

Guilherme Montenegro Abath*

"Ao observador atento das escolas de medicina parecerá inquietante perceber a regularidade com que todo o sistema educacional destas escolas está isolado em relação aos sistemas de serviços de saúde de seus países. Com efeito, em muitos países, as escolas e faculdades continuam sendo as proverbiais torres de marfim".

Halfdan Mahler
Diretor Geral da OMS**

RESUMO

A matéria do presente trabalho fundamenta-se em observações e dados colhidos em visitas feitas pelo Autor a 10 dos 12 Programas de Residência e Medicina Geral Comunitária, ora existentes no Brasil, com a finalidade de elaborar um informe a ser enviado à Organização Pan-Americana de Saúde sobre a situação da Medicina de Família no Brasil.

A designação Medicina Geral Comunitária é usada como sinônimo de Medicina de Família ou Medicina Geral.

Os dois primeiros Programas de Residência Médica orientados para a formação de médicos gerais comunitários surgiram no país, em 1976 respectivamente, na Unidade Sanitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e no Programa de Saúde Comunitária — Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco.

Sendo uma especialidade nova, a Medicina Geral Comunitária depara-se com problemas teóricos de ordem conceitual e problemas práticos relativos a mercado de trabalho

e às condições de formação do profissional em tela.

Cuidados primários de saúde constituem o núcleo básico do perfil ocupacional do médico geral comunitário que deve atuar como membro de equipe multiprofissional, no contexto mais amplo de sistemas regionalizados e hierarquizados de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Vários nomes são dados aos médicos que exercem a Medicina Geral Comunitária: médicos (sem adjetivos), médicos gerais, clínicos gerais, médicos generalistas, médicos de assistência primária, médicos de primeira linha, médicos polivalentes, médicos de família, médicos comunitários, médicos familiares comunitários, médicos gerais familiares e médicos gerais comunitários¹⁻²⁰. Alguns desses nomes devem ser considerados como sinônimos e outros, ao menos por enquanto, como distintas acepções para identificar o profissional básico, integrante de uma equipe multiprofissional encarregada da assistência primária à saúde de indivíduos, extensiva ou não a seus familiares e à comunidade a que pertencem.

* Professor Adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco.

** Boletim Oficina Sanitaria Panamericana 8:379-385, 1977.

ANTECEDENTES

A preocupação com a crescente escassez de médicos gerais não é recente nem no Brasil nem em outros Países^{1, 3, 7-9, 12, 15, 16, 21-27}.

Francis Peabody, nos Estados Unidos, por volta de 1923 afirmava que a oscilação do pêndulo em direção à especialização havia atingido o seu ápice e que a medicina moderna fragmentara em grau muito elevado o sistema de prestação de serviços de saúde. Apelava, então, para um urgente retorno ao médico generalista, face à necessidade de cuidados integrais e personalizados (apud 22). Em 1952 um comitê de especialistas da OMS considerava que o fracionamento da medicina em especialidades, cada vez mais numerosas, dificulta a visão do doente em sua integralidade. Este mesmo Comitê em dezembro de 1962, define o perfil ocupacional do médico de família, hoje aceito universalmente²¹.

No México, Canadá e Estados Unidos da América do Norte decisivos passos foram dados no campo da formação do médico de família, tanto em graduação como em pós-graduação, sob forma de Residência²⁸⁻³⁰.

No Brasil a necessidade de formação do médico geral já era denunciada em 1948 no Plano SALTE. Tratava-se de um plano integrado de desenvolvimento em que se pretendia atender às necessidades de Saúde (S), alimentação (Al), transporte (T) e energia (E). Entre outros comentários frisaram, os autores do plano, que, "visando ao problema da assistência médica no interior do país, será útil incentivar a prática da clínica médica geral, para a qual o atual planejamento criará boas oportunidades, diminuindo a acentuada preferência dos médicos pelas especialidades, via de regra mais rendosas". Preconizavam também reformulações educacionais nas escolas de medicina, tanto em nível de graduação como através de "cursos de extensão ou equivalentes"³¹. Alguns desses fatos em relação ao Plano SALTE já foram devidamente lembrados por GENTILE DE MELLO⁸ e ARAÚJO²³.

Ao propor este Plano ao Congresso Nacional o então Presidente General Eurico Gaspar Dutra, reportando-se à sua mensagem de abertura da sessão legislativa do ano anterior afirmava ter manifestado que "em face da gravidade da presente situação de saúde "(do povo brasileiro)" e considerando as dificuldades de ampliação dos recursos à criação de um sistema racional de assistência médico-sanitária, por meio do qual toda a população possa obter, de forma digna, serviços médicos e para-médicos de caráter preventivo e

curativo³². Estas palavras ainda tão amargamente oportunas fazem crer que o tempo não nos trouxe grandes progressos nos decorridos 36 anos.

Em reuniões de grande destaque como o Seminário de Petrópolis, RJ, em 1973 sobre "A Formação do Médico de Família"³³, o Seminário de Campinas, SP, sobre "A Formação do Médico Generalista" realizado em maio de 1978³⁴ e o XVI Congresso Brasileiro de Educação Médica efetuado em novembro de 1978 na cidade de Londrina, PR³⁵, o tema do médico geral foi amplamente debatido.

Em janeiro de 1976 foram implantados no Brasil os dois primeiros Programas de Residência Médica destinados à formação de médicos generalistas. Eram os então chamados "Subprograma de Internato e Residência em Hospital Regional Rural" do Programa de Saúde Comunitária do Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco e o Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária Murialdo de Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. Chamam-se hoje Programas de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária³⁶.

No período de março a abril de 1984 o autor do presente trabalho visitou onze dos treze programas de Residência de Medicina Geral Comunitária ora existentes no Brasil, com a finalidade de elaborar um informe para a Organização Pan-Americana de Saúde, como contribuição a um estudo mais amplo, por parte dessa Organização, sobre "A situação da Medicina Familiar nas Américas".

Observações e informações proporcionadas por esse programa de visitas constituíram matéria para o presente trabalho.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

As visitas a cada Programa tiveram em média um dia e meio de duração e constaram de

- Entrevistas com coordenadores e supervisores e alguns preceptores dos Programas de Residência.
- Visitas a alguns serviços onde executam os médicos residentes suas atividades de treinamento em serviço.
- Entrevistas com algumas autoridades nos setores de educação e saúde.

- Entrevistas com alguns egressos dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária.
- Visitas a algumas áreas rurais ou urbanas assistidas pelos Programas, com entrevistas de alguns moradores.
- Entrevistas com médicos residentes.

As entrevistas com os coordenadores, supervisores e alguns preceptores dos Programas de Residência foram dirigidas por questionário composto de 4 seções: a primeira referente a aspectos conceituais; a segunda à prática da Medicina Familiar; a terceira à formação do pessoal médico em Medicina Geral Comunitária (nome oficialmente adotado pela Comissão Nacional de Residência Médica, o qual deve ser considerado como sinônimo de Medicina Familiar); e a quarta, referentes à programação, propriamente dita, de cada Residência.

As respostas obtidas durante as entrevistas iam sendo anotadas pelo entrevistador e submetidas, imediatamente, à apreciação dos entrevistados para aprovação.

ALGUNS DADOS GERAIS SOBRE OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

O Quadro I expõe alguns dados sobre os Programas visitados: as instituições responsáveis, os nomes dos coordenadores ou supervisores dos programas, o ano em que tiveram início, o ano de seus pedidos de credenciamento, os números

atuais de residentes, a procedência das bolsas e as etapas do processo de credenciamento pela CNRM em que se encontram. Existiam no total de 138 médicos residentes freqüentando os Programas, 73-R1 e 65-R2. Não foram incluídos aqueles que por qualquer motivo haviam pedido afastamento temporário da programação, sem ônus, para a Instituição Mantenedora de acordo com os termos da legislação que dispõe sobre as residências médicas³⁷. O INAMPS participa com o fornecimento de 92 do total de 138, bolsas contra 18, 14 e 14 provenientes de outras fontes.

Oficialmente considera-se que existem atualmente 13 Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária³⁸ no Brasil. Para efeito do presente trabalho este número pôde ser reduzido a 12 desde que o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul uniu seu Programa ao da Unidade Sanitária Murialdo conservando, apenas, independente o concurso para admissão dos candidatos inscritos pela Universidade e o fornecimento de bolsas daqueles admitidos na programação. Não puderam ser visitados os Programas de Residência da Universidade Estadual de Londrina (PR) e do Instituto Louis Pasteur do Rio de Janeiro, RJ.

ASPECTOS CONCEITUAIS

As designações *medicina familiar*, *medicina geral*, *medicina de assistência primária* e *medicina geral comunitária* são empregadas como si-

QUADRO I

Alguns Dados Sobre Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária no Brasil — 1984 (*)

Instituições Responsáveis	Nomes dos Responsáveis	Ano do Início	Ano do pedido de credenciamento	N.º de Residentes		Procedência das Bolsas				Situação na CNRM
				R1	R2	MEC	Inamps	Secretaria Est. de Saúde	Hospital N.S. Conceição	
INAMPS — RN	José Alves Pinheiro	1982	1982	4	4	—	8	—	—	Credenciado
Univ. Federal do Piauí	Antônio Joaquim C. Aguiar	1983	1983	6	—	6	—	—	—	Diligência
Hospital Pres. Dutra — MA	Carlos Alberto S. Borges	1980	1981	10	6	—	16	—	—	Credenciado
Univ. Federal de Pernambuco	Bernardo David Sabat	1976	1982	6	6	1	11	—	—	Cred. com exigência
Unidade Sanitária Murialdo (**)	Paulo Fasolo	1976	1981	21	21	4	24	14	—	Credenciado
Hospital N.S. da Conceição	Carlos Grossman	1980	1982	7	7	—	—	—	14	Diligência
Univ. Federal de Pelotas	Kurt Kloetzel	1981	1981	—	3	—	3	—	—	Diligência
Associação Hospital de Cotia	Paulo de Tarso Correa	1981	1982	12	12	—	24	—	—	Credenciado
Hospital Munic. de Petrópolis	Lia Botafogo	1980	1981	4	2	—	6	—	—	Cred. com exigência
Centro Biomédico da Univ. Federal do Espírito Santo	Jader Bisco Cruz	1983	1983	3	4	4	—	—	—	Credenciado
TOTAL	—	—	—	73	65	18	92	14	14	—

(*) Não estão incluídas as Residências do Instituto Louis Pasteur, do Rio de Janeiro e a da Univ. Federal de Londrina-Paraná, que não foram visitadas.

(**) A Residência do Hosp. das Clínicas de Porto Alegre uniu seu Programa ao da Unidade Sanitária, mantendo, apenas, concurso de seleção independente.

FONTE: ABATH, G.M. Medicina familiar no Brasil. Informe para o Comitê Executivo da OPAS, 1984.

nônimos ou como expressões de diferenças conceituais imprecisas. A denominação *Medicina Geral Comunitária* é, a mais amplamente aceita tanto por preceptores como residentes e outros profissionais interessados no assunto, para expressar a prática desenvolvida pelo médico geral, generalista, médico de família ou, mais precisamente, pelo médico geral comunitário. Ela consiste em uma prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade e que, independentemente de idade, sexo ou patologia que o paciente apresente, se propõe prestar uma assistência integral, contínua e personalizada, não interrompida nem mesmo quando necessário referir o paciente e outros níveis de assistência, para esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Na Medicina Geral Comunitária os esforços devem estender-se até a comunidade interagindo com a mesma de modo a conhecer mais profundamente suas necessidades e colaborar na solução de seus problemas.

O médico geral comunitário é integrante de uma equipe multiprofissional constituída por enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, auxiliares de saúde e outros auxiliares. O número e a categoria dos integrantes da equipe varia de acordo com o porte e a complexidade da unidade de saúde onde ele esteja atuando e os recursos humanos disponíveis.

Situa-se como a porta de entrada ao sistema de serviços de saúde sem com isto significar que seja uma simples instância de triagem, ponte de passagem para outros profissionais mais competentes. Pelo contrário, deve resolver pelo menos 80 a 95% dos casos da demanda, variando esses percentuais com facilidades disponíveis de complementação diagnóstica (análises laboratoriais e radiologia) e de internação para tratamento, aos seus cuidados, em nível das especialidades básicas de clínica médica, pediatria, tocoginecologia e cirurgia ambulatorial.

Na Medicina Geral Comunitária desfaz-se a dicotomia entre Medicina Preventiva e Curativa e são ultrapassadas as fronteiras dos fatores biológicos e físico-químicos como determinantes primordiais das doenças, graças à valorização de fatores psicológicos e sócioeconômicos.

Em alguns programas há tentativa de distinção entre as várias designações da Medicina Geral Comunitária. A expressão *Medicina Familiar* seria uma Medicina voltada para indivíduos e núcleos familiares exercida como medicina voltada para indivíduos e núcleos familiares exercida como medicina liberal, sem considerar a comunidade

de como fator prioritário. Seria o modelo copiado dos Estados Unidos da América do Norte.

A *Medicina Geral* seria caracterizada por atendimentos médicos independentes de idade, sexo ou patologia dos pacientes porém sem preocupações maiores com a saúde dos núcleos familiares e da comunidade, podendo os atendimentos serem episódicos não propiciadores de uma assistência contínua e personalizada. Em alguns programas ou em alguns setores de alguns programas persiste esta modalidade de atendimento.

Em todos os Programas, *núcleo familiar* é entendido como o conjunto de indivíduos que se consideram como pertencentes a uma mesma família, habitam sob o mesmo teto e comem da mesma mesa, independentemente de laços legais ou de consaguinidade.

A *Medicina de Assistência Primária* seria aquela restrita aos cuidados básicos de saúde e tratamento ambulatorial das doenças mais prevalentes. Para alguns estaria mais ligada à assistência materno-infantil.

Segundo recente estudo sobre a situação da Medicina de Família nas Américas, na opinião da maioria dos autores que haviam sido consultados, os aspectos mais salientes na definição do médico de família são os seguintes:

- É o médico do primeiro contato com o paciente, que permanece como porta de entrada ao sistema de serviços de saúde.
- É o médico que avalia as necessidades globais do paciente, que provê cuidados médicos personalizados e, quando indicado, refere o paciente a serviços especializados, servindo neste caso como coordenador da equipe de saúde a que tenha sido referido o paciente.
- É o médico que aceita responsabilidade pelo cuidado total do paciente, situado em seu meio que inclui sua família e sua comunidade.
- Que trata de problema de toda a natureza independente de idade ou sexo do paciente³⁹.

O tema dos três níveis de assistência foi também analisado durante as entrevistas.

Assistência primária ou *cuidados primários* seriam os cuidados prestados no nível mais periférico do sistema de saúde, a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado. A este respeito transcreveremos considerações feitas pe-

los supervisores respectivamente dos Programas de Residência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre (RS), da Universidade Federal de Pelotas (RS) e do Hospital Municipal de Petrópolis (RJ), por apresentarem aspectos complementares que convergem para um conceito básico subjacente nas ações dos Programas:

- “Considera-se como assistência primária o cuidado integral e contínuo ao indivíduo, à família e à comunidade. Não é primário por ser mais simples, mas por ser o primeiro e o principal contacto do paciente com o médico, propiciador de um entendimento global dos problemas que estão afetando o indivíduo, a família e a comunidade. Além disso é também primário por atender aos problemas de saúde mais prevalentes na comunidade. Os cuidados secundários ou terciários não são mais complexos que os cuidados primários. Estes últimos exigem talento e uma boa formação”.
- “Assistência primária é o atendimento ambulatorial de problemas de saúde ainda não criados, isto é, “problemas novos”, não vistos ainda por outro profissional. Nem sempre são casos simples ou mais prevalentes na comunidade. Podem ser casos de hipertensão, lesões pulmonares ou neoplasias, por exemplo”.
- “Assistência primária é entendida como o trabalho do auxiliar de saúde, de profissionais de saúde e de médicos. É tudo o que o médico consegue fazer numa salineta, com o mínimo de tecnologia e o máximo de conhecimento, com um poder de resolução de 80-90% dos casos. A urgência é também compreendida como assistência primária”.

Junto aos demais conceitos expressos, porém não transcritos aqui, correspondem ao que se encontra freqüentemente registrado, na literatura 1, 2, 5, 6, 15, 16, 18, 21, 23, 40. Os trabalhos de autores hispano-americanos, bem como a Declaração de Alma-Ata, destacam com justa ênfase, a necessidade de expansão de cobertura aos contingentes mais pobres das populações, a necessidade do enfoque multissetorial e o grande valor da organização e participação comunitária⁴¹⁻⁴³.

A implantação em 3 municípios do Estado de Pernambuco de assistência primária elementar

pelo Programa de Saúde Comunitária — Projeto Vitória da UFPE, funcionando na base de auxiliares de saúde supervisionadas por técnicos graduados, principalmente, enfermeira, nutricionista e assistente social fundamentou-se nas diretrizes assinaladas no parágrafo anterior.

De acordo com normas definidas na Resolução n.º 07/81 da CNRM do Ministério da Educação e Cultura, um mínimo de 40% da carga horária total dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária deve ser ocupado em atividades de assistência primária⁴⁴.

Em metade dos programas entende-se como *cuidados secundários* o atendimento em ambulatório e internação das áreas básicas de clínica médica, pediatria, tocoginecologia e cirurgia geral.

Em dois dos Programas, o atendimento ambulatorial nas áreas básicas seria ainda considerado como assistência primária, sendo cuidados secundários, apenas, os tratamentos com internação nas referidas áreas.

Um dos programas compreende como cuidados secundários “a assistência prestada em nível de ambulatório e internação das especialidades básicas e psiquiatria e atendimento de condições relativamente simples de oftalmologia ou outras áreas cujos campos, não sendo bem definidos, poderiam ser considerados como limítrofes com a assistência primária e a secundária”.

Na Residência Médica da Universidade Federal de Pelotas, cuidados secundários são considerados como atendimentos a problemas de saúde já triados por outro profissional, porém tratados ainda em ambulatório.

Por fim, em um dos Programas, as atividades de cuidados secundários exercidas pelos Residentes resumem-se à assistência a pacientes mantidos em leitos de observação.

No Programa do Hospital Presidente Dutra no Maranhão não há treinamento dos Residentes em cuidados secundários.

A carga horária exigida, oficialmente, para atividades em cuidados secundários e terciários é de um mínimo de 10% da carga horária total da programação⁴⁴.

Entende-se como *cuidados terciários* tratamento de internação ou ambulatorial em especialidades de maior complexidade, (ou melhor, de base mais estreita e maior verticalidade) que as áreas básicas.

Em dois dos Programas não há treinamento em cuidados terciários. Em quatro, há estágios em serviços de doenças infecto-contagiosas, em um outro, em serviço de hanseníase, e de doen-

ças sexualmente transmissíveis. Em quatro, há treinamento em serviços de dermatologia.

Algumas Residências têm também treinamento em serviços de traumatologia-ortopedia, pneumologia, oftalmologia, otorrinolaringologia.

Essas pequenas diferenças de programação correspondem a necessidades sentidas e a peculiaridades locais.

EM GRADUAÇÃO OU EM PÓS-GRADUAÇÃO

Implementar programas de pós-graduação, *sensu lato*, de Medicina Geral Comunitária não significa ignorar a necessidade de formar o médico geral já em nível de graduação, conferindo ao curso médico o caráter de terminalidade defendido, na América Latina, pela maioria dos estudiosos de educação médica. Na Inglaterra, Austrália, Estados Unidos da América do Norte, França e outros países já se considera a instrução a este nível insuficiente para a prática no campo da Medicina Familiar³⁹.

A outra dúvida que se tem constituído motivo de debates é se o médico geral comunitário ou de família deve ou não ter o grau de especialista. Este questionamento recebeu, nos Estados Unidos, considerável ímpeto, por suas implicações com questões de status e de jus a melhores honorários; não pareceu, entre nós, durante as várias entrevistas e contatos pessoais, ser assunto da ordem do dia. O título de especialista para os que tenham cumprido Programa de Residência decorre de termos legais. Segundo o Artigo 1.º do Decreto n.º 80.281 de 5 de setembro de 1977⁴⁵ e o Artigo 1.º da Lei n.º 6.932 de 7 de julho de 1981³⁷ a Residência Médica em qualquer que seja a área "constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de *curso de especialização*, caracterizado por treinamento em serviço", etc.

A respeito desta questão, se especialista ou não especialista, o relator do tema — Situação do médico de família nas Américas — a ser discutido na 92.ª Reunião do Conselho Executivo da OPS/OMS chegou à seguinte conclusão: There are important and informed views of undergraduate training that will give the new physician the knowledge and skills needed to enter an organized general practice centered on the family or community. The general trend seems to be toward specialization, however, as emerges from an examination of the evolution of some programs of general medicine and

family medicine in Europe, where these branches are specialties in most of the countries³⁹.

Há quem considere, como ACUNA⁴¹, o médico geral-especialista — mais em termos da função social que desempenha, que por ter limitado seu maior interesse a um grupo etário, um sistema de órgãos ou a uma doença determinada.

Entre nós não deve haver dilema nem confrontos: a necessidade de extensão de cobertura não poderá nem deverá ser satisfeita exclusivamente mediante o recurso a Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária. Os dois níveis de formação orientados para o médico geral deverão coexistir, reforçando-se mutuamente. Mesmo que os dois processos fossem independentes — o que jamais poderão ser — ênfase em um não deverá significar subtração de ênfase no outro.

Com a melhoria dos cursos de graduação em medicina quase todos os Programas de Residência Médica em qualquer de suas áreas deverão, por certo, rever suas atuais programações.

RAZÕES PARA A EXISTÊNCIA DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

As razões apresentadas durante as várias entrevistas para a existência dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária podem ser resumidas nos seguintes itens:

- Formar futuros docentes e pesquisadores no campo da Medicina Geral Comunitária que possam contribuir para modificar os cursos de graduação, restituindo-lhes seu caráter de terminalidade, formando médicos gerais.
- Organizar e manter Unidades de Medicina Geral Comunitária que possam servir como base de treinamento a estudantes de graduação de medicina e outras áreas afins em programações de intensidade crescente.
- Incentivar mudanças curriculares, nos cursos de graduação em Medicina e outras áreas afins (enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, serviço social e psicologia).
- Criar modelos vivos de médicos gerais comunitários que sirvam de estímulo a opções de graduandos pela Medicina Geral Comunitária.
- Contribuir à meta de oferecer cuidados de Saúde para Todos no Ano 2000, firmado pela Organização Mundial de Saúde.

- Superar a dificuldade de formar, a curto prazo, nos atuais cursos de graduação em Medicina, esse profissional que as comunidades necessitam.

- Treinar médicos que utilizem métodos clínicos, epidemiológicos, administrativos e sociais com o fim de proporcionar cuidados personalizados, integrais e contínuos à saúde física, mental e social de indivíduos e comunidades definidas, de maneira que instituições federais, estaduais e municipais, ligadas ao setor saúde, possam aproveitar estes modelos de assistência.

MERCADO DE TRABALHO

Verifica-se na Tabela I que até 1982, 174 médicos concluíram Programação de Residência em Medicina Geral Comunitária ou equivalentes.

TABELA I

Egressos dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária, até 1982.
Brasil - 1984

Instituições Responsáveis	N.º Egressos
INAMPS	—
Universidade Federal do Piauí	—
Hospital Presidente Dutra - MA	7
Universidade Federal de Pernambuco	28
Unidade Sanitária Murialdo	50
Hospital Nossa Senhora da Conceição	80
Universidade Federal de Pelotas	—
Associação Hospital de Cotia	—
Hospital Municipal de Petrópolis	9
Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo	—
TOTAL	174

Fonte: ABATH, G. M. Medicina Familiar no Brasil. Informe para o Comitê Executivo da OPAS, 1984.

Do total dos egressos, 91,8% fizeram residência nos Programas da Universidade Federal de Pernambuco (vinte e oito), da Unidade Sanitária Murialdo (cinquenta) e do Hospital Nossa Senhora da Conceição (oitenta).

O elevado número de egressos deste último Programa decorre do cancelamento, em 1981, de programas de residência médica de outras áreas, no Grupo Hospitalar Conceição, e conseqüente aumento do número de vagas disponíveis para a Residência então chamada de Medicina Geral.

Desses 174 egressos cerca de 154 estavam empregados em Medicina Geral e outras áreas. Quanto aos demais, fora um caso de desistência do exercício da medicina, não havia informação a respeito. No tocante aos egressos do Programa do Hospital Nossa Senhora da Conceição foi referido que quase a totalidade deles estava empregada, embora, nem todos em Medicina Geral Comunitária e nem todos "em condições satisfatórias de trabalho".

Apenas, em Natal e em Porto Alegre existiam unidades de prática de Medicina Familiar independentes de programas de Residência em Medicina Geral Comunitária. Na cidade de Natal, todos os Centros de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, deverão por decisão do Sr. Secretário Estadual de Saúde, ser transformados em unidades de Medicina Familiar, em um prazo de dois anos⁴⁶. Três Centros — o de Brasília Teimosa, o da Ridinha e de Nova Cidade — já sofreram esta transformação, atendendo atualmente, a populações circunscritas cadastradas por família.

Por sua vez a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul tem possibilitado o desenvolvimento, em alguns Centros de Saúde da cidade de Porto Alegre, de unidades de Medicina Familiar, por iniciativa de alguns médicos egressos de Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária. Houve a ressalva que esses programas não podiam ser considerados ainda como "oficiais"⁴⁷.

Entre os residentes entrevistados é grande a insatisfação quanto à escassez de mercado de trabalho dentro do perfil ocupacional para que estão sendo treinados.

O INAMPS que é o maior órgão empregador de médicos continua mantendo suas portas fechadas para o médico geral comunitário, o qual terá de concorrer com desvantagens, decorrentes de sua formação, para acesso a cargos em outras especialidades. O preenchimento de vagas nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde é feito na maioria dos Estados por indicações de amigos ou pessoas influentes junto a escalões decisórios.

Causa, de fato, estranheza que o INAMPS — financiador de 92 das atuais 138 bolsas de médicos residentes em MGC — não tenha propiciado, ainda, especial oportunidade de trabalho para este novo profissional que, de maneira eficiente e eficaz, importante papel teria a desempenhar em ambulatórios e Postos de Assistência Médica, iniciando implantação gradativa de unidades de medicina geral comunitária, em áreas críticas mais carentes de assistência integral, de

enfoque multissetorial, em que pudesse haver a participação ativa da comunidade.

Teriam sido inúteis tantos depoimentos registrados na literatura especializada de educação médica em favor do médico geral ou de família, como "o médico necessário" o "centro da profissão médica", "a base e porta de entrada de todo o sistema de prestação de serviços de saúde"^{1, 2, 4, 5, 7-10, 15, 48, 54?} Os autores do plano "Ações Integradas de Saúde" datado de 03 de maio de 1984⁵⁵ parecem não ter tomado conhecimento da existência desse profissional no Brasil e do amplo movimento em favor de sua formação em nível de graduação bem como do consenso recente de que cabe ao setor de serviços dar o "sinal verde" para as inovações na formação dos recursos humanos para a saúde.

Na definição dos cuidados primários de saúde, no referido plano, lê-se que "os cuidados primários compreendem a assistência elementar com ênfase na educação e imunização, prestada por pessoal auxiliar e a assistência profissionalizada ambulatorial nas áreas básicas de Clínica Médica, Pediatria, Tocoginecologia e Odontologia, bem como o atendimento de urgências e emergências"⁵⁵. Esta conceituação parece não contemplar, nem mesmo a médio prazo, uma prática de assistência primária, contínua e personalizada, onde a atuação de médicos gerais com adequada formação comunitária, integrando equipes multiprofissionais, não poderia ser dispensada.

Graves preocupações não podem deixar de existir entre médicos residentes de MGC e egressos dessas Residências ao perceberem que o Governo, proporcionando através de alguns Ministérios (MEC e MPAS) a formação de pessoal bem qualificado para execução de cuidados primários de saúde não tome providências através desses mesmos Ministérios para usufruir o melhor proveito de investimentos tão altos não só em termos financeiros mas sobretudo em termos de esforços, energias e esperanças.

As inter-relações entre mercado de trabalho e formação de recursos humanos têm sido exaustivamente discutidas. Proposições idealistas, que conferiam ao aparelho formador desses recursos, o poder de reorientar novas formas de prestação de serviços de saúde, cederam lugar — e com razão — a uma outra, realista, que concede ao mercado de trabalho e às pressões econômicas reinantes neste mercado função hegemônica e norteadora neste dinâmico binômio^{3, 7, 8, 12, 15, 23, 53, 56-59}. Conhecida tornou-se a observação exata de MARIO CHAVES a este respeito:

"o aparelho educador forma os indivíduos para o mercado de trabalho, porém, este os conforma, deforma ou reforma. Por esta razão, a abordagem em relação à inovação nos serviços, segundo alguns deve preceder às inovações no ensino"⁴. Complementando esta citação cabe acrescentar outra de FRAGA Filho e REIS ROSA: "Só quando se alcançar a articulação e o equilíbrio entre os subsistemas de formação de recursos humanos para a saúde e a sua utilização é que se poderá atingir a meta da produção de médicos de acordo com as necessidades do país, quer do ponto de vista de seu número, quer de sua qualidade"¹⁵.

Estes pensamentos sugerem algumas interrogações inquietantes: — Caso os planejadores e administradores responsáveis pelos rumos do sistema prestador de serviços de saúde não tomem as decisões mais adequadas para satisfazer às necessidades de saúde da população do país, o que fazer? Onde está o lugar da participação da comunidade mais necessitada e de outros setores sociais também envolvidos e empenhados no assunto? E, afinal, qual o papel das Universidades na decisão dos caminhos de uma nação?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aparentemente ultrapassados os momentos das calorosas discussões a respeito da denominação a ser dada ao médico geral comunitário; se este profissional deveria ser formado em graduação ou pós-graduação; se especialista ou não especialista, confirma-se mais uma vez, que não cabe, exclusivamente, ao setor educacional a responsabilidade pelas distorções, há muito denunciadas, na formação dos recursos humanos para a saúde com conseqüente prejuízo para o subsistema de prestação de serviços. Constata-se, também que não é fácil implementar a regionalização docente-assistencial; que não é fácil destruir as "proverbiais torres de marfim", defendidas por arraigados interesses de mando e autonomia tanto por setores educacionais quanto por setores de serviço.

Quanto aos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária cumpre tirar o melhor proveito das experiências colhidas nos diferentes recantos do país a consolidar, por depuração crítica, as áreas conquistadas. O trabalho desenvolvido pelos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária, não obstante suas possíveis deficiências e o fraco respaldo que tem recebido no setor público de prestação de serviços de

saúde, representa indiscutivelmente, um considerável esforço em prol do aperfeiçoamento das práticas de cuidados primários de saúde em consonância com recomendações da Conferência de Alma-Ata.

As experiências vivenciadas em cada Programa necessitam ser comunicadas e discutidas em reuniões de caráter regional e nacional. Faz-se urgente, também, que se tomem medidas e se estudem estratégias que possibilitem o melhor aproveitamento dos egressos dos Programas de Medicina Geral Comunitária e que todos os Programas sejam adequadamente institucionalizados dentro dos princípios da Integração Docente-Assistencial. As imensas dificuldades criadas pela crise que ora atravessa o país não devem servir de justificativa fácil para qualquer forma de imobilismo, nem para que se torne sem efeito tantos esforços já desenvolvidos.

SUMMARY

This paper is based on observation and data obtained during a visiting program made by the Author to 10 of the 12 Programs of Residency in General Community Medicine existing at present in Brazil. The visits were made with the purpose to elaborate a report on Family Medicine Situation in Brazil to be sent to Pan American Health Organization.

The expression General Community Medicine is used as synonymous of Family Medicine or General Medicine.

The two first programs of medical residency purposing to give training in general community medicine were created in 1976 by "Muriald Sanitary Unit" of the State of Rio Grande do Sul Department of Health and by the Community Health Program - Vitoria Project of the Federal University of Pernambuco.

As a new speciality, community general medicine is still facing conceptual and practical problems concerning definition of occupational profile, opportunities of job in the market and the best conditions for training this new professional.

Primary health care is the basis of the community general physician's occupational profile. He is supposed to work as member of a multiprofessional team in regionalized and hierarchical systems of health services.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *La formation du médecin de famille*. Genève, OMS, 1963. 42p. (Série de Informes Técnicos, n.º 257).
02. BRAVO, Alfredo Leonardo. El médico de familia: su importancia en los servicios institucionales de la salud integral. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, D.C., 66 (6):469-479, jun., 1974.
03. BRAGA, Ernani. Editorial. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2 (1): 5-7, jan./abr., 1978.
04. CHAVES, Mario M. Reflexiones sobre medicina comunitaria. In: CEITLIN, Julio ed. *Medicina de la comunidad: un programa de enseñanza-aprendizaje en América Latina y el Caribe*. Bogotá, FEPAFEM/KELLOG, 1978. XVIII-XIX.
05. _____. Formação do médico generalista: novos rumos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, supl. 1:113-123, 1978.
06. _____. *Saúde*. uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982. p. 40-42.
07. CARNEIRO, Américo Piquet. A medicina de família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, supl. 1: 19-49, 1978.
08. MELLO, Carlos Gentile de. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, supl. 1: 67-80, 1978.
09. SAYEG, Mário A. A formação do médico generalista e a medicina especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, supl. 1: 81-111, 1978.
10. OPINIÕES e pontos de vistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, supl. 1: 131-138, 1978.
11. RELATÓRIO final. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, supl. 1: 165-170, 1978.
12. AGUIAR, Nildo. O estado e a absorção do médico generalista. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, PR. 22-24 nov. 1978. *Anais*. Londrina, ABEM, 1978. p. 31-35.
13. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Diretoria Executiva. Relatório final: tema 1. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, 22-24, nov. 1978. *Anais*. Londrina, ABEM, 1978. p. 135-138.
14. BLANK, N. & VICTORIA, C. G. A influência da escola médica sobre a opção profissional de seus alunos: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 3 (1): 19-30, jan./abr., 1979.
15. FRAGA Filho, Clementino & ROSA, Alice Reis. Formação e treinamento do médico geral. *Educación Médica y Salud*, Washington, 13 (2): 149-163, 1979.

16. ESPIRITO SANTO, Ary Monteiro do. O papel da escola médica diante do Prev-Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 18. Goiânia, 02-06, dez. 1980. *Anais*. Goiânia, ABEM, 1980. p. 31-36.
17. GOIG, A. G. & VENTURINI, G. R. Medicina general y atención primaria. *Cuadernos Médico-Sociales*, 22 (3/4): 10-15, Dic., 1981.
18. ENGLER, Tomas. El médico general y los servicios médicos de la comunidad. *Educación Médica y Salud*, Washington, 15 (2): 115-123, 1981.
19. PREPARAÇÃO do médico geral: subsídios ao ensino da clínica médica e da pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 6 (2): 121-128, maio/ago., 1982.
20. KLOETZEL, Kurt. O ambulatório e o médico geral comunitário. *Residência Médica*, Brasília, 5 (1): 23-72, 1983.
21. CENTRE FOR EDUCATIONAL RESEARCH AND INNOVATION. *New directions in education for changing health care systems*. Paris, Organization for economic co-operation and development, 1975. 93 p.
22. RAKEL, Robert E. *Principles of family medicine*. Philadelphia. PA., Saunders, 1977.
23. ARAÚJO, José Duarte. Aspectos econômicos e sociais da distribuição do médico de família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, 22-24, nov. 1978. *Anais*. Londrina, ABEM, 1978. p. 41-47.
24. BRITO BASTOS, Nilo Chaves. A medicina da comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, supl. 1: 51-66, 1978.
25. BARBOSA, Hélio. Reformas necessárias na área de cirurgia geral e especializada para atender à formação do médico de família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, 22-24, nov. 1978. *Anais*. Londrina, ABEM, 1978. p. 71-74.
26. AGUIAR, José Augusto de. Especialistas x generalistas e o futuro da medicina brasileira. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, 28 (4): 118-120, 1980.
27. ABATH C. G. C.; GUIMARÃES, M. J. B. & MELO Filho, D. A. Curso médico da Universidade Federal de Pernambuco: uma visão crítica de seus objetivos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 7 (3): 149-156, set./dez., 1983.
28. NARRO, José R. La medicina familiar en México. In: CEITLIN, Julio. *Qué es la medicina familiar?* Caracas, FEPAFEM/KELLOGG, 1982. p. 51-72.
29. YOUNG, Paul. La medicina familiar en los Estados Unidos de Norteamérica. In: CEITLIN, Julio. *Qué es la medicina familiar?*, Caracas, FEPAFEM/KELLOGG, 1982. p. 92-108.
30. Mc WHINEY, Ian. La medicina familiar en Canadá. In: CEITLIN, Julio. *Qué es la medicina familiar?* Caracas, FEPAFEM/KELLOGG, 1982. p. 73-91.
31. CARNEIRO, Janduhy. *O plano SALTE: setor saúde*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1984. p. 167-170.
32. BRASIL. Congresso Nacional. Mensagem n.º 196 de 10.5.1948 do Exmo. Sr. Presidente da República. *Diário do Congresso Nacional*, Rio de Janeiro, 19 de maio de 1948, supl. 85.
33. SEMINÁRIO "A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA". Petrópolis 11-12, maio 1973. Petrópolis, OMS/ABEM/Faculdade de Medicina de Petrópolis, 1973. 65 p.
34. SEMINÁRIO sobre a formação do médico generalista. Campinas, SP, 24-27 maio 1978. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 1978. supl. 1.
35. CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, 22-24, nov. 1978. *Anais*. Londrina, ABEM, 1978. 155 p.
36. ABATH, Guilherme Montenegro. Medicina familiar no Brasil. s.n.t. 1984. 32 p. anexos. (Informe ao Comitê Executivo da OPAS).
37. BRASIL. Leis, Decretos. Lei n.º 6932 de 7 de julho de 1981: dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Residência Médica*, Brasília, 4 (1): 17-19, 1982.
38. Comunicação pessoal do Dr. Evandro Guimarães de Souza – Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência do MEC.
39. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Family medicine situation in the Americas. Washington, D. C. 1984 (Report CE 92/17 10 May 1984).
40. CHAVES, Mario M. *Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência*. s.n.t., 1975. (Trabalho apresentado em 26 de agosto de 1975 no Seminário sobre Hospitais de Ensino, Rio de Janeiro).
41. ACUÑA, Hector R. El papel del hospital en la formación del médico general para la atención primaria. (Editorial). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Washington, D. C., 82 (3): 191-196, mar., 1977.
42. CASTELLANOS ROBAYO, Jorge. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, 82 (6): 478-492, jun., 1977.
43. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 6-12, set. 1978. *Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Brasília, UNICEF/OMS, 1979. 64 p.
44. BRASIL. Leis, decretos. Resolução 07/81: cria o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária. *Residência Médica*, Brasília, 3 (1): 18-21, 1981.
45. BRASIL. Leis, decretos. Decreto n.º 80.281 de 5 de setembro de 1977: regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Mé-

- dica e dá outras providências. *Residência Médica*, Brasília, 7 (1):51-53, 1979.
46. Informação pessoal do Dr. José Alves Pinheiro, coordenador em exercício da Residência de Medicina Geral Comunitária do INAMPS/UFRN.
47. Informações colhidas durante a visita aos Programas de Porto Alegre (RS).
48. NEGHME, Amador. A formação do médico de família: um enfoque geral e preliminar. In: SEMINÁRIO "A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA". Petrópolis, 11-12, maio 1973. Petrópolis, OMS/ABEM/Faculdade de Medicina de Petrópolis, 1973. p. 17-26.
49. SEIXAS, José Carlos; GUEDES, José da Silva & MERCADANTE, Otávio. Formação do médico de família. In: SEMINÁRIO "A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA". Petrópolis, 11-12, maio 1973. Petrópolis, OMS/ABEM/Faculdade de Medicina de Petrópolis. 1973. p. 47-55.
50. VIDAL, Carlos. Medicina comunitária: nuevo enfoque de la medicina. *Educación Médica y Salud*. Washington, D. C., 9 (1): 11-46, 1975.
51. BEVILACQUA, Fernando. Tendências curriculares na área profissional e a formação do médico de família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2 (1): 17-20, jan./abr., 1978.
52. RELATÓRIO do primeiro forum de debates sobre reestruturação no curso médico da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2 (1): 31-35, jan./abr., 1978.
53. AGUALIMPIA M. Carlos. Utilización del médico general en el Instituto de Seguros Sociales. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2 (3): 41-50, set./dez., 1978.
54. CANDAU, Marcolino G. Planejamento geral e aspectos doutrinários da formação do médico de família e suas relações com o sistema de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, 22-24, nov. 1978. *Anais*. Londrina, ABEM, 1978. p. 23-30.
55. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Saúde/Ministério da Educação e Cultura. *Ações integradas de saúde*. Brasília, 1984. p. 14.
56. REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS, 12. São Paulo, 11-14, set. 1974. *Anais*. São Paulo, ABEM/Escola Paulista de Medicina, 1974. p. 83-101.
57. SOUZA, Edson Machado. A escola médica e a formação do médico generalista. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 16. Londrina, PR, 22-24, nov. 1978. *Anais*. Londrina, ABEM, 1978. p. 37-40.
58. SMITH, Richard A. Atención primaria de salud: retórica o realidad? *Foro Mundial de Salud*, Washington, D.C., 3 (1): 33-41, 1982.
59. ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. A crise da terminalidade da educação médica no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 7 (1): 36-41, jan./abr., 1983.

Endereço do autor:
Clínica Neurológica
Hospital das Clínicas-Campus
Cidade Universitária
50000 - Recife - PE