



Vilma Reis

## SAÚDE COLETIVA E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: MAIS MÉDICOS OU MAIS DO MESMO?

POR JOSÉ SESTELO\*

Naquela época especialistas da OPAS/OMS tinham interesse em investigar o ensino da Medicina Preventiva e Social nos países sob a esfera de influência econômica e política dos Estados Unidos, como o Brasil, para subsidiar a atuação da organização nessa área, ainda sob o impacto dos seminários históricos de Vinã del Mar (1955) e Tehuacan (1956). Pesquisadores importantes para o campo da Saúde Coletiva como Guilherme Abath, Célia Lúcia Monteiro de Castro, Hésio Cordeiro, Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e Guilherme Rodrigues da Silva participaram da coleta de dados coordenada por Garcia e realizada entre 1967 e 1968 em importantes escolas médicas.

Aquele estudo de corte transversal de caráter descritivo suscitou discussões sobre a necessidade de apropriação de conhecimentos de pedagogia, administração e ciências da conduta para o desempenho de funções executivas nas escolas médicas. Em alguns países da região era requisito na expedição da licença para o exercício profissional, o cumprimento de pelo menos um ano de prática remunerada em comunidades rurais. A percepção da existência de conflitos entre interesses individuais e coletivos ou a falta de consciência sobre a função social das carreiras universitárias pautou, então, o debate sobre a necessidade de realização de um planejamento integral da educação universitária.

Da mesma forma, tornou-se evidente que os investimentos em formação de trabalhadores de nível universitário para a assistência deveriam ser pautados pelas necessidades da população assistida e não pela demanda espontânea dos candidatos à formação universitária financiada pelo Estado. A dificuldade em lidar com o conceito de “demanda futura” pela assistência gerava

O tema da formação de trabalhadores para atuação na assistência à saúde das pessoas e o papel do Estado na regulação da articulação desses elementos com o conjunto da sociedade é seminal para o campo da Saúde Coletiva. A discussão atual, pautada pelo governo federal, em torno de um programa de incentivo à oferta de profissionais médicos para assistência à população de regiões consideradas como “vazios sanitários”, pela ausência de estruturas assistenciais, constitui uma boa oportunidade para recuperação de referências históricas à luz da conjuntura de hoje. Juan Cesar Garcia foi um médico, cientista social e historiador argentino funcionário da OPAS nas décadas de 1960 a 1980 que teve papel destacado na veiculação de conceitos de Medicina Social no Brasil e contribuiu para a criação e consolidação de programas de pós-graduação como o do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS-UERJ). Em 1969 Garcia discutia as características gerais da educação médica na América Latina postulando que o planejamento dos recursos humanos deve constituir parte importante dos planos nacionais de saúde e refletir o esforço coordenado de todas as instituições que tenham a ver com a formação e utilização do pessoal de saúde.

dificuldades na definição do papel de cada membro da equipe de saúde em formação.

A patente dissociação entre a educação médica, o planejamento econômico e de saúde dos países, ao lado do assédio desmedido de postulantes à titulação, fundamentaram a proposta de que o planejamento da formação de recursos humanos deveria constituir parte integrante dos planos nacionais de saúde. Em 1971 Garcia postulava paradigmas para o ensino de Ciências Sociais nas escolas de medicina. Sua crítica ao modelo dicotômico que separa o ciclo “básico” de formação da etapa de “clínica aplicada” apontava a necessidade de estabelecimento de uma clara articulação

dizer que se hoje se discute formação médica e políticas públicas de alocação de profissionais em áreas mal assistidas é importante ter em conta certos elementos formulados anteriormente e que se relacionam de forma elementar com a própria concepção do campo da Saúde Coletiva no Brasil. O Instituto de Medicina Social deu continuidade à trajetória protagonizada por Garcia por meio de autores como Hésio Cordeiro que examinou o aumento da afluência do capital industrial e financeiro para o setor saúde, a concentração empresarial dos meios de trabalho médico e a transformação da prática autônoma em trabalho assalariado. Identifi-

## É PRECISO FAZER VALER A FUNÇÃO REDISTRIBUTIVA DO ESTADO POR MEIO DE UM SISTEMA FISCAL REALMENTE PROGRESSIVO QUE TIRE DE QUEM TEM MAIS PARA DISTRIBUIR A QUEM TEM MENOS. EXATAMENTE O CONTRÁRIO DO QUE VIGORA ATUALMENTE

entre essas duas esferas por meio do aporte de conteúdos humanísticos ou “psico-sócio-culturais” possibilitando simultaneamente a manipulação do abstrato e do geral em sua aplicação no concreto e no particular da situação de assistência. Dito de outra forma, era preciso simultaneamente conhecer a “história natural da doença” e os fatores de ordem econômica, social e de organização que influem na efetividade das intervenções saindo da alienação da visão segmentada e distanciada da vida social.

O desenvolvimento do universo conceitual de Garcia chega em 1981, pouco antes da sua morte (1984), aos determinantes que criaram condições propícias ao desenvolvimento científico no campo da saúde relacionando-os, nos países dependentes e periféricos da América Latina, à produção agroexportadora e ao controle do aparato estatal pelos grupos econômicos que promovem esse modelo de produção e valorizam o viés de investigação que é conveniente aos seus interesses. Portanto, sem pretender reduzir a contribuição de Juan Cesar Garcia ao recorte que foi mencionado acima, é possível

cou as empresas de medicina de grupo, que vendiam serviços de assistência diretamente a empresas empregadoras, como elementos importantes na dinâmica de mudanças nos processos de relações de trabalho em curso e investigou, detalhadamente, o seu desempenho no estado do Rio de Janeiro a partir de dados primários, construídos sobre análise documental e entrevistas com informantes-chave. Cordeiro, portanto, foi capaz de perceber a articulação entre os elementos mais gerais e abstratos da dimensão econômica com a dimensão concreta e específica do desempenho do trabalho médico, identificando novos personagens na reprodução da dicotomia já apontada por Garcia entre interesses individuais e coletivos relacionados com a assistência à saúde das pessoas. Assim, seguindo a mesma linha argumentativa de nossas referências fundamentais e tomando a caso concreto da política proposta pelo governo federal para o manejo do “vazio sanitário” de algumas regiões do Brasil é possível fazer algumas considerações sobre seus limites e possibilidades.

Em primeiro lugar é preciso que se diga

## MAIS MÉDICOS PODE SIGNIFICAR MAIS DO MESMO, OU SEJA, MANTIDA A ATUAL LÓGICA ORGANIZATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE PAUTADA POR DECISÕES POLÍTICAS QUE PRIVILEGIAM OS INTERESSES DE ACUMULAÇÃO PRIVADA, O RESULTADO SERÁ MAIS ACUMULAÇÃO PRIVADA

que o vazio sanitário coincide, geograficamente, com a topografia da imensa dívida social acumulada na periferia do sistema. Falta assistência na periferia de grandes cidades que contam com uma hipertrofia de oferta nas regiões centrais e nos polos mais dinâmicos de acumulação de atividade econômica. Em outras palavras, não são as necessidades de assistência que estão determinando a alocação de pessoal e infraestrutura de atendimento, mas a capacidade de pagamento e de articulação política do segmento privilegiado que as utiliza. Trata-se de um caso de privatização e segmentação da lógica de atendimento do sistema de saúde.

Em segundo lugar não é possível aceitar esse caso de privatização e segmentação da assistência como algo de ocorrência natural, mas sim como fruto de decisões políticas que tem uma teleologia voltada para a maximização de lucros pecuniários privados e socialização de riscos atuariais ou seja, em detrimento do interesse público em saúde.

Assim, é preciso fugir à polarização de simplesmente ser contra ou a favor de uma política pública da hora, evitando um viés corporativista relacionado com os interesses de grupos profissionais de saúde ou um viés governista fechado, pautado por uma verticalização no processo de elaboração de políticas públicas. Mais médicos pode significar mais do mesmo, ou seja, mantida a atual lógica organizativa do sistema de saúde pautada por decisões políticas que privilegiam os interesses de acumulação privada, o resultado será mais acumulação privada a partir

de uma base mais ampla de acumulação. Por outro lado, mais médicos pode significar um primeiro passo na reorientação para uma lógica de decisões políticas pautadas pelo interesse público em saúde, o que significa uma lógica sistêmica onde o trabalho médico se inscreve em um cenário maior que é determinado pelas necessidades de saúde da população e é regulado claramente pela função do Estado.

O Brasil é um país desigual, é também um país que possui um déficit de infraestrutura de serviços de relevância pública como saúde, transporte e educação. Uma realidade bem diferente, portanto, do que se observa nos países centrais. Para superar esse déficit sem se recorrer à barbárie é preciso fazer valer a função redistributiva do Estado por meio de um sistema fiscal realmente progressivo que tire de quem tem mais para distribuir a quem tem menos. Exatamente o contrário do que vigora atualmente em um sistema fiscal regressivo que financia um Estado permanentemente deficitário que assim, passa a tomar emprestado e remunerar regamente os detentores de capital financeiro em vez de cobrar o que devem pelo resgate da dívida social.

A atual crise, previsível, na distribuição de recursos assistenciais, inscreve-se nesse cenário e assume peculiaridades no que se refere à prática da atividade profissional de assistência. A remuneração por procedimento que, independentemente do valor pago, avilta por princípio a relação assistencial, mercantiliza algo que não poderia ser precificado. É surpreendente que as corporações



Em 1969 Garcia discutia as características gerais da educação médica na América Latina postulando que o planejamento dos recursos humanos deve constituir parte importante dos planos nacionais de saúde e refletir o esforço coordenado de todas as instituições que tenham a ver com a formação e utilização do pessoal de saúde.

profissionais se debatam por reajustes em tabelas de procedimentos que transformam seus membros em tecnólogos para execução de protocolos elaborados fora do contexto terapêutico. A dupla jornada, no público e no privado, poderia também ser objeto de discussão como uma questão ética inadiável. Quem se sente impedido de servir ao interesse público em meio expediente e cuidar de interesses particulares no desempenho simultâneo da mesma atividade? Como se dá o processo de aprendizagem dessa questão ética nas escolas médicas coordenadas por professores de meio expediente?

Finalmente, quantos estudantes das universidades são oriundos das comunidades desassistidas, dos chamados vazios sanitários? Onde fica a capacidade de o profissional reconhecer e valorizar aspectos culturais e peculiaridades do meio social onde exerce sua prática assistencial? Haverá possibilidade de cruzar essa fronteira apenas com estímulos pecuniários ao prestador? Oxalá essa discussão possa decretar o fim da interdição ao debate político qualificado e substantivo onde o conhecimento acumulado e a prática democrática possam caminhar juntos com a assistência à saúde das pessoas reafirmando o lema da Reforma Sanitária Brasileira: “saúde é democracia”.

*\*José Sestelo é Mestre em Saúde Comunitária – ISC/UFBA; doutorando em Saúde Coletiva IESC/UFRJ; Vice-presidente da Abrasco gestão 2015/2018.*

#### REFERÊNCIAS

GARCIA, J.C. Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930. *Educ Med Salud*, Vol. 15, No. 1 (1981). Características generales de la educación médica en la América Latina. *Educación Médica y Salud*. p. 267-316. Anexo al Documento CD19/16 presentado a la XIX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en Washington, D. C., del 29 de septiembre al 10 de octubre de 1969.

MAIS MÉDICOS PODE  
SIGNIFICAR UMA LÓGICA  
SISTÊMICA ONDE O  
TRABALHO MÉDICO  
SE INSCREVE EM UM  
CENÁRIO MAIOR QUE É  
DETERMINADO PELAS  
NECESSIDADES DE SAÚDE  
DA POPULAÇÃO