráter discursivo, filosófico e biográfico e se limitava a acompanhar a evolução da doença, o confronto entre a natureza do enfermo e a natureza da doença, afastando qualquer influência que pudesse prejudicar o curso natural desta última.

As clientela de físicos e cirurgiões eram bem demarcadas socialmente. Os físicos de maior prestígio, graduados nas universidades mais importantes, assistiam aos reis, príncipes e nobres. Para os físicos e cirurgiões de boa formação técnica, a clientela burguesa era cada vez mais numerosa. A assistência aos pobres ficava a cargo dos curandeiros e barbeiros e, se as cidades os amparavam, eram recolhidos e podiam morrer nos asilos e hospitais da caridade municipal. Os hospitais não tinham então um significado médico. Era um lugar de recolhimento e exclusão de indivíduos e miseráveis, sem qualquer função terapêutica.

Saberes e práticas tão diversas tinham, evidentemente, processos de transmissão e reprodução diferenciados. Os cirurgiões qualificavam-se nas corporações de ofício, numa relação imediata com a atividade profissional, com características essencialmente práticas. Os físicos, ao contrário, formavam-se no saber universalista e discursivo das Universidades, não sendo o estágio prático condição indispensável para sua formação. O processo de formação refletia e, ao mesmo tempo, reforçava a divisão social e técnica do trabalho.

A supremacia da universidade não se limitava ao processo educativo, mas se estendia a toda a organização social da prática médica. A universidade regulamentava diretamente a prática dos físicos e, através do controle das corporações de ofício, regulamentava também a prática dos cirurgiões. Exercia assim a função de zelar pela manutenção da supremacia dos físicos e subordinação dos cirurgiões.

Com as transformações políticas, econômicas e ideológicas que marcam a passagem do feudalismo ao capitalismo, esboça-se uma nova forma de organização social da prática médica. A instância religiosa perde o lugar de dominância que antes ocupava, cedendo vez para as considerações de ordem política e econômica. Formam-se os Estados nacionais que, na forma política de monarquias absolutistas, superam a fragmentação medieval, implantam um aparelho burocrático centralizado, institucionalizam o princípio da soberania nacional e estabelecem o primado do poder do Estado. Torna-se impossível, a partir de então, apreender o significado e as formas assumidas pelo exercício da medicina, sem acompanhar o papel da política econômica e social.

No capitalismo mercantil, a questão política central consistia na preocupação em aumentar a riqueza e o poder do Estado, entendendo-se como necessário para alcançar esse desiderato o aumento do quantitativo populacional.

Uma balança comercial favorável era o principal objetivo da política econômica mercantilista. Na medida em que a população era um fator de produção de mercadorias, tornava-se necessário conhecer sua dimensão e seu “valor”. Ademais, o poder do Estado estava na dependência da constituição de exércitos nacionais, a que a questão numérica novamente comparecia. Resultou dessa necessidade econômico-militar-demográfica a aplicação de métodos estatísticos ao campo da saúde e o aparecimento dos primeiros recenseamentos populacionais, taxas de natalidade e mortalidade.

Em oposição ao seu caráter estritamente individual e privado na sociedade feudal, a medicina passa a ocupar um lugar marcadamente definido como prática social no capitalismo. Embora com características diversas nos vários países europeus, surge no século XVII uma medicina que toma como objeto o conjunto da população e se oferece ao Estado como instrumento de intervenção sobre a vida social. O objeto dessa medicina não é ainda o corpo do trabalhador, mas o corpo dos indivíduos que em seu conjunto constituem o Estado. É o corpo da sociedade, multiplicidade desconhecida, desorganizada, fonte potencial de distúrbios, revoltas, doenças etc, que importa conhecer, classificar, distribuir, dominar. Essa multiplicidade é, a um só tempo, fonte de riscos políticos e sanitários e de poder para o Estado, o novo objeto de uma nova medicina<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> A definição da medicina como prática social pode ser encontrada em Foucault, em *O nascimento da clínica* (1977) e nas *Conferências pronunciadas no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, outubro de 1974. Mimeo.

As requisições de ordem política e econômica vão assim determinar o lugar da medicina na estrutura social capitalista. Com distinções e estratégias que obedecem aos estágios e particularidades do desenvolvimento capitalista nos diversos Estados europeus – o crescente poder do Estado, na Alemanha; o fenômeno da urbanização, na França e a industrialização, na Inglaterra – o certo é que a medicina se converte em poderoso instrumento de regulação social, de controle médico-político da população ou, indicando mais expressamente o caráter de classe do Estado capitalista, de controle das classes dominadas<sup>11</sup>.

Para uma compreensão mais abrangente da função que a medicina veio a desempenhar na sociedade capitalista não bastam, todavia, referências às transformações que se deram na estrutura global da sociedade. Não se pode deixar de considerar as transformações verificadas ao nível da própria prática e saber médico. Entre estas, duas parecem ter assumido um significado especial:

- a reunião em um mesmo espaço, o hospital, da medicina e da cirurgia, transformadas em variedades técnicas e uma mesma prática, que se debruça sobre um mesmo objeto; e

- uma nova totalização que permite apreender, num mesmo olhar, o indivíduo, a população e seu ambiente.

É oportuno assinalar que a experiência desenvolvida no hospital desempenhou papel central, permitindo a recomposição da prática e do saber, criando condições para o surgimento da clínica anatomopatológica.

Como já apontado anteriormente, na Idade Média e até meados do século XVII, o hospital era um espaço estranho à medicina. Era um espaço religioso, de

---

<sup>11</sup> O Estado não se apresenta como Estado de classe, senão como encarnação do interesse geral de toda a sociedade, visto que os interesses de classe são apresentados como os interesses de todos.

recolhimento de uma multiplicidade de marginais, onde se confundiam doentes, mendigos, prostituta, loucos, etc. Dava-se ali assistência material e espiritual, sobretudo para aqueles que estavam à morte e deviam receber os últimos auxílios e sacramentos. Era esta a função essencial do hospital: lugar de exclusão-separação.

Com o processo de disciplinarização da vida social, característico do capitalismo, o hospital passou a ser visto como lugar de perigo, fonte de doenças, lugar de amontoamento de heterogêneos. A introdução de mecanismos disciplinares permitiu conhecer esta multiplicidade, classificá-la e atuar sobre ela. Permitiu a medicalização do hospital.

Qual o significado desses mecanismos? Segundo Foucault, a disciplina representou uma nova técnica de gestão do homem; possibilitou analisar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e delas extrair o melhor rendimento, graças a um sistema de poder que permite controlá-lo. As disciplinas se tornaram, no século XVIII, fórmulas gerais de conhecimento e poder.

Essa verdadeira anatomia política, esse formidável e capilar mecanismo do poder, não se impôs subitamente. Impôs-se através de processos mínimos, esparsos, de origens e em locais diferentes, mas que entraram em convergência e esboçaram a fachada de um modo geral. Com efeito, encontramos-os nos exércitos, nas fábricas, nos colégios, nos hospitais e em outras instituições, denunciando um modo novo de investimento político do corpo, uma “microfísica” do poder, que se estendeu cada vez mais até cobrir todo o corpo social.

Em resumo, esse poder disciplinar supõe:

- uma arte de distribuição dos indivíduos: “a disciplina é, antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a



inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório”.(FOUCAULT, 1979, p.106);

- um controle que não se estabelece sobre o resultado e sim sobre o desenvolvimento de uma ação. Não visa mais o comportamento ou a linguagem do corpo, mas a economia, a eficácia dos movimentos, sua organização interna;
- uma técnica de poder que encerra uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos: surgem sistemas hierarquizados e permanentes de vigilância; e
- um sistema de registro contínuo.

Esse mesmo sistema de observação, registro e análise, que permitiu a transformação do hospital em instrumento terapêutico, permitiu também o estudo e a análise dos fenômenos coletivos e do meio social. Os amontoados urbanos, as construções, a topografia, os rios, o regime dos ventos e das chuvas, a temperatura, a localização de cemitérios, matadouros e hospitais, etc., tudo enfim passa a ser objeto de um olhar analítico.

De um espaço fechado, onde estava condenado à observação perpétua do desabrochar de essências patológicas, o saber médico se abre para o espaço social. No século XVIII, esse novo estilo de totalização compreendeu um plano onde todas as informações coletadas se cruzavam sistematicamente e se completavam: estudo das topografias, observações meteorológicas, análise das epidemias e das doenças comuns, descrição de casos extraordinários. O cuidado médico individual não tem lugar senão como objeto de um olhar que o ultrapassa. Enquadra-se dentro da moldura de uma consciência médica generalizada, difusa no tempo e no espaço,

ligada a cada existência individual, mas também à vida coletiva e às condições em que se desenvolve.

A medicina da percepção individual, da assistência familiar, dos cuidados à domicílio só pode encontrar apoio em uma estrutura coletivamente controlada e que recobre a totalidade do espaço social. (FOUCAULT, 1977, p.21).

O corpo no modo de produção capitalista é analisado, contabilizado e valorizado, como instrumento de produção e elemento componente do poder-força do Estado. A medicina se torna uma estratégia bio-política amparada nas malhas institucionais do Estado, instrumentalizando-o, para que este seja capaz de praticar uma política nacional e permanente.

Nesse sentido, a medicina que se desenvolve no capitalismo “é uma medicina social que tem por background uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social e só um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico - doente. (FOUCAULT, 1979,p 79).

Nos primórdios da medicina moderna o hospital funcionou como laboratório, como lugar de experimentação de um modelo, como lugar de nascimento da clínica mas, sobretudo, como lugar de totalização, em que o doente singular e coletivo se apresenta como objeto.

O indivíduo e a população são dados, simultaneamente, como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto indivíduo quanto da população. (ibid.p.111).

O que teria determinado essa redistribuição, cindindo um campo até então único em a medicina do indivíduo e a medicina da população?

Deve-se dizer que, embora de forma pouco desenvolvida, embrionária mesmo, essa divisão estava presente desde o nascimento da medicina moderna. A medicina individual, curativa, tem suas origens nos cuidados médicos individuais de

que as elites dominantes se beneficiavam. Com o avanço da industrialização no século XIX, imprimindo maior complexidade ao processo de trabalho e especializando o trabalhador, tornou-se necessária a extensão dos cuidados médicos à força do trabalho. Ganha nitidez então a divisão do campo médico, resultando no desenvolvimento de dois sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial, em cujo interior se estabelecem diferenciações em função das clientela-alvo a que se destina: os setores dominantes, os trabalhadores e a população em geral; e uma medicina administrativa, encarregada de problemas gerais como vacinação, epidemias etc. Em países de industrialização incipiente, a medicina administrativa era o único tipo que alcançava a população em geral<sup>12</sup>.

A partição do campo médico parece ter resultado, também, do desenvolvimento das ciências naturais no século XIX. O conhecimento sobre o corpo e os sistemas orgânicos foi decorrente da cooperação entre a cirurgia e a medicina no hospital e, em parte, do extraordinário avanço da física, química, biologia, bacterioscopia, de métodos de assepsia, etc. Esse avanço permitiu o aparecimento da clínica anatomopatológica, modelo médico dominante ainda hoje, em que os mecanismos da doença identificam-se com as alterações de forma e funcionamento do corpo: a enfermidade aparece como forma patológica da vida. Não é mais uma essência que se manifesta através do corpo, mas o próprio corpo tornando-se doente.

A clínica anatomopatológica estabelece como condição para explicar a doença a identificação de lesões orgânicas ou o achado de microorganismos

---

<sup>12</sup> Essa terminologia empregada por Foucault (1974) se refere estritamente ao período histórico por ele analisado. Com o desenvolvimento das forças produtivas e do papel assumido pelo Estado nas sociedades contemporâneas, essa divisão tornou-se demasiada esquemática.

patógenos. Essa condição, para um grande número de doenças, foi crescentemente satisfeita no século XIX, consolidando a posição da anatomia patológica e da bacteriologia como alicerces da medicina moderna.

A exigência de identificação de lesões corporais ou do achado de microorganismos como agentes etiológicos para fundamentar um diagnóstico em bases científicas, para explicar uma doença, deu outro rumo à medicina, “naturalizando” a doença. Sob tais condições, não foi difícil passar o doente e seu ambiente para um plano secundário e estabelecer uma relação de causa e efeito entre germe e doença. A doença e não o doente, voltou assim a ser a preocupação principal do médico. O reducionismo bacteriológico ou organicista chegou a tal ponto que, no final do século XIX, Behring proclamava a bacteriologia como a “verdade médica definitiva”. (ROSEN, 1979).

É justamente essa medicina que se impõe como dominante na Escola Médica a partir do momento em que o hospital é agregado à escola (século XIX), e se torna o lugar privilegiado de ensino.

Devido a esse papel de dominância entre todos os elementos na articulação do campo médico, impõe-se pensar a prática, sua organização e seu significado em organizações sociais concretas.

## **CAPITULO 3**

### **Prática médica e estrutura social**

Neste capítulo são traçados, primeiro, alguns aspectos definidores da forma como se realiza a medicina nas formações sociais capitalistas e, segundo, aspectos da organização do setor saúde no Brasil. A perspectiva de análise privilegiada implica no reconhecimento da historicidade da prática médica, de seu campo de saber, seus objetivos e suas formas de organização social.

#### **3.1 - A medicina na sociedade capitalista**

Interessa apontar aspectos da articulação da medicina nesse modo de produção social e que determinações exercem sobre o ensino médico.

Diversos estudos, como os de Donnangelo e Pereira (1976), Luz (1979) e outros sublinham as funções das instituições médicas na reprodução das condições materiais e não materiais de existência. Outros, como os de Foucault (1974), Machado (1978), Luz (1982), procuram retratar o caminho através do qual essas instituições se constituíram ou se investiram de poder do Estado e passaram a ser peças fundamentais de hegemonia política.

Na perspectiva de García (1972), a medicina é entendida como um campo estruturado de práticas articulado ao conjunto de outras práticas de reprodução social. Procura-se assim superar o enfoque de considerá-la apenas na dimensão de

prática técnica, equívoco talvez propiciado pelo extraordinário desenvolvimento técnico-científico acumulado, bem como por sua anterioridade ao próprio modo capitalista de produção.

A anterioridade da medicina em relação ao capitalismo fez do médico o exemplo acabado do que Gramsci (1978) chamou de “intelectual tradicional”.

Historicamente, os próprios conceitos de saúde e doença e os tipos de serviços de saúde têm mudado e sido redefinidos segundo as necessidades do modo capitalista e suas relações de produção. Particular importância assumem aqui os estudos de Michel Foucault. No livro *O Nascimento da Clínica* (1977), Foucault demonstra que o surgimento da medicina moderna está relacionado a uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos, bem como em novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. Nas *Conferências* realizadas no Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), o filósofo francês identifica, com precisão histórica, o nascimento da Medicina Social, dirigida pelo Estado e destinada à regulação do espaço urbano e à manutenção de uma população produtiva, condição demográfico-econômica fundamental para o fortalecimento do Estado e desenvolvimento do capitalismo mercantil (FOUCAULT, 1974).

No Brasil, na década 1970, começaram a surgir estudos inspirados nos trabalhos de Foucault que procuravam apreender o papel da medicina na constituição do Estado brasileiro. Ou seja, tentavam apreender a medicina como um instrumento de hegemonia de classe, ao assegurar ao Estado, através das instituições médicas, formas de controle social. Machado assim se refere às relações entre medicina e Estado no Brasil:

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que não só

têm vigorado até o presente, como têm-se intensificado cada vez mais: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado (MACHADO *at all*, 1978, p.155).

Mais adiante, completa:

A produção de um novo tipo de indivíduo e de população necessário à existência da sociedade capitalista, antes mesmo do aparecimento de grandes transformações industriais, está, portanto, intrinsecamente ligada ao novo tipo de medicina que pela primeira vez equaciona uma relação de causalidade entre os termos saúde e sociedade (Ibid., p.156).

Costa (1980) mostra o processo de penetração da Ordem Médica na regulação social e familiar, assumindo o significado de legitimação de dominação de classe, encoberta sob o manto de uma pretensamente neutra intervenção científica.

Mais recentemente, e dentro do mesmo marco teórico que orientou os autores citados, Luz mostra as relações históricas entre a medicina e a constituição do Estado Brasileiro no século XIX, assinalando que os médicos “são objetivo e historicamente os primeiros intelectuais orgânicos de ordem burguesa e seus setores dominantes” (LUZ, 1982, p.22).

Todos os autores citados recusam-se a aceitar o divórcio entre saber médico e suas propostas de intervenção na sociedade. A hipótese básica é a de que todo conhecimento produzido numa estrutura social será por ela condicionado e tem implícita ou explicitamente um significado político. Mostram que na sociedade brasileira, mais do que conhecer o organismo humano, a medicina tem se constituído em forma de conhecer, ordenar e regular o corpo social. A medicina tem participação de relevo no projeto de normalização social. Nesse sentido, todos concordam com Foucault, em quem a medicina é parte histórica e dispositivo componente da malha de regulação social da sociedade capitalista.

O conceito de Estado assumido neste trabalho é o conceito gramsciano de Estado ampliado, abrangendo todo o conjunto da superestrutura: “sociedade política mais sociedade civil, isto é, hegemonia revestida de coerção” (GRAMSCI, 1978, p.149). Assim, o poder de intervenção médica não se restringe à noção de aparelhos ideológicos, como na concepção althusseriana. Tem um âmbito mais abrangente, adquire um caráter mais difuso e penetrante na vida social, como são os casos das normas escolares, sexuais etc.

É importante ressaltar que o exercício da hegemonia não implica tão somente numa justificativa da dominação, da opressão, da doença. É fundamental que a forma como estas questões são pensadas, os conceitos pelas quais são apreendidas, a caracterização de seus determinantes e as “soluções” propostas tenham por horizonte e limite a própria Ordem social e não coloquem em cheque a estrutura de dominação. É necessário obter o consentimento ativo dos governados.

Daí que questões como o trabalho, a doença, entre outras, devem ser pensadas, no interesse da reprodução da Ordem, a partir de um enunciado que lhes imponha um limite, que lhes dê uma direção. Dentro dessa linha teórica, as instituições médicas constituiriam, ao lado das escolas, prisões, fábricas, e outras, a espinha dorsal da Ordem Social, preservando as relações sociais dominantes. Delas se espera “formar, controlar e reprimir: funções transversais das instituições, destinadas a fixar a ordem institucional e, assim, o aparelho cultural hegemônico” (LUZ, 1979, p.38).

As relações entre as instituições sociais e o Estado conhecem momentos de crise e de oposição. Isto desfaz qualquer veleidade de se pensar as instituições como simples prolongamentos do Estado, uma unidade, instrumentos pacíficos de uso da classe dominante. Em termos gerais, isto se compreende a partir do próprio



conceito de hegemonia: por um lado, implica em dominação, em universalização do poder político-ideológico de uma classe social; por outro lado, em resistência, em contra-discurso, em conflito. As instituições são palcos de luta política, não se reduzindo a simples aparatos de dominação. A resistência à dominação se dá no próprio interior do espaço institucional.

Do exposto, que pode ser sintetizado no conceito de hegemonia, depreende-se o que vários autores chamam de funções supra-estruturais da prática médica, ao funcionar como fator de neutralização de tensões sociais. Nesse sentido, as categorias da nosografia médica permitiriam a redução em nível individual de problemas cuja origem estaria nas relações de produção entendidas como relações (de dominação) de classe. Ademais, o consumo de atos médicos deslocaria para a esfera do consumo problemas decorrentes da desigualdade no nível da produção. Representaria uma reinterpretação das reivindicações dos setores populares por melhores condições de vida e de saúde: garante-se um nível mínimo de consumo de serviços médicos, erigido em “direito social”. Assim o Estado capitalista responde setorialmente, através das chamadas políticas sociais, manipulando as contradições que lhe são inerentes, mantendo intocada a estrutura social e garantindo a reprodução social dos trabalhadores como classe subordinada.

Não se deve esquecer, todavia, que a extensão dos serviços médicos, via mecanismos de seguro social, garantindo um consumo mínimo (efetivo ou não), é produto histórico das lutas da classe trabalhadora.

Nas alterações experimentadas pela produção de serviços médicos manifestou-se, em duplo sentido, o processo acima referido de incorporação da desigualdade ao nível político-ideológico: expressão, a um só tempo, do exercício de hegemonia de classe e das pressões por aumento de consumo como potencialmente negadoras dessa hegemonia (DONNANGELO & PEREIRA, 1976, p.46).

A citação acima expressa com clareza a presença do conflito como elemento permanente, e nunca superado, nas sociedades de classe. Embora o Estado, ao estabelecer suas políticas sociais, propicie uma ampliação no consumo e distribuição da medicina, assumindo uma feição universal e acima dos interesses de classe, deve-se salientar que a ação do Estado reflete, em última análise, a relação de forças sociais existentes numa sociedade concreta.

O exercício do poder político-ideológico é condição para o domínio e a exploração de classe no nível da estrutura produtiva capitalista. A contribuição da medicina, para a manutenção e reprodução da força de trabalho não tem escapado aos autores citados até aqui. Embora compartimentando as funções que o poder político assume no modo de produção capitalista, os autores citados não desvinculam os diversos efeitos e articulações de medicina, seja de constituir o Estado enquanto parte de seu corpo institucional, seja o efeito político-ideológico no plano concreto da reprodução social, seja a especificidade de suas relações com a estrutura econômica.

Quanto a este último aspecto, uma dupla dimensão da prática médica tem sido enfocada: primeiro, o papel da medicina na manutenção e reprodução da força de trabalho; segundo, a constituição da medicina como setor de realização do capital, sobretudo através da incorporação de tecnologia e da organização da prática médica em moldes empresariais. Pollack (1971) é referência obrigatória, quando se trata da função da medicina na manutenção e reprodução da força de trabalho. Mostra esse autor que os próprios conceitos de saúde e doença, o sentido da intervenção médica, o privilégio diferencial concedido aos diversos grupos sociais estariam determinados pelas exigências do processo de acumulação capitalista. Ao prolongar a vida, ao preservar a saúde, ao recuperar da doença, a medicina

permitiria a definição permanente de um nível de produtividade. Para Pollack, a medicina se constitui em ato regulador da força de trabalho e permite à sociedade atribuir ao trabalho um valor de norma biológica.

Concebendo a manutenção e regulação do corpo para o trabalho, dentro do que denominou “atitude instrumentalista para com o corpo”, Dreitzel (ano?) assinala que no capitalismo a saúde é definida como a capacidade de produzir o excedente apropriado pelos proprietários dos meios de produção. Isso explicaria porque, na sociedade americana, dificilmente se proporcionam serviços de qualidade para os pobres e os velhos que não vendem sua força de trabalho.

Na observação de Dreitzel se revela a desmistificação do padrão igualitário do consumo e o registro da lógica que norteia a articulação entre a prática médica e a estrutura de classes: a prática médica adquire significados distintos conforme os grupos e classes sociais a que se destine.

Pode-se dizer que a extensão dos cuidados médicos, quer pela necessidade de reprodução da força de trabalho, quer por necessidades geradas no nível dos confrontos de classe, a nível político-ideológico, obedece a uma seleção dos grupos sociais incorporados ao consumo médico segundo sua importância política e econômica. Em trabalho anterior, Lima (1979) procura mostrar que a lógica da expansão do seguro social no Brasil obedeceu precisamente à importância relativa dos diversos setores sociais para o processo de acumulação. Assim, foram atendidos, primeiramente, os setores ferroviários e marítimos, vitais para a economia primário-exportadora.

Em sociedades mais complexas e com maior diversificação dos setores produtivos, ocorre uma crescente diferenciação de instituições e práticas de saúde,

conforme as exigências políticas e econômicas de assistência às áreas mais industrializadas dos grandes centros urbanos.

Em termos históricos, esta diferenciação já pode ser notada desde a segunda década do século XX, quando começam a se organizar, no interior de algumas empresas, em São Paulo, serviços médicos para os trabalhadores, mediante desconto mensal de uma percentagem dos salários (LIMA, 1979).

Com a evolução e desenvolvimento do capitalismo no Brasil, formas de organização assistência médica paralela e particular tenderam a uma articulação e convergência para subordinação crescente ao sistema previdenciário. Isso se deu no quadro de progressiva interferência do Estado na regulação das relações entre o capital e o trabalho, recriando as condições do desdobramento do capitalismo, já na sua fase urbano-industrial:

Em especial, na esfera de acumulação de capital, o Estado se projeta como centro máximo de decisão. ...Todavia, segundo os requisitos do regime, é preciso que o Estado interfira no mercado da força de trabalho. Como a reprodução do capital se funda na força de trabalho, esta ganha um estatuto especial na época da industrialização, em particular quando se apresenta ao nível das relações de classe (IANNI, 1965, p. 143).

Nos anos 1950, com a predominância da estrutura produtiva de base industrial e a nova correlação de forças sociais<sup>13</sup>, tornam-se progressivamente mais qualificados e fundamentais para o processo de acumulação de alguns setores da classe trabalhadora ligados à produção industrial. Além disso, alteração qualitativa e quantitativa do processo de acumulação, gera necessidade de criação de condições institucionais para a expansão de atividades ligadas ao mercado interno. Tais fatores vão determinar, a partir dos anos 1920, o desenvolvimento e consolidação de formas

---

<sup>13</sup> A emergência das camadas populares no cenário político, na forma subordinada aos grupos dominantes, característica no período 1946-1964. Ver, a propósito, os ensaios de Francisco Weffort reunidos no livro *O Populismo na Política Brasileira*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1978.

de organização assistencial diferenciadas, conforme o setor ou fração da classe trabalhadora e sua importância para o processo de acumulação.

Surgiram nos anos 1950 as empresas de serviços médicos que, através de convênio e repasses financeiros da Previdência Social, proporcionavam assistência médica aos setores mais qualificados da classe trabalhadora<sup>14</sup>. Restou, ao segmento restante da população previdenciária esperar nas filas dos postos médicos da Previdência ou, caso fosse previdenciária, ser objeto dos programas eventuais e limitados do Ministério da Saúde.

Para se entender a importância relativa concedida aos diversos grupos sociais no tocante à assistência médica, é preciso relacioná-la com o valor atribuído a eles no mercado de trabalho. Por conseguinte, tanto a força de trabalho ativa tem preferência sobre a inativa, quanto os setores de maior qualificação são alvo de um tratamento eficaz - no sentido de garantir o retorno ao trabalho e prevenir o absenteísmo - e rápido, por parte das Empresas médicas conveniadas à Previdência.

Para Possas (1981) seria então possível evidenciar um corte entre população em geral / população trabalhadora e saúde coletiva / saúde individual

Essa autora observa que a existência de grandes contingentes populacionais “afuncionais” para o processo de acumulação é produto do próprio desenvolvimento capitalista. Fala, então, de desemprego ou “marginalização” estrutural de grupos sociais afastados de qualquer possibilidade de absorção ao sistema produtivo.

---

<sup>14</sup> Consultar a respeito: Cordeiro, H. A. *As Empresas Médicas – um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil*. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da USP, São Paulo, 1981. Mimeo.

Esse problema se tornaria mais grave nos países subdesenvolvidos que, por sua característica de industrialização tardia, tenderiam a liberar mão-de-obra do campo e de relações de produção anteriores, agora submetidos à hegemonia de produção capitalista.

Nas cidades, esta mão-de-obra liberada não seria absorvida na mesma medida, não por dificuldades conjunturais de queda de demanda, e sim devido à especialização crescente do trabalho e à racionalização cada vez maior do processo produtivo. O vertiginoso incremento tecnológico nas últimas décadas seria outro fator para a cada vez menor absorção da força de trabalho.

Destarte, a marginalidade e o desemprego seriam estruturais e inerentes ao processo de acumulação capitalista nos países subdesenvolvidos. Tavares e Serra assinalam a este propósito:

marginalidade, desemprego estrutural, infra-consumo, etc., não constituem, em si mesmos, e necessariamente, problemas fundamentais para a dinâmica econômica capitalista, ao contrário do que ocorre, por exemplo, com os problemas relacionados com a absorção de poupanças, oportunidades de investir, etc. ... Nesse sentido, poder-se-ia dizer que enquanto o capitalismo brasileiro se desenvolve satisfatoriamente, a nação, a maioria da população permanece em condições de grande privação econômica e em grande medida devido ao dinamismo do sistema, ou, se se quer, do tipo de dinamismo que o anima (TAVARES & SERRA, 1971, p. 66).

O Brasil, bem como outros países latino-americanos, de capitalismo dito “tardio” teriam desenvolvido uma “industrialização capitalista retardatária”, estimulada pela crise da economia mundial em 1929, mas tendo como mola propulsora a acumulação propiciada pela economia primário -exportadora. Com a industrialização, altera-se substancialmente o panorama essencialmente mercantil das principais cidades, desenvolvem-se relações sociais capitalistas e tem expansão e adquire crescente importância política e econômica a força de trabalho urbana e industrial.

Para o que se quer apontar aqui é suficiente reter a idéia de que o incremento do processo de industrialização e conseqüente aumento, especialização e diferenciação dos trabalhadores urbanos, introduz novas necessidades em termos políticos e econômicos. Essas novas necessidades podem ser resumidas em termos de necessidade de controle, manutenção e reprodução da força de trabalho assalariado. No interesse da satisfação dessa necessidade e, dialeticamente, resultado de pressões por aumento de consumo, deve-se entender o surgimento de uma indústria de bens de consumo assalariado, a emergência do seguro social, a promulgação de leis trabalhistas e o desenvolvimento da assistência médica previdenciária.

Historicamente, o desenvolvimento de uma assistência médica voltada para os setores populares, ou mais precisamente, para setores assalariados urbanos, rompe com o exclusivismo do padrão liberal de medicina curativa vigente desde o século XIX, dirigida tão somente às elites, excluídas as demais camadas da população.

Aos trabalhadores e suas famílias, preponderantemente, recorriam quando doentes, à medicina “popular”. Nos casos em que a doença exigia cuidados hospitalares, eram procuradas as filas da indigência dos hospitais ligados à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (PEREIRA NETO, 2001).

Pode-se perceber que nas primeiras décadas do nosso século, embora de forma não sistemática, as ações médicas destinadas à população em geral restringiam-se às campanhas sanitárias. Com uma economia mercantil, primário-exportadora, a necessidade de acumulação exigia o controle e diminuição dos índices epidêmicos, a ordenação e controle do espaço urbano e zonas produtivas, principalmente portos e cidades litorâneas. A lógica da inserção da medicina nesse

momento estava presidida pela necessidade de realização do capital comercial através da higienização das cidades.

A expansão paulatina da medicina curativa é exigência do desenvolvimento do capitalismo industrial. Dirige-se precipuamente à força do trabalho, considerada não de maneira homogênea, mas na sua importância relativa para o processo de acumulação.

As ações coletivas de saúde, para efeito ideológico, continuam sendo proclamadas como essenciais e prioritárias, mas, na prática, os dados mostram a primazia concedida às ações curativas<sup>15</sup>.

O Estado garante o consumo de medicina aos grupos periféricos ao processo produtivo, mas importantes do ponto de vista da reprodução da força de trabalho, como as crianças ou destinada àqueles setores em que a infra-estrutura de serviços opera como viabilizador da penetração de relações de produção capitalistas, como o caso do campo.

Donnangelo e Pereira (1976) elucidam a conexão entre prática médica e força e trabalho, recusando a dicotomia entre funções infra-estruturais e supra-estruturais da primeira. Observa que os portadores da força de trabalho, ao contrário de outra mercadoria qualquer, são agentes históricos e, como tal, inseridos economicamente na infra-estrutura, e também na superestrutura, ao lutar permanentemente contra a redução do seu valor como força de trabalho. Através de mecanismos supra-estruturais - ideológicos - de manipulação da estrutura de necessidade e do nível de consumo, a medicina concorreria para diminuir os custos de reprodução e, portanto, o valor da força de trabalho enquanto mercadoria. Segundo os autores,

---

<sup>15</sup> Dados demonstrativos podem ser encontrados em Luz, M. (1979); Possas, C. A. (1981).



a menos que se incorra no reducionismo economicista, a medicalização da sociedade tem que ser retida em sua dupla determinação – infra-estrutural e supra-estrutural – cabendo-se pensar no peso diferencial de uma ou de outra conforme os contingentes populacionais da formação social que reproduz o modo de produção capitalista (DONNANGELO & PEREIRA, 1976, p. 115).

A observação acima permite a distinção esquemática entre os portadores “efetivos” ou “potenciais” de força de trabalho e aquele contingente “marginal”, indiretamente ou não inserido no processo produtivo.

Outra dimensão da articulação entre estrutura econômica e medicina se refere à constituição desta última como um setor capitalista, ou seja, como setor estratégico na realização do valor de mercadorias da indústria farmacêutica e de medicamentos médico-hospitalares.

A influência desses setores se faz sentir no acelerado ritmo modernizador - entendido como tecnificação crescente do ato médico - e especializante conferido à prática médica, aprofundando o conhecimento e fragmentando o processo de trabalho, exigindo para sua complementação a intervenção de outro especialista ou exames complementares.

A crescente complexidade do ato médico, com o uso de equipamentos de alto custo e rápida obsolescência, e a necessidade do trabalho grupal enseja o aparecimento de novas modalidades de organização da produção de serviços de saúde - a empresa de serviços médicos. É a esse complexo articulado e interdependente, formado pelas indústrias farmacêutica, de equipamentos, técnico-hospitalares e empresas prestadoras de serviços, com a sustentação da Previdência Social, que Cordeiro, nos anos de 1970, denominou Complexo Médico-Industrial (CORDEIRO, 1981), cuja constituição, poderia ser considerada como a forma, por excelência, nas sociedades capitalistas, de realização da medicina moderna.

O desenvolvimento do Complexo Médico-Industrial exerce pressão contínua para a recomposição da prática médica, no sentido de incorporação de sempre novos equipamentos e descobertas farmacológicas, gerando um processo de modernização permanente, cuja racionalidade deve ser procurada na necessidade de realização da mais-valia destes setores industriais. A modernização da prática médica, por sua vez influencia toda a estrutura de serviços e as necessidades de saúde, orientando, portanto, a demanda.

Conforme análises já efetuadas<sup>16</sup> esses setores - farmacêutico e de equipamentos médico-hospitalares - por envolverem tecnologia sofisticada e elevadas somas de capital, propiciaram, com a cobertura das políticas estatais, o predomínio de grupos multinacionais. Observa-se, nos últimos anos, a penetração crescente da capital multinacional também no setor da prestação de serviços médicos e seguros de saúde.

Parece correto afirmar que se as pressões dos setores populares foram suficientes para conseguir a ampliação da cobertura assistencial, não o foram, todavia, para melhorar os níveis de saúde da população. Ou, em outras palavras, os setores dominantes conseguem moldar a política do estado à sua feição, desconsiderando, na medida de seus interesses, as reais necessidades da população. Esclareça-se que as pressões populares não estão apenas dirigidas ao acesso à assistência médica, mas também às condições gerais de existência, das quais a saúde é resultante e para o que a medicina não parece dar a contribuição maior<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Ver, entre outros: Assis Pacheco, M.V. *A Máfia dos Remédios*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978; Giovanni, G. "Sobre a Política de Medicamentos", 30ª. Reunião Anual da SBPC Mesa Redonda sobre Política de Saúde: Aspectos da Problemática Atual, São Paulo, 19 de julho de 1978; Cordeiro, H. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

<sup>17</sup> Consultar, a esse respeito: Illich, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Não se pode olvidar, entretanto, para efeito de análise dos determinantes das políticas de saúde, do tipo de prática médica dominante ou das propostas de ensino médico, que a realização do capital não se encerra nos limites nacionais, que a dinâmica do capitalismo brasileiro e dos demais países latino-americanos guarda sentido com a dinâmica capitalista mais global. A presença na América Latina de empresas multinacionais de equipamentos médicos, de medicamentos e de prestação de serviços apenas confirma que o setor saúde não escapa a essa lógica.

Mesmo com a intervenção - e sustentação - pelo Estado, as possibilidades de garantir o consumo de uma medicina sofisticada e cara são limitadas. Esta limitação exprime a contradição entre a necessidade de ampliação de cobertura e a opção por uma medicina cada vez mais cara. Nesse sentido, o “vermelho” da Previdência Social brasileira foi o sintoma, ao mesmo tempo, da necessidade e incapacidade em garantir para todos o consumo desse tipo de medicina.

Tradicionalmente, a resposta que o Estado tenta dar a essa contradição consiste no estabelecimento de formas diversas de organização dos serviços de saúde. A medicina liberal, a medicina previdenciária e a medicina do trabalho são formas de organização paralelas, embora mais ou menos articuladas - sobretudo as últimas - de produção de serviços médicos.

Nos Estados Unidos, na década de 1950, e na América Latina, mais recentemente, o Estado parece querer responder à contradição entre as necessidades de ampliação da cobertura assistencial e o encarecimento da prática médica. A resposta se deu através de uma recomposição de elementos internos à prática, gerando formas de prática - e não apenas de organização de serviços - diferenciadas conforme a importância para o processo de acumulação capitalista dos

grupos e frações de classes sociais a que se destinem. Assim, a fração de classe considerada, a tecnologia do setor, a organização do processo produtivo, o maior ou menor desgaste da força de trabalho, o grau e tipo de desenvolvimento das forças produtivas, o risco a que se vê exposto o trabalhador, a situação da luta de classes, o controle estatal-patronal etc. são elementos que se devem levar em conta.

Justamente como um recurso à contenção dos custos crescentes da assistência, através da racionalização e simplificação de procedimentos, e ao mesmo tempo, como forma de garantir um nível mínimo de consumo - mais importante do ponto de vista político do que econômico imediato - surgem as propostas e modelos de “reforma médica”.

As propostas de “reforma médica” compreendem vários movimentos e projetos - Medicina Integral, Medicina Preventiva, integração Docente-Assistencial, Medicina Comunitária – que, através da racionalização-simplificação da prática médica destinadas a grupos sociais excluídos do cuidado médico ou destituídos de importância econômica imediata para o processo de acumulação, constituem formas paralelas da prática, mantendo intocadas suas formas dominantes de estruturação.

A escola médica e os movimentos de educação médica assumem particular interesse enquanto veículos propugnadores ou de difusão de práticas e modelos de atenção médica, constituindo-se o espaço escolar ou sob “jurisdição” escolar, lugar de experimentação, avaliação e legitimação dos novos modelos.

### **3.2 - A conformação do setor saúde no Brasil**

Desde o final do século XX atravessamos um período de aceleradas transformações. Revolucionam-se os conceitos sobre a saúde e a própria Organização Mundial de da Saúde (OMS) a define como um estado de completo bem-estar físico mental e social, e não apenas como ausência de doença. A Conferência promovida pela OMS em 1978, na cidade de Alma Ata, na antiga União Soviética, aprovou a proposta-meta de “saúde para todos no ano 2001”, através de cuidados primários de saúde. O Estado brasileiro, na Constituição Federal de 1988, respondeu a este repto assumindo o compromisso segundo o qual “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. O direito à saúde é assim assumido efetivamente como uma responsabilidade social e política do Estado brasileiro.

Em 2008 comemoram-se os trinta anos da Conferência de Alma Ata, marco do movimento pela universalização do serviço de saúde. Coincidentemente, comemoram-se também os vinte anos da promulgação da atual Constituição Federal e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **3.2.1 Os marcos jurídicos do sistema**

Para o que nos interessa apreender aqui é importante assinalar que a criação do SUS significou o desenho de um novo arranjo institucional para a política nacional de saúde. Este buscou assegurar o acesso indiscriminado de toda a

população ao serviço e ações do sistema e superar a profunda dicotomia entre o subsistema de saúde coletiva e o subsistema de assistência médico-hospitalar, que conviviam de forma desarticulada desde a década de 1930.

Foi somente na Constituição Federal de 1988 que este desenho institucional ganhou bases de sustentação jurídico-legal capazes de dar suporte a um sistema nacional de saúde integrado ao sistema de seguridade social.

O capítulo da saúde da atual Constituição incorporou praticamente todos os princípios propostos pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que podem ser assim resumidos:

- a) conceito ampliado de saúde relacionado aos seus determinantes sociais;
- b) saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- c) natureza pública das ações e serviços;
- d) reformulação do sistema nacional de saúde;
- e) criação de um sistema unificado de saúde como instrumento de garantia da universalização e equidade;
- f) hierarquização dos atos e serviços em rede regionalizada;
- h) fortalecimento do papel dos municípios;
- i) participação social;
- j) descentralização e democratização.

A incorporação desses elementos no capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988 consolidou uma tendência na gestão pública setorial:

- de reconhecimento da saúde como direito social assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (Art. 196);

- de estabelecimento de uma nova estratégia político-administrativa para a ação estatal na área, ao determinar o atendimento integral, a descentralização das ações e a participação comunitária (Art. 198, I, III);

- de comprometimento financeiro com a criação de um orçamento público de seguridade social que sustente um conjunto integrado de ações capaz de “assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Art. 194);

- de unificação da ação pública pela definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços (Art.196 e Art. 198).

A tendência à descentralização setorial através da redistribuição da competência de decisão e de recursos entre esferas e governo foi traduzida pela definição do município como o único ente federativo ao qual é atribuída a missão constitucional de prestar serviço de atenção à saúde da população. À União e aos Estados cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (Art.30, VIII).

A incorporação desses elementos ao texto constitucional, onde figuram como “diretrizes do sistema único”, representou uma vitória política do “movimento sanitário” (ESCOREL, 1996). Houve um enorme avanço no plano dos direitos, reconhecimento da relevância pública dos serviços e ações (caput. do Art. 198) e o estabelecimento das bases para o fortalecimento do setor público. Ao mesmo tempo,

a Carta de terminou que “a assistência à saúde é livre á iniciativa privada” (Art.199). Os dois primeiros parágrafos do mesmo artigo, contudo, delimitam o papel do setor privado no SUS, definindo-o como complementar e subordinado (parágrafo 1) e vedam “a destinação de recursos públicos para auxílios e subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” (parágrafo 2).

O espaço de tempo decorrido desde a promulgação da atual Constituição permite apreender, através dos depoimentos de vários dos protagonistas do movimento sanitário, a complexidade do processo que acabou por legar ao país um sistema de saúde de cunho universalista, igualitário e solidário (BRASIL, 2006). Neste sentido, traduz um enorme avanço conceitual ao incluir a saúde no âmbito da seguridade social, superando o conceito de seguro que durante décadas caracterizou a assistência médico-hospitalar<sup>18</sup>.

Uma importante inovação trazida pelo texto constitucional, sobre a qual tratarei mais adiante, diz respeito à formação de recursos humanos:

“Artigo 200 - Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) III - Ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;”.

Esse artigo não acolheu as propostas da 8ª Conferência que visavam o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

Confrontando as propostas da 8ª Conferência com o texto constitucional, entre o que ganhou acolhida e eficácia constitucional e o que ficou para ser “definido nos termos da lei”, percebe-se o caráter de disputa e de luta política que caracterizou a Assembléia Nacional Constituinte”(LEVCOVITZ, 1997). De um lado,

---

<sup>18</sup> Sobre o conflito conceitual entre seguridade e seguro, ver Pastorelo, E. (1989) Discurso na cerimônia de abertura do VI simpósio sobre política nacional de saúde, In: Brasil, 1989.



foram absorvidas as propostas que apontavam para construção de um sistema de saúde universal, mais racional e, portanto, com um potencial de controle e gestão de custos mais eficiente do que o anterior. Por outro, as propostas que visavam uma capacitação nacional no campo tecnológico ou a exclusividade do setor público na área da saúde não foram aprovadas. Igualmente, o controle social referido no texto constitucional é diluído na expressão “ participação da comunidade “(KORNIS e FARINHA, 1997).

Esses autores explicam este resultado pela necessidade de conciliar os diversos projetos reformistas que se confrontaram na Constituinte. Assim, o projeto do SUS “só foi possível em função de uma convergência de interesses e consensos políticos produzida na especificidade da conjuntura relativa à ANC de 1987/88” (KORNIS e FARIA, 1997, p.38).

O preço pago para acomodar projetos de variados matizes ideológicos foi o de manter uma série de questões em elevado nível de abstração e generalidade, que não ameaçasse o consenso construído em cima do generoso ideal de resgate da “dívida social”.

De qualquer forma, a concepção da saúde como um bem universal a ser provido para todos os cidadãos representou um avanço social. Todavia, diante da situação brasileira caracterizada como um “monumento de injustiça social” (HOBBSBAWM, 1995, p.397) em que impera profunda desigualdade, o preceito da igualdade para ser aplicado na prática exige o concurso da equidade. Isso significa que tratar igualmente os desiguais apenas aprofunda o abismo social que divide a sociedade brasileira. Assim, igualdade/ equidade constituem um binômio ao qual se junta a noção de solidariedade entre os diversos seguimentos sociais, em que as ações estatais orientam-se pela transferência de recursos da parcela melhor situada

economicamente para aquelas situadas na parte inferior da pirâmide social. Conforme assinala Boaventura Santos, “temos o direito de ser iguais sempre que as diferenças nos inferiorizam; temos o direito ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza” (1995). (Jornal do Brasil, 10 de setembro, p.3).

Percebe-se que o ideário que prevaleceu na elaboração dos capítulos da saúde e da seguridade social da Constituição de 1988 teve inequívoca inspiração nos *Welfare States* europeus, em que a igualdade formal se aproximou da igualdade real (GERSCHMAN, 1995).

A implementação do SUS, a partir da Carta Constitucional, se deu efetivamente com a publicação das Leis Orgânicas da Saúde (Leis n. 8.080/90 e n.8.142/90 (BRASIL, 1990).

O tempo decorrido entre a promulgação da Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas, em 1990, caracteriza um período de intensa disputa política em que os setores conservadores tentaram impedir ou, pelo menos adiar, a entrada em vigor dos dispositivos constitucionais (LEVCOVITZ, 1997). Nesse período, o próprio presidente da república falava abertamente sobre a “ingovernabilidade” do país em consequência do aumento de gastos com a área social (LEVCOVITZ, 1997). Para esse autor, o final do mandato do governo Sarney propiciava uma inércia legislativa pois,

(...) a regulamentação complementar da CF 88 não interessava a nenhum dos partidos políticos, uma vez que avaliavam que nas legislaturas seguintes teriam condições políticas muito mais favoráveis de fazer valer seus interesses (p, 109).

Após um amplo processo de discussão, o Congresso Nacional aprovou a Lei n 8.080/90 que dispunha sobre os objetivos, atribuições, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento do setor saúde de acordo com o espírito

constitucional do SUS. Numa clara indicação de que a luta política pela hegemonia do setor não arrefecera, o presidente Collor vetou vários de seus artigos, atingindo principalmente a questão do financiamento do sistema e da participação da cidadania nas conferências e conselhos de saúde. Esses vetos foram revistos posterior e parcialmente na Lei complementar n.8.142/90, que legislou sobre o caráter participativo na gestão do SUS e sobre as formas de repasse intragovernamental dos recursos da área. De qualquer forma, as Leis Orgânicas da Saúde não foram suficientes para, primeiro, detalhar instrumentos operacionais que assegurassem a funcionalidade do SUS e, segundo, que garantissem sua sustentabilidade financeira. Para resolver o primeiro problema, a direção nacional do SUS lançou mão das Normas Operacionais Básicas (NOB 's) que introduziriam os instrumentos de governabilidade do sistema ao longo dos anos de 1990; quanto ao segundo, a questão do financiamento, permaneceu irresolvido até os dias de hoje, quando, nova tentativa de solução é feita com o projeto de lei para regulamentar a Emenda Constitucional n.29.

As chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB's 91, 93 e 96, NOAS, 2001 e PACTO pela Saúde, 2006) são portarias ministeriais com o objetivo de instruir e regular a organização do SUS. Seus conteúdos dispõem sobre: definição das formas de transferências de recursos entre as instâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articule ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

A mais recente dessas normas operacionais, o chamado Pacto pela Saúde, de 2006, tem como objetivo principal avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil. Diante de dificuldades não superadas por normas anteriores ou por contradições por elas engendradas, tais como, burocratização excessiva, inaplicabilidade de normas em desacordo com a realidade, experiências de hierarquização e descentralização frustradas, politização nos municípios etc, foram lançadas as Diretrizes Operacionais para o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

A nova pactuação resultou do diálogo estabelecido entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre a responsabilidade de cada esfera de poder no funcionamento do SUS. Essas novas orientações, discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em fevereiro de 2006, resultaram no Pacto. Este prevê estratégias que reafirmam os princípios do SUS e engloba três dimensões: Pacto pela vida; Pacto em defesa do SUS; e Pacto de gestão do SUS.

O Pacto pela vida estabelece um conjunto de prioridades sanitárias que devem ser assumidas pelos gestores das três esferas. As prioridades são apresentadas em formas de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais.

O Pacto em defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas das três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado. As prioridades são: regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e o incremento de recursos orçamentários e financeiros.

O Pacto de gestão do SUS estabelece as responsabilidades de cada ente federado com o objetivo de produzir uma sinergia de ações e diminuir as

competências concorrentes. Parte da idéia segundo a qual a unidade de princípios (do SUS) não deve inibir a implementação de modos e mecanismos de gestão que levem em conta as singularidades regionais. Daí, a pretensão de radicalizar a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e, destes, para os municípios.

### **3.2.2 - A globalização e o neoliberalismo**

Os anos de 1990, no Brasil e no mundo, assistem à disseminação de uma onda econômica neoliberal originada nos países centrais, em que as políticas públicas são emasculadas de seus objetivos igualitários sob o facão da política macroeconômica (FIORI, 1995 a). Propostas de reforma do Estado apontam na direção do chamado “Estado mínimo” em contraposição ao Estado desenvolvimentista, promotor do *Welfare State*. Para esse autor, nos países capitalistas centrais o princípio da solidariedade característico do *Welfare State* começa a ser questionado em nome da eficiência, competitividade e equilíbrio macroeconômico: aos condenados da terra, o equilíbrio fiscal (FIORI, 1995 b).

A partir dessa nova perspectiva em que os investimentos sociais são traduzidos como gastos ou desperdícios, as formas de organização e de financiamento da saúde e da seguridade passam a ser alvos das políticas de contenção orçamentária. Nos países caracterizados por profundas desigualdades, como é o caso do Brasil e dos vizinhos latino-americanos, a ausência de políticas sociais de caráter redistributivo, minimizando os impactos nefastos das políticas econômicas contracionistas, resultaram em situações extremamente iníquas

(CASANOVA, 2001). As influências internacionais, sobretudo aquelas ditadas por agências, como o Banco Mundial e o FMI, tiveram impacto profundo e, de certa maneira, apontaram em sentido contrário ao dos ideais que guiaram a concepção dos capítulos de seguridade e saúde da Constituição Cidadã.

Neste contexto, deve-se mencionar o que ficou conhecido como Consenso de Washington (FIORI, 1994). Trata-se, em realidade, de uma lista de políticas de mercado elaborada por vários economistas de instituições financeiras e agências internacionais sediadas nos Estados Unidos e que foram compiladas por John Williamson, em 1989, e que incluíam: disciplina fiscal, reforma tributária, desregulamentação da economia, liberalização das taxas de juros, taxas de câmbio competitivas, contenção e revisão das prioridades dos gastos públicos, maior abertura ao capital estrangeiro e fortalecimento do direito à propriedade. Williamson chamou a esse conjunto de políticas de Consenso de Washington, sob o argumento de que elas refletiam o que a maioria dos especialistas pensava ser necessário fazer na América Latina, de modo a retomar o crescimento e superar a pobreza. Para Fiori, são políticas e reformas perfeitamente alinhadas com a hegemonia dominante nos países centrais. Assim, essa onda neoliberal obteve tal amplitude que vários autores chamaram de globalização financeira.<sup>19</sup>

A temática da saúde e, de resto, dos sistemas de proteção social, não poderia ficar imune à hegemonia neoliberal, com a submissão da política aos ditames da ordem econômica e da lógica de acumulação de capital em escala globalizada.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> A respeito dos efeitos sociais iníquos da hegemonia do capital financeiro, em que dinheiro e informação comandam e se constituem nos grandes “tiranos ideológicos”, Milton Santos cunhou o neologismo “globalitarismo”(SANTOS, 2000).

<sup>20</sup> Oliveira (2000) fala em irrelevância da política, destacando que entre suas causas esta a financeirização da economia - que tira a autonomia das decisões dos governos nacionais - e a quebra das identidades de classe e sua representação em partidos políticos - também decorrentes das transformações recentes do capitalismo.

O chamado ajuste estrutural a que tiveram que se submeter os países em desenvolvimento, para obter auxílio das agências internacionais, atingiu em cheio as políticas sociais. Trabalho, previdência e saúde foram alvos especiais dessas agências no sentido de romper todas as barreiras à constituição de um único sistema técnico, com produção e informação globalizadas, onde as firmas globais assumem o lugar de verdadeiro motor da atividade econômica.

### **3.2.3 Seguridade versus seguro social**

Ao longo dos anos de 1990 e, principalmente depois de 2000, o Banco Mundial vem impondo sua agenda neoliberal à maioria dos países em desenvolvimento. A privatização da previdência pública passou a ser o alvo, o objeto a ser conquistado.

A sustentação doutrinária para as propostas de privatização está no livro sobre reforma previdenciária, publicada em 1994, com o título *Averting the old age crisis* - como evitar a crise da velhice (Banco Mundial, 1994). O argumento do livro é que vidas mais longas, resultantes de riqueza e da tecnologia médica aprimorada, vão impor às nações um ônus insuportável, a menos que os sistemas de previdência sejam radicalmente ratificados, garantindo-se apenas benefícios de pequeno valor, e estimulando a abertura de contas de poupanças obrigatórias e planos de previdência voluntários.

Não obstante o êxito na imposição dessas políticas, em 1999 surgiram vozes críticas dentro do próprio Banco Mundial contra o enfoque ideológico para a reforma estrutural dos sistemas de aposentadorias. Uma dessas vozes foi de Joseph

Stiglitz (2001), que procurou desmontar os argumentos favoráveis à privatização e estimular a instituição a repensar o assunto. Embora reconhecendo que os problemas motivadores das reformas eram reais, Stiglitz concluiu que os formuladores de políticas precisavam adotar um enfoque com bem mais nuances que aquele oferecido pela interpretação comum de *Averting the old age crisis*. Ademais, esse autor chamou à atenção sobre o critério uniforme promovido pelo banco até então, e que poderia não se adequar a contextos e situações diferentes.

Para enfrentar essas críticas e reagir às preocupações com as limitações de cobertura, o Banco Mundial conceitualizou nova abordagem à proteção social com base no enfoque de “gestão do risco social (GRS)”. No relatório do Banco de 2000 sobre o desenvolvimento mundial, o banco apresentou seu novo marco de referência para “atacar a pobreza” (BANCO MUNDIAL, 2000).

A GRS tem como meta reduzir o papel estatal na distribuição dos riscos e, ao mesmo tempo, estimular maior protagonismo do setor privado na concessão de instrumentos de diminuição do risco individual.



### 3.2.4 - O Banco Mundial e a saúde

Nos anos de 1990 a temática da saúde é reuniversalizada, porém, numa vertente economicista e no âmbito das mudanças da nova ordem econômica mundial, em que prevalecem os parâmetros da eficiência, da eficácia e da privatização (LAURELL; ARELLANO, 1996). Esses parâmetros, impostos como contrapartida a empréstimos, incluía a centralização e despolitização do poder decisório, a descentralização, acompanhamento e controle da execução, a privatização da burocracia, a introdução da competição entre provedores de bens e serviços, a delegação de funções regulatórias para agências independentes e a restrição ao extremo do quadro de funcionários públicos de carreira, segmento este desmotivado, desmoralizado e destituído de poder efetivo (KAUFMAN, 1999).

No campo da saúde, o processo de globalização e de submissão da política dos países em desenvolvimento à agenda das agências internacionais tem como marco importante a entrada em cena do Banco Mundial, que, em 1993, dedicou o seu tradicional “Informe sobre o desenvolvimento mundial” ao tema “Investir em saúde”. Este documento apresenta um panorama geral sobre a saúde no mundo, agrupando os países de acordo com a renda *per capita* e regiões hemisféricas. Os principais aspectos relacionados à assistência à saúde são tratados sob a ótica da equação custo-benefício coletivo. Desse modo, o Banco Mundial reafirma uma concepção de Estado com papel regulador das atividades do setor saúde, privilegiando atuação dos agentes privados nos serviços considerados de alta incorporação tecnológica ou aqueles tidos como não essenciais e, ao mesmo

tempo, com o papel na prestação direta de serviços básicos para os seguimentos mais pobres da população (BANCO MUNDIAL, 1993).

Na prática, a concepção do Banco Mundial resulta numa focalização das ações de saúde, em que a atenção básica - geralmente de menor custo e mais simplificada - é universalizada, configurando-se como direito social. As ações mais especializadas, que incorporam maior densidade tecnológica têm seu acesso regulado pelos mecanismos de mercado. Confirma-se, pois, a observação de Draibe (1997), segundo a qual, no âmbito das políticas públicas, observa-se a tendência geral de capitulação a critérios de mercado e a influência deste no arcabouço institucional e regulatório do Estado.

Essas proposições assinalam uma inflexão das políticas até então recomendadas pela Organização Mundial da Saúde desde a década de 1970 no sentido da hierarquização, regionalização e da integralidade na prestação de serviços, segundo as necessidades de saúde da população.

Dois aspectos desse Informe devem ser destacados: primeiro, o auditório a que se destina é formado pelos países em desenvolvimento, isto é, os países do capitalismo periférico, relegando a segundo plano os países centrais. Isso parece expressar a preocupação do Banco Mundial e de outros organismos internacionais com a grave situação de pobreza, miséria e exclusão social verificada em grande parte do chamado terceiro mundo. O aprofundamento das desigualdades sociais parece ser a outra face - perversa - da moeda do novo ciclo de desenvolvimento capitalista da economia globalizada. A abertura das fronteiras ao livre comércio, a desregulamentação, a perda de força dos Estados nacionais e o império das grandes empresas transnacionais não trouxeram benefícios a todos os contingentes populacionais, principalmente, dos países em desenvolvimento. Essa situação de

iniqüidade gera uma ameaça potencial à estabilidade da nova ordem política e econômica mundial. A questão dos imigrantes, que tem obtido grande repercussão na imprensa na atualidade - vide o caso da França, em 2007, com as revoltas dos subúrbios de Paris e, o caso da Espanha, em 2008, e suas dificuldades em impedir a entrada de africanos e latino-americanos em seu território - é apenas um dos sintomas, talvez o mais visível, do mal-estar contemporâneo provocado pelo alijamento de parte da população dos benefícios do desenvolvimento econômico. Mais ainda, as prescrições de política econômica dominante nos fóruns internacionais, como o de Davos, por exemplo, apontam o esgotamento dos preceitos keynesianos e, em consequência, da formulação de políticas de caráter distributivista (DRAIBE, 1989). Nesse contexto, a política preconizada pelos organismos internacionais, dentro os quais o Banco Mundial, de difundir a atuação do Estado através de políticas sociais focalizadas, deve ser entendida como uma estratégia para o alívio das tensões provocadas pelo aumento da desigualdade produzidas pelo mercado.

Em segundo lugar, o mesmo Informe após constatar que “a análise de eficácia em relação aos custos ter começado a aplicar-se na esfera de saúde só recentemente”, conclui: “não obstante, esse tipo de análise está a demonstrar sua utilidade como instrumento para eleger entre possíveis intervenções sanitárias nos distintos países e para abordar problemas de saúde específicos, como a propagação da AIDS” (Banco Mundial, 1993, p.6). Esse segundo aspecto deixa clara a importância conferida pelo documento a adaptação ao setor saúde dos procedimentos de custo/benefício, tomados da economia.

Mesmo nos países desenvolvidos, o crescente gasto em saúde vem se constituindo em fator de preocupação para os diversos governos. Entre os

determinantes mais significativos para esse incremento estão: a universalização da cobertura dos serviços; o envelhecimento da população; a incorporação tecnológica; o papel dos médicos na intermediação dos preços dos insumos e dos serviços de saúde.

O Informe aponta não apenas o alto grau de desigualdade entre blocos de países - os desenvolvidos e os em desenvolvimento - nos respectivos gastos em saúde, mas principalmente a robusta participação da saúde nas economias nacionais e mundial, destacando-se ainda o crescimento do setor terciário, e em particular do setor saúde. Daí, a constituição de um campo de forças entre os gestores das políticas econômicas nacionais e os representantes dos interesses de prestadores privados de serviços e do complexo industrial da saúde (GADELHA, 2006).

Para o Banco Mundial, em 1990, os gastos mundiais com serviços de saúde alcançaram a cifra de US\$ 1,7 bilhões, o equivalente a cerca de 8% do total do Produto Mundial. Desse volume, apenas 10% corresponderia ao gasto dos países de renda per capita média e baixa. Isso significa, segundo o Informe, que o grupo de países com economia de mercado consolidada e que concentram apenas 15% da população mundial respondem por 87% do gasto mundial em saúde, o que dá aproximadamente 9% do Produto Nacional Bruto (PNB) destes países.

Nos países em desenvolvimento, onde se concentram 78% da população mundial, o Informe estima em apenas 10% o gasto em saúde, correspondendo em média a 4,7% do PNB. A América latina, com 8% da população mundial, responde por 3% do gasto, o equivalente a 4% do seu PNB.

O Brasil gasta pouco em saúde, abaixo dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), conforme a tabela 1.

**Tabela 1:** Gastos em saúde em países selecionados, 2003

País	% do PIB	Per capita (US\$)	Per capita público (US\$)
Argentina	8,9	426	300
Brasil	7,6	212	96
Canadá	9,9	2.669	1.866
Chile	6,2	282	137
Costa Rica	7,3	305	240
Estados Unidos	15,2	5.711	2.548
Itália	8,4	2.139	1.607
México	6,2	372	172
Portugal	9,6	1.348	940
Reino Unido	8,0	2.428	2.081

**Fonte:** Organização Mundial da Saúde (2006)

Mesmo considerando o padrão extremamente díspar de gastos, o Informe detecta vários problemas comuns nos diferentes sistemas nacionais de saúde: recursos mal aplicados, sem observar a relação custo/ benefício; desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços; ineficiência nos gastos, na utilização de leitos e na distribuição de pessoal; explosão dos custos decorrentes da disponibilidade de novas tecnologias combinadas ao advento de certas modalidades de seguro-saúde. No caso dos países em desenvolvimento, e particularmente do Brasil, pode-se acrescentar a esta lista outros aspectos tais como a insuficiência de recursos financeiros, as iniquidades das ações em serviço, e as repercussões sociais decorrentes da ausência dos direitos de cidadania no cotidiano da saúde.

Diante dos problemas acima listados, presentes em maior ou menor grau em todos os países, impõe-se a figura do Estado no encaminhamento das soluções (FALETTO, 1994). O próprio Banco Mundial defende o papel ordenador do Estado no setor. As divergências entre as correntes de pensamento, no entanto, manifestam-se quando se trata de discutir qual é o papel a ser desempenhado pelo Estado (MATTOS, 2000).

Sobre o papel reservado ao Estado, o Informe do Banco Mundial é claro ao recomendar aos países em desenvolvimento: primeiro, a adoção do sistema de saúde em que compete ao Estado a responsabilidade pela universalização da atenção básica, através de serviços próprios ou em parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs); segundo, a atenção especializada, com maior incorporação tecnológica, seria prestada pelo setor privado, mediante incentivos concedidos pelo Estado.

A análise procedida até aqui sobre o Informe do Banco Mundial foi feita para demonstrar as relações de determinação existentes entre as políticas de saúde, a organização de serviços e as concepções acerca do papel do Estado: provedor da assistência básica universalizada para o conjunto da população e incentivador do setor privado onde se pratica uma medicina comandada pelo complexo médico-industrial, área de reprodução do capital. Esse Estado garante por meio da universalização dos serviços básicos a satisfação de parte das necessidades sociais de saúde e, simultaneamente, regula o mercado para o acesso mais especializado. Este modelo desenhado pelo Banco Mundial, com vistas aos países em desenvolvimento, está de acordo com a lógica do desenvolvimento capitalista, e é coerente com a “oferta de idéias” (MATTOS, 2000) que os documentos mais recentes só vieram confirmar<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Refiro-me ao Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 2006 denominado *Equity and Development* (Eqüidade e Desenvolvimento). No prefácio do relatório, Paul Wolfowitz, Presidente do Banco afirma: “ A ação pública deve visar a ampliar o conjunto de oportunidades para aqueles que têm menos voz e os menores recursos e capacidades. Isso deve ser feito de uma forma que respeite e aumente as liberdades individuais, bem como o papel dos mercados na alocação dos recursos”.

### 3.2.5 - O SUS constitucional e o SUS real

No Brasil, o papel desempenhado historicamente pelo Estado no setor saúde tem sido o de organizar os consumidores, direcionar financiamento e o de conciliar os interesses estruturados em torno da saúde, sobretudo arbitrando a articulação com os produtores privados de serviço, insumos e equipamentos.

Embora tenha havido mudanças significativas desde a criação dos SUS, configurando uma reorganização do setor saúde, os interesses privados continuam competindo, no atual modelo, com a chamada saúde suplementar sendo responsável pelo atendimento de cerca de 40 milhões de brasileiros (BAHIA, 2006).

Assim, no desenho atual, ao invés de um único sistema, conformam-se dois ou mais sistemas de saúdes, cuja segmentação da assistência obedece a vários critérios, sendo o principal a forma de seu financiamento e a inserção do usuário no sistema de produção econômica (MEDICI; SOARES; MARQUES, 1995).

Então, poder-se-ia falar de um modelo dual em que, numa ponta estão os trabalhadores dos setores mais dinâmicos da economia| (bens de capital, petróleo, siderurgia, automobilístico, exportador, financeiro etc) cuja cobertura de saúde é dada pelo setor privado; de outro lado, tem-se o conjunto de trabalhadores vinculados aos setores mais atrasados da economia que, junto aos estratos médios empobrecidos e aos socialmente excluídos, são dependentes de um sistema público de saúde. Em resumo, as regras de mercado para os estratos sociais de maior renda; os serviços públicos às classes desfavorecidas.

Para Vianna (1989), o acesso aos serviços enquanto direito implica a adoção de modelos de sistema de saúde que rompa com a lógica da organização por clientela ou grupo sociais específicos como forma de restringir o privilégio e a discriminação social. As desigualdades sociais no campo da saúde manifestam-se, sobretudo através das seguintes formas: no direito ao acesso; na distribuição dos recursos; na utilização dos serviços; no resultado das ações; e no financiamento.

Na perspectiva do financiamento, o sistema vigente no Brasil não se caracteriza por sustentar-se nos recursos fiscais (sistema público universal), nem exclusivamente nas contribuições calculadas sobre as folhas de salário (sistema de tipo seguro, não universal, segundo a lógica de mercado).

Na prática, nem o sistema suplementar comporta-se genuinamente como seguro, considerando os incentivos fiscais que recebe do Estado, nem o sistema público (SUS) comporta-se como universalista, dadas as dificuldades quanto à cobertura e ao acesso aos serviços.

Quanto ao sistema suplementar, verifica-se que os gastos públicos diretos e os subsídios fiscais envolvidos no financiamento dos planos privados de saúde, configuram um tipo de arranjo político-institucional e financeiro, que amplia artificialmente o mercado privado à custa de recursos públicos. Essa drenagem de recursos do setor público, evidentemente, fragiliza e desnatura a essência do SUS universal. Torna-se, pois, cada vez mais evidente a distância entre o SUS constitucional e o SUS real, disjuntiva que é obstáculo à implantação de um sistema de saúde universal (PAIM, 2004).

Desenha-se assim um esquema de suporte financeiro com recursos públicos ao empresariamento privado. O estabelecimento de medidas de alívio fiscal



e de crédito para estabelecimento de saúde, que são contratados pelas empresas de planos privados, incentiva e preserva a mercantilização da atenção à saúde.

Esse fenômeno da nova roupagem, com nova justificativa ideológica (“assim o SUS pode atender melhor a quem realmente não pode pagar”), à articulação público-privado, com o estabelecimento de interesses particularistas dentro do aparelho e das políticas de Estado, reiterando “o padrão de intervenção estatal incentivado pelo regime militar” (BAHIA, 2006, p. 164).

### **3.2.6 - O mercado de trabalho em saúde**

A despeito das políticas macroeconômicas implantadas desde o ano de 1990, com suas propostas de diminuição do Estado, o setor saúde vem experimentando um significativo crescimento, favorecido pela descentralização das ações e o protagonismo dos municípios na gestão e na contratação de pessoal e pela expansão do setor privado.

O emprego setorial teve um desenvolvimento específico, com características de precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do trabalho informal e diminuição do rendimento médio (MACHADO, 1998).

Com o aumento do papel dos municípios, reduziu-se as funções da União na oferta direta dos serviços de atenção à saúde, desenhando-se uma redefinição das funções dos entes federativos, implementado-se a separação entre regulação, financiamento e prestação de serviços (PIERANTONI *et. al.*, 2004).

Os dados demonstram que o incentivo a maior autonomia dos municípios na gestão administrativa e financeira resultou na passagem quase absoluta da gestão dos estabelecimentos de saúde para o nível local. A titularidade local evoluiu entre os anos de 1981 e 1999 de 22% para 92%. Os estabelecimentos sob gestão federal regrediram de 28% para 2% e aqueles gestão estadual de 50% para 6%.

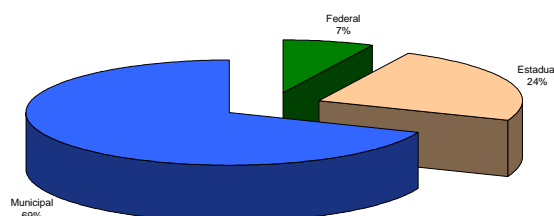
Levando-se em conta a distribuição regional dos estabelecimentos de prestação direta de serviços de saúde públicos, verifica-se a abrangência do processo de descentralização para todo o país.

A evolução da responsabilidade municipal é evidente em todas as regiões do país. Apenas na região norte há uma significativa proporção de 16% dos estabelecimentos sob gestão estadual.

O aumento percentual do número total de empregos de profissionais médicos na atenção ambulatorial, entre 1992 e 1999, revela o impacto desse processo sobre o mercado de saúde: 38% no Brasil, com especial crescimento na região norte (90%).

Os dados mostram que o crescimento global do emprego em saúde no setor público (SUS), de cerca de 10%, foi sustentado essencialmente pelo emprego municipal de todas as categorias de profissões e funções do setor. Entre os anos de 1992 e 1999, o emprego municipal cresceu em torno 85,5% nessas categorias, enquanto os níveis de governo federal e estadual tiveram redução de 57% e 10%, respectivamente. Em 2003, a distribuição dos empregos públicos em saúde é a seguinte:

**Gráfico 1:** Distribuição dos empregos públicos em saúde segundo. Ente Federado.



**Fonte:** IBGE. AMS (2003).

O dinamismo do emprego nos municípios a partir de 1990 explica-se, de modo geral, pela descentralização dos recursos e da gestão dos serviços acelerada especialmente pela implementação no ano de 1998 da Norma Operacional Básica (NOB 01 /96).

No setor privado, o crescimento do emprego na prestação de atenção a saúde foi favorecido:

- pela demanda por serviços especializados e de alto custo de atenção hospitalar, por serviços de apoio diagnóstico e terapias pelo SUS ao setor privado;
- pelo crescimento dos segmentos da medicina supletiva vinculados aos planos e seguros de saúde.

Os dados do IBGE/ AMS de 1999 mostram que do total de 484.945 leitos hospitalares existentes no Brasil, 70,5% eram de hospitais privados; do total de 56.136 estabelecimentos de saúde existentes no país, 41% eram privados. Em 2005, os dados mostram quadro semelhante: os estabelecimentos privados eram 43,18%.

A tabela 2 mostra a evolução da capacidade instalada entre os anos 1992, 1999 e 2005. Nos primeiros anos de implementação do SUS, o crescimento do número de estabelecimentos privados foi muito pequeno (2,55%); no período subsequente, entre 1999 e 2005 tanto o setor privado quanto o setor público cresceram fortemente (56,84% e 45,06%, respectivamente). O crescimento se deu em todo país, mas se concentrou na região sudeste e nas cidades mais próximas. A expansão do setor público resultou do aumento do número de unidades ambulatoriais básicas nos municípios, efeito da experiência de municipalização.

**Tabela 2:** Expansão da oferta de estabelecimentos de saúde públicos e privados na década de 1990.

Natureza	Ano		
	1992	1999	2005
Estabelecimentos Privados	22.594	23.171	36.343
Estabelecimentos Públicos	27.092	32.962	47.816
<b>Total</b>	<b>49.686</b>	<b>56.133</b>	<b>84.159</b>

Fonte: IBGE. AMS (1992/1999/2005)

Em relação à diferenciação da clientela entre o SUS e o mercado de planos e seguros, segundo dados da pesquisa IBGE/Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD/ 1998), 24,4% da população residente no país estava coberta por planos de saúde. Como já foi assinalado anteriormente, o SUS mantém-se como importante comprador de serviços às empresas privadas (hospitais e laboratórios). Do mesmo modo, o financiamento público direto de planos de saúde para funcionários públicos e a isenção fiscal na aquisição de plano de saúde por empresas e famílias possibilitaram o notável crescimento do mercado segurador de saúde nos últimos anos.

As profissões e as ocupações relacionadas ao setor saúde somavam 930.189 vínculos formais de emprego, representando 13,5% de mercado assalariado formal brasileiro em dezembro de 2001. Cerca de 55% dos empregos de profissionais de saúde se encontravam em estabelecimentos privados (lucrativos ou não), contrastando com a participação do setor privado para o conjunto dos empregados na economia, que chega a 76,5%. O setor público é responsável por 24% do emprego formal da economia brasileira e cerca de 45% dos empregos na saúde.

Enquanto para os demais trabalhadores da economia a participação do setor público diminuiu ligeiramente sua importância, para os profissionais de saúde esta participação aumentou, fato que pode ser associado, em larga medida, ao processo de municipalização.

Um aspecto que não pode deixar de ser mencionado refere-se à qualidade do vínculo no setor. A implementação do SUS não foi acompanhada por uma política de recursos humanos adequada. MACHADO (2002) reconhece essa falha afirmando que os anos de 1990 podem ser considerados como a “década perdida” em termos de recursos humanos. Quanto a isso, os problemas apontados referem-se a dois aspectos: primeiro, quanto à gestão de recursos humanos; segundo, quanto à formação.

Em relação à gestão a complexidade do rearranjo institucional envolvendo as três esferas federativas, além de fatores outros como, por exemplo, a Lei de responsabilidade fiscal, cobrou um preço alto ao desenvolvimento mais adequado e harmonioso do sistema. Proliferaram todas as formas de contratos de trabalho que vão desde o trabalho autônomo, “liberal”, cooperado, autônomos contratados dos para participação de serviços, pequenas empresas subcontratadas, até o trabalho

informal, passando ainda pela “ inovação “ da concessão de bolsas de estudo, forma essa de escamotear a relação de emprego que vigorou em grande medida no Programa de Interiorização do Trabalho na Saúde (PITS).<sup>22</sup>

Se em relação à expansão dos postos de trabalho, o comportamento do setor saúde é atípico, caracterizando o que se pode denominar de trabalho - intensivo em relação à qualidade do emprego não escapa do impacto da desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro a partir de 1990. Nesse sentido, parece ocorrer algo típico da modernidade provocado pelo atual estágio de desenvolvimento capitalista, quando o capital se tornou extraterritorial, leve, desembaraçado e solto (SANTOS, 2000).

Esse estágio de desenvolvimento do capitalismo, que BAUMAN denominou *Modernidade Líquida* (2001) augura um fim do emprego tal como o conhecemos. Há crescimento de contratos de curto prazo, ou mesmo vínculos sem contrato definido, posições sem cobertura previdenciária. A vida do trabalho caiu no campo das incertezas. A consequência disso é o incremento de uma perspectiva de vida individualista, um verdadeiro salve-se quem puder que não propicia o laço social e antagoniza com o interesse comum. Para o autor,

o trabalho perdeu a centralidade que se lhe atribuía na galáxia dos valores dominantes na era da modernidade sólida e do capitalismo pesado. O trabalho não pode mais oferecer o eixo seguro em torno do qual envolver e fixar autodefinições, identidades e projetos de vida. Nem pode ser concebido com facilidade como fundamento ético da sociedade ou como eixo ético da vida individual (p, 160).

Na mesma linha de pensamento, Bourdieu (1993) assinala que “... em face das novas formas de exploração, notavelmente favorecidas pela desregulação do trabalho e pelo desenvolvimento do emprego temporário, as formas tradicionais de ação sindical são consideradas inadequadas” (p, 631). Esse autor concluiu daí

---

<sup>22</sup> Ver, a respeito: Maciel Filho, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde : o caso brasileiro. Tese de Doutorado em Medicina Social. IMS/ UERJ, 2007.

que no estágio atual forma rompidos os laços e solidariedades passadas e que nesse ambiente de desamparo do homem moderno “o desencantamento vai de mãos dadas com o desaparecimento do espírito de militância e participação política” (p, 628). Assim, precariedade, instabilidade, vulnerabilidade são características mais difundidas das condições de vidas contemporâneas.

Em relação à formação profissional na área da saúde, apesar de a Constituição Federal de 1988, no seu Artigo 200, atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação, este preceito só muito recentemente vem se traduzindo em iniciativas concretas. Dentre essas, farei referência a seguir ao Programa de Incentivo à Mudança Curricular dos Cursos de Medicina (PROMED), ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, no plano da reorganização institucional, a criação no Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

O PROMED (BRASIL, 2002), instalado por portaria interministerial (Saúde e Educação), em 26 de março de 2002, tem como alvo as mudanças curriculares na graduação e o objetivo de valorização da atenção primária e da promoção da saúde. As inovações curriculares estão estruturadas em três eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática. O programa contemplou 19 instituições selecionadas entre muitas que atenderam ao edital de convocação, recebendo incentivos financeiros para introduzir as mudanças.

A PRÓ-SAÚDE (Brasil, 2005), inspirado na avaliação do Promed, amplia o escopo da reorientação da formação para os cursos de odontologia e enfermagem, considerados, junto com a medicina, prioritários pela política de saúde. Tem como objetivo uma escola integrada ao sistema de saúde e que dê respostas

às necessidades de formação de recursos humanos, de produção de conhecimento e de prestação de serviços direcionados ao fortalecimento do SUS.

Em relação à pós-graduação, a criação da SGTES parece ter contribuído para despertar o Ministério da Saúde em relação a sua responsabilidade com o sistema, em especial com a residência médica, tema do qual tratarei no terceiro capítulo dessa tese. Por ora, deve-se assinalar que o Ministério da Saúde participa, em pé de igualdade com o Ministério da Educação, da Comissão Nacional de Residência Médica desde a sua criação, em 1977.



## CAPÍTULO 4

### A Residência Médica

A criação da residência médica como modalidade de instrução avançada se deu na segunda metade do século XIX, nos Estados Unidos, ao inaugurar-se em Baltimore, em 1889, o hospital da recém criada Universidade Johns Hopkins. Esse hospital foi o primeiro a concretizar a recomendação do Conselho de Hospitais e Ensino Médico da Associação Médica Americana (AMA) em favor de um sistema de instrução baseado no ensino clínico e na utilização da rede hospitalar, ensejando uma nova concepção de formação médica, que privilegia a prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço. Nasce o treinamento em serviço como característica central da formação profissional (ROBINSON, 1966).

O termo residência tem origem no fato de os médicos participantes do programa residirem na instituição onde se dava o treinamento (WUILLAUME, 2000). A idéia, em realidade, marca desde suas origens a natureza da experiência: aproxima doutrina e prática, articula teoria e experimentação, integra formação e serviço.

Sob a liderança de nomes que hoje fazem parte da história do ensino médico, tais como o patologista Welch, e de Osler, Halsted e Kelly, chefiando os serviços de medicina interna, cirurgia e toco-ginecologia, respectivamente, o programa de residência médica foi implantado com grande sucesso, permitindo que

...um número relativamente grande de médicos diplomados cuidadosamente selecionados vivessem no hospital e tivessem um longo período de adestramento, numa oportunidade que em nenhum

outro lugar era possível. Essas oportunidades sempre foram muito apreciadas pelos alunos da escola de medicina em virtude das vantagens únicas para preparo pós - universitário. (...) Desde que o longo período de prática com residência era único no seu início, muitos dos que completaram os cinco ou mais anos de residência foram imediatamente nomeados para cargos de ensino, alguns deles como catedráticos, nas escolas em ascensão de todos os pontos do país (ROBINSON, 1966, p.47).

#### 4.1 Origem histórica

Em realidade, a fundação do hospital e da escola médica da Universidade Johns Hopkins representou uma inovação no ensino e teve repercussões inúmeras na prática médica nos EUA. Para melhor entendê-las é necessário enfatizar alguns aspectos do ensino médico até então, a passagem do que Robinson (1966) chama de “a idade das trevas” para a “idade heróica” da medicina americana. E essa passagem ficou marcada pelo modelo da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins<sup>23</sup>.

O século XIX nos EUA foi marcado justamente pela proliferação das escolas médicas, geralmente sem vínculo ou com vínculo apenas formal com uma universidade, criadas por iniciativa de um grupo de médicos. A inspiração era puramente comercial e o sucesso dessas escolas, do ponto de vista da reputação e, principalmente, das recompensas financeiras para o professorado, era aferido pelo número de alunos para elas atraídos por todos os meios. De modo geral, essas escolas não possuíam instalações para o ensino clínico.

Na primeira metade do século XIX, as escolas médicas exigiam apenas que os alunos fizessem cursos de quatro ou cinco meses durante dois anos,

---

<sup>23</sup> Recorrerei livremente a G. Candy Robinson, “Confidências de um médico” (1966) nos parágrafos seguintes.

assistindo aos mesmos professores repetindo as mesmas lições, para que alcançassem o diploma e pudessem exercer a profissão. Durante esses dois anos, os alunos acompanhavam o professor na sua prática privada e nisso consistia o adestramento clínico vigente.

Embora algumas escolas fossem conhecidas como departamentos médicos de universidades, não eram controladas nem mantidas pelo conselho-diretor. O nome da universidade era apenas uma marca sob a qual a escola médica procurava granjear respeitabilidade. Os professores de medicina não tinham, ao contrário dos professores dos cursos de ciências e artes, vínculo maior com os quadros da universidade, não percebiam salários e seus rendimentos dependiam do número de alunos que conseguiam atrair.

Nesse ambiente em que os ideais hipocráticos pareciam derogados, a reação começou, por influência de médicos formados ou com experiência em escolas européias, com a incorporação, de fato, às universidades das escolas médicas que lutavam pela melhora do ensino e da pesquisa científica. O desenvolvimento do ensino médico em nível universitário caracteriza o que Robinson (1966) chama de “idade heróica”, cuja culminância foi a fundação da Escola Médica da Universidade Johns Hopkins.

Mesmo que a Universidade de Michigan tenha sido pioneira em associar hospital à escola médica, conferindo ao ensino médico até então inexistente padrão universitário, foi somente com a Johns Hopkins que a medicina ganhou seu lugar definitivo no quadro universitário, abrindo suas portas exclusivamente a alunos diplomados pelo curso pré-universitário, com especial preparação em ciências naturais e línguas modernas.

A inovação não foi pequena. Pela primeira vez, o hospital foi concebido como o centro clínico de uma escola de medicina da universidade. Deveria aliar ensino, pesquisa e assistência. A construção do hospital terminou em 1889 e a escola médica somente começou a funcionar em 1893. Robinson, citando um dos idealizadores do hospital, dá uma idéia dessa concepção então inovadora:

O hospital deve melhorar os nossos conhecimentos de causas, sintomas e patologia da doença e dos métodos de tratamento, de tal modo que o bom trabalho que fizer não se limite à cidade de Baltimore ou ao Estado de Maryland, mas consista em parte em proporcionar maior conhecimento da doença e mais recursos para combatê-la, em benefício dos doentes e sofredores de todos os países e de todos os tempos vindouros (RONBINSON, 166.pp.41-2).

Foi estabelecido um programa de instrução e treinamento, turmas com limitação de 25 alunos e rigorosa seleção para ingresso. Os alunos melhor classificados residiam no hospital e se encarregavam efetivamente da assistência aos doentes. O título de doutor em medicina lhes conferia o direito de praticar e de ensinar medicina.

O curso inovava também quanto à duração e organização pedagógica. Numa época em que a maioria dos cursos tinha duração de dois anos, a Johns Hopkins propôs quatro anos, sendo os dois primeiros dedicados às ciências médicas e os dois últimos ao ensino clínico. Além do ensino no hospital, o programa estipulava que os alunos fizessem visitas às casas dos doentes.

Dentre as diversas especialidades médicas então nascentes, mereceram especial atenção a saúde pública, a medicina preventiva, a medicina legal e a psiquiatria.

A pesquisa ocupava lugar especial na escola. Considerava-se a preparação de pesquisadores como função básica

... a fim de levar (os homens) frente a frente com os inúmeros problemas relativos à vida, à doença e à morte, que ainda estão sem

solução; inspirá-los com o desejo de investigar esses problemas e dar-lhes o adestramento especial dos sentidos, a destreza manual e, principalmente, a clareza e a lógica, precisão científica do pensamento, que são necessários para habilitá-los a serem exploradores nesse campo (ROBINSON, 1966,p44).

A instituição de um quadro de médicos residentes jovens, que, ao mesmo tempo, garantissem uma assistência médica permanente e usufríssem da orientação dos professores para seu adestramento e aperfeiçoamento, surgiu praticamente com a inauguração do hospital. O projeto era mais ambicioso pois previa ainda que os alunos de último ano também residissem no hospital, atestando a preocupação com a natureza prática do curso. Quanto a esse último aspecto, não foi inteiramente realizado.

Surgia assim a residência médica nos Estados Unidos. Era um sistema absolutamente inovador. Desse desenvolvimento sucintamente resumido, destaco dois aspectos que deveriam ser objeto de reflexão no Brasil de hoje, com a aparentemente irrefreável proliferação de escolas médicas. O primeiro foi a preocupação com uma formação integral, que não se reduzia à diplomação de práticos, mas de médicos capazes de reproduzir o conhecimento, de ensinar, e adestrados nos métodos e na disciplina da pesquisa científica. O segundo, a cronologia do desenvolvimento do ensino médico: a construção do hospital, a contratação dos professores e a admissão de médicos residentes precederam a inauguração da escola. Essa cronologia sublinha um aspecto então inovador, qual seja a preocupação com o ensino prático, clínico, razão pela qual os primeiros alunos já encontram um hospital em pleno funcionamento. O ensino foi pensado a partir de sua articulação com a assistência médica, da mesma forma que a graduação, de alto nível. O sistema de residência médica, que teve em Osler seu primeiro coordenador foi importante fator para o renome e irradiação do padrão da Johns Hopkins para todo o país.

## 4.2 - O hospital é a escola

William Osler, primeiro coordenador do sistema de residência médica no Hospital Johns Hopkins, é considerado o grande clínico de seu tempo. Foi professor em Baltimore desde a fundação do hospital até 1905, quando se desligou da universidade para transferir-se para Oxford, na Inglaterra, onde assumiu o posto de professor-régio de clínica médica. Mais do que aspectos da biografia de Osler, interessa reter alguns elementos de sua concepção da prática e do ensino, uma vez que seu nome está indissoluvelmente ligado à criação da residência médica<sup>24</sup>.

Osler concebia o professor de medicina segundo um ideal em que destacava dois aspectos complementares: primeiro, como pesquisador e transmissor da ciência; segundo, como prático e professor da arte. Essa distinção correspondia à divisão natural da faculdade em escola médica propriamente dita e o hospital, campo de exercício prático e adestramento clínico e cirúrgico. Para ele, o ensino moderno deveria ser intimamente articulado à prática médica, substituindo a sala de aula pelo laboratório, trocando o ensino excessivamente teórico pelo experimental. Resume em uma frase sua concepção: “fornecer aos alunos uma educação de natureza a transformá-los em práticos competentes” (OSLER, 1932,p.318).

O ponto capital, para Osler, era a incorporação do conhecimento científico disponível de anatomia, embriologia, fisiologia, farmacologia, patologia e higiene nos dois primeiros anos; o adestramento prático no terceiro e quarto anos. Em relação

---

<sup>24</sup> Esclareço que as informações dessa seção foram retiradas da coleção de escritos de William Osler, publicadas sob o título *Aequanimitas* (1932 3ª edição).

ao alunado, recomendava: “afastai-o da sala de aula, afastai-o do anfiteatro, levai-o para o ambulatório e para a enfermaria” (OSLER 1932, p. 318).

Assim como o aluno dos primeiros anos deveria fazer do laboratório um terreno familiar, ganhando intimidade com o método científico, os alunos na parte final do curso se deveriam exercitar no contato direto com os doentes, verdadeiro caminho da vida prática: “para o principiante, em clínica como em cirurgia, o melhor professor é o próprio doente” (p. 319). Osler conclui sua defesa do ensino no hospital, como local privilegiado da prática, citando o velho axioma segundo o qual na observação está toda a arte da medicina. E acrescenta que só o próprio aluno pode ensinar seus olhos a ver, seus ouvidos a ouvir e seus dedos a sentir. O papel do professor seria orientá-lo nesse caminho.

Contra o praticismo, a formação sem as luzes da ciência, que fazia a população confundir médicos, curandeiros e charlatães, Osler defendia que “a prática da medicina é uma arte baseada na ciência” (p. 35). O estudante, formado no vigor e na virtude do método, “arreio sem o qual só os cavalos de gênio trafegam” (p. 34), estaria apto a desenvolver uma prática crítica e científica e de aprendizado permanente.

O hospital é, no modelo instituído pelo Johns Hopkins, a verdadeira escola. Daí, Osler propõe que as autoridades públicas deveriam, no interesse do estudante, da profissão e da sociedade, abrir os hospitais comunitários ao ensino médico. A vantagem seria facilmente percebida: “não pode apresentar real eficiência o trabalho de uma instituição que prescinde da parte de ensino” (p. 320). Assim, estudantes e médicos mais antigos, pacientes e instituições, todos enfim ganhariam com a extensão das atividades de ensino a toda a rede hospitalar. O estímulo da

presença dos jovens revigoraria a prática do corpo médico dos hospitais e, ao mesmo tempo, os pacientes seriam objeto de um tratamento mais cuidadoso.

Osler explicita melhor sua concepção:

Existem atualmente numerosos jovens perfeitamente habilitados a dispensar, a milhares de pacientes disponíveis, o ensino prático por que anseiam centenas de estudantes. Para saciar a fome desses estudantes, fornecem-lhes, em lugar do pão das enfermarias, as pedras das salas de aula e dos anfiteatros. A dissociação entre o estudante e o paciente é um legado daquele pernicioso sistema de ensino teórico, de que escapamos no primeiro e segundo ano (p. 328).

O caráter inovador das concepções de Osler é tanto mais surpreendente quando se apresentam hoje como novas propostas para tornar o curso médico mais prático, ou para inserir o aluno mais precocemente nos serviços de saúde. O sistema de residência médica representa a extensão de uma concepção do ensino que Osler e seus colegas da Johns Hopkins desenvolveram em relação à própria graduação. Mantém explícita a idéia de que a medicina é um campo que exige formação permanente, contínua, sempre inacabada. “A reforma essencial a empreender é a introdução do sistema de estudantes internos de clínica e cirurgia, que fariam parte da engrenagem do hospital na mesma medida que os enfermeiros ou os médicos internos” (p. 323).

O ensino da Johns Hopkins evoluiu no sentido de uma perfeita integração escola-hospital, laboratório-enfermaria, estudo das ciências-prática clínica. Com essa evolução, o estudante “... inicia o curso ao lado do paciente, conservando até o fim esse contato essencial, e utilizando-se de livros e aulas como meros instrumentos para a conquista do objetivo visado” (p. 319).

O aluno, segundo Osler, funcionando como peça da engrenagem do hospital, deixaria de ser um “instrumento passivo”, um simples receptáculo do saber



dos mestres, quando, atado pelos pés e pelas mãos, é “recheado de conhecimentos” (p. 362). O professor, de seu lado, desceu do pedestal, de onde

impingia ciência em alta pressão a passivos receptáculos. Os novos métodos destituíram-no dessa posição de oráculo, que o afastava irremediavelmente dos espíritos a cujo nível não sabia descer, para transformar-se em um estudante superior pronto a auxiliar os mais atrasados (p. 400).

A residência médica nasce dentro desse sistema de representações acerca do ensino e sua prática, e representa o desenvolvimento mais acabado de suas idéias basilares. A prática como guia, a teoria como instrumento, o serviço de saúde como local privilegiado, a concepção ampla de hospital de ensino (não confundido com hospital universitário), a idéia do supervisor ou preceptor como professor não universitário, a idéia de um *continuum* na educação são elementos presentes ainda hoje nos programas de residência médica.

### 4.3 – A Reforma Flexner

Em que pesem os progressos assinalados no ensino médico norte-americano, com a inovação representada pela Escola Médica Johns Hopkins e a irradiação de sua proposta para outras universidades, persistiam ainda grande número de escolas de péssimo nível, com número ilimitado de alunos (na realidade, tantos quanto pudessem atrair), graduação em dois anos e objetivo exclusivamente mercantil.

Em reação à desordem então reinante, a Associação Médica Americana (AMA) solicitou à Fundação Carnegie para o Progresso no Ensino um diagnóstico da situação e proposta de soluções. Abraham Flexner, um educador, graduado em química, foi o encarregado de coordenar esse projeto. O estudo de campo, com

visitas a 155 escolas dos Estados Unidos e Canadá, resultou no chamado Relatório Flexner, publicado em 1910. Esse relatório, ao lançar luz sobre a precariedade da maioria das escolas, teve enorme impacto e influenciou fortemente no desenvolvimento das ciências da saúde, com incentivo à pesquisa, ao ensino no hospital e à docência com dedicação exclusiva (FLEXNER, 1910).

O sucesso da pesquisa e a repercussão do relatório fizeram com que Flexner fosse convidado, anos depois, a realizar um estudo comparativo entre o ensino médico na América do Norte e de alguns países da Europa (FLEXNER, 1927).

Flexner tomou a Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins como padrão de excelência, referência a partir da qual analisou todas as outras. Partiu da constatação de que a ciência avançava rapidamente e as escolas em geral eram incapazes de acompanhar esse veloz desenvolvimento. Assim, para modificar esse estado de coisas seria necessário fazer da escola médica um dos departamentos científicos – ciências da saúde – das universidades.

Na introdução do relatório, o presidente da Fundação Carnegie lamentava a orientação comercial que norteava o ensino; a mistura entre as poucas escolas bem estruturadas e a maioria de despreparadas; e a impossibilidade de a opinião pública distinguir entre médicos mal formados e médicos com formação adequada. Além disso, apontava o demasiado número de escolas, que produziam uma quantidade exagerada de médicos, em detrimento da qualidade. Reclamava, por isso mesmo, uma inserção das escolas nas universidades e uma articulação entre a educação médica e o sistema de educação geral. Lembrava que grande número de escolas não faziam exigências ou seleção para admitir seus alunos. Uma parte destes sequer tinham realizado estudos pré-universitários, saltando direto do ginásio

para a escola médica. Identificava, ainda, a falta de serviços hospitalares para o ensino clínico. E finalizava: “em vista desses fatos, o progresso futuro parece reclamar um número muito menor de escolas médicas, melhor equipadas e administradas do que as escolas atuais” (ROBINSON, 1966, p.66).

Flexner não se limitou ao diagnóstico e elaborou um programa de reformulação completa do ensino, enfatizando a importância do espírito científico e o grande valor da pesquisa como vetores essenciais para manter as escolas vivas e promover o progresso da medicina. Em sua proposta traçou, Flexner calculou que 120 das 155 escolas médicas deveriam deixar de existir. Afirmou que cerca de 30 escolas, as melhores, com maior número de alunos e distribuídas por todas as regiões do país, atenderiam perfeitamente às necessidades sociais. Para ele,

a escola de medicina é praticamente uma empresa de serviço público. O seu funcionamento é autorizado pelo Estado, utiliza hospitais públicos com fundamento na natureza social dos seus serviços. A escola de medicina não pode, portanto, escapar à crítica e à regulamentação social (ROBINSON, 1966, p. 67).

Apesar das críticas<sup>25</sup> que hoje se fazem às propostas de Flexner, que teria promovido uma perspectiva do ser humano, reduzido a mecanismos físico-químicos, abstraída a importância das condições sociais da existência, é preciso examinar o relatório no contexto em que foi feito, e levar em consideração as condições concretas em que se desenvolvia o ensino médico nos Estados Unidos e Canadá no início do século XX. Nesse contexto, as propostas representaram um inequívoco avanço em vários sentidos: primeiro, ao deter a expansão e impor algum tipo de controle e exigência para a abertura de novas escolas e o funcionamento das existentes; segundo, ao provocar uma depuração no sistema, com o fechamento das

---

<sup>25</sup> Ver, a propósito: Chaves, M. M., 2000. Educação médica: uma mudança de paradigma. Boletim ABEM, 28(4): 10-11.

escolas mais precárias; terceiro, ao propor a vinculação institucional efetiva das escolas como um dos departamentos das universidades, impôs uma nova exigência; e, quarto, articulou ciência e medicina, ensino e prática, tal como o modelo da Johns Hopkins no qual se baseou.

Este retrospecto é interessante na medida em que as propostas de Flexner vão ter impacto no Brasil e em toda a América Latina, a partir dos anos 1940, quando a influência norte-americana começa a sobrepujar a francesa.

Passadas quase sete décadas, fala-se muito no esgotamento desse modelo, e se propõe uma “mudança de paradigmas”, substituindo-se o flexneriano pelo da integralidade (CHAVES, 1996; SANTANA e ALMEIDA, 1994).

Tornou-se uso corrente falar de “paradigma flexneriano” para se referir à prática centrada no hospital, de viés biologicista, voltada para o atendimento individual e que teria estimulado a incorporação tecnológica e o desenvolvimento das especializações. Retirado do contexto em que foi elaborado, ao Relatório Flexner são imputados todos os males da prática médica e do sistema de saúde, colocando-o como obstáculo a ser ultrapassado na “... construção de um novo modelo pedagógico, visando ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social” (LAMPERT, 2002).

Critica-se que Flexner não teria tratado da maioria das questões que hoje estão na pauta de discussão sobre a organização da assistência e do ensino médico, como, por exemplo, a divisão de trabalho nas equipes de saúde, a complementaridade do trabalho do generalista e de especialistas, ou o calor humano e a compaixão que devem permear o atendimento. No entanto, essas questões não são desconsideradas nas propostas de Flexner. De igual maneira, a idéia de formação mais contextualizada, que levasse em conta as dimensões sociais,

econômicas e culturais da vida, teria sido perfeitamente subscrita pelo educador norte-americano.

O objetivo das propostas de Flexner foi retirar a medicina do campo da magia, da superstição e do empirismo e inscrevê-la no campo da ciência. Considerava que esses três elementos contaminavam a prática e se disseminavam no ensino médico; propunha um esforço determinado para vencer a superstição, delimitar o empirismo e estender, purificar e sistematizar o campo da observação, a base de toda ciência.<sup>26</sup>

Se a superstição era facilmente reconhecível, os limites entre o empirismo e a ciência não seriam tão claros. Flexner lança mão do seguinte exemplo: se a quinina cura a malária, a luz solar cura o raquitismo, a morfina acalma a dor, esses são fatos de observação e, sendo corretos, podem ser classificados tanto como empíricos quanto científicos. A distinção não se faria sem uma etapa seguinte: o empirismo se atém a essas constatações, não vai mais adiante. Para o homem de ciência, ao contrário, a exatidão de uma observação é um desafio, o fato não o satisfaz; ele quer saber as razões e os limites. Assim, para o cientista, a tendência geral da medicina é descartar a magia e ir além do empirismo para se engajar na via do racionalismo e da precisão. Na apresentação do estudo comparativo que realizou entre as escolas da Europa e dos Estados Unidos, ele afirma: “A história do pensamento é a narrativa, plena de flutuações, dos esforços deliberados feitos para purgar o conhecimento humano de toda contaminação mística ou empírica” (FLEXNER, 1927, p. 2).

---

<sup>26</sup> No texto de Flexner, a palavra empírico está usada no seu sentido antigo, de superficialidade ou imprecisão, “não científico”. Este não é o sentido atual, onde empírico é o que se conhece a partir dos sentidos físicos, não necessariamente de “orelhada”, inexato, impreciso. Aliás, no sentido atual, o empirismo é livre de paixões porque se assenta nos sentidos físicos.

Nesse contexto em que a medicina procura marcar seu lugar no campo científico, as doenças deveriam ser vistas como fenômenos que podem ser estudados segundo um esquema de causalidade objetivo e verificável; e o tratamento deveria ser estabelecido em função das causas observadas.

O conceito de ciência não é tomado por Flexner no sentido estrito de “conhecimento susceptível de expressão e utilização quantitativa” (FLEXNER, 1927p. 3), e sim do ponto de vista histórico como o esforço perseverante dos homens para depurar, estender e organizar seu conhecimento do mundo em que vivem. Para ele, cada vez que os homens se esforçam para vencer preconceitos e idéias preconcebidas, para observar os fenômenos sem paixões, seu esforço é científico, mesmo que ele não atinja, num primeiro momento, o ideal da precisão matemática. Mesmo assim, o esforço, a atitude, o olhar serão científicos. Antes de falar de ciência, há que falar de esforço científico. A ciência é um caminho, uma via de desenvolvimento. Nessa perspectiva, poder-se-ia falar de ciência psicológica, social, agrônômica e de ciência médica.

É em apoio ao sucesso crescente dos esforços para eliminar da medicina a superstição, a especulação e o empirismo irracional e, ademais, a basear a especulação e a prática sobre a observação, a experiência e a indução, que Flexner trata a ciência médica. Ele recusa a divisão entre investigação e prática. Os pesquisadores observam, experimentam e concluem; os médicos procedem da mesma maneira quando sustentam uma prática segundo a concepção moderna. O espírito e o método da ciência devem orientar a prática.

Considerando que a medicina alia, a um só tempo, ciência e arte, deve-se enfatizar o seu viés científico. Colocá-la apenas do ponto de vista da arte, corre-se o risco de encorajar muitos a adotar sem escrúpulos os métodos superficiais ou

empíricos; se, ao contrário, eles se sentem em dívida com o espírito científico, haverá um esforço para esclarecer suas concepções, dar suas razões, proceder mais sistematicamente quando acumulam os dados, elaboram as hipóteses e verificam os resultados.

Destarte, a observação é a base de toda prática verdadeiramente científica. Para isso, a clínica, o contato direto com o doente, é imprescindível. A introdução da tecnologia, seja um simples termômetro, seja um aparelho mais sofisticado, em nada altera essa característica essencial: os aparelhos apenas aguçam a observação, reforçando as impressões acústicas, táteis ou visuais.

Se a medicina e a ciência estão assim articuladas, se a primeira se funda na segunda, então “a sala do hospital e o laboratório são os lugares da observação, do tratamento e do ensino, ligados de forma inextricável” (FLEXNER, 1927, p. 6).

Nessa articulação, prática e pesquisa, laboratório e hospital, não há precedência nem hierarquia. “É absurdo qualificar de clínica uma observação minuciosa e exata feita à cabeceira do doente, e chamar científico um exame de laboratório, como se existisse entre os dois uma distinção qualitativa” (FLEXNER, 1927, p. 7).

Flexner investe contra a idéia de que existiria um “instinto clínico”. O médico bem formado observa, experimenta, elimina os elementos estranhos ao caso, infere ou induz a partir dos dados recolhidos. É um perigo para o jovem estudante ou médico acreditar que a observação e o exame atentos possam ser substituídos por alguma iluminação ou intuição. A dificuldade maior da clínica é que, frequentemente, o médico é obrigado a agir, a tomar decisões, enquanto que no laboratório ele pode refletir, esperar e abster-se. Mas, de todo jeito, “... a prática e a investigação médica não são separadas nem pela natureza do processo mental que

elas comportam, nem pela técnica científica que elas empregam” (FLEXNER, 1927, p. 10).

No ensino, o foco deveria ser sempre o aluno, não como um receptor pacífico de conhecimentos, mas como agente de seu próprio aprendizado:

No âmbito pedagógico, a medicina moderna, como todas as educações científicas, é caracterizada pela atividade. O aluno não mais apenas olha, ouve ou memoriza; ele faz. Sua própria atividade no laboratório e na clínica são os fatores principais em sua instrução, e no ensino. Uma educação em medicina nos dias de hoje envolve simultaneamente aprender e ensinar como (FLEXNER, 1910, p. 57).

A preocupação em alicerçar a prática médica no método da ciência e de perseguir um ideal de escola, tomando como referência a escola Johns Hopkins, fez das propostas de Flexner uma plataforma reformista, padronizando o ensino e permitindo a normalização da prática.



## **CAPITULO 5**

### **A Residência Médica no Brasil**

Neste capítulo recuperam-se alguns elementos da implantação e do desenvolvimento da residência médica no Brasil, seus determinantes e o desenho atual do sistema.

Entre os determinantes, como já se apontou no marco teórico deste trabalho, os principais são aqueles representados pela prática médica dominante e pela organização da assistência à saúde, por um lado, e pela educação médica, por outro.

Esses determinantes imediatos se articulam em um contexto caracterizado pelo aprofundamento do processo de capitalização do setor saúde, em que o aparelho formador e a assistência à saúde se subordinam à lógica da internacionalização da economia.

É o aprofundamento da subordinação à lógica da reprodução capitalista que vai forjando o surgimento de novos conceitos, fazendo figurar ao lado do antigo complexo médico-industrial (CORDEIRO, 1980) o novo denominado Complexo Industrial da Saúde (GADELHA, 2006), englobando o funcionamento de todo o setor saúde, desde a produção de equipamentos e insumos, passando por serviços e a formação de pessoal.

A residência médica, cuja história no Brasil se esboça neste capítulo em suas linhas gerais, reflete e acompanha esse processo de transformação do setor

saúde desde a implantação dos primeiros programas, quando se converteu em um dos vetores essenciais da substituição do modelo de ensino francês pelo norte-americano.

Para efeito de exposição divide-se os 60 anos de história da residência médica no Brasil em dois períodos: o primeiro período ou os primeiros 30 anos (1947-8 à 1977-8), caracterizado pelo surgimento e aumento gradual de programas, definição de objetivos e pela luta em prol do reconhecimento oficial; o segundo período (1977-8 à 2007-8), caracterizado pela institucionalização e consolidação do sistema.

### **5.1 O primeiro período (1947/48 a 1977/78): os primeiros programas e a luta pela regulamentação**

Considera-se que os primeiros programas de residência médica surgiram no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC – FMUSP) e no Hospital dos Servidores do Estado (HSE), no Rio de Janeiro, então capital federal. Menciona-se ainda a experiência pioneira de residência em Pediatria no Hospital Abrigo Arthur Bernardes, hoje Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF – FIOCRUZ) (AGUIAR, 1996; FERREIRA e FIGUEIRA, 1978).

Como se observa em geral com experiências surpreendidas nos seus albores, *in statu nascendi*, cujo formato e identidade não foram ainda definidos, há dificuldade de se precisar com exatidão a data de início. Talvez se possa considerar que, após ensaios iniciais, como “serviços de estagiários”, com os recém formados

fazendo rodízios em várias clínicas ou serviços, de acordo com seu próprio interesse e/ou da instituição, o surgimento de programas mais estruturados surgem apenas a partir de 1947/48.

Obedecendo a modelo norte-americano, pelo qual numerosos e competentes especialistas brasileiros se formaram, os primeiros programas de residência médica no país foram implantados assim: numa tentativa inicial, pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, limitada a uma de suas clínicas, em 1945/46; logo a seguir, de maneira já definitiva e significativamente estruturada, pelo Hospital dos Servidores – IPASE, RJ, que criou o seu sistema em 1947/48 (BRASIL, 1989).

A imprecisão na data de início dos primeiros programas se deve à existência de parca documentação e pouca definição do que seria um programa para pós-graduados. Esses programas tiveram essencialmente um caráter experimental, de ensaio, de tentativa de transporte de uma forma de especialização e treinamento ainda não conhecidos no país. Muitos chegavam a confundir residência e internato, por exemplo; outros não sabiam que estatuto dar a colegas já graduados, mas que, não obstante, continuavam em treinamento. Além disso, os programas careciam de um perfil mais definido: não tinham duração ou carga horária delimitados, não estipulavam conteúdo pedagógico, não eram regulamentados e tampouco constituíam objeto de interesse dos formandos, da maioria das escolas e dos órgãos de representação da classe médica. Enfim, eram imprecisos os limites que separavam um programa de residência de um simples estágio profissional cujo término era dado pelo achado de uma colocação no mundo do trabalho (SOBRAL *et al*, 1951).

O diminuto interesse por esses primeiros programas foi registrado por Sampaio (1984) ao afirmar que dos 86 formandos da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1943, apenas cinco procuraram o “serviço de estagiários”. A existência de estágios nas áreas de clínica médica, cirurgia geral e

serviço de físico-biológica aplicada parece ter sido a semente do que se tornaria a residência no Hospital das Clínicas.

Trazido o modelo com o retorno ao país de médicos que foram fazer pós-graduação nos Estados Unidos, a residência médica converteu-se em um dos vetores da implantação do modelo médico norte-americano no Brasil. Processa-se, no final dos anos 1940 e ao longo dos anos 1950, o início de uma transformação na prática e no ensino médicos, forjando-se as condições para a substituição do modelo francês vigente, acusado de excessivamente retórico, pelo norte-americano, pragmático, consoante o hegemônico domínio cultural e econômico dos Estados Unidos no pós-guerra.

O papel central ocupado pelo hospital na implantação do modelo norte-americano, como cenário eletivo da educação médica, representou uma recomposição da própria prática médica: "... o hospital, por ser o específico na reorganização da produção (de serviços médicos) torna-se também o específico na reconstituição da educação médica..." (SCHRAIBER, 1980, p. 66).

Constitui-se o hospital-escola como a efetiva escola médica. O desenvolvimento daí decorrente, na educação e na prática, com a consolidação das clínicas ou especialidades e a incorporação de tecnologias, faz parte do processo de rearticulação saber-técnica que permeia toda a reconstituição da educação em geral. Esse processo guarda coerência com os determinantes da prática profissional e da educação no modo de produção capitalista (DONNANGELO e PEREIRA, 1976).

Nesse sentido, a fundação do Hospital das Clínicas em São Paulo, e do Hospital dos Servidores, no Rio, representam a introdução de um novo modelo, de nova forma de organizar a prática, de acordo com a lógica da segmentação em clínicas ou especialidades. Ambos são concebidos como hospitais de clínicas, nos

padrões dos hospitais norte-americanos, com o serviço de estagiários ou residentes, ou ainda de internos, conforme a imprecisa definição da época, servindo para sedimentar e reproduzir o modelo. Aliás, deve-se recordar que o financiamento concedido nessa época para a construção do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, teve como exigência, a contrapartida da adoção do modelo médico norte-americano (BRASIL, 1989).

A conveniência de assumir toda a responsabilidade da administração e as divergências de orientação verificadas com freqüência no convívio entre as escolas médicas e as instituições de caridade, então sede do ensino prático, constituíram a razão principal a motivar o pleito das autoridades do ensino médico de criação de hospitais diretamente subordinados às universidades. Foram construídos assim em vários estados hospitais com instalações muito superiores às até então conhecidas para esse desiderato. Apregoavam-se vantagens daí decorrentes para o ensino, em especial a centralização de certos serviços: enfermagem, registro médico e estatística, laboratórios de análises clínicas e de anatomia patológica, radiologia, centro cirúrgico, dietética, e outros mais.

Foram esses novos hospitais de ensino, ao lado de alguns outros não universitários, como o da Santa Casa, de Santos, e o Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, os primeiros do Brasil com caráter de hospital geral em que os serviços centrais estavam sob comando único, e no quais se tentou a implantação de modernas normas de administração especializada.

A título de ilustrar a discussão ideológica que se travava à época e indicar o significado da experiência então nascente, destaca-se o trabalho de Paula e Silva (1943) em que o autor, estagiário durante alguns anos nos Estados Unidos, propõe medidas relacionadas à formação profissional, baseadas na identificação de

“importantes problemas educacionais entre nós”, enumerando: adoção de internato obrigatório na graduação, criação de residências no modelo norte-americano para formação de especialistas e a promoção de cursos especiais cujos objetivos eram renovar e ampliar os conhecimentos do médico prático, antecipando o que hoje se conhece como educação continuada.

Por ser um processo de ensino mais imediatamente vinculado à prática profissional, não regulamentado em seus primórdios, funcionando como estágios voluntários sem reconhecimento legal, e conseqüentemente sem as amarras que o ensino formal, a graduação, sofria, a residência pode incorporar rapidamente e sem restrições o novo modelo médico, com seus pressupostos, sua lógica de organização da prática e seus valores.

Após os anos iniciais, em que a residência não era sentida como necessária para o embasamento de carreiras profissionais, o modelo vai se difundindo. A procura ainda era pequena, pois os egressos alimentavam uma expectativa de futuro dentro de um modelo profissional liberal clássico. Coerente com esse modelo, a expectativa era a de trabalhar predominantemente em consultório, raramente imaginando a possibilidade de ter uma parte significativa da vida profissional como atividade assalariada.

Nos anos 1960 e 1970, há expansão dos programas de residência por todo o país. Analisando essa expansão num contexto mais amplo, verifica-se que se acelera o processo de capitalização da medicina, com a modernização das instituições e da organização dos serviços, em que a necessidade de adestramento específico para o desempenho de certas atividades começa a ser um requisito importante. Essa reorganização do trabalho médico encontra no parcelamento, por meio da especialização, o seu sentido principal. Comentando esse processo,

Donnangelo (1975) afirma que a especialização enquanto divisão técnica do trabalho

...representa uma diferenciação entre os produtores, consistente na especificidade dos instrumentos de trabalho com que operam (informações e equipamentos); do objeto imediato do eu trabalho (grupos em diferentes faixas etárias, patologias específicas, órgãos e sistemas etc.), das ações técnicas que desenvolvem sobre esse objeto (p. 54).

A emergência de uma classe média numerosa, resultante do processo de desenvolvimento urbano-industrial, gerou pressões no sentido de ampliação do acesso a serviços sociais, como saúde e educação.

Em relação à saúde, a resposta dada pelo Estado passou pela unificação dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) das várias categorias profissionais (bancários, comerciários, marítimos, ferroviários etc.). Cria-se, no âmbito do Ministério do Trabalho e Previdência Social, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a justificativa de racionalização de serviços, concentração de recursos e extensão da cobertura assistencial. O Estado passa a organizar e financiar o sistema, através da compra de serviços na iniciativa privada (GENTILE de MELLO, 1978; COHN, 1980). A forma utilizada para a remuneração dos serviços privilegia o ato médico especializado. As políticas de saúde estimulam e viabilizam o crescimento do setor hospitalar privado. Então, o padrão de atuação do Estado conduz a

...relativa conciliação entre os interesses e pressões do consumidor de serviços de saúde e do setor privado de produção, vale dizer, garante o consumo mínimo de serviços e restringe a área de interferência estatal na produção... (DONNANGELO, 1975, p. 173).

Assim, a forma que adquire essa conciliação é através da oferta de serviços especializados e da valorização do título de especialista.

Donnangelo conclui que o padrão de interferência do Estado no setor saúde ganha inteligibilidade ao se levar em conta “... o papel que ele desempenha na reatualização das condições de desenvolvimento do sistema capitalista...” (DONNANGELO, 1975, p. 174).

As mudanças no sistema previdenciário, cujo centro de referência é a criação do INPS, que se tornava o maior comprador de serviços médicos do país, na forma descrita acima, e a maior força indutora da conformação do modelo de atenção e da especialização, podem ser assim resumidas:

em primeiro lugar, a ampliação do campo de ação das instituições estatais – entre as quais se destaca o INPS – coordenadoras do setor saúde é feita de forma a assegurar a ampla predominância da empresa privada, o que leva, na área de prestação de serviços, à tecnificação do ato médico, à constituição das empresas capitalistas no setor, e, conseqüentemente, ao assalariamento em larga escala dos profissionais da medicina. Em segundo lugar, o Estado amplia os recursos financeiros disponíveis através do aumento da contribuição da previdência e da expansão da cobertura. E, em terceiro lugar, o Estado acentua em muito seu papel de mobilização e centralização financeiras, de que é expressão maior a unificação dos institutos previdenciários (BRAGA & GÓES DE PAULA, 1981, p. 89).

Assiste, pois, os anos 1960, à intervenção estatal conformando o mercado de trabalho de duas maneiras: primeiro, na compra de serviços do setor privado e, segundo, na remuneração diferenciada do ato médico especializado.

Não é difícil compreender que, diretamente vinculado a esse processo, experimente a residência médica grande expansão. Constituindo-se em uma forma de especialização, a residência responde às novas necessidades impostas pela lógica capitalista de reorganização da saúde, com a ampliação e segmentação do mercado de trabalho e a elevação do status social do especialista.

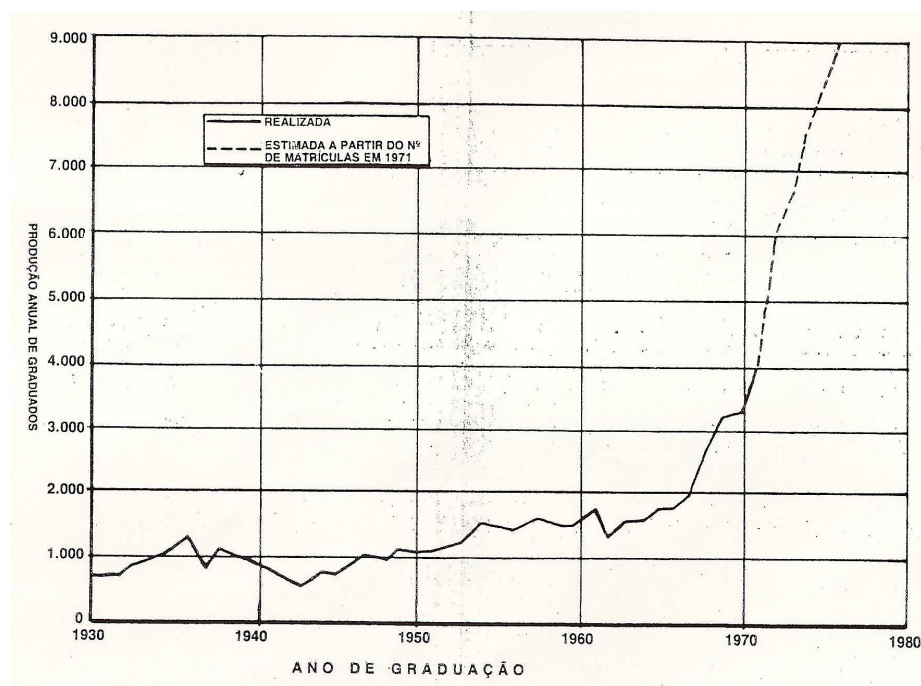
No setor educacional médico, há grande expansão dos cursos de graduação na década, passando de 29 cursos em 1959 para 76 em 1971, observando-se crescimento acelerado sobretudo a partir de 1965, com a criação de



37 novos cursos em curto período (BRASIL, 1989). Esse crescimento do aparelho formador obedece a mesma lógica daquele verificado no setor hospitalar, ocorrendo com a expansão das escolas privadas, assumindo a forma de empresariamento da escola médica, tradução do aprofundamento das relações capitalistas no setor (CORDEIRO, 1980).

A figura 4 mostra a forte expansão das escolas médicas no período 1965/71, dobrando a produção de médicos nos anos 1970.

**Figura 4:** Produção anual de médicos pelas escolas do Brasil. 1931/1976



**Fonte:** Brasil, 1989.

A reorganização dos setores saúde e educação, tendo o Estado o papel de indutor de políticas de expansão e de acumulação privada de capital, gerou a produção de grande número de médicos e, ao mesmo tempo, uma demanda pela residência, principal forma de especialização.

Para Gentile de Mello (1978) seria fundamental argüir a quem caberia a responsabilidade por essa situação "... em desacordo com os interesses da saúde da população. Ao ensino médico ou ao modelo médico-assistencial? Ao sistema formador ou ao aparelho utilizador de recursos humanos?" (p. 77). E responde que, sem correção dos rumos privatizantes da assistência médica previdenciária, seria impossível reformular, em escala significativa, a orientação do ensino médico. Destarte, a formação do médico generalista, embora fosse o profissional mais adequado para atender às necessidades da população, não só não era estimulada como seria insuficiente para alterar a estrutura da produção de serviços de saúde.

A Comissão de Ensino Médico do MEC (BRASIL, 1989) na década de 1970, talvez seja a que refletiu, de forma mais abrangente, sobre a articulação entre residência, graduação, internato e mercado de trabalho. Sobre a relação entre a residência e a graduação, os documentos dessa comissão, principalmente os de número 1 e 2, observam que o extraordinário aumento do número de escolas e de alunos no período 1965 à 1971 agravou as deficiências do aparelho formador, tornando mais evidente a incapacidade das escolas de formar médicos habilitados ao desempenho prático da profissão. As deficiências seriam de tal gravidade que nem mesmo o internato, instituído em 1969, conseguia resolver a situação. Haveria falta de "continuidade harmônica" dos períodos de graduação, internato, residência e pós-graduação *stricto sensu*.

Sobre a residência médica, o documento de número 3 define-a como “um período complementar ao internato, com este devendo articular-se programaticamente, de modo a assegurar um aprendizado coerente e uma especialização completa, em bases sólidas” (p. 79).

Sobre a relação da residência com o mercado de trabalho, o mesmo documento observava que, à época, o INPS financiava, de forma direta ou indireta, cerca de 80% dos atos médicos no país. Em consequência, era o INPS o maior consumidor do produto formado pelas escolas de medicina. E concluía, em tom crítico, sobre a deformação induzida sobre a graduação e a residência:

Embora proclame que metade de seus atendimentos em ambulatórios, por exemplo, sejam de casos de medicina geral... [os concursos] ainda aqui [são] feitos por especialidades, em detrimento do generalista... (p. 83).

Sobre a relação com a pós-graduação *stricto sensu*, o documento 3 lembrava que a residência era anterior e já se havia consagrado como excelente forma de treinamento pós-graduado, capacitando grande número de especialistas e docentes. Ao estabelecer os cursos de mestrado e doutorado no país, o parecer nº 977/65, do Conselho Federal de Educação (CFE), chocou-se com uma dificuldade, na área médica, não encontrada em outros campos profissionais universitários: a de encontrar em funcionamento um programa de pós-graduação bem elaborado, porém não oficial – a residência médica. O parecer nº 576/70, do CFE, do professor Muniz de Aragão, procurou harmonizar essa situação de “duplicidade de sistemas” (p. 84). Assim, reconhecendo as peculiaridades da formação médica e, ademais, levando em conta a experiência já consolidada da residência, o parecer nº 576/70 recomendava: “Os cursos de pós-graduação em medicina serão ministrados a médicos em regime de residência e dedicação exclusiva” (p. 84).

A despeito desse esforço de conciliação entre residência e pós-graduação *stricto sensu*, a Comissão de Ensino Médico reconhecia que não se havia encontrado solução nem satisfatória nem uniforme, entre as diversas universidades, para perfeita compatibilização. Entre as soluções aventadas estavam a concomitância da realização de mestrado e residência ou a exigência de monografia ou dissertação ao final da residência para a obtenção do título de mestre. Com essas fórmulas tentava-se uma conciliação entre “... as características muito próprias da educação médica para graduados com normas gerais, estas facilmente ajustáveis às carreiras tecnológicas ou humanísticas, mas dificilmente à medicina” (p. 84).

Na conclusão, o documento 3 da Comissão de Ensino Médico prescrevia que: a residência deveria ser pré-requisito para cursos de mestrado e doutorado em medicina; o MEC deveria criar com urgência uma comissão nacional, interministerial e interinstitucional, para o estabelecimento de normas mínimas de credenciamento e de regulação do sistema.

Nos anos de 1970, os congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) de 1974 e 1975 são fontes importantes para o estudo da residência médica. Ambos fizeram da residência um dos temas oficiais do encontro.

No XII Congresso, em 1974 (ABEM, 1974), o documento oficial da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), apresentado por seu vice-presidente, abordava as distorções do sistema de saúde e seus reflexos sobre a residência médica. As principais causas dessas distorções estariam correlacionadas a dois fatores principais: o ensino de graduação e a organização da prática médica. Com relação ao primeiro, ressalta-se sua má qualidade, por força da qual o médico recém-formado se veria na contingência de prosseguir com seus estudos por mais

dois anos, num curso de extensão. A graduação passava a contar, na prática, com oito anos de duração.

Com relação ao segundo fator apontado, o documento da ANMR traça as linhas gerais da política de saúde brasileira. Sublinha-se a crescente integração do profissional ao mercado de trabalho sob a forma assalariada, em detrimento das práticas autônomas. Assinalam os residentes:

O crescente custo de produção dos serviços médico-assistenciais, provocado pelo avanço tecnológico e conseqüente concentração de recursos cada vez mais sofisticados para diagnóstico e tratamento, tem levado a um estreitamento da faixa demográfica com capacidade de pagar diretamente por assistência médica (ABEM, 1974, p. 339).

O documento prossegue apresentando as diretrizes definidas pela ANMR e, entre elas, pela primeira vez, aparece a reivindicação de “direitos trabalhistas”. A ANMR propunha ao Ministério do Trabalho

...a constituição de um grupo de trabalho com a finalidade de regulamentar a residência médica sob o ponto de vista trabalhista já que se trata de um estágio de aperfeiçoamento a que têm acesso pessoas formadas, portanto profissionais (ABEM, 1974, p. 342).

Nessa mesma reunião da ABEM, a Associação dos Médicos Residentes da São Paulo (AMERESP) apresentou uma comunicação sob o título Sistema de residência médica: estudo crítico (ABEM, 1974). No trabalho, na mesma linha da ANMR, são caracterizadas as transformações que começavam a se tornar mais evidentes na organização do trabalho do médico, como conseqüência, entre outros fatores, do crescimento intenso e desordenado das escolas; a ausência de política de interiorização, com excessiva concentração de escolas e serviços na região sudeste; a intervenção estatal; o aparecimento do setor empresarial; a tendência ao assalariamento dos médicos; a expansão da residência no setor privado, em geral de baixa qualidade e com objetivo de exploração da mão-de-obra barata. Assim, para a AMERESP, a residência no Brasil já se afastava do modelo norte-americano,

que visava à formação de especialistas em hospitais de alto padrão, em regime de tempo integral e dedicação exclusiva. Segundo a AMERESP, as deficiências do aparelho formador faziam com que a residência fosse procurada antes pelo desejo de suprir as lacunas deixadas pela graduação, ficando prejudicados os seus objetivos próprios.

A residência médica voltou ao centro do debate como um dos temas principais no XII Congresso da ABEM, em 1975 (ABEM, 1975).

Algumas conferências e o relatório geral do tema merecem ser citados. São eloqüentes demonstrações das interfaces da residência e refletem o clima das discussões.

Uma das conferências de maior repercussão foi de Mário Rigatto (ABEM, 1975). Declarando-se um dos responsáveis pela implementação do “regime de residência médica” no sul do país, Rigatto manifestava sua crença em que, na situação a que chegara, a residência prestava um desserviço à classe médica. Elencava as razões:

- i. A maioria dos programas não oferecia condições de treinamento superiores às da prática normal, rotineira, não supervisionada.
- ii. Parte dos hospitais pagava aos residentes um “salário” inferior ao salário mínimo do médico fixado nos termos da Lei nº 3999, de 15 de dezembro de 1961. Isso era ilegal e antiético.
- iii. A residência se convertera em apêndice ou extensão da graduação, sem nenhuma diferenciação pós-graduada, servindo tão somente para recuperar as deficiências dos cursos de medicina.

- iv. Embora não negasse que mesmo em programa ruim houvesse aprendizagem (“é a escola da vida”), o jovem médico acabava sendo obrigado a pagar por isso, ao contrário dos jovens de todas as demais carreiras: “o nome convocado para oficializar esta fraude é residência médica” (p. 483).
- v. A Previdência Social tornara-se responsável em parte pela degradação pois era o grande empregador da “mão-de-obra médica nacional”. Seus concursos, ao privilegiar os especialistas, induziam à procura pela residência na busca por um título, mesmo em programas ruins.
- vi. Inflação de matrículas e novas escolas geravam uma produção exagerada de profissionais, sem mercado de trabalho.
- vii. As propostas de regulação das entidades médicas não foram colocadas em prática.

A única entidade que estava lutando “para dar algum cobre aos desmandos” era a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR). Sem controle, a residência se transformara “... no maior escândalo ético e legal” da medicina brasileira (p. 484).

Outro expositor, Castro Lima (ABEM, 1975), apontou os fatores que contribuiriam para o desenvolvimento do sistema de residência: a competição no mercado de trabalho; a exigência do título por instituições oficiais e particulares; a criação de conselhos, nas associações médicas, para reconhecimento de títulos.

Porto (ABEM, 1975) apresentou tese polêmica, criticada pela ANMR, defendendo o controle da residência e do título de especialista pelas sociedades de especialidades.

Almeida (ABEM, 1975) procurou precisar em sua exposição as relações entre residência, ensino médico e o sistema de saúde. Entendia que as distorções então identificadas na residência não eram autônomas e sim reflexos das indefinições e distorções da graduação que, por sua vez, resultavam de “determinada política de prestação de serviços de saúde à população” (p. 459). Esse autor apresentava, a partir de documentos elaborados pelos próprios residentes, quadro destacando a distância entre as finalidades e características de um sistema ideal e a realidade do médico residente (p. 462).

**Quadro 1:** Sistema ideal e realidade

<b>Conceituação de residência médica</b>	<b>Realidade do médico residente</b>
1. é um curso de pós-graduação equivalente à especialização	1. realiza uma complementação de ensino de graduação deficiente
2. tem um programa definido	2. programas inexistentes na maioria dos serviços
3. metodologia: estágio supervisionado, essencialmente prático e com instrução teórica suplementar	3. o “essencialmente prático” confunde-se com prestação de serviços somente, e a supervisão não é exercida
4. regime de trabalho: tempo integral e dedicação exclusiva	4. é forçado a ter empregos ou dar plantões
5. remuneração: bolsa de estudos	5. cujo valor não é regulamentado nem é condizente
6. duração: variável segundo a especialidade	6. grande número de especialidades não tem definição a respeito
7. propósito: formar especialistas de elevado padrão técnico-científico	7. realiza uma especialização precária e desempenha no futuro uma prática geral para a qual não se preparou

**Fonte:** ABEM, 1981.



Em decorrência do quadro acima esboçado pelas entidades estaduais representativas dos médicos residentes, Almeida propunha nova conceituação dessa contrafação da residência médica:

...é o tipo mais simples de atividade de uma categoria profissional (o médico) caracterizada por ser um trabalho pouco diferenciado tecnicamente, comprado a baixo custo, não regulamentado oficialmente, visando em parte a aliviar a crescente demanda hospitalar e ambulatorial das instituições que a oferecem, e em parte, em algumas instituições, pretendendo formar recursos humanos para atividades mais especializadas (p. 463).

A determinação que o sistema de ensino e o sistema de saúde exerciam sobre a residência ficava clara nas críticas efetuadas: apesar das recomendações da Associação Brasileira e Educação Médica (ABEM) e da Federação Panamericana de Faculdades e Escolas Médicas (FEPAFEM) no sentido de adequar a graduação às “necessidades de saúde da população”, e de associar ensino e pesquisa com prestação de serviços à comunidade, as resistências se localizavam tanto no âmbito das estruturas universitárias, quanto no dos corpos docente e discente. Assim, apesar do propósito de formar o médico generalista, capacitado a desenvolver as atividades básicas de clínica médica, pequena e médias cirurgias, toco-ginecologia e pediatria, as escolas possuíam desenho curricular inapropriado, que não passavam de acúmulo de especialidades. Essa incapacidade de orientar o currículo adviria da falta de um plano nacional de saúde, que estabelecesse

...mecanismos estruturais de utilização de profissionais, promovendo emprego dos recém-formados que optarem pela imediata prestação de serviços menos diferenciados, de que são carentes não só as populações do interior, mas também expressivos contingentes das grandes áreas urbanas (p. 464).

Devido às insuficiências e indefinições da escola, graduando um médico “nem generalista nem especialista”, a residência acabava como “a opção que presumivelmente mais oferece perspectivas de realização profissional e pessoal” (p. 464).

A passagem da residência de uma experiência limitada, que interessava a poucos recém-formados, a um estágio de efetiva integração ao curso médico, “institucionalizando uma graduação de oito ou nove anos”, pode ser aferida nessa comparação: se dos 86 formandos da Faculdade de Medicina da USP, em 1943, apenas cinco procuraram esse tipo de treinamento, em 1974 100% na USP e 95% na UERJ dirigiram-se para a residência. Os números apresentados no XIII Congresso da ABEM revelam, primeiro, o alcance da residência médica apenas 20 anos depois de sua implantação; segundo, a concentração no eixo Rio - São Paulo, com 3.500 vagas de um total de 7.767 em todo o país.

O trabalho de Almeida procura ir às causas da expansão e do perfil da residência (especializante e concentrada no sudeste): “Os fatores determinantes dessa ampliação distorcida encontram-se nas condições atuais do sistema primário de saúde, que condiciona a quantidade e a qualidade dos profissionais absorvidos (p. 464)”.

Para Almeida, a relação entre educação e saúde, residência e política de saúde fica assim estabelecida: “a dimensão e as características da residência médica, em última análise, resultam da realidade nacional de saúde que, por sua vez, decorre da realidade social, política e econômica”(p. 467).

Ao final de sua exposição, Almeida acusa a idéia de que haveria um quadro estático caracterizado por graduação deficiente, residência distorcida e mercado de trabalho privatizado. Ao invés disso, entende que seria mais adequado reconhecer a existência de “uma dinâmica” entre esses segmentos. Todavia, esse autor termina sua exposição parecendo acreditar que a correção da “inadequação” apontada passe por transformações da residência, as quais, inevitavelmente, levariam às soluções para o ensino médico.

No relatório final do tema Residência Médica, os participantes entenderam que:

- As distorções da residência decorreriam da ausência de reconhecimento oficial do sistema e normas legais.
- O Ministério da Educação seria o órgão destinado a regular o sistema, com a participação das entidades médicas.
- A participação dos residentes nas comissões e residência seriam um dos fatores de correção.
- A remuneração deveria ser feita sob a forma de bolsa de estudos.

## **5.2. O segundo período (1977/ 78 a 2007/08): o decreto e a institucionalização da residência médica**

O movimento dos médicos residentes, as discussões e proposições da ABEM, entre outros, foram importantes na luta pela regulamentação da residência médica.

Essas pressões, somadas à importância da residência para o aparelho formador e para o setor saúde, levaram o MEC a iniciar o processo de institucionalização. A residência já se convertera então em elemento de articulação dos setores saúde e educação. Propiciava a formação de um especialista à feição do modelo assistencial vigente. Interessava a residência – e o médico residente – sob dois aspectos complementares: primeiro, no adestramento técnico para operar dentro do modelo assistencial; segundo, na efetiva e não negligenciável prestação

de serviço que a força de trabalho representada pelos residentes significava dentro dos hospitais universitários e previdenciários. Essa organicidade viabilizou a institucionalização da residência médica no interior das políticas e das instituições de saúde.

Os estudos que serviram de base para a regulamentação da residência médica foram o já citado documento 3, intitulado Internato e Residência, da Comissão de Ensino Médico, e o Área Médica: Análise Setorial e Diretrizes, da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ambos, ao abordarem a situação da pós-graduação, apontaram a necessidade de oficialização da residência e da adequada articulação com o mestrado e doutorado.

O diretor do então Departamento de Assuntos Universitários (DAU-MEC), prof. Edson Machado de Souza, criou uma comissão para propor a regulamentação da residência. Essa comissão, após ouvir órgãos governamentais e entidades médicas, concluiu estudos que serviram de base ao Aviso Ministerial 547, de 26 de julho de 1976, encaminhado pelo então ministro da educação e cultura ao CFE, para apreciação.

No estudo encaminhado pelo DAU-MEC ao CFE parte-se da definição de residência médica proposta pela ABEM em sua II Reunião, realizada em 1964, em Poços de Caldas, MG, como modalidade de ensino de pós-graduação para formação de especialista (ABEM, Anais, 1964). A regulamentação é defendida como um imperativo com vistas a:

- Preparar profissionais de nível elevado em função da demanda do mercado de trabalho nas instituições privadas e públicas.

- Desempenhar papel fundamental na integração entre os serviços de saúde da comunidade e as universidades ou escolas médicas, contribuindo para a elevação do padrão assistencial, da graduação e da pós-graduação.
- Promover adequada articulação com o mestrado e doutorado.

O CFE, ao examinar a proposta de regulamentação da residência médica considerou pertinente o estabelecimento de uma legislação mais ampla, que transcendesse ao âmbito educacional. Em consequência, o projeto de decreto para regulamentação, “passo inicial à implantação do sistema nacional de residência”, foi encaminhado ao Presidente da República com uma exposição de motivos assinada, significativamente, pelos ministros da educação e cultura, da saúde e da Previdência e Assistência Social (RESIDÊNCIA MÉDICA, 1979).

Em 5 de setembro de 1977 é publicado o Decreto nº 80.281 que regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.

Primeiro marco legal, o Decreto nº 80.281, define a residência médica no artigo primeiro:

Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977).

Os programas das chamadas áreas básicas são assinalados como preferenciais: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia e medicina preventiva e social. A duração mínima é fixada em um ano, correspondendo ao mínimo de 1.800 horas de atividade. Além do treinamento em

serviço, os programas deveriam reservar pelo menos quatro horas semanais de atividades sob a forma de cursos, seminários, sessões de atualização etc.

No artigo segundo, o Decreto nº 80.281 criava, no âmbito do DAU-MEC, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), composta de dez membros, sendo cinco do Estado e cinco da sociedade civil:

- a) O diretor geral do DAU-MEC (hoje secretário da SESu), membro nato da comissão e seu presidente;
- b) Um representante da Comissão de Ensino Médico do MEC;
- c) Um representante do Ministério da Saúde;
- d) Um representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;
- e) Um representante do Estado Maior das Forças Armadas;
- f) Um representante do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- g) Um representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas (hoje Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM);
- h) Um representante da Associação Médica Brasileira (AMB);
- i) Um representante da Federação Nacional dos Médicos (FENAM); e
- j) Um representante da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR).

Essa composição vigorou até 1985, quando, com o fim do regime militar e a redemocratização do país, a CNRM deixou de ter a participação extemporânea do representante das Forças Armadas. Com a alteração, promovida pelo Decreto nº

91.364, de 21 de junho de 1985, a CNRM passou a ter nove membros, portanto com maioria dos representantes da sociedade civil (BRASIL, 1985).

As atribuições do CNRM, estabelecidas pelo Decreto nº 80.281, foram de credenciar, normatizar e fiscalizar os programas de residência médica. O decreto era omissivo em relação à remuneração e demais reivindicações dos residentes.

Cumprir observar que em 1977, pouco antes da regulamentação oficial, os residentes passam a empunhar a bandeira da “União pela regulamentação trabalhista” (VERAS, 1981; ELIAS, 1987).

A omissão do Estado em relação aos elementos da pauta trabalhista fez com que os residentes mantivessem uma intensa mobilização no período, sob uma bandeira que incluía aspectos pedagógicos e, ao mesmo tempo, remuneração, moradia, alimentação, férias remuneradas, carteira assinada etc.

As reivindicações e a intensa mobilização lideradas pela ANMR levaram à aprovação pelo Congresso Nacional da Lei 6.932, em julho de 1981, definindo os diversos aspectos dessa forma peculiar de pós-graduação: a residência médica (BRASIL, 1981).

A criação da CNRM, com a definição de suas competências, marca o início do processo de institucionalização, pelo Estado, da residência no interior das políticas públicas. O Estado chama para si a responsabilidade de regulamentar, articulando dois setores essenciais: educação e saúde.

Elias (1987) aponta o conflito entre as duas dimensões da residência que entende contraditórias: processo educacional e processo de trabalho. Qual seria a dimensão fundamental? A indagação é o ponto de partida para esse autor identificar, conforme a ênfase é posta na educação ou no trabalho, duas correntes na luta pela

regulamentação, denominadas de “pedagógicas” e “trabalhistas”. Ao assumir características de processo educacional, mas incorporando na legislação (Lei 6.932/81) direitos considerados trabalhistas, tais como férias, remuneração sob a forma de bolsas de estudos, licença maternidade etc., a residência teria “institucionalizado a ambivalência” que a marca desde seu nascimento.

Em realidade, a residência tem mesmo dupla dimensão: de trabalho e de ensino. Trabalha-se aprendendo e aprende-se trabalhando. Nesse sentido, longe de ser um caso isolado ou uma exceção, a residência apenas antecipa, explicitando, o que se reconhecera mais tarde como marca, não só do ensino em medicina, mas de todas as profissões da saúde: o ensino em serviço, o trabalho como eixo fundamental em torno do qual se desenvolve o processo ensino/aprendizagem.

Falar em ambigüidade ou crise de identidade, como o faz Elias, parece indicar um defeito, quando, em realidade, na tensão entre educação e trabalho reside a potência da experiência que só se realiza plenamente no mundo real do trabalho, na produção de serviços, no cuidado às pessoas.

A força da residência médica está, precisamente, na articulação que promove entre formação/especialização e trabalho. Essa força, ou mais precisamente, o êxito desse programa o torna um modelo a ser copiado na formação de outros profissionais de saúde, como se discute atualmente na regulamentação da chamada residência multiprofissional (BRASIL, 2007).

A indissolubilidade ensino-serviço representa um desafio imenso pela complexidade de articular dois campos complementares, porém diversos. Como treinamento em serviço a residência se beneficia da excelência dos serviços de saúde, de suas rotinas, seus protocolos, de suas linhas de pesquisa, da formação dos técnicos, enfim, da qualidade da assistência prestada à população. Formado à



imagem de seus preceptores e tendo como cenário as práticas desenvolvidas na instituição, o médico residente é profundamente marcado, no seu “conhecimento e jeito de médico” (LAMPERT, 2002), vale dizer, na sua socialização profissional pela residência cursada. Nesse sentido, a qualidade do profissional formado é um indicador de inestimável valia de qualquer processo que se pretenda de acreditação institucional. Quando há dificuldades na instituição, a residência é frequentemente o elemento que denuncia e antecipa o problema, experiência que já faz parte da rotina das comissões de residência médica.

Exatamente por ser treinamento em serviço, a residência sofre as vicissitudes da instituição ou do sistema de saúde como um todo, como se pode verificar, por exemplo, na crise dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, em 2005, quando foi decretada intervenção federal em várias unidades. O assunto já se tornara tema obrigatório de discussão nas reuniões da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREMERJ) muitos meses antes que a crise tomasse o noticiário da imprensa (CEREMERJ, atas de reuniões, 2004/2005).

Talvez se possa falar da ambigüidade ou ambivalência, mas das autoridades ou gestores dos serviços de saúde em relação à residência: por um lado, aplaude-se o trabalho, por outro criticam-se os limites que a regulamentação estabelece, como a fixação do valor da bolsa e a exigência de supervisão permanente.

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) foi constituída pelo Ministério da Educação e Cultura por meio da Portaria nº 96, de 9 de fevereiro de 1978. Tendo como primeiros presidente e secretário executivo, respectivamente, Edson Machado de Souza e Carlos Alfredo Marcílio de Souza, a CNRM iniciou seus trabalhos com a aprovação de seu regimento interno (Resolução nº 1), em 7 de

agosto de 1978. Desde então, com sua atividade regulatória, foi montando o sistema de residência médica no país.

Através da Resolução nº 4/78, a CNRM estabeleceu as normas gerais, os requisitos mínimos e a sistemática de credenciamento. Pela Resolução nº 5/79 estabeleceu os objetivos fundamentais e regulamentou a residência nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, pediatria e obstetrícia e ginecologia. A Resolução nº 8/79 regulamentou a residência em medicina preventiva e social, complementando os programas nas cinco áreas básicas, referidos no Decreto nº 80.281 como prioritárias.

Num momento em que as propostas de reforma do setor levantavam as bandeiras da regionalização, hierarquização e das ações simplificadas e de baixo custo, a opção preferencial dada inicialmente às áreas básicas, evidencia a articulação entre a residência e a política de saúde (GENTILE DE MELLO, 1978).

Durante o ano de 1979, a CNRM trabalhou na elaboração dos formulários para solicitação de credenciamento e no estabelecimento de normas para verificação de programas a serem credenciados.

Dentre as especialidades cirúrgicas, anestesiologia, ortopedia e traumatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia foram considerados como especialidades de acesso direto. Para cirurgia cardiovascular, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular periférica, proctologia e urologia foi estabelecido, como requisito mínimo, um ano de residência em cirurgia geral. Para neurocirurgia, o pré-requisito estabelecido foi de um ano em neurologia, enquanto que para cirurgia pediátrica o pré-requisito ficou opcional entre o mínimo de um ano em pediatria ou em cirurgia geral.

Dentre as especialidades clínicas, ficou regulamentado que o acesso à residência em anatomia patológica, doenças infecto-contagiosas, psiquiatria e radiologia era direto. Cardiologia, dermatologia, endocrinologia-metabologia, gastroenterologia, geriatria-gerontologia, medicina física e reabilitação, nefrologia, neurologia, oncologia, patologia clínica, pneumologia e reumatologia teriam como pré-requisito, pelo menos, um ano em clínica médica.

Posteriormente, através da Resolução nº 4/83, foram estabelecidos os requisitos mínimos dos programas (conteúdos programáticos) das especialidades clínicas e cirúrgicas credenciáveis.

Apesar do profícuo trabalho de regulação do sistema, algumas questões, que extrapolavam os limites de competência da CNRM, permaneciam indefinidas. Essa indefinição pode ser percebida quando se analisa, por exemplo, a Resolução nº 2, de 13 de junho de 1978. Nesta, reafirma-se a natureza educacional da residência e, ao mesmo tempo, recomenda-se a concessão de bolsas de estudos de valor compatível com as exigências de dedicação e sem prejuízo do reconhecimento de vínculo empregatício, além de direitos previdenciários.

O caráter de indefinição da Resolução nº 2 deixa patente a linha de tensionamento e a tentativa de conciliação entre as várias correntes dos residentes e as entidades médicas. O fato é que a falta de definição e de ordenamento dessas questões – mundo do trabalho versus campo educacional – contribuía para manter um clima de disputa num momento de grande efervescência política no país. Os médicos residentes se haviam tornado atores políticos importantes desde quando, em 1967, no segundo congresso da categoria, fundaram sua associação com representatividade nacional.

A conjuntura entre o final dos anos 1970 e início dos anos 1980 foi de grandes mudanças, com disputas políticas no interior das próprias entidades médicas, sacudidas por vitórias de grupos de oposição, dos quais participavam as associações de residentes nos estados (Veras, 1981).

Em termos gerais, o movimento pela anistia e retorno dos exilados, com ampla participação de todos os setores da sociedade, criavam condições favoráveis às conquistas nos campos da liberdade, da democracia e dos direitos.

No I Fórum Nacional de Residência Médica, convocado pela CNRM e realizado em abril de 1980, os participantes aprovaram moção em favor da regulamentação do valor da bolsa, férias remuneradas, entre outros direitos. Não se aprovou, contudo, a reivindicação da “carteira assinada”, peça central da regulamentação trabalhista de uma corrente do movimento dos residentes, encampada pela ANMR.

Em resposta à mobilização e à luta dos médicos residentes, e em consonância com as conquistas da sociedade brasileira de modo geral, foi sancionada pelo Presidente da República a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, definindo, ao lado de aspectos educacionais, temas como o valor da bolsa de estudos e direitos previdenciários.

A definição de residência médica que prevaleceu na Lei nº 6.932 foi a do Decreto nº 80.281, com exceção do instituto da dedicação exclusiva.

Em conjunto, o Decreto nº 80.281, a Lei nº 6.932 e as normas e resoluções aprovados pela CNRM entre os anos 1978 e 1983, somados à Resolução nº 1/87, de 1987, que cria as Comissões Estaduais de Residência

Médica, constituem os pilares do que se pode chamar um sistema nacional de residência médica.

Alguns aspectos desse arcabouço legal regulatório devem ser ressaltados:

- O reconhecimento da residência como modalidade de ensino de pós-graduação.
- A caracterização desse ensino como treinamento em serviço;
- O cenário para funcionamento ensejando a participação de qualquer instituição de saúde, embora, na prática, se limitasse quase exclusivamente às instituições hospitalares.
- A transformação ou reconhecimento como instituição de ensino de qualquer instituição que implantasse o programa, independente de sua condição “universitária ou não”. Isso, em realidade, representou uma compreensão clara da natureza do ensino médico e das próprias instituições comprometidas. O ensino médico, mesmo o de graduação, como se preconizava desde o Acordo MEC-MPAS, de 1974, não se deveria limitar ao hospital universitário (Brasil, 1974). A lei apenas consagra o que a prática já havia assimilado como uma marca de origem: a residência é, por excelência, a realização da integração ensino-serviço.
- A orientação dos programas por quaisquer “médicos de elevada qualificação ética e profissional” confere aos preceptores e supervisores o reconhecimento ou status simbólico que não teve o desdobramento prático que hoje é um dos “calcanhares de Aquiles”

do sistema: a falta de incentivo ao trabalho de supervisão e preceptoria.

- Um destaque que brilha pela sua ausência: a dedicação exclusiva. A definição de residência médica consagrada na lei nº 6.932/81 é semelhante àquela proposta pela ABEM na já mencionada II reunião, em 1964, e adotada pelos próprios residentes no seu II Congresso, em 1967, exceto pela supressão da referência ao “regime de dedicação exclusiva”. Pouco antes da promulgação da lei nº 6.932/81, os médicos residentes reunidos no congresso da ANMR, em Curitiba (1981), votaram pela supressão da “dedicação exclusiva” e, ademais, propuseram que todos os programas então existentes, indistintamente, deveriam ser credenciados, atribuindo à CNRM a tarefa de promover as correções necessárias. Parece ter prevalecido no caso, contrariando posição anterior, o interesse corporativo e o entendimento da residência enquanto mercado de trabalho. Ou, nas palavras do então secretário executivo da CNRM, a pretensão *laissez passer* dos médicos residentes assinalava a subordinação das considerações quanto à qualidade do curso “...à segurança de pelo menos 2 anos de um emprego estável” (ABEM, 1981, p. 87).

Não prevaleceu a proposta dos residentes de *laissez passer* e a CNRM, ao examinar os primeiros 427 programas, recusou o credenciamento a 96 programas, correspondendo a 15,1% do total.

Todavia, a supressão do “regime de tempo integral e dedicação exclusiva” não deixa de ser reveladora dos bastidores da negociação política envolvendo entidades médicas, residentes e governo.

A composição da CNRM como órgão colegiado, em regime de paridade entre representantes do aparelho de Estado e de entidades da sociedade civil, com representação de todas as entidades médicas nacionais, funciona com uma secretária executiva no antigo Departamento de Assuntos Universitários (DAU-MEC), hoje Secretaria de Educação Superior (SESu). Essa composição paritária, em pleno regime militar, revelou-se avançado e propiciou uma participação bastante democrática e a transparência nas decisões (Pierantoni, 1994). De certa forma, a CNRM antecipou o caráter colegiado que outros órgãos ou conselhos, incluindo o próprio Conselho Nacional de Saúde, viriam a ter anos depois.

Avançando nesse processo de institucionalização, a CNRM mediante a resolução nº 01/87, de 6 de abril de 1987, criou as Comissões estaduais de residência médica (CEREM`s) com o objetivo de descentralizar e estabelecer nos estados um controle mais efetivo dos programas.

Tendo por presidente o secretário da SESu, pode-se dizer que a CNRM não é um órgão do MEC, embora se organize ali a sua estrutura burocrática (secretaria executiva). Representa também um avanço que ali tenham assento os ministérios responsáveis por saúde (então dividida entre Ministério da Saúde e o da Previdência) e educação, estabelecendo no plano da articulação institucional o que a residência representa no plano prático, cotidiano, das instituições de saúde: a articulação mais acabada de educação e saúde.

Para ampliar o foco e propiciar aos alunos uma diversidade de experiências mais próximas da realidade do profissional no mundo concreto do

trabalho, propunha-se a utilização de outros cenários de prática e de ensino. Tratava-se de uma posição doutrinária, consistente do ponto de vista técnico, mas também uma necessidade da maioria das escolas, sem hospitais-escola e sem campo de prática (BRASIL, 1989).

Os convênios entre instituições de saúde mantenedoras de programas e escolas médicas ou universidades era o instrumento estabelecido no citado Acordo MEC-MPAS, de 1974. A idéia, ambiciosa sem dúvida, era criar uma verdadeira rede de ensino com participação e intercâmbio com as escolas e universidades. Esse intercâmbio era tão necessário para as instituições de saúde quanto para as universidades. Já havia um reconhecimento de que o ensino médico não devia ficar restrito ao hospital-escola, devendo se estender para os chamados hospitais comunitários, como os da Previdência Social ou os das Secretarias de Saúde, e mesmo para postos e centros de saúde. Reconhecia-se que os hospitais-escolas não espelhavam a diversidade dos problemas de saúde da população, nem a prática exclusivamente hospitalar encerrava todas as possibilidades de intervenção médica e de ensino (Brasil, 1989).

Ora, a residência como modelo mais acabado dessa integração poderia ser o instrumento dessa articulação ensino-serviço. Infelizmente, porém, a idéia não gerou os frutos que poderia, seja pela rigidez das estruturas universitárias ou pela oposição ideológica de professores presos aos valores tradicionais liberais da prática médica, seja pelas dificuldades da rede assistencial.

A introdução de processos de avaliação sistemáticos para credenciamento de novos programas e, a cada cinco anos, para credenciamento, onde são avaliados aspectos institucionais do próprio programa e dos preceptores.



Se esta sistemática parece banal hoje, à época era uma novidade, uma vez que inexistia uma cultura de avaliação no país (BRASIL, 1989).

Estabelecimento de uma bolsa de estudos determinada nacionalmente: isso viria corrigir a distorção antes denunciada pelos residentes sobre a exploração do trabalho médico a preço vil ou, em alguns casos, sob a qualificação de “residentes voluntários” dada pela instituição de saúde, nenhuma remuneração era oferecida.

A predominância dos programas nas áreas básicas da medicina fica confirmada por esses dados iniciais da CNRM: oitenta e sete (42%) dos primeiros 205 programas credenciados eram das quatro áreas básicas (clínica médica, pediatria, tocoginecologia e cirurgia geral).

Entre a reunião de 29 e 30 de outubro de 1980, quando os primeiros programas foram analisados e julho de 1981, o trabalho da CRNM pode ser visto na Figura n.º 5 (ABEM, 1981).

Figura 5: Situação dos Programas de Residência Médica em julho de 1981. Brasil, 1981.

ÁREA/ESPECIALIDADE	Credenciado s/restrições		Credenciado c/exigências		Credenciado Provisoriamente		Em diligência		Em tramitação ou avaliação		Não Credenciado		Totais & % dos PRM	
Cirurgia Geral	9	12.3%	14	19.1%	1	1.3%	12	16.4%	25	34.2%	12	16.4%	73	11.5
Pediatria	5	7.1%	16	22.8%	1	1.4%	14	20.0%	26	31.1%	8	11.4%	70	11.0
Clínica Médica	7	10.4%	15	22.3%	1	1.4%	12	17.9%	21	31.3%	11	16.4%	67	10.5
Tocoginecologia	8	13.7%	10	17.2%	0		10	17.2%	22	37.9%	8	13.7%	58	9.1
Anestesiologia	5	16.6%	6	20.0%	0		3	10.0%	11	36.6%	5	16.6%	30	4.7
Anatoma Patológica	7	25.9%	4	14.8%	1	3.7%	5	18.5%	8	29.6%	2	7.4%	27	4.2
Ortopedia/Traumatologia	3	11.5%	7	26.9%	0		7	26.9%	5	19.2%	4	15.3%	26	4.1
Radiologia	3	17.6%	3	17.6%	0		2	11.7%	7	41.1%	2	11.7%	17	2.6
Oftalmologia	2	11.7%	3	17.6%	0		3	17.6%	5	29.4%	4	23.5%	17	2.6
Cardiologia	1	6.6%	3	20.0%	0		3	10.0%	4	26.6%	4	26.6%	15	2.3
Psiquiatria	1	7.1%	3	21.4%	1	7.1%	3	21.4%	5	35.7%	1	7.1%	14	2.2
Urologia	1	7.1%	8	57.1%	0		2	14.2%	1	7.1%	2	14.2%	14	2.2
Medicina Preventiva ou Social	2	14.2%	1	7.1%	1	7.1%	4	28.5%	6	42.8%	0		14	2.2
Otorrinolaringologia	3	23.0%	2	15.3%	0		2	15.3%	3	23.0%	3	23.0%	13	2.0
Neurocirurgia	2	16.6%	3	25.0%	0		1	8.3%	3	25.0%	3	25.0%	12	1.8
Neurologia	1	8.3%	2	16.6%	0		3	25.0%	5	41.6%	1	8.3%	12	1.8
Gastroenterologia	1	9.0%	2	18.1%	0		4	36.3%	4	36.3%	0		11	1.7
Cirurgia Pediátrica	1	10.0%	1	10.0%	0		2	40.0%	1	10.0%	3	30.0%	10	1.5
Dermatologia	1	11.1%	2	18.1%	0		5	62.5%	2	18.1%	2	18.1%	9	1.4
Pneumologia	1	12.5%	0	0	0		3	62.5%	1	12.5%	1	12.5%	8	1.2
Oncologia Clínica	0		2	25.0%	0		3	37.5%	1	12.5%	1	25.0%	8	1.2
Hematologia/Hemoterapia	1	12.5%	2	25.0%	0		3	37.5%	1	12.5%	1	12.5%	8	1.2
Cirurgia vascular - periférica	1	12.5%	4	50.0%	0		1	12.5%	0		2	25.0%	8	1.2
Cirurgia Cardiovascular	2	28.5%	1	14.2%	0		1	14.2%	2	28.5%	1	14.2%	7	1.1
Doenças Infecciosas e Parasitárias	2	33.3%	1	16.6%	0		2	33.3%	1	16.6%	0		6	0.9
Cirurgia Torácica	2	33.3%	1	16.6%	0		1	16.6%	1	16.6%	1	16.6%	6	0.9
Endocrinologia/Metabologia	1	16.6%	1	16.6%	0		2	33.3%	2	33.3%	0		6	0.9
Nefrologia	1	16.6%	1	16.6%	0		3	50.0%	0		1	16.6%	6	0.9
Cirurgia Plástica	1	20.0%	2	40.0%	0		0		2	40.0%	0		5	0.7
Medicina Geral & Comunitária	0		0	0	0		0		5	100.0%	0		5	0.7
* Ginecologia	0		0	0	0		0		3	75.0%	1	25.0%	4	0.6
* Radioterapia	0		1	25.0%	0		1	25.0%	2	50.0%	0		4	0.6
Patologia Clínica	0		0	0	0		1	33.3%	2	66.6%	0		3	0.4
Proctologia	0		0	0	0		0		1	33.3%	1	33.3%	3	0.4
Reumatologia	1	33.3%	0	0	0		0		1	33.3%	1	33.3%	3	0.4
* Administração & Planejamento em Saúde	0		0	0	0		1	33.3%	1	33.3%	0		3	0.4
* Obstetrícia	0		0	0	0		0	50.0%	1	50.0%	0		2	0.3
* Cirurgia Gastroenterológica	0		0	0	0		0		1	100.0%	0		1	0.1
* Neonatologia	0		0	0	0		0		1	33.3%	2	66.6%	3	0.4
* Buco-maxilo e/ou endoscopia peroral	1	33.3%	0	0	0		0		2	66.6%	1	33.3%	3	0.4
* Fisiatria	0		0	0	0		0		2	66.6%	0		3	0.4
** Odontologia	0		0	0	0		1	50.0%	0		1	50.0%	2	0.3
* Cirurgia cabeça/pescoço	0		0	0	0		0		-		-		2	0.3
* Alergia/Imunologia	0		0	0	0		0		1	50.0%	1	50.0%	2	0.3
* Serviço Social	0		0	0	0		0		0		1	100.0%	1	0.1
* Medicina do aparelho locomotor	0		0	0	0		0		1	100.0%	0		1	0.1
* Genética Médica	0		0	0	0		0		1	100.0%	0		1	0.1
* Neuropediatria	0		0	0	0		0		0		1	100.0%	1	0.1
* Medicina Legal & do Trabalho	0		0	0	0		0		0		1	100.0%	1	0.1
* Medicina Nuclear	0		0	0	0		1	100.0%	0		0		1	0.1
* Foniatria	0		0	0	0		0		0		1	100.0%	1	0.1
* Microbiologia	0		0	0	0		1	100.0%	0		0		1	0.1
* Parasitologia	0		0	0	0		1	100.0%	0		0		1	0.1
* Diabetologia & Nutrição	0		0	0	0		1	100.0%	0		0		1	0.1
* Saúde Pública	0		0	0	0		1	100.0%	0		0		1	0.1
* Cirurgia Pélvica	0		0	0	0		0		1	100.0%	0		1	0.1
* Patologia Mamária	0		0	0	0		0		1	100.0%	0		1	0.1
* Saúde Ocupacional	0		0	0	0		0		1	100.0%	0		1	0.1
* Saúde e Sociedade	0		0	0	0		0		1	100.0%	0		1	0.1
* Epidemiologia	0		0	0	0		0		1	100.0%	0		1	0.1
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>12.1%</b>	<b>122</b>	<b>19.2%</b>	<b>6</b>	<b>0,9%</b>	<b>126</b>	<b>19.8%</b>	<b>207</b>	<b>32.6%</b>	<b>96</b>	<b>15.1%</b>	<b>634</b>	<b>100.0</b>

32.2%

- \* Áreas/especialidades ainda não regulamentadas pela CNRM e solicitadas antes da publicação da Resolução 1/81
- \*\* Programas não apreciados pela CNRM

(6 especial)  
51%

(16 especial)

74,8%

Em 1981, o Brasil contava com setenta e seis escolas médicas, as quais formavam pouco mais de oito mil médicos por ano. Não se ignorava que a graduação era diferente e a residência acabava por suprir ou complementar a formação prática do recém formado. O caráter de terminalidade do curso médico permanecia como ideal distante. Assim, J. Tavares Neto, então secretário executivo da CNRM, em relatório apresentado na ABEM, colocava questões que ainda hoje se revestem de atualidade (TAVARES NETO, 1981): Quantas escolas, das setenta e seis, têm hospitais próprios? Quantos desses hospitais são gerais? Quantos têm enfermarias e ambulatórios gerais? Quantos docentes podem intitular-se clínicos gerais, pediatras e cirurgiões gerais? Qual carga horária desses docentes é dedicada ao ensino? Quantas escolas podem oferecer o internato rotatório nas áreas básicas? Qual a articulação das escolas com os serviços de saúde locais? Qual o intercâmbio existente? Se existente, a escola oferece supervisão adequada aos seus alunos naqueles serviços?

Como se vê são questões de uma atualidade perturbadora e antecipam questões e temas que, por vezes, são colocados hoje como novidades, certamente por desconhecimento.

Outro aspecto que pode ser destacado no balanço dos trabalhos da CNRM, apresentado por Tavares Neto, refere-se ao diagnóstico permitido pela avaliação dos primeiros programas. A análise foi dividida em três aspectos que contemplam desde então um processo de avaliação: programa, instituição, e preceptores.

Em relação aos programas, identificava: excesso de atividade prática, sem a complementação teórica prevista; ausência de treinamento em emergência; número de leitos excessivo ou reduzido; prontuários médicos incompletos;

programação teórica reduzida, notadamente pela ausência de sessões anatomo-clínicas; inexistente ou precária avaliação do programa e dos residentes; falta de setores essenciais para o pleno desenvolvimento do programas (por exemplo, alto risco obstétrico para o programa de obstetrícia e ginecologia; de eletrocardiograma para cardiologia); tendência à especialização ou subespecialização (por exemplo, programas de pediatria com escassa carga horária em puericultura e ênfase em subespecialidades) e falta de hierarquização na programação de primeiro e segundo anos de residência.

Em relação às instituições de saúde em que se desenvolviam os programas: planta física precária; subremuneração dos médicos; corpo clínico reduzido em relação ao movimento da instituição, ficando a assistência a cargo de residentes, sem a imprescindível supervisão; número excessivo de atendimentos/hora nos ambulatórios; biblioteca inexistente ou com acervo desatualizado; serviço de documentação médica inexistente ou precário; necropsias, quando existentes, em número reduzido; altas taxas de cesarianas; tendência à especialização; ambulatórios ociosos ou até inexistentes; baixa taxa de ocupação dos leitos; alta taxa de permanência; falta de integração entre os hospitais da rede pública, com desperdício de recursos; cursos de especialização, principalmente nos grandes centros, concorrendo com a residência; comissões de residências dos hospitais (Coreme's) sem competência pedagógica e sem representatividade; regimentos inexistentes e falta de interesse ou desconhecimento das direções dos hospitais.

Em relação aos preceptores: falta de estímulos (sob a forma de remuneração ou de facilidades para atualização científica); falta de qualificação; precária supervisão nos períodos vespertinos, etc.

Um último aspecto do relatório apresentado pelo secretário executivo da CNRM é necessário sublinhar: a relação custo/benefício. Depois de lembrar a resistência à regulamentação pelo Estado, principalmente por parte da AMB, mas também por setores da própria ABEM e do CFM, bastiões da ideologia liberal da medicina, Tavares Neto salienta:

(...) os benefícios em termos de melhoria da assistência médica, inclusive diminuindo a ociosidade das unidades de internação e ambulatório, a formação de recursos humanos qualificados e multiplicadores para o país e a reciclagem do corpo clínico, que através da preceptoría qualifica-se para uma melhor assistência (TAVARES NETO, 1981, p.89).

Sublinha-se assim, o caráter essencialmente dialético dessa modalidade de pós-graduação: forma-se o estudante ou jovem médico no exercício da prática, no treinamento em serviço e, dialeticamente, estimula-se e qualifica-se o preceptor, médico responsável pelo programa, revertendo-se o benefício para a população atendida numa instituição arejada pelas indagações, inquietação e questionamento próprios dos estudantes. Não é por outra razão que a residência converteu-se em instrumento de qualificação ou de aferição da qualificação institucional, erigindo-se em patrimônio, não só da medicina, mas da própria população brasileira (LIMA, 2002).

Acompanhando a expansão das escolas médicas e a conseqüente demanda por vagas na residência, há importante crescimento na década de 1980. Considerando os primeiros números oficiais apresentados no relatório de 1971 (634 programas de 127 instituições), pode-se observar uma rápida resposta do sistema à demanda por mais vagas. Em 1982 havia 1500 vagas no primeiro ano e, em 1984, somam 4097 (SOUZA, 2-1985). Um panorama do desenho da residência médica no início da consolidação do sistema pode ser apreciado em seguida:

**Tabela 3:** Número de programas de residência médica e médicos residentes por dependência administrativa e região do Brasil. Brasil, 1984.

Região	Nº de programas	Nº de residentes	Nº de instituições						Total
			MEC	MS	INAMPS	FUNDAP	Particulares	Outros	
Norte	4	21	3	-	-	-	-	-	3
Nordeste	108	870	9	-	12	-	3	2	26
Sudeste	770	6.081	12	2	14	10	29	31	98
Sul	145	1.218	6	-	1	-	13	6	26
C. Oeste	80	380	3	-	1	-	1	7	12
<b>Total</b>	<b>1.107</b>	<b>8.570</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>10</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>165</b>

Fonte: Secretaria executiva da CNRM.

Observa-se um claro predomínio de vagas no setor público (72%) sobre as instituições particulares (28%). Em relação a 1981, houve crescimento de 75% do número de programas.

A situação dos programas e sua distribuição podem ser vistas na Tabela 4.

**Tabela 4:** Situação dos programas de residência médica por região do Brasil. Brasil, dezembro, 1984.

Situação	Região					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Credenciado	1	65	468	104	66	704
Cred. com exigência	-	27	196	15	-	238
Diligência	1	9	47	12	5	74
Tramitação	2	7	46	13	9	77
Créd. com excepcian.	-	-	13	1	-	14
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>108</b>	<b>770</b>	<b>145</b>	<b>80</b>	<b>1.107</b>

Fonte: Secretaria executiva da CNRM.

A região Sudeste predomina com 770 programas, seguida das regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e apenas 4 na região Norte.

A situação dos programas parece indicar que o rigor da avaliação, que reprovou 15% dos primeiros pedidos continuava: dos 1107 programas, 704 foram credenciados com exigências e 238 foram baixados em diligência.

Na Tabela 5, observa-se a distribuição por ano de residência (R-1, R-2, R-3 e R-4) e por região do país.

**Tabela 5:** Número de residentes por ano de residência por região do Brasil. Brasil, 1984.

Região	Nº de residentes				
	R - 1	R - 2	R - 3	R - 4	Total
Norte	14	7	-	-	21
Nordeste	431	413	26	-	870
Sudeste	2.884	2.640	524	33	6.081
Sul	587	559	68	4	1.218
Centro-Oeste	181	171	27	1	380
<b>Total</b>	<b>4.097</b>	<b>3.790</b>	<b>645</b>	<b>38</b>	<b>8.570</b>

**Fonte:** Secretaria executiva da CNRM.

Do total de 8570 vagas em 1984, 4097 eram vagas de 1º ano. Isso significa que cerca de 51% dos médicos graduados naquele ano tinham acesso à residência. A região Sudeste predomina com 70% do total das vagas.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos residentes por dependência administrativa e por região:

**Tabela 6:** Número de residentes por dependência administrativa por região do Brasil. Brasil, 1984.

Dependência Administrativa	Região					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
MEC	21	357	888	620	135	2.021
INAMPS	-	413	1.049	55	65	1.582
FUNDAP	-	-	1.653	-	-	1.653
Rede privada	-	67	821	356	4	1.248
Ministério da Saúde	-	-	43	-	-	43
Estadual	-	33	996	187	118	1.334
Municipal	-	-	517	-	-	517
Outros	-	-	114	-	58	172
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>870</b>	<b>6.081</b>	<b>1.218</b>	<b>380</b>	<b>8.570</b>

**Fonte:** Secretaria executiva da CNRM.

O peso de São Paulo no sistema aparece no número de residentes com bolsas de FUNDAP. A Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo paga maior número de bolsas do que a soma de todas as demais Secretarias Estaduais.

A Tabela 7 apresenta o número de vagas de novos programas nas grandes regiões em 1985.

**Tabela 7:** Número de vagas de novos programas por regiões do Brasil. Brasil, 1985.

Programas	Região					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Clínica Médica	5	13	20	19	4	61
Cirurgia Geral	5	12	13	-	6	36
Obstetrícia e Ginecologia	-	7	7	-	6	20
Medicina Preventiva e Social	-	-	7	-	-	7
Pediatria	-	7	14	5	6	32
Outras especialidades	-	22	81	23	5	131
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>61</b>	<b>142</b>	<b>47</b>	<b>27</b>	<b>287</b>

**Fonte:** Secretaria executiva da CNRM.

Das 287 novas vagas, praticamente 50% estavam na Região Sudeste. As cinco áreas básicas respondiam por cerca de 54% do total.

O ano de 1986 foi marcado por grande mobilização na área da saúde. Findo o regime militar e recém-eleito, ainda que por via indireta, o primeiro presidente civil desde 1964, a sociedade brasileira trabalhava na construção de um Estado Democrático de Direito. Essa mobilização resultou na reunião de cerca de seis mil participantes na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). O tema geral “Democracia e Saúde” foi dividido em três conteúdos temáticos: a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.

As propostas para o campo dos recursos humanos incluíam temas como: o caráter multiprofissional das equipes de saúde, a incorporação de agentes comunitários remunerados, incentivo à dedicação exclusiva, inclusão curricular de práticas alternativas no ensino das profissões de saúde, entre outros. A maioria desses temas foram retomados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde (CNRHS).

Essa Conferência teve como tema central a Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária.



Em novembro de 1986 foi realizado o II Fórum Nacional de Residência Médica, nas dependências da Universidade de Brasília, com ampla participação de residentes, preceptores, representantes de entidades médicas, do MEC, MS, INAMPS, OPS e outras. Desse II Fórum resultou o início do processo de descentralização da CNRM, com a criação das comissões estaduais, em 1987, e a reafirmação da prioridade da formação nas áreas básicas, bem como da necessidade de expansão do programa da medicina geral e comunitária, essenciais para os objetivos da extensão de cobertura através dos cuidados primários de saúde.

Percebe-se a relação entre as discussões que se travam no II Fórum com as que tiveram lugar na 8ª CNS e na I CNRHS, o que talvez permita afirmar que o processo de institucionalização da residência nas políticas do setor se consolidava.

Essa relação também se percebe na realização do III Fórum Nacional de Residência Médica, realizado em São Paulo, em 1993, com o tema central: Formação de Recursos Humanos para o SUS.

Observe-se que a I Conferência de Recursos Humanos, anteriormente citada, identificava na graduação alguns problemas para a consecução dos objetivos de uma política de saúde democrática e inclusiva: ausência de integração ensino/serviço, alienação das escolas da área da saúde do contexto social, conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o aparelho formador, pouco interesse por docentes e preconceito contra a formação além dos muros da universidade, identificada a instância “serviço” como local de “má prática” (BRASIL, 1993).

Não se pode falar, a não ser por desconhecimento, com falta de integração ensino/serviço quando se fala da residência médica. Trata-se de uma pós-graduação que não se restringe aos hospitais universitários, mas se desenvolve

em toda a rede de serviços de saúde. Os dados apresentados mostram a expressiva participação da área assistencial (MS/MPAS/INAMPS), além das secretarias estaduais e municipais de saúde. Dessa forma, o ideal de integração entre as instituições formadoras de recursos humanos e as prestadoras de serviços encontra na residência médica, como forma de especialização em serviço, o seu denominador comum.

Apesar do intenso esforço durante a década de 1990 para a construção do SUS, e dos inegáveis avanços de estender a cobertura de saúde a mais de cinco mil municípios brasileiros, a área de recursos humanos parece não ter tido a atenção na medida da sua importância para o sistema. A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador adotada primeiro pelo governo federal, e seguida por estados e municípios, fez do setor uma “anarquia institucional” (MACHADO, 2006). A precarização do trabalho e a contratação de serviços por terceirização tornaram-se instrumentos comuns de gestão do setor público.

Para Nogueira (2003), a flexibilização e a racionalização dos recursos, preceitos da concepção neoliberal, levaram a uma anarquia tal que gerou no SUS mais de 500 mil situações de trabalho em condições precárias, afrontando a Constituição, deixando inseguros os trabalhadores e provocando descontinuidade na prestação de serviços.

Assim, a situação de recursos humanos no âmbito do SUS apresentava um quadro de imensas distorções e dificuldades no início do novo século. Machado (2006), referindo-se aos anos 1990, fala em “década perdida”, que teria sido marcada pela insistência em consolidar o SUS sem se preocupar com seus trabalhadores, o que teria provocado uma ruptura entre o bem público e os seus guardiões – os trabalhadores da Saúde.

Os fatores acima mencionados, referidos à organização do mundo do trabalho, não são alheios às dificuldades enfrentadas por programas tidos como estratégicos para o escopo de universalização da assistência. O fracasso do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS (MACIEL FILHO, 2007) e as dificuldades enfrentadas pelo Programa Saúde da Família – PSF (MACIEL FILHO, PIERANTONI, 2004) têm relação, entre outros fatores, com a instabilidade e a desproteção do trabalho.

No campo da educação, a década de 1990 foi caracterizada, sobretudo a partir da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (BRASIL, 1996), pela política de liberação para abertura de novas escolas e universidades. As escolas das profissões da saúde experimentaram um crescimento rápido e exponencial, com forte expansão do setor privado: entre 1995 e 2002, as escolas de enfermagem passam de 108 para 334; as de odontologia, de 89 para 161; as de farmácia, de 56 para 347.

As escolas médicas, entre 1996 e 2007 praticamente dobram seu número: passam de 84 para 167, sendo aberto no curto período de 10 anos o mesmo número de escolas que em 190 anos de ensino médico no país.

O setor privado predomina amplamente nessa expansão, principalmente nas regiões de maior desenvolvimento econômico e social, com 29 das 31 novas escolas da região Sudeste e todas as 11 da região Sul.

Em 2001, com a justificativa de orientar a formação para as necessidades mais comuns da população, o MEC elaborou as Novas Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina (BRASIL, 2001), cujo artigo terceiro preconiza: postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade e compromisso com a cidadania; orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças;

capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção; capacidade para o primeiro atendimento de urgências e emergências; capacidade para comunica-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; capacidade de aprendizagem contínua durante toda vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde.

As novas diretrizes abriram caminho para que os Ministérios da Educação e o da Saúde instituíssem, em conjunto, através da Portaria Interministerial, nº 610, de 26 março de 2002, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), com o objetivo de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares (BRASIL, 2002).

Ainda na área da graduação, mais recentemente, merece destaque nova iniciativa conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde chamada Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). O objetivo seria aproximar as instituições de ensino superior dos serviços de saúde para influir na conformação do perfil profissional e, por esse meio, melhorar a qualidade da atenção (BRASIL, 2005).

Ampliando o escopo do PROMED, o PRÓ-SAÚDE envolve as profissões que compõem as equipes de Saúde da Família: medicina, odontologia e enfermagem.

Os anos 2000 parecem inaugurar uma nova etapa em termos de cooperação entre os Ministérios da Educação e o da Saúde na concepção da formação dos cursos da área da saúde. Essa nova concepção seria marcada pela

flexibilidade curricular e pela interdisciplinaridade, pelo desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender e pela recuperação da categoria de totalidade (ROMÃO, 1995). Assim, a construção de espaços de aprendizagem na rede assistencial e o incentivo ao trabalho em equipes multiprofissionais seriam conquistas dessa verdadeira integração docente-assistencial, serviço-escola (FERREIRA, 2006).

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGETES), no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003, pretendeu criar um espaço de interlocução entre educação e Saúde. Com o objetivo de buscar a articulação institucional com o setor da educação, em cumprimento ao artigo 200 da Constituição, a criação da SGETES possibilita uma aproximação técnica e programática, mas resguardadas a identidade e a responsabilidade de cada Ministério (BRASIL, 2003). Como assinalou Durkeim (1978), “o porvir não pode sair do nada: não podemos construí-lo senão com os materiais que nos tenha negado o passado”.

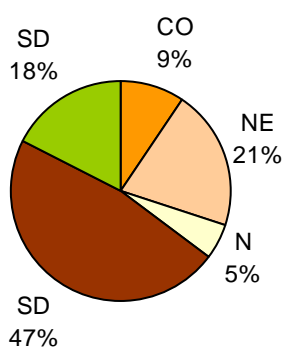
### **5.3. Desenho atual do sistema**

Comparado com os cortes feitos em 1971 (643 programas em 127 instituições) e em 1984 (1017 programas em 165 instituições, com 8570 vagas), o desenho atual revela grande expansão do sistema de residência médica no Brasil.

Em 2008, segundos dados da CNRM, 455 instituições oferecem 3.829 programas em quase todos os estados brasileiros, 27.751 vagas.

A distribuição da instituição com programas de residência por região é a seguinte: 43 na Região Centro-Oeste; 94 na Região Nordeste; 24 na Região Norte, 214 na Região Sudeste e 80 na Região Sul. O gráfico 2 mostra a distribuição percentual de instituições por região.

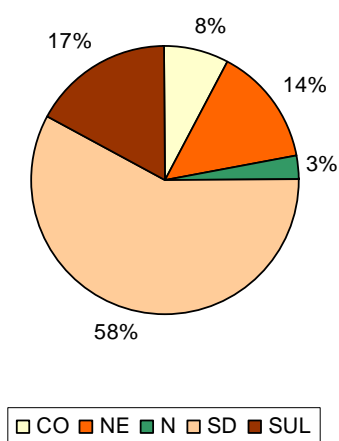
**Gráfico 2:** Número de instituição com programas, por região.2008.



**Fonte:** CNRM, 2008.

Quanto a distribuição dos 3.829 programas por região, os dados da CNRM mostram: Região Centro- Oeste, 299; Região Nordeste, 548; Região Norte,109; Região Sudeste, 2209; e Região Sul, 664. O gráfico 3 mostra a distribuição percentual:

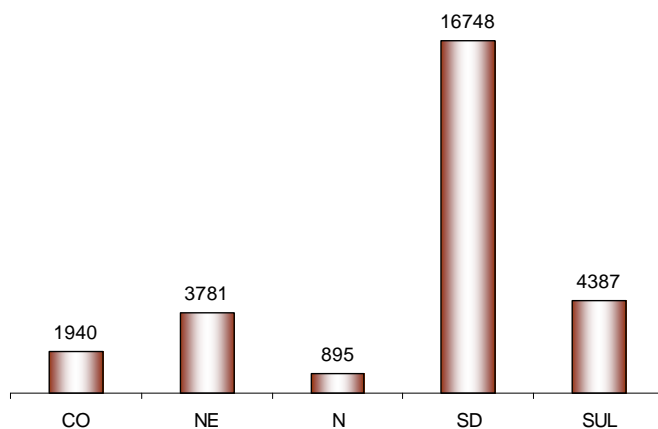
**Gráfico 3:** Distribuição percentual de programas por região.



Fonte: CNRM, 2008.

Em relação as 27.751 vagas, observa-se a seguinte distribuição regional: Centro-Oeste, 1940; Nordeste, 3781; Norte, 895; Sudeste 16748; e Sul 4387. O gráfico 4 ilustra o predomínio da Região Sudeste com cerca de 60% do total das vagas.

**Gráfico 4:** Número de vagas por região, ano 2008.



Fonte: CNRM, 2008.

Os dados disponíveis mostram um forte crescimento do número de instituições mantenedoras, programas e vagas de residência médica. Cerca de 70% dos formandos têm acesso a um dos programas. No entanto, a irrefreável abertura de escolas e vagas torna previsível uma defasagem crescente entre número de formandos das escolas e vagas de residência.

O desafio está posto em face da conhecida falta de terminalidade do curso médico. Se a abertura de escolas e de universidades não for presidida por critérios de qualidade e de necessidade social, e persistir a tendência dos últimos anos com a proliferação de verdadeiras empresas de ensino, o prejuízo para a saúde da população será inevitável.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta tese foi o de refletir sobre o processo de implantação e desenvolvimento da residência médica no Brasil a partir de seus determinantes fundamentais: a educação, a organização da prática e a conformação do setor saúde.

Caracterizada como uma forma de pós - graduação que se define como treinamento em serviço, a residência articula dois setores essenciais: educação e saúde. Dessa forma, seu desenho no interior das instituições e das políticas públicas guarda relação com as peculiaridades do sistema de ensino e do sistema de saúde.

Para abordagem desse tema, buscou-se a construção de um esquema teórico cuja fundamentação se baseou sobretudo em dois autores que se tornaram referências para os estudos sobre educação médica na América Latina: Juan César García e Jorge de Andrade. Os estudos desses autores articulam a produção de serviços e a orientação da escola medica, e ambas pensadas a partir da inserção da medicina na estrutura social. Assim, a prática e o saber no campo educacional e no da saúde estão ligados à transformação histórica no modo de produção econômica.

Nos países latino - americanos, cuja inserção tardia no sistema capitalista se deu a partir de economias primário-exportadoras, a vinculação da medicina ao modo de produção teve como objetivo garantir o controle sanitário adequado para o fluxo regular de extração de riquezas. As injunções internacionais, a submissão à lógica da acumulação econômica exigiu a constituição de uma medicina social ou administrativa que tinha como objeto o espaço urbano.

A residência médica foi implantada no Brasil no final dos anos 1940 e início dos anos 1950, período em que novo modelo de prática veio responder às exigências de uma nova ordem política e econômica. Essas exigências podem ser localizadas no processo de industrialização no país e no aparecimento de expressivo contingente de trabalhadores e de uma classe média urbano - industrial. A prática médica curativa, com tendência especializante e de incorporação crescente de tecnologia, resultante da importação do modelo flexeneriano, foi se impondo sobre a prática tradicional de influência francesa.

Se a educação médica escolar, mais confinada aos muros da universidade, sofreu influência exercida pelo tipo de prática dominante no mercado, a residência, por não se limitar à escola e se desenvolver em toda a rede de saúde torna-se muito mais vulnerável às vicissitudes do sistema. Em função dessa vinculação, por ser formação na rede de saúde, a residência responde de forma mais direta e imediata aos condicionantes da prática médica. A residência reproduz a prática médica dominante.

Propõe-se então como marco teórico deste trabalho o esquema de Garcia modificado em que a escola é substituída por instituição de saúde, o processo de produção de médicos por produção de especialistas e os estudantes por residentes. A partir desse esquema do marco teórico argüi-se o significado da escola na sociedade capitalista e as origens da pedagogia médica, bem como o significado da própria prática. A organização do setor saúde no Brasil constitui-se em cenário da prática e do ensino da medicina, notadamente na residência médica.

A implantação do SUS, ao longo dos anos 1990 e no início do novo século, não anulou as contradições de um país que buscou se inserir na nova ordem econômica mundial. O novo estágio de desenvolvimento capitalista exigiu que as

políticas sociais se submetessem - ou se acomodassem - aos ditames das políticas neoliberais, prevalecendo a lógica da acumulação de capital em escala globalizada.

Os efeitos dessas políticas e, ademais, o grau de complexidade atingido por uma sociedade cujas disparidades sociais consagraram o neologismo Belíndia, fizeram surgir sistemas de saúde diferenciados, conformes os segmentos sociais aos quais se destinam. Embora alcance cerca de 20% da população, o sistema suplementar de planos e seguros de saúde exerce força indutora poderosa no processo de formação dos profissionais de saúde, e de médicos em particular.

A residência médica sofre as injunções e vicissitudes do sistema de saúde. Moldada sobre o serviço de saúde, formando especialistas no treinamento das práticas vigentes, a residência reproduz, tanto no plano técnico quanto no plano ideológico, a medicina praticada no país. Resulta daí sua importância para os médicos, para o sistema de saúde e para a escola.

Quanto à escola, o caráter não terminal do curso, agravado pela degradação do ensino, torna a residência uma forma de suplência e de preparação para a realidade do mercado de trabalho. Quanto ao sistema de saúde, a inserção do médico residente atende a três necessidades: a primeira, de reprodução da força de trabalho dentro das condições técnicas e da conformação ideológica vigentes; segundo, de estímulo permanente para a atualização e reciclagem dos profissionais da rede de saúde; e terceiro, enquanto força de trabalho expressiva, operando sob supervisão em emergências, CTI's, ambulatórios etc. O impacto das greves dos residentes permite aferir a importância da dimensão trabalho que a residência tem para as instituições de saúde. Quanto aos jovens médicos, egressos das atuais cerca de 170 escolas, a luta por vaga nos principais programas é eloqüente demonstração da importância da residência para a vida profissional.

As origens da residência médica no Johns Hopkins Hospital como adestramento profissional avançado demonstrou sua organicidade na prática e no ensino da medicina. Esse enraizamento permitiu colocar em questão duas afirmações que se tornaram repetitivas nos últimos anos: primeiro, a residência estaria inadequada para responder às necessidades sociais; segundo, seria necessário e possível, mediante medidas de ordem político-administrativas, mudar o perfil da residência no país.

Sobre a primeira questão, demonstrou-se que a residência é diretamente determinada pelo sistema de saúde. Como treinamento em serviço, reproduz as práticas dominantes. A crítica à inadequação da residência se converte assim em crítica ao próprio sistema de saúde.

Quanto à segunda afirmação, pode-se deduzir que a força e o prestígio da residência advém de sua capacidade de resposta ao mercado de trabalho. Não fosse assim, seria um processo de formação irrelevante e fadado ao desaparecimento. Com isso não se quer negar a possibilidade de êxito de políticas de indução da formação profissional, como as que se implementam na graduação com o PRÓ-SAÚDE, e na própria residência, com o estímulo aos programas de medicina de família e da comunidade.

Como se demonstrou ao longo dessa tese, os fatores que influenciam a formação profissional são os mesmo que vigoram no mercado de trabalho e decorrem de processos sociais de maior amplitude.

O problema da má distribuição de profissionais é outra questão que se deve retomar. A preocupação em levar assistência aos brasileiros dos mais de 5 mil municípios procura atender ao imperativo constitucional de saúde como direito da cidadania e dever do Estado. Não obstante, tem havido dificuldade em manter um

sistema estável de prestação de serviços de saúde por meio de programas estratégicos como o PITS e o PSF. Essa dificuldade, frequentemente, tem levado a propostas de aberturas de escolas e mesmo de residências em regiões carentes e desprovidas de serviços de saúde. A questão é que não se corrige distorções eventualmente existentes na conformação do perfil profissional ou na distribuição de serviços com a mera abertura de novas escolas ou de programas de residência. Embora devam ser pensadas de forma articulada, formação e assistência são instâncias diferentes. Os problemas assistenciais e a distribuição de profissionais devem ser enfrentados mediante políticas públicas adequadas, sobretudo com condições de trabalho, de infra-estrutura, política de pessoal, com trabalho seguro, reconhecido, bem distante das formas precarizadas, líquidas, vigentes. Política de formação se articula, mas não se confunde, com política assistencial: a formação deve se dar nas melhores instituições, sob a orientação de profissionais mais experientes e qualificados.

O êxito da residência médica como modelo de especialização profissional pode ser medido pelas tendências de outras profissões da saúde - e também fora dela - a propor modelo semelhante de formação. A enfermagem, principalmente nos grandes centros, vem constituindo seu modelo à feição da residência médica. Seguindo essa tendência, foi criada recentemente, pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, a residência multiprofissional para a área da saúde.

Conquanto se possa sublinhar o caráter positivo da ação conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde na regulamentação da referida lei, há aspectos pouco claros nessa iniciativa. Primeiro, o caráter multiprofissional da formação. O fato de trabalhar num contexto multiprofissional não apaga as diferenças e peculiaridades de cada profissão. Há exigências de competências técnicas

específicas. A questão é ganhar sinergia nas ações através da integração profissional, o que só pode se dar no reconhecimento das diferenças, e não na sua negação. Segundo, o modelo de residência tem uma história que faz dele figura presente desde o nascimento do ensino médico moderno. Não se pode dizer o mesmo em relação a outras áreas da saúde e talvez esse modelo não seja o mais adequado para parte das 14 profissões atualmente catalogadas na área. Essa questão é bastante complexa e demandaria estudos específicos que levassem em consideração a história de cada uma, suas formas de regulação, suas competências específicas, organização, ideologia e entidades representativas. Terceiro, se a experiência provar que o modelo residência é o mais adequado também para outras profissões restará demonstrar que a especialização conjunta no modelo multiprofissional, e não uniprofissional, é o melhor meio.

Os desafios para o aperfeiçoamento do sistema de residência médica podem ser colocados em três pontos: o primeiro, o aprofundamento da institucionalização do sistema. Urge uma melhor definição do *status* da residência no contexto da pós-graduação. Essa questão não foi satisfatoriamente resolvida. Com a constituição da pós-graduação *strito sensu* e a crescente valorização de sua titulação, a residência ficou deslocada como uma espécie de corpo estranho na seqüência graduação – mestrado - doutorado, por maior que seja sua importância para a formação de especialistas. Uma revalorização acadêmica da residência aproximaria a escola do mundo concreto do trabalho e, ao mesmo tempo, teria um reflexo positivo nas iniciativas voltadas para o seu aperfeiçoamento. Segundo, o desafio da qualificação dos programas: tarefa complexa, pois tem uma dimensão pedagógica e outra assistencial. E terceiro, a necessidade de estímulo ao

aprimoramento de coordenadores, supervisores e preceptores de programas, tornando o sistema de saúde uma verdadeira rede de educação e saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEM. **Cadernos da ABEM**, v. 2, 2006.

ALMEIDA, C. M. Crise econômica, crise do Welfare State e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, W. M. L. (orgs). **A miragem da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

ALMEIDA, C. M. **Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ALTHUSSER, L. Ideologie et appareils idéologiques d'Etat. In: **Positions** (1964-1965). Paris: Editions Sociales, 1976.

Anais do **XIII Congresso Brasileiro de Educação Médica e XIII Reunião Anual da ABEM**. Rio de Janeiro: ABEM, 1975.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADEA, E.; GENTILLI, P. (ORGS). **Pós neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDRADE, J. **Marco conceptual de la educación médica em la América Latina**. In: Educación Médica y Salud, v. 12, nºs 1, 2 e 3 (1978) e v. 13, n. 1 (1979).

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1995.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. (Tese de Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 1975.

ARRUDA, B. K. G. (org). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001.



ASSIS PACHECO, M. V. **A Máfia dos remédios**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

BACKER, D. **The world bank's attack on social security**. Washington, D.C: Center of Economic and Policy Research, 2001.

BAHIA, L. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre o público e o privado. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 159-169. Rio de Janeiro, 2006.

BANCO Mundial. **Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote growth**. Washington D.C: Oxford University Press, 1994.

BANCO Mundial, Salud. **Documento de Política Setorial**. Washington, 1975.

BANCO Mundial. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial. Investindo em saúde**. Rio de Janeiro: FGV/Banco Mundial, 1993.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BERLINGHER, C. **Medicina e política**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1978.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BOURDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, 1983.

BOURDIEU, P. e PASSERON, J. C. **A Reprodução** – elementos para uma teoria do sistema de ensino. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

BOWLES, S.; GINTIS, H. **Schooling in capitalist America**. New York: Routledge and Kegan, 1976.

BRAGA, J. C. **A Questão da saúde no Brasil**. (Dissertação de Mestrado) - Departamento de Economia e Planejamento da UNICAMP. Campinas, 1978.

BRASIL. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Leis etc. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – PRO JOVEM; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude. Brasília, 2005

BRASIL, Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 4, 7 de nov/2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Residência Médica**: documentos do IV Fórum Nacional de Residência Médica. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina**, 2001

BRASIL, Ministério da Saúde. **Documentos do Ensino Médico/Comissão de especialistas do Ensino Médico**, 3ª ed. Brasília: A Comissão, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito do MS e do MEC a residência multiprofissional da saúde e dá outras providências. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde/Ministério da Educação. PROMED, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed., 1978.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 399/g.m. de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006

BRIDGE, E. **Pedagogia médica**. Washington: OPS (publ. científica, 122), 1965.

CAMPOS, F. E. **Integração docente** – assistencial como prática da educação médica: o caso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

(Dissertação de Mestrado) - Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1980.

CAMPOS, F. E. e BELISÁRIO, S. A. **O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação permanente.** Botucatu: Interface – Comunicação, Saúde, Educação v.5, n.9, p. 133-141, ago/2001

CAMPOS, G. W. S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: **Cadernos RH Saúde/Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CARDOSO, F. H. e FALLETO, E. **Dependência e desenvolvimento na América Latina.** Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

CARNEIRO, M. B. e GOUVEIA, V. V. (orgs). **O médico e seu mercado de trabalho.** Brasília, DF: CFM

CARONE, E. **A República Velha, instituições e classes sociais.** São Paulo: DIFEL, 1975.

CHAVES, M.; ROSA, A.R. (orgs). **A educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90.** São Paulo: CORTEZ, 1990.

COHN, A. **Reforma do Estado e saúde.** Revista Sociedade e Estado. São Paulo, v. XII, n.1, p. 85-101, 1997.

\_\_\_\_\_ **Movimento Operário no Brasil, 1877/1977.** São Paulo: DIFEL, 1979.

COMISSÃO Estadual de Residência Médica (CEREMERJ). **Livro da atas de reuniões**, 2004/2005.

CORDEIRO, H. A. **As Empresas Médicas** – Um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. (Tese de Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva da USP. São Paulo, 1981.

CORDEIRO, H. A. **A Indústria da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DAL POZ, M. **Entre o prescrito e o realizado**: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ, 1996.

DRAIBE, S. M. **O Welfare State no Brasil**: características e perspectivas. Ciências Sociais Hoje. São Paulo: Vértice-AMPOCS, 1989.

DRAIBE, S. M. **Uma nova institucionalidade das práticas sociais?** Reflexões a respeito da experiência latino-americana das reformas dos programas sociais. São Paulo em perspectiva. São Paulo: Fundação SEADE, v. 11, n.4, p. 3-15, 1997.

DREITZEL, H.P. (ed). **The Social Organization of Health, Recent Sociology**, n. 3, The Macmillan Comp., N.Y., 1971, Introdução. apud. DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. op. cit., p..36.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. e PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

DURKEIM, E. **Educação e Sociologia**, 11ª ed. São Paulo: melhoramentos, 1978.

EDUCACIÓN médica y salud (editorial), v. 11, n 1, 1977.

ELIAS, P. **Residência médica no Brasil**: a institucionalização da ambivalência. . (Dissertação de Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1987.

ENGELS, F. Carta a K. Schmidt. In **Obras escogidas em dos tomos**. Méxic p. 490-91, out/1890.

ENGELS, T. Carta a J. Bloch. In **Obras escogidas em dos tomos**. México, p.492, 21 de set/1890.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do Movimento Sanitário. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1987.

ESTABLET, R. A escola. In: **Revista Tempo Brasileiro**, n. 35. Rio de Janeiro, 1973.

FERREIRA, J. R A interface entre o PROMED e o PRÓ-SAÚDE. In: **Cadernos da ABEM**, v. 2, 2006.

FERREIRA, J. R PROMED – da utopia à realidade. In: **Cadernos da ABEM**, v. 1, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC/Rede Unida, 1998.

FIORI, J. L. Aos condenados da terra, o equilíbrio fiscal. Neoliberalismo e políticas públicas. In: **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n. 137. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995.

FIORI, J. L. Debate sobre o ponto crítico: consenso de Washington X Apartheid social. In: **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n. 90. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995.

FIORI, J. L. Essa donna móbile chamada credibilidade. In: TAVARES, M. C. E FIORI, J. L. **Desajuste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

FIORI, J. L. Estado de bem-estar social: padrões e crises. In: **Séria Estudos em Saúde Coletiva**, n. 117. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995.

FLEURY, S. **Reforma administrativa**: uma visão crítica. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 299-309, 1997.

FLEXNER, A. **Medical education in United States and Canadá.** A report to the Carnegie Foundation for the advancement of theaching. Bulletin n. 4, DB Updike, The Merrymont Press. Boston, 1910.

FLEXNER, A. **La formation du médecin en Europe & aux États-Unis: Étude comparative.** Paris: Masson et cie, Éditeurs, 1927.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FREITAG, B. **Escola, estado e sociedade.** São Paulo: Moraes, 1980.

FRIGOTTO, G. **A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista.** São Paulo: Cortez, 1984.

G. CANDY ROBINSON. **Experiências de um médico.** Rio de Janeiro: Bloch, 1966.

GADELHA, C. A G. **Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial.** Revista de saúde Pública. São Paulo, v.40, n. especial, p, 11-13, 2006.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório.** São Paulo: Cortez, 1984.

GARCIA, J. C. **La educación médica em la América Latina.** OPS-OMS. Publ. científica 225. Washington D. C., 1972.

GERSCHMAN, S.; VIANNA, W. M. L. **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da democratização.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997 (2003).

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GIMÉNEZ, G. **Apuntes para uma Sociologia de lãs ideologias**. Universidad Ibero-Americana. México, 1978.

GIOVANINI, G. **Sobre a política de medicamentos**. 30ª Reunião Anual da SBPC, Mesa redonda sobre Política Nacional de Saúde: Aspectos da Problemática Atual. São Paulo, jul/1978.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado Moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HAYEK, F. A. **O caminho da servidão**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

HADDAD, A. et alii, 2006. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HOBBSBAWN, E. **Era dos extremos**. O breve século XX, 1914-1991. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

IANNI, O. **Estado e capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

**IBGE/Assistência Médico Sanitária, 2005**

IANNI, O. **Teorias da Globalização**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

**IBGE. Pesquisa Assistência Médico Sanitária – MAS**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KAUFMAN, R. **A política da reforma do Estado: um exame de abordagens teóricas**. Revista do Serviço Público. Brasília, ano 49, n. 1, p. 43-69, 1968.

KETTL, D. F. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs). **Reforma do Estado e administração pública no setor gerencial**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998.

KORNIS, E. M., FARIA, T. W. Da utopia à realidade: dilemas e consensos na definição da seguridade social brasileira na Constituição de 1988. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1997, **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n. 153, 42 p.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2002.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social e o neoliberalismo, p. 151-178. In: LAURELL, A. C. (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LESSA, C.; SALM, C.; SOARES, L.; DAIN, S. **Pobreza e política social: uma leitura da questão da exclusão nos anos 90**. Estudos Marxistas, n.3, p. 63-67. São Paulo: HUCITEC, 1997.

LEVCOVITZ, E. **Transição X Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS**. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.

LIMA, J. C. S. **Educação e prática médica: os movimentos de educação médica na América Latina**. (Dissertação de Mestrado) – Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1983.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil – Instituição e estratégia da hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LUZ, M. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, R. et alii. **Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, M. H. trabalhadores de saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: **Cadernos RH Saúde/Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C. R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – Estudos e Análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.



MARGLIN, S. Origens e funções do parcelamento das tarefas. In (divs auts): **Divisão social do trabalho, ciência, técnica e modo de produção**. Porto: Publ. Escorpião, 1974.

MARX, K. **O capital**, livro I, v I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Bontempo Editorial, 2004

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Programa Saúde da Família**: somos contra ou a favor? Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, jan-abr/2002.

MÉSZAROS, I. **A educação para além do capital**. São Paulo: Bontempo Editorial, 2005.

MESZÁROS, I. **Marx**: a teoria da alienação. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MATTOS, Ruben. **Desenvolvendo e oferecendo idéias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de saúde no âmbito do Banco Mundial. (Tese Doutorado) - IMS/UERJ, 2000.

NAVARRO, V. A industrialização do fetichismo ou o fetichismo da industrialização: uma crítica a Ivan Illich. In: **Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia**, 1 (1), 1977.

NOGUEIRA, R. P. **Medicina interna e cirurgia**: a formação social da prática médica. (Dissertação de Mestrado) - Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1977.

NUNES, E. D. (org). **Juan César Garcia**: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.

ORSZAG, P.; STIGLITZ, J. E. Rethinking pension reform: tem mythes about social security systems. In: HOLMAN, R.; STIGLITZ, J. E (eds). **New ideas about old age security**. Washington, D.C: World Bank's, p. 17-56, 2001.

PAIM, J. S. Formação médica e políticas de saúde. In: **Congresso Brasileiro de Educação Médica**, 33, 1995. Anais... Porto Alegre, p. 247-61, 1995.

PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? In: **Divulgação em Saúde para Debate**, n.14, ago/1996. Brasília, 1996.

PAIVA, V. Educação e bem-estar social. **Educação e Sociedade**, v. 12, n. 39, p. 161-200. Campinas, 1991.

PAMPLONA, M. A. V. A questão escolar e a hegemonia como relação pedagógica. In: **Educação e política: Gramsci e o problema da hegemonia**. Cadernos do CEDES, n. 3. São Paulo, s/d.

PARACELSO, Selected Writings, ed. cit., p. 181 – apud MÉSZÁROS, I. **Marx: A Teoria da Alienação**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

PARADA, R. **Federalismo e o SUS**: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado) – Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 2002.

PARSONS, T. **The social system**. Glencoe: The Free Press, 1951.

PAULA E SILVA, G. S. Problemas de preparação do médico brasileiro. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, 59(5/6), p. 46-50, 1976.

PIMENTEL, A. J. P.; ANDRADE, E. O.; BARBOSA, G. A. **Os estudantes de medicina e o ato médico**: atitudes e valores que norteiam seu posicionamento. Brasília, DF: CFM.

POLLACK, J. C. **La medicine du capital**. Paris, Maspéro, 1971.

PONCE, A. **Educação e luta de classes**. São Paulo: Fulgor, 1957.

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho**: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

POULANTZAS, N. Escola em questão. In: **Revista Tempo Brasileiro**, n 35. Rio de Janeiro, 1973.

**RECURSOS Humanos para as atividades de saúde e a educação médica na América Latina**. Reimpressão do Fundo Memorial Milbank. Publicação trimestral, jan/1964, v. XLII, n. 1.

RESIDÊNCIA Médica. Documento da CNRM, v. 1, n. 1. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1979.

RESIDÊNCIA Médica. Documento da CNRM, v. 6, n. 1/2. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1984.

RODRIGUES, N. E. **Integração docente-assistencial em saúde**: origens, implicações e perspectivas. (Dissertação de Mestrado) - departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1979.

ROSEN, G. **Da política médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSSI, W. G. **Capitalismo e educação**: contribuição ao estudo caótico da educação. São Paulo: Cortez, 1978.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SANTOS, M. **O país distorcido**: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Folha, 2002.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**: teorias da educação. Curvatura de vara, onze teses sobre educação e política. São Paulo: Cortez, 1984

SENNET, R. **A corrosão do caráter**: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1999.

SCHULTZ, T. W. **O capital humano** – investimento em educação e Pesquisa. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

SHRAISCER, L. B. **Educação médica e capitalismo**: um estudo das relações entre educação e prática médica na vida social capitalista. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

SOUZA, E. G. **Avaliação dos programas de residência médica em Radiologia**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

SOUZA, E. G. Residência médica no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 9(2), p. 112-4, 1985.

SOUZA, L. R. et alii. **Ideologia e escola médica**. Relatório de Pesquisa. Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, jan/1982.

SPINK, P. Possibilidades técnicas e imperativos políticos em 70 anos de reforma administrativa. In: **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998.

TAVARES, M. C. **Da substituição de importações ao capitalismo financeiro**. Ensaios sobre economia brasileira. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

TEMPORÃO, J. G. **Discurso no lançamento do Comitê da cadeia produtiva da saúde (Comsaúde)**. Federação das Indústrias de São Paulo (FIESP). Junho, 2007. Disponível em: [www.fiesp.com.br](http://www.fiesp.com.br)

VASCONI, T. A. **Contra la escuela. Cuadernillos Marxistas**, n. 2. Colômbia: Editorial La Pulga LTDA, 1974.

VAZ, H. L. **Cultura e universidade**. Petrópolis: Vozes, 1966.

WEFFORT, F. C. **O populismo na política brasileira**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)